

ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

GESTIÓN DEMANDA ENFERMERÍA



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.

comunidad.madrid/publicamadrid

© COMUNIDAD DE MADRID
CONSEJERÍA DE SANIDAD. COMUNIDAD DE MADRID

Edita: Gerencia Asistencial Atención Primaria

Coordina: Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos.

Diseño y maquetación: Dirección Técnica de Integración y Control Proyectos

Texto: Gerencia Asistencial de Atención Primaria.
C/ San Martín de Porres, 6
gaas@salud.madrid.org

Soporte de edición: Publicación en línea (formato PDF)

Edición: 2/2026
ISBN: 978-84-451-4232-5

Publicado en España – Published in Spain

ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

GESTIÓN DEMANDA ENFERMERÍA



Dirección General Asistencial
CONSEJERÍA DE SANIDAD



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ÍNDICE

ÍNDICE.....	4
Introducción	10
Antecedentes	11
Consideraciones generales y estructura de cada proceso de atención	13
Procesos de Atención.....	17
VULVOVAGINITIS: CANDIDIASIS VAGINAL	18
MOTIVO DE CONSULTA	18
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	18
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	19
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	20
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	21
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	22
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO.....	22
BIBLIOGRAFÍA.....	23
ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL	24
MOTIVO DE CONSULTA	24
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	24
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	25
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	27
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	38
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	39
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO.....	40
BIBLIOGRAFÍA.....	40
TRAUMATISMO LEVE EN EXTREMIDADES	42
MOTIVO DE CONSULTA	42
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	42
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	42
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	43
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	46
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	47
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO.....	48
BIBLIOGRAFIA.....	48
HERPES SIMPLE EN BOCA Y NARIZ	50
MOTIVO DE CONSULTA	50
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	50
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	50
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	51
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	53

CRITERIOS DE DERIVACIÓN	54
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	54
BIBLIOGRAFIA	54
DIARREA AGUDA (Acompañada o no de vómitos)	56
MOTIVO DE CONSULTA	56
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	56
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	57
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLANES DE CUIDADOS	60
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)	63
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA/ PEDIATRÍA:	64
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	66
BIBLIOGRAFÍA	67
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES	69
MOTIVO DE CONSULTA	69
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	69
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	71
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	77
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)	78
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	80
BIBLIOGRAFÍA	81
CRISIS DE ANSIEDAD	82
MOTIVO DE CONSULTA	82
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	82
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	82
INTERVENCIÓN ENFERMERA	84
PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)	85
CRITERIOS DE DERIVACIÓN:	87
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	87
BIBLIOGRAFÍA	87
SÍNDROME MICCIONAL EN LA MUJER	89
MOTIVO DE CONSULTA	89
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	89
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	90
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)	91
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	92
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA	94
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	94
BIBLIOGRAFIA	94
SOSPECHA DE EMBARAZO	96
MOTIVO DE CONSULTA	96

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	96
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	96
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	97
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).....	98
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	98
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	98
BIBLIOGRAFIA	99
ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA	100
MOTIVO DE CONSULTA	100
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	100
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	100
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	101
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).....	103
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	103
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	104
BIBLIOGRAFIA	104
SÍNTOMAS ALÉRGICOS NAALES Y CONJUNTIVALES	105
MOTIVO DE CONSULTA	105
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	105
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	106
INTERVENCIÓN ENFERMERA	107
PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).....	107
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA:	108
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	109
BIBLIOGRAFÍA	109
EPISTAXIS	110
MOTIVO DE CONSULTA	110
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	110
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	111
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	111
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCIONES NIC.....	113
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	114
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	115
BIBLIOGRAFÍA	115
CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NAALES	116
MOTIVO DE CONSULTA	116
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	116
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	116
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	117
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCIONES NIC.....	119

CRITERIOS DE DERIVACIÓN	120
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	120
BIBLIOGRAFIA	121
CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO	122
MOTIVO DE CONSULTA	122
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	122
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	122
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	123
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC	125
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	126
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	126
BIBLIOGRAFIA	126
CUERPO EXTRAÑO EN OJO	128
MOTIVO DE CONSULTA	128
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	128
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	128
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	129
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC	130
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	130
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	131
BIBLIOGRAFIA	132
ORZUELO	133
MOTIVO DE CONSULTA	133
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	133
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	133
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	134
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC	134
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	135
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	136
BIBLIOGRAFIA	136
HERIDA AGUDA	137
MOTIVO DE CONSULTA	137
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	137
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES	137
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	138
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC	141
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	142
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	143
BIBLIOGRAFÍA	143
QUEMADURA	144

MOTIVO DE CONSULTA	144
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	144
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	144
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	147
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	148
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	150
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	150
BIBLIOGRAFIA.....	150
UÑA ENCARNADA.....	152
MOTIVO DE CONSULTA.....	152
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	152
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	152
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	152
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.....	154
CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA O PEDIATRA	155
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	155
BIBLIOGRAFIA.....	155
MORDEDURA/LACERACIÓN ANIMAL y/o HUMANA.....	156
MOTIVO DE CONSULTA.....	156
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	156
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	156
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	158
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).....	163
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	164
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	165
BIBLIOGRAFÍA.....	165
PICADURA DE INSECTO/ANIMAL.....	167
MOTIVO DE CONSULTA	167
DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA	167
VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES.....	167
INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS	169
PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).....	174
CRITERIOS DE DERIVACIÓN	175
CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO	175
BIBLIOGRAFÍA.....	176
ANEXOS	178
Anexo 1. Infografía proceso VULVOVAGINITIS: CANDIDIASIS VAGINAL.....	178
Anexo 2. Infografía proceso ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL	180
Anexo 3. Infografía proceso TRAUMATISMO LEVE ESTREMITADES	182
Anexo 4: Infografía proceso HERPES SIMPLE BOCA/ NARIZ.....	184

Anexo 5: Infografía proceso DIARREA AGUDA.....	186
Anexo 6: Infografía proceso SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES	188
Anexo 7: Infografía proceso CRISIS ANSIEDAD	190
Anexo 8: Infografía proceso SÍNDROME MICCIONAL DE LA MUJER	192
Anexo 9: Infografía proceso SOSPECHA EMBARAZO	194
Anexo 10: Infografía proceso ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA	196
Anexo 11: Infografía proceso SÍNTOMAS ALÉRGICOS NASALES Y CONJUNTIVALES.....	198
Anexo 12: Infografía proceso EPIXTASIS	200
Anexo 13: Infografía proceso CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES	202
Anexo 14: Infografía proceso CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO	204
Anexo 15: Infografía proceso CUERPO EXTRAÑO EN OJO.....	206
Anexo 16: Infografía proceso ORZUELO	208
Anexo 17: Infografía proceso HERIDA AGUDA	210
Anexo 18: Infografía proceso QUEMADURA	212
Anexo 19: Infografía proceso UÑA ENCARNADA.....	214
Anexo 20: Infografía proceso MORDEDURA/LACERACIÓN animal y/o humana.....	216
Anexo 21: Infografía proceso PICADURA INSECTO	218
Coordinación, autoría y revisión de proyecto	220
RESPONSABLES DE PROYECTO	220
AUTORES	220
REVISORES	223



Introducción

La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP) de la Comunidad de Madrid ha ido evolucionando a lo largo del tiempo con objeto de garantizar la prestación de servicios de salud para mejorar la salud de los ciudadanos atendiendo a las necesidades de los mismos¹.

La GAAP define su “Plan Estratégico 2020-2024”, para el que realiza un exhaustivo análisis de situación. Se trata de un proyecto que ha contado con amplia participación de profesionales de todas las categorías y niveles de gestión de la GAAP, así como con profesionales de organizaciones externas como hospitales, direcciones y subdirecciones de la Consejería de Sanidad, asociaciones de pacientes, universidades, sindicatos y proveedores. El Plan Estratégico contempla, entre sus objetivos y líneas estratégicas, actuaciones encaminadas a dar respuesta a los pilares en los que se basan las organizaciones modernas: mejorar la experiencia de los pacientes, mejorar los resultados clínicos, reducir costes (eficiencia) de la atención sanitaria y conjugarlo con el interés de los profesionales.

En esta línea de transformación, se aborda el “Proyecto para la Reorganización asistencial de los Centros de Salud” que persigue el avance y crecimiento de la organización, eliminando ineficiencias, mejorando la calidad del servicio prestado, adaptando los sistemas de información, asignando la tarea más adecuada a cada uno y disponiendo cómo debe ejecutarse, teniendo siempre en cuenta la satisfacción de los profesionales.

Atendiendo a estas premisas, surge la necesidad de conjugar líneas de trabajo que se venían desarrollando en la propia Gerencia relacionadas con la atención a la demanda y un nuevo enfoque de cambio en la organización asistencial, encaminado a dar respuesta a la complejidad del trabajo que desarrollan los equipos de Atención Primaria (AP) en el contexto social actual.

La gestión de la demanda asistencial es una clara prioridad en AP y para su abordaje es necesario reorganizar los flujos de atención de los diferentes procesos de salud, tanto de los pacientes con procesos crónicos como de las personas que demandan atención por procesos agudos. La situación actual y las nuevas expectativas de los usuarios hacen necesario plantear un enfoque distinto en la manera de dar respuesta a sus necesidades que permita identificar qué profesional es el que mejor respuesta puede dar a una demanda concreta.

En este sentido, las enfermeras tienen la capacidad para resolver ciertos de los problemas agudos de los usuarios, ya que un porcentaje importante de las demandas de los usuarios están relacionadas con problemas de cuidados.

El presente documento, “ATENCIÓN A PROCESOS AGUDOS DE DEMANDA EN LAS CONSULTAS DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA”, responde a la línea de trabajo orientada a la definición y abordaje de los procesos de atención más demandados por los ciudadanos y en los que la respuesta enfermera es la más eficiente, como parte de la reorganización de la demanda, siendo los procesos agudos los que no requieren a priori longitudinalidad y que se abordarán en la consulta de enfermería.

¹ Proyecto de Reorganización Asistencial de los Centros de Salud. Plan integral de Mejora de Atención Primaria. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/file/3100/download?token=57JhncDh>



Antecedentes

La gestión de la demanda de los Centros de Salud en AP, y en concreto el papel de Enfermería en la misma, supone una evolución de los diversos proyectos de implantación y desarrollo de la Consulta a Demanda de la Enfermería (CDE) de AP que fueron desarrollados a finales del pasado siglo y principios del presente. En aquel momento, la CDE supuso una alternativa organizativa de entrada al sistema por parte de la población y generó nuevas formas de atención y asunción de la responsabilidad profesional por parte de Enfermería². Como consecuencia de aquel impulso de cambio y de los esfuerzos realizados, tanto por la organización sanitaria como por sus actores principales (los profesionales) se publica en el año 2009 el documento “Papel de Enfermería en Atención Primaria”³ donde se explicita la atención a demanda de enfermería y los retos para dar respuesta a necesidades de la población.

De forma paralela, se desarrollaron diversas normativas que complementaban y circunscribían el papel de la enfermería en AP. Dichas normativas desarrollaban competencialmente el papel de la enfermera como disciplina científica, como profesión sanitaria y, en último término, como corresponsable de la atención en salud de los ciudadanos. Entre dichas normativas se destacan las siguientes:

La Orden CIN/2134/2008⁴ establece las competencias de las enfermeras una vez han completado los estudios de Grado Universitario en Enfermería, entre las que se destaca por su valor esencial en el abordaje de los problemas de cuidado la competencia diagnóstica de dichos problemas (incluyendo la indicación terapéutica y farmacológica). Este cambio esencialmente cualitativo posicionaba a la enfermera como responsable directo del diagnóstico y terapéuticas asociadas a los problemas del cuidado, tal y como ya se explicitaba en la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵. Dicha responsabilidad partía, ya no de la acción terapéutica, sino de la toma de decisiones conceptual dentro de su campo de actuación a través del diagnóstico enfermero.

Posteriormente, el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud⁶ incorporó, al sistema de información sanitario, el foco en el que las enfermeras basan su atención sanitaria: los problemas de cuidado de las personas, familias y comunidades identificados a través de diagnósticos de enfermería.

De forma paralela, el Decreto 51/2010, de 29 de julio, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid⁷ posibilitó la identificación unívoca de la enfermera responsable de la atención en cuidados de las personas en el contexto de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, satisfaciendo así el Real Decreto 1093/2010 antes mencionado y dejaba la puerta abierta a la indicación terapéutica basada en los diagnósticos de enfermería a la población madrileña.

2 Santiago Agudo Polo, Esteban Estévez C, González Pascual JL. Consulta de enfermería a demanda en los centros de salud del INSALUD de la Comunidad de Madrid. *Enfermería clínica*. 2004;14(1):25-30.

3 Comunidad de Madrid, «Papel de Enfermería en Atención Primaria,» Comunidad de Madrid, 2009.

4 Boletín Oficial del Estado (BOE), Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero., 2008, pp. 31680-31683

5 B. O. d. Estado, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias., 2003.

6 Boletín Oficial del Estado (BOE), Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud., 2010, pp. 78742-78767.

7 Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid (BOCM), DECRETO 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad, 2010, pp. 25-27.



En el año 2011 sucede otro acontecimiento que provocó una evolución sustancial en las posibilidades de progreso de la atención sanitaria en AP: la aparición de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, comenzando la formación de residentes en las Unidades Docentes Multiprofesionales de Atención Familiar y Comunitaria. Una formación académica que se regulaba a través de la Orden SAS/1729/2010⁸ por la que se establecían las competencias que posee una enfermera especialista en el campo de la AP y que la sitúan como referente de los cuidados enfermeros en dicho nivel de atención.

En lo relativo a indicación de medicamentos y productos sanitarios, el documento se atiene a la Orden nº 469/21, de 16 de abril, de la Consejería de Sanidad y a los posteriores desarrollos normativos.

Como puede apreciarse, el papel de la enfermera dentro del proyecto de Gestión de la Demanda en los Centros de Salud de Atención Primaria cuenta con una base normativa sólida y de larga evolución participando del desarrollo, tanto del modelo sanitario como de los sistemas de información a él asociados.

Dichos cambios han ido configurando a la enfermera como puerta de acceso al sistema sanitario por su papel relevante, ya sea en la atención de los problemas de cuidado de los ciudadanos como en la labor de prevención y seguimiento de estos.

Con todas estas premisas, la Comunidad de Madrid tiene como objetivo el desarrollo de sistemas organizativos que mejoren la resolución de los problemas en AP, garantizando la satisfacción de las demandas de los ciudadanos y que se han puesto en marcha a modo de pilotaje en diversos centros sanitarios.⁹

Cabe destacar que, aunque en el presente documento se trate la AP, todo este desarrollo es susceptible de ser implementado allí donde una enfermera atienda a una persona ante los distintos procesos que van a ser tratados en los siguientes documentos, dado que el presente escrito no otorga ni desarrolla un determinado nivel competencial, sino que determina y, por tanto, operativiza la acción enfermera a través de guías organizativas basadas en la regulación actual enfermera y con evidencia clínica y legislativa.

Sirva indicar que, el área de trabajo del presente documento está constituido por la atención de procesos agudos derivados de la percepción de los ciudadanos de su salud y sus necesidades de cuidados, quedando abierta la puerta a desarrollos similares en el contexto de otros procesos agudos y problemas de salud crónicos de la ciudadanía.

Los procesos agudos mencionados han sido abordados desde hace tiempo a través de distintas obras de carácter docente y de gestión^{10 11 12}. Sin embargo, dichas obras se limitaban a la hora de implementar la acción enfermera, en especial, ante la necesidad de derivación a otros profesionales para solicitar la realización de una determinada prueba diagnóstica o la prescripción de un determinado fármaco o producto sanitario: algo que en el presente documento y en atención a la base normativa descrita ya no es necesario.

8 Boletín Oficial del Estado (BOE), Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria, 2010, pp. 57217-57250.

9 E. Monsalvo San Macario y J. Sarrión Bravo, «Consulta de Alta Resolución en Cuidados: desempeñando competencias de la Enfermera Especialista en Familia y Comunidad», Ene, vol. 13, nº 4, 2019.

10 M. T. Alfonso Roca y C. Álvarez-Dardet Díaz, Enfermería. Enfermería Comunitaria, Barcelona: Masson.Salvat, 1992.

11 J. L. Hinkle y K. H. Cheever, Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.

12 Atención Primaria de Salud. Guía de apoyo a las Actividades básicas de la Enfermera de Atención Primaria. INSALUD. Dirección territorial de Madrid. Madrid, 1991.



Asimismo, sirva indicar que, dado que el proceso se inicia con la identificación diagnóstica de un problema de cuidados ante un determinado motivo de consulta por parte de la enfermera, es en dicho profesional en quien recae la gestión última del proceso asistencial, siendo, por tanto, la enfermera quien establece el momento de cierre de dicho proceso.

Ello plantea un enfoque de la demanda sanitaria como demanda de necesidad de cuidados, donde la enfermera se constituye como la puerta de entrada y/o salida de un determinado proceso de demanda asistencial, sin menoscabo de la posibilidad de derivación a los profesionales necesarios acorde a su nivel de competencia, así como a otros profesionales de distintas disciplinas de ciencias de la salud.

Con todo esto, queda patente que la evolución académica y, por ende, competencial de la enfermería en el ámbito clínico en las últimas décadas plantea la necesidad de una reescritura de los procesos asistenciales que satisfaga las demandas de la población en el nuevo contexto social y epidemiológico.

Este documento da respuesta a dicha necesidad de revisión de los procesos asistenciales que se abordan a continuación.

Consideraciones generales y estructura de cada proceso de atención

El presente documento no pretende ser un manual de cuidados, sin embargo, en aras de homogeneizar la práctica, se indican los aspectos relevantes a tener en cuenta en determinados puntos críticos de la atención a la demanda sanitaria. Cada proceso cuenta con un apartado de bibliografía en el que el clínico puede acceder a una base documental sólida que le permita buscar la evidencia disponible.

Los procesos que se desarrollan no se han constituido como una Guía de Práctica Clínica, por lo tanto, las recomendaciones de acción son recomendaciones generales que cada clínico debe adecuar a la situación (demanda y paciente concreto) y a la evidencia disponible en cada momento (situación y grado de recomendación) tanto en lo referente a las acciones a realizar como al tratamiento farmacológico a indicar.

La selección de los diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones han sido seleccionados mediante dos modelos de conocimiento: inicialmente con metodología de triangulación taxonómica desde las fuentes documentales que se reflejan en la bibliografía y posteriormente desde el modelo de vulnerabilidad de cuidados a modo de validación de expertos.

Las acciones e intervenciones que se expliciten serán descritas de forma somera, pues han de adecuarse a la situación individual de la persona que solicita la demanda.

En cuanto a las medidas farmacológicas que se describen, se atenderá al grupo terapéutico y principio activo de elección confeccionándose, si fuera preciso, un árbol de decisión pertinente.

Resumen de los 21 procesos desarrollados atendiendo a la indicación de edad para su abordaje es el siguiente:



Procesos con límites de edad:

Vulvovaginitis: candidiasis vaginal. Población pediátrica desde 2 años, adolescentes y adultos
Herpes simple en la boca/nariz. Población pediátrica desde 2 años, adolescentes y adultos.
Diarrea. Población pediátrica desde 12 meses, adolescentes y adultos.
Síntomas catarrales. Procesos respiratorios leves. Población pediátrica desde 6 años, adolescentes y adultos.
Crisis Ansiedad/ Estrés. Adolescentes desde 12 años y adultos.
Síndrome miccional en la mujer. Mujer de entre 14 y 65 años
Sospecha Embarazo. Mujer en edad fértil desde de 14 años.
Anticoncepción de urgencia. Mujer desde 16 años, en adolescentes de 14 o 15 años, se valorará el grado de madurez.
Síntomas alérgicos leves (nasal/ocular). Población desde los 14 años

Procesos para cualquier edad:

Estreñimiento funcional.
Traumatismo leve en extremidades.
Epistaxis
Cuerpo extraño en fosas nasales.
Cuerpo extraño en oído.
Cuerpo extraño en ojo.
Orzuelo.
Herida aguda.
Quemadura.
Uña encarnada.
Mordedura Animal.
Picadura insecto.

Con objeto de facilitar la lectura del documento, cada proceso de atención estará organizado bajo una estructura común basada en los elementos conceptuales que lo sustentan.

Dicha estructura es la siguiente:

1. Motivo de consulta

Enunciado del motivo de consulta utilizado en el documento.

Se acompañará una o varias palabras claves que orienten la detección del motivo de la demanda previamente a la derivación a la consulta de enfermería.

2. Definición del motivo de consulta

Base conceptual y clínica del motivo de consulta.

Se utilizará la clasificación CIAP-2 para establecer el motivo de consulta en Historia clínica en AP-Madrid.



3. Valoración por patrones funcionales

En esta sección de indicarán los campos de valoración asociados al motivo de consulta agrupados por los Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon. Los campos de valoración se seleccionarán preferentemente de los disponibles como Dato General del Paciente (DGP) dentro de la Historia Clínica Informatizada de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid (AP-Madrid).

4. Intervención enfermera y plan de cuidados

En las Intervenciones, además de explicitar las acciones de diagnóstico clínico y cuidado directo, se desarrollarán las indicaciones farmacológicas dirigidas a la resolución de ese diagnóstico de enfermería, cuando se requiera.

En la indicación y uso de medicamentos y productos sanitarios se podrán presentar tres situaciones:

- Medicamentos y productos sanitarios que la normativa vigente autorice su indicación por parte de la enfermera. Serán indicados por la enfermera, teniendo en cuenta los protocolos que existan en su caso.
- Medicamentos y productos sanitarios en los que la enfermera pueda realizar una prescripción farmacológica no firmante, que posteriormente será validada por un profesional acreditado. Identificados como PNF.
- Medicamentos y productos sanitarios disponibles en los botiquines de los centros. La enfermera podrá hacer uso de estos, ateniéndose a los protocolos y la legislación de aplicación.

5. Diagnóstico de Enfermería de elección. Criterios de Resultado NOC e Intervenciones NIC

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se podrá indicar el diagnóstico de Enfermería NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association).

Se utilizarán las etiquetas diagnósticas NANDA-I establecidas en el módulo de Planes de Cuidados de AP-Madrid® con el fin de facilitar la usabilidad de la herramienta.

Dado que existen nuevas ediciones de la clasificación de diagnósticos NANDA-I actualizadas no integradas en el sistema informático, se expondrá en los casos necesarios, las etiquetas diagnósticas no cargadas en el módulo de AP-Madrid® que pueden ser de interés para el manejo del problema de cuidados.

Si la enfermera lo considera, se indicarán los Criterios de Resultados NOC (Nursing Outcomes Classification) más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification).

Se utilizarán los elementos disponibles en el módulo de Planes de Cuidado de AP-Madrid.

6. Criterios de derivación

Se expondrán los criterios por los cuales sería necesaria la derivación a otro profesional para completar la atención.



7. Criterios de cierre de proceso

Se indicarán los criterios a través de los cuales se considerará terminado el proceso.

A continuación, se desarrollarán los 21 procesos de gestión a la demanda aguda en las consultas de enfermería.



Procesos de Atención.



VULVOVAGINITIS: CANDIDIASIS VAGINAL

MOTIVO DE CONSULTA

Molestias y/o irritación en la zona vulvo-vaginal. Aplicable en niñas desde 2 años, adolescentes y mujeres adultas.

Palabras clave: “molestias en zona genital de la niña o mujer”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

La vulvovaginitis/vulvovaginosi es la presencia de sintomatología en la zona vulvovaginal causada por alteraciones del microbiota vaginal, de origen irritativo, alérgico o infeccioso (bacterias, hongos o parásitos) y generalmente caracterizada por cambios en la secreción vaginal (cantidad, aspecto, olor), prurito, ardor, dolor y/o inflamación.

En niñas menores de 2 años la causa principal de irritación vulvar se relaciona con dermatitis del pañal.

En base a su etiología encontramos:

- Las vulvovaginitis son producidas generalmente por:
 - Hongos: *Candida albicans* (prevalencia 25%).
 - Parásitos: *Trichomonas vaginalis* (20%), considerada infección de transmisión sexual (ITS).
- Las vaginosi o vulvovaginosi de origen bacteriano (5-30%).
- Las vulvitis o vulvovaginitis no infecciosas (15%) son de origen alérgico o irritativo.

Consideraciones en la etiología de la vulvovaginitis en pediatría:

- Las vulvovaginitis prepuberales son inespecíficas, condicionado por la presencia de una mucosa anestrogénica atrófica, pH alcalino, menor protección del introito vaginal (por los labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano), proximidad anatómica del ano, efecto de productos irritantes locales, y extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos. En un porcentaje variable pueden aislarse bacterias patógenas específicas, sobre todo *Streptococo beta-hemolítico del grupo A (SBGA)* y, con menor frecuencia, *Haemophilus influenzae tipo b*. También pueden encontrarse oxiuros, cuerpos extraños o tratarse de infecciones de transmisión sexual (debiendo investigarse en este caso la posibilidad de abuso).
- La presencia de *Candida albicans* es muy rara en niñas prepuberales sin factores de riesgo, aunque debe sospecharse ante la presencia de leucorrea no maloliente con prurito en edad puberal.
- En adolescentes puede encontrarse vaginosis bacteriana (causa más frecuente en la mujer adulta), caracterizada por la sustitución de la flora vaginal normal por otra con predominio de anaerobios, *Mycoplasma hominis* y *Gardnerella vaginalis*, y que produce una secreción maloliente.



Codificación diagnóstica CIAP:

- X84 Vaginitis/vulvitis NE/vulvovaginitis
- X15 Otros signos/síntomas vaginales
- X16 Otros signos/síntomas vulvares
- X72 Candidiasis Vaginal.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general y tiempo de evolución.
- Antecedentes personales alergias, inmunosupresión o diabetes *mellitus* (DM).
- Consumo de fármacos:
 - o Anticonceptivos hormonales combinados.
 - o Geles espermicidas.
 - o Antibioterapia (ATB) de amplio espectro.
 - o Tratamiento Quimioterápico y/o antiestrogénico (vulvitis).
- Alergias.

Patrón 3. Eliminación:

- Hábitos de higiene personal.
- Duchas vaginales.
- Uso de toallitas limpiadoras húmedas.
- Material de la ropa interior habitual.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Dolor:
 - o Presencia de dolor y sus características: valorar localización e intensidad.

Patrón 9. Sexualidad/reproducción:

- Historia de episodios previos aislados (Candidiasis, vaginosis bacteriana y vulvovaginitis por Trichomonas) o recidivantes, bien uni o multicausales (candidiasis recidivante, alérgica (por contacto), atrófica...).
- Etapa vital: Pubertad, Embarazo, puerperio o lactancia, peri o postmenopausia (vulvitis).
- Periodo menstrual.
- En vulvovaginitis, valorar presencia de:
 - o Eritema, edema inflamatorio de piel (vulva) y mucosas.
 - o Prurito, disuria, quemazón, sensación de escozor en genitales externos.
 - o En adolescentes y mujeres adultas:
 - Vulvodinia (dolor vulvar).
 - Dispareunia.

- Sintomatología en la pareja sexual.
- Actividad sexual con múltiples parejas (Trichomonas y vulvovaginitis).
- Alteración de la secreción vaginal en volumen, color u olor:
 - Por *Candida albicans*: leucorrea escasa o moderada, color blanco amarillento con aspecto grumoso y escaso olor.
 - Por *Trichomonas*: leucorrea aumentada, color amarillo verdoso con aspecto espumoso y maloliente.
- En vaginosis o vulvovaginitis bacteriana (infrecuente la afectación de vulva): presencia de leucorrea moderada color blanco grisáceo de aspecto homogéneo adherente y maloliente (olor a pescado).
- La vulvovaginitis atrófica: se caracteriza por presentar adelgazamiento en los genitales externos, y sequedad que produce picor y disuria.
- El liquen escleroatrófico vulvar cursa con genitales externos adelgazados que producen picor y disuria.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Toma de exudado vaginal.

Prescripción farmacológica. Realizar tratamiento empírico:

- Tratamiento de la vulvovaginitis en mujeres adultas y adolescentes de 12 años o más años.
 - Si sospecha de Candidiasis:
 - Clotrimazol:
Óvulos vaginales (de elección): No se deben usar tampones, duchas intravaginales, espermicidas u otros productos vaginales mientras se utilice este medicamento. No se recomienda iniciar el tratamiento durante la menstruación. El tratamiento debe haber finalizado antes del inicio de la menstruación.
 - 500mg antes de acostarse dosis única.
 - 100mg 1/24h 6 días antes de acostarse.
 - Tópico, crema vaginal al 1% 5g/día intravaginal antes de acostarse durante 7-14 días. Intravaginal: mejor usar aplicador. Aplicar también en los labios y zonas adyacentes.

Tratar a su pareja sexual únicamente si presenta síntomas.

Consideraciones específicas en la intervención enfermera de la vulvovaginitis en pediatría (Prepuberales):

La mayoría de las vulvovaginitis en niñas son cuadros leves inespecíficos causados por flora mixta bacteriana, por lo que no será necesario realización de estudios complementarios.

En caso de leucorrea **realizar un test rápido de detección de estreptococo A.**

(Nexus: 200382_ test rápido detección antígeno estreptococo grupo A exudado faríngeo/colonia aislada cultivo).



- o Si fuera negativo, toma exudado vaginal para cultivo. Hasta que llegue el resultado indicar emolientes, baños de asiento con agua tibia o lavado con antiséptico vulvar.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel Educación sanitaria
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	Eliminación urinaria Autocuidados: higiene	Prescribir medicación Educación sanitaria Control de infecciones Enseñanza: sexualidad/sexo seguro Enseñanza: seguridad del niño Mejorar el afrontamiento
00214 Disconfort	Control de síntomas Estado de comodidad	Manejo del autocuidado Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Antecedentes de:
 - o Inmunosupresión o DM mal controlada (hiperglucemias).
 - o Embarazo o lactancia materna.
- Sospecha de Tricomoniasis: No perder a la paciente/usuario y tratamiento de elección con metronidazol que requiere evaluación de interacciones.
- A criterio de la enfermera.

Nota: En este motivo de consulta trataremos principalmente Candidiasis vaginal no complicada, que es aquella que “se produce de forma puntual con síntomas que pueden ser leves o moderados. El agente causal más característico es la *Candida albicans* y no se suele relacionar con inmunosupresión ni con el embarazo”.

El resto de problemática inflamatoria y/o infecciosa en la vulva y vagina será derivada al médico de familia: Vulvovaginitis con sintomatología severa, Vulvovaginitis o vaginosis o vulvovaginitis recurrente, Vulvovaginitis causada por *Candida no albicans* si es conocido el agente causal.

Criterios derivación específicos en niños/as de 2 a 13 años:

- ✓ Si resultado positivo de detección de estreptococo A para tratamiento. Si resultado negativo y leucorrea o sintomatología importante derivación al pediatra tras realización de exudado vaginal.
- ✓ El resto de problemática inflamatoria y/o infecciosa en la vulva y vagina será derivada al pediatra.
- ✓ Edad menor de 2 años o mayores que sigan con uso de pañal.
- ✓ Sospecha de abuso.
- ✓ Antecedentes de: Inmunosupresión o DM mal controlada (hiperglucemias).
- ✓ A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras finalizar tratamiento farmacológico y cuidados pautados, junto con la verbalización/observación de desaparición de sintomatología. Revisión en consulta presencial o telefónica.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Gallardo C, Lluís P. Vulvovaginitis: Tratamiento. Farmacia Profesional. 2003 Feb;17(2). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-vulvovaginitis-13044472#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20de%20esta%20infecci%C3%B3n%20se%20realiza%20mediante%3A,de%20contrast%20o%20campo%20oscuro>
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Diagnóstico y tratamiento de las infecciones vulvovaginales. Guía de Asistencia Práctica. Prog Obstet Ginecol. 2016;59(5):350-362. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v59-2016/n5/17_GAP_vulvovaginitis.pdf
3. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Muíño López-Álvarez XL, Ramos Vázquez M. Candidiasis vaginal. Guía Clínica Fisterra. Jun 2019 [Internet]. Disponible en: <https://www.fisterra-com.bvcscm.a17.csinet.es/guias-clinicas/vaginitis-por-candidas/>
7. Rus Jódar L. Candidiasis vulvovaginal; abordaje en la consulta de atención primaria de la matrona. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. 2020 Jul; XV(13):681.
8. Lanis A, Talib HJ, Dodson N. Prepubertal and Adolescent Vulvovaginitis: What to Do When a Girl Reports Vaginal Discharge. Pediatr Ann. 2020;49(4):e170-e175.
9. Sobel JD. Approach to females with symptoms of vaginitis (UpToDate). Mar 2021 [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/approach-to-females-with-symptoms-of-vaginitis?search=vaginosis&source=search_result&selectedTitle=3~104&usage_type=default&display_rank=3
10. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
11. Laufer MR, Means SJ. Vulvovaginitis in the prepubertal child: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment (UpToDate). Nov 2022 [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/vulvovaginitis-in-the-prepubertal-child-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=vulvovaginitis%20en%20ni%C3%B1a&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Guía de uso de antimicrobianos en tratamientos ambulatorios adultos. 3ª ed. Madrid: Consejería de Sanidad; octubre 2023. Disponible en: <https://gestion3.madrid.org/bvirtual/BVCM051036.pdf>



ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

MOTIVO DE CONSULTA

Estreñimiento funcional ocasional/crónico. **Palabras clave:** "Estreñimiento".

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

El estreñimiento es una situación clínica heterogénea definida por varios síntomas¹³. Aunque el estreñimiento agudo suele resolverse de forma temporal, en algunos casos puede deberse a una causa subyacente (estreñimiento secundario). Por ello, es fundamental identificar el origen del problema y orientar el tratamiento en función de dicha causa

Para definir el tipo de estreñimiento se basará en la clínica, no sólo en la asociación de síntomas sino también teniendo en cuenta la percepción subjetiva de los pacientes. El síntoma de estreñimiento se manifiesta cuando el paciente se siente insatisfecho con su eliminación intestinal, debido a que tiene evacuaciones poco frecuentes, experimenta dificultades constantes para defecar, o ambas cosas a la vez.

En adultos se puede tener como referencia la evacuación de menos de 3 deposiciones a la semana. El estreñimiento en la infancia es difícil de definir por la dificultad que representa establecer la frecuencia normal de evacuaciones en esta etapa. Esta frecuencia disminuye de una media de 4 evacuaciones al día en la primera semana de vida a 1,7 al día a los dos años.

El estreñimiento ocasional se refiere al que sucede de manera transitoria o aguda ante situaciones particulares, mientras que el estreñimiento crónico se da cuando los síntomas se mantienen en el tiempo o es recurrente o cíclico.

El estreñimiento secundario es consecuente a otros procesos patológicos o de tratamiento farmacológico que ha de ser contemplado siempre con su origen, siendo el estreñimiento un síntoma de la enfermedad de base.

La forma más común de estreñimiento es la funcional, ya sea aguda o crónica, caracterizada por no tener una causa identificable. El siguiente abordaje se centra específicamente en este tipo de estreñimiento. Para definir el carácter crónico del estreñimiento, se seguirán los siguientes **criterios internacionales de Roma** (Roma Coordinating Committee):

En niños:

El informe Roma III define el estreñimiento funcional del lactante, niños y adolescentes como la presencia durante al menos un mes, de 2 o más de las siguientes características:

1. Dos o menos defecaciones por semana.
2. Al menos un episodio a la semana de incontinencia fecal (expulsión involuntaria del contenido del colon) después de haber adquirido hábitos higiénicos.
3. Historia de retención fecal excesiva.
4. Historia de defecaciones dolorosas o de expulsión de heces duras.
5. Presencia de una gran masa fecal en el recto.
6. Historia de heces grandes que incluso pueden obstruir el váter.

¹³ Ndjitoyap Ndam A., Melchior C., P. Ducrotté P.: Estreñimiento. Tratado de medicina, 2018-09-01, Volumen 22, Número 3, Páginas 1-8, Copyright © 2018 Elsevier Masson SAS CLINICAL. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541018914133>

*** Lactantes y niños pequeños (menores de 4 años):**

Pueden existir además síntomas acompañantes, como irritabilidad, disminución del apetito o saciabilidad precoz, que desaparecen inmediatamente después de la defecación.

Existen etapas en las que el estreñimiento funcional tiende a presentarse con mayor frecuencia:

- Durante la transición de la lactancia materna a la fórmula o al iniciar la alimentación complementaria, momento en el que suele observarse un endurecimiento de las heces.
- En el proceso de retirada del pañal, el cual no debería iniciarse antes de los 27 meses de edad.
- Al comenzar la etapa escolar, cuando algunos niños evitan defecar en el entorno escolar.

Es fundamental no confundir el estreñimiento funcional con la disquecia del lactante menor de 6 meses, la cual se manifiesta por episodios de llanto y esfuerzo que duran más de 10 minutos antes de la expulsión de heces blandas, en un bebé que por lo demás se encuentra sano.

En adultos:

Criterios de Roma IV que definen el estreñimiento funcional:

1. Síntomas de más de 6 meses de evolución.
2. Existencia de los siguientes criterios:
 - o Menos de tres deposiciones espontáneas a la semana.
 - o Presencia en más del 25% de las deposiciones de: esfuerzo defecatorio; heces duras o grumosas; sensación de vaciado rectal incompleto; sensación de bloqueo o de obstrucción anorrectal.
 - o Necesidad de manipulaciones manuales (evacuación digital, etc.).

Codificación diagnóstica CIAP:

D12 Estreñimiento.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general y tiempo de evolución.
- Antecedentes personales de enfermedades crónicas y/o cirugías: cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca, espina bífida, enfermedad de Hirschprung, malformaciones anorrectales u otras deformidades anatómicas que pudieran tener relación. Ej. Hoyuelo sacro en niños/as.
- Antecedentes familiares de: estreñimiento, cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedad celiaca.
- Factores de riesgo (sedentarismo, dieta pobre en fibras, etc.).
- Percepción del problema y repercusión en calidad de vida.
- Tratamiento farmacológico y fármacos que desencadenen estreñimiento.
- Alergias.



Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Patrón de consumo de alimentos (ingesta de fibra y cantidad de alimento total) y líquidos.
- Cambios recientes en el tipo de alimentación (por cambios de domicilio, inmigración, viajes, cambios familiares...).
- Pérdida de peso reciente e involuntaria.
- Presencia de náuseas o/vómitos.
- Temperatura: presencia de fiebre.

Patrón 3. Eliminación:

- Patrón de eliminación intestinal habitual. (frecuencia, consistencia, sensación de evacuación completa, esfuerzo abdominal)
- Valoración de estreñimiento según criterios Roma.
- Otros problemas en la eliminación intestinal (diarrea, flatulencia, incontinencia, rectorragia, hematoquecia, alternancia de diarrea-estreñimiento, heces con moco, pus...).
- Descripción de las heces y cambios recientes según Escala de Bristol.
- Presencia de enuresis o infecciones del tracto urinario de repetición.
- Valorar la enuresis en población a partir de 5 años.

Tipo 1		Heces duras y fragmentadas en esferas de difícil evacuación
Tipo 2		Heces duras con forma de salchicha abollada
Tipo 3		Heces duras con forma de salchicha y superficie agrietada
Tipo 4		Heces blandas pero moldeadas, en forma de salchicha
Tipo 5		Heces blandas moldeadas, con bordes claros y de fácil evacuación
Tipo 6		Heces blandas moldeadas, con bordes irregulares
Tipo 8		Heces completamente líquidas

Imagen 1. Escala de Bristol.

Elaboración propia, inspirada en la escala original publicada por Lewis SJ, Heaton KW (1997). «Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time» Scandinavian Journal of Gastroenterology 32 (9): 920-4

- Ante un estreñimiento con características funcionales, la anamnesis puede aportar indicios que orienten hacia un estreñimiento de tránsito lento (con heces escasas y duras) o, más frecuentemente, hacia un estreñimiento distal relacionado con la evacuación (manifestado por esfuerzos repetidos, dificultad para expulsar las heces, sensación de evacuación incompleta, uso de maniobras digitales para facilitar el vaciado rectal o ausencia de sensación de necesidad de defecar). La escala de Bristol es una herramienta práctica para evaluar la

consistencia de las heces y apoyar el diagnóstico de estreñimiento cuando el paciente describe heces tipo 1 o 2.

- Factores que influyen en la eliminación: rutinas, laxantes, enemas, dieta, líquidos, ejercicio, fármacos, etc.
- Auscultación abdominal: presencia de ruidos intestinales normales, distensión abdominal, dolor abdominal, masa palpable en abdomen.
- Exploración anal (visual, no tacto rectal, ya que el estreñimiento, sobre todo en niños, puede ser secundario al dolor de una fisura anal, hemorroides...).

Patrón 5. Actividad/Ejercicio:

- Ejercicio: tipo, cantidad y calidad del ejercicio o actividad física.
- Identificación de situación de dependencia o paciente inmovilizado.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Presencia de dolor abdominal y sus características: valorar localización e intensidad.
- Estado psíquico. En adultos: presencia de demencia.

Patrón 8. Rol relaciones:

- Presencia de conflictos emocionales e incluso posibilidad de abuso.
- Situaciones de posible estrés vital: cambios etapa vital, cambios familiares relevantes, laborales. En niños también valorar: mudanza, inicio escolar, miedos y fobias.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Medidas higiénico-dietéticas

En general, se darían las siguientes recomendaciones, mediante intervenciones educativas: Consejo breve o Educación individual:

- Realizar una dieta equilibrada que incluya abundante fibra. Se aconseja un consumo habitual de 25 a 38 g / día de fibra de diferentes fuentes. La fibra soluble puede tener un beneficio mayor que la insoluble en el tratamiento de pacientes con estreñimiento crónico.
(no consumir más 50 g /día de fibra dietética, dado que no aporta beneficios adicionales y puede producir intolerancia).
- Beber abundantes líquidos, sobre todo coincidiendo con las ingestas principales, para que la fibra insoluble contenida en la dieta absorba agua como una esponja y aumente el volumen del bolo fecal. Se recomienda beber entre 2 y 2.5 litros de líquidos al día (se individualizará si existe otras patologías o condiciones de salud específicas).
- Hacer ejercicio regularmente. El ejercicio regular puede ayudar a aliviar el estreñimiento. Actividades como caminar, correr, nadar o andar en bicicleta pueden ayudar a fortalecer los músculos abdominales y mejorar el tránsito intestinal.
- Realizar las comidas en un horario regular y con el tiempo necesario para ello, al menos 15-20 minutos. El comer a deshoras, perjudica el momento de la evacuación.

- Recomendar un entrenamiento en rutinas para defecar después de las comidas, particularmente por la mañana, cuando la motilidad del colon es mayor. Respetar las ganas de ir al baño, no evitarlo o intentar que se pasen.

➤ **Consideraciones según grupos de población específicas:**

○ **Lactantes:**

- Alimentación: Si la alimentación es con lactancia materna continuar con ella es fundamental, ya que la leche materna es más fácil de digerir y puede ayudar a prevenir el estreñimiento.

En bebés de 1 mes o más se podrá agregar una pequeña cantidad de agua o zumo de fruta a la dieta. Por lo general, es mejor intentar con el agua primero, pero el jugo de manzana o pera contiene un endulzante denominado sorbitol que ayuda a aliviar el estreñimiento.

- Movilidad: se podrán realizar masajes suaves en su abdomen. También puedes llevar sus rodillas a su pecho haciendo como si estuviera en cuclillas y, luego, soltar las piernas. Otra opción es mover suavemente las piernas del bebé como si estuviera andando en bicicleta.

○ **Niños/as con alimentación complementaria.**

- Hidratación adecuada: Asegurarse de que los niños beban suficiente agua a lo largo del día, idealmente entre 1,5 y 2 litros diarios, dependiendo de su edad y nivel de actividad.
- Promover la actividad física: El ejercicio regular ayuda a estimular el tránsito intestinal. Actividades como caminar, nadar o ejercicios suaves son beneficiosas.
- Ingesta de fibra: La cantidad de fibra recomendada varía según la edad y el sexo, generalmente entre 14 y 31 gramos al día.
Se debe tener cuidado con ciertos alimentos que pueden presentar riesgo de atragantamiento, como los frutos secos enteros. Se podrán consumir en forma de crema o molidos.
- Hábitos de evacuación: Enseñar a los niños a responder a las señales de su cuerpo y no ignorar la necesidad de ir al baño. Es importante establecer una rutina para ir al baño. Establecer un horario regular para ir al baño.

O Ancianos:

- Hidratación adecuada: Es especialmente importante asegurarse de que los ancianos beban suficiente agua, ya que pueden tener una menor sensación de sed. Se recomienda un consumo de al menos 2 litros de líquidos al día.
- Actividad física: La actividad física debe adaptarse a sus capacidades y limitaciones. Ejercicios suaves como caminar, nadar o ejercicios de bajo impacto son ideales.
- Medicamentos: Es frecuente que los ancianos tomen múltiples medicamentos, algunos de los cuales pueden causar estreñimiento. Es importante revisar los medicamentos con su médico para ajustar las dosis o cambiar a alternativas menos astringentes, si es posible.
- Fibra dietética: Se deberá aumentar gradualmente la ingesta de fibra para evitar molestias gastrointestinales como la distensión abdominal o la flatulencia. Es recomendable combinar fibra soluble e insoluble.
- Hábitos de evacuación: Es crucial establecer una rutina diaria para ir al baño, preferiblemente después de las comidas, y crear un ambiente cómodo y sin prisas.
- Apoyo y educación: Pueden necesitar más apoyo y educación por parte de cuidadores y profesionales de la salud para implementar y mantener hábitos saludables.

O Personas Inmovilizadas:

- Hidratación: Es crucial asegurar una adecuada hidratación, ya que pueden depender de cuidadores para recibir líquidos. Se recomienda un consumo de al menos 2 litros de líquidos al día.
- Ejercicio y movilidad: Aunque no pueden realizar ejercicio físico convencional, es importante realizar ejercicios pasivos y movimientos asistidos para estimular el tránsito intestinal. Los masajes abdominales y la movilización de las piernas pueden ser útiles.
- Fibra dietética: Deben aumentar gradualmente la ingesta de fibra para evitar molestias gastrointestinales como la distensión abdominal. Es recomendable combinar fibra soluble e insoluble.
- Hábitos de evacuación: Es crucial establecer una rutina diaria para ir al baño y crear un ambiente cómodo y sin prisas. Pueden necesitar ayuda para adoptar una posición adecuada para la evacuación.
- Apoyo y educación: Pueden necesitar más apoyo y educación por parte de cuidadores y profesionales de la salud para implementar y mantener hábitos saludables.



Tratamiento farmacológico:

- Consideraciones en adultos:**

Si no hay respuesta al cambio en el estilo de vida se utilizarán laxantes, teniendo en cuenta de forma general, que no deben tomarse diariamente de forma continuada o durante períodos prolongados, sin investigar primero la causa del estreñimiento.

La dosis se debe valorar en función de la respuesta clínica y las necesidades de cada individuo. La duración del tratamiento debe adaptarse de acuerdo a los síntomas.

Se usarán laxantes que incrementan el bolo intestinal como primera opción, el plantago ovata. Hay que asegurar una ingesta adecuada de líquidos porque incrementan el bolo intestinal reteniendo agua. Estos laxantes son eficaces para aumentar la frecuencia y suavizar la consistencia de las heces con un mínimo de efectos adversos. Pueden usarse solos o en combinación con un aumento de fibra dietética.

Laxante	Dosis habitual (adultos)	Inicio de acción	Efectos Secundarios
Plantago ovata	1 sobre ($\cong$ 3,5 gramos de fibra), según presentación 2- 3 veces al día.	12 a 24 h	NO habría ningún E.S frecuente o muy frecuente. Otras consideraciones: Al inicio del tratamiento y dependiendo de la dosis, pueden aparecer molestias como flatulencia y sensación de plenitud, que desaparecen en pocos días sin necesidad de abandonar la medicación. Si el producto se ingiere sin la suficiente cantidad de líquidos, puede producirse distensión abdominal, obstrucción intestinal o esofágica e impactación fecal.

Tabla 1: Laxantes que incrementan el bolo intestinal. Elaboración propia.

Si no hay una respuesta satisfactoria, se añadirán laxantes osmóticos: macrogol (polietilenglicol), (único con evidencia), sales de magnesio, sales de fosfato vía oral o fosfato vía rectal, lactulosa, lactitol (no evidencia clara). Actúan aumentando la presión osmótica en



la luz intestinal. Importante asegurar suficiente ingesta de líquidos. Tienen acción rápida por lo que son útiles en el estreñimiento agudo.

Lactulosa y Macrogol se han mostrado seguros en el tratamiento del estreñimiento crónico.

Medicamento	Dosis habitual (adultos)	Inicio de acción	Efectos Adversos (Muy Frecuentes/ Frecuentes)
Macrogol (Polietilenglicol) (PNF) *	1 o 2 sobres al día (10 g – 20 g), preferiblemente tomados en una sola dosis por la mañana.	24 a 48 horas	Dolor abdominal, Distensión abdominal, Diarrea, Náuseas
Lactulosa **	La dosis inicial recomendada es de 30 ml (2 cucharadas sopas), repartida en dos tomas durante 2-3 días. La dosis de mantenimiento es de 15-30 ml (1-2 cucharadas sopas) al día, que se administrarán en una sola toma, preferiblemente durante el desayuno.	48-72h.	Diarrea, flatulencia, dolor abdominal, náuseas, vómitos.
Lactitol	20 gramos (2 sobres de 10 gr/día) en 1 sola toma. (mañana o noche) Valorar reducir a 1 sobre/día pasados unos días según efecto.	48-72 horas	No EA significativos. Molestias abdominales, flatulencia, dolor abdominal o distensión abdominal.
Glicerina (glicerol)	Un supositorio (2 o 3 gramos) por recto durante 15 minutos 1 vez al día.	15 a 30 minutos	Picor, dolor e irritación en el ano.
Hidróxido de magnesio.	5-10 ml (1-2 g) hasta 25 ml (5 g) al día, en una única toma o dividido en varias tomas. Evite tomar la dosis antes de acostarse o a última hora.	3 a 6 horas	Diarreas, dolor abdominal.

Tabla 2. Laxantes osmóticos. Elaboración propia.

*PNF: Prescripción No Firmante (prescripción médica).

** Solo indicación enfermera si CUMPLE INDICACIÓN POR PROTOCOLO DE OSTOMÍAS.



Los supositorios y ablandadores de heces (glicerina) tienen una eficacia clínica limitada. Los enemas solo deben usarse para prevenir la impactación fecal en pacientes con varios días de estreñimiento.

En los pacientes mayores que estén inmovilizados o que la ingesta de líquidos no sea la adecuada, los laxantes que se recomienda utilizar serían los osmóticos como tratamiento de elección, evitando el uso excesivo de estos agentes puesto que contienen iones de difícil absorción, como el magnesio o el fosfato, que pueden causar alteraciones metabólicas en pacientes con disfunción renal y cardíaca (patologías frecuentes en personas mayores). Si no se resuelve, derivar al médico para individualizar cada caso según patologías y situación clínica actual.

Otros laxantes para el estreñimiento crónico:

Medicamento		Dosis habitual (adultos)	Precauciones	Efectos Adversos (Muy Frecuentes/ Frecuentes)
LUBRICANTES	Parafina Líquida	15 ml de solución oral (aproximadamente una cucharada sopera) antes de acostarse.	No debe ser utilizada en caso de obstrucción intestinal, dolor abdominal de origen desconocido, o enfermedades inflamatorias intestinales. No administrar a pacientes de edad avanzada sin supervisión médica No debe administrarse en las 2 horas anteriores o posteriores a las comidas y a la toma de otro medicamento. Es importante no tomar la parafina líquida en posición acostada.	No EA significativos
	Bisacodilo	<u>Dosis oral:</u> Comprimidos 5 mg. 1-2 compr. 1v/día (antes de acostarse). El efecto suele aparecer en 10h. <u>Dosis Rectal:</u> Supositorios 10 mg, 1 supositorio 1v/día	El efecto suele aparecer en 20 min. Evitar el uso de productos lácteos y antiácidos al menos 2 horas antes y después de tomar bisacodilo. No usar más de 7 días. Si no efecto positivo consultar.	Puede causar calambres abdominales, diarrea y malestar estomacal.
ESTIMULANTES por vía oral o rectal:		Picosulfato Sódico	<u>Dosis oral:</u> 5- 13 gotas al día en una sola toma, si bien la posología sería	Diarrea, cólicos, dolor y molestias abdominales.

Medicamento		Dosis habitual (adultos)	Precauciones	Efectos Adversos (Muy Frecuentes/ Frecuentes)
		diferente en función de la presentación utilizada.		
	Senósidos: Los senósidos A y B son laxantes estimulantes que actúan estimulando los movimientos peristálticos que impulsan el contenido intestinal a través del colon.	<u>Dosis oral:</u> Comprimidos recubiertos 12 mg. 1-3 compr. /grageas (antes de acostarse). Sin masticar.	Inicio de acción: 6-10h. Los pacientes geriátricos pueden ser más sensibles a los efectos adversos de este medicamento posiblemente debido a una menor función renal. Pueden requerirse dosis menores de las normalmente recomendadas para adultos.	No EA significativos

Si no se resuelve, derivar al médico para individualizar cada caso según patologías y situación clínica actual.

- **Consideraciones en pediatría:**

El tratamiento farmacológico para el estreñimiento funcional consiste en 4 pasos:

- **Desimpactación (vaciado del colon):** Cuando existen heces duras y compactas con dificultad de su eliminación espontánea. Normalmente palpables. Su desimpactación es prioritaria.

Los laxantes de primera elección recomendados son los osmóticos: Polietilenglicol vía oral, con o sin electrolitos. En caso de intolerancia al PEG, usar lactulosa o lactitol. Se puede considerar el uso de laxantes estimulantes (bisacodilo, sen, picosulfato de sodio) o aceite de parafina (si mayores de 6 años).

- **POLIETILENGLICOL (Macrogol) *** 3350 o 4000, con o sin electrolitos (las formulaciones PEG con o sin electrolitos (E) tienen una efectividad, seguridad y aceptabilidad similar).

**Prescripción médica.*



El PEG+E para el estreñimiento en niños en estado más crítico.

Inicio de acción: 24 a 48h.

Informar siempre de la posibilidad de producirse incontinencia fecal durante el tratamiento, sobre todo en los niños más pequeños.

- o Sin electrolitos (solución o sobres 4 g y 10 g): 1-1,5 g/kg/día (máximo 7 días). Vía oral.

A partir de los 6 meses.

Se inicia con 8 ml o 1 sobre al día y se va aumentando según respuesta.

DOSIS Y PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN:

Tratamiento del estreñimiento en niños ≥ 6 meses:

- 6 meses-1 año:
 - 1 sobre/día de la presentación de 4 g.
 - 8 ml/día de solución oral (500 mg/ml).
- 1-4 años:
 - 1-2 sobres/día de la presentación de 4 g.
 - 8-16 ml/día de solución oral (500 mg/ml).
- 4- 8 años:
 - 2-4 sobres/día de la presentación de 4 g.
 - 16-32 ml/día de solución oral (500 mg/ml).
- >8 años:
 - 1-2 sobres/día de la presentación de 10 g.

- o Con electrolitos (sobres 6.9 g. y 13,7g). Vía oral.

Se inicia con 1 sobre al día y se va aumentando según respuesta.

Sólo a partir de los 5 años para tratamiento de la impactación fecal (como tratamiento para el estreñimiento crónico la restricción sería a partir de 1 año).

- Niños de 5-11 años (sobres de 6.9g), administrar las presentaciones para población pediátrica en dosis divididas en un intervalo de 12 horas:

Edad (años)	Día 1	Día 1	Día 1	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
5-11	4	6	8	10	12	12	12

Un ciclo de tratamiento para la impactación fecal dura hasta 7 días, pero deberá interrumpirse una vez eliminada la impactación. Tras la desimpactación, se recomienda que siga un programa de educación intestinal apropiado para evitar una nueva impactación fecal (dosis para prevención de reimpactación, igual que en estreñimiento crónico).

- Niños ≥ 12 años (sobres de 13.7g): 8 sobres/día de la presentación para adultos, consumidos dentro de un periodo de tiempo de 6 horas. Normalmente no excederá de 3 días.



- **LACTULOSA:** Desimpactación (>2 años): 1-4 ml/kg/día (1-3 dosis)
Inicio de acción: 48-72h (2-3 días)
- **LACTITOL:** Desimpactación (6-12 años): 10-30 g/día (2-3 dosis).
Inicio de acción: 48-72h (2-3 días)
- **SALES DE MAGNESIO:**
 - Preparación en polvo (sales de carbonato, fosfato y óxido de magnesio):
 - <1 año: 1-4 cucharaditas rasas de café hasta 3v/día.
 - 1-5 años: 1-4 cucharaditas rasas de café hasta 3v/día.
 - Preparaciones líquidas (hidróxido de magnesio):
 - 2-5 años: 0,4-1,2 g/día en 1 o 2 tomas
 - 6-11 años: 1,2-2,4 g/día en 1 o 2 tomas
 - 12-18 años: 2,4-4,8 g/día en 1 o 2 tomas
- Otras opciones de tratamiento:
 - Estimulantes:
 - **Bisacodilo:**
 - o Vía oral: el efecto suele aparecer en 10h.
 - Niños entre 2-10 años: 0,3 mg/kg/día en una única dosis (o también 5 mg en dosis única) antes de acostarse.
 - Niños >10 años: 5-10 mg/día en una única dosis (dosis máxima: 30 mg).
 - o Vía rectal (supositorio): el efecto suele aparecer en 20 min.
 - Niños >10 años: 10 mg/día en una única dosis.
Por vía rectal, no está autorizado el uso en menores de 10 años
 - **Picosulfato sódico:** Vía oral. Niños mayores de 6 años:
 - o Niños >12 años: 9 a 13 gotas (de 4-6 mg) diarias en una sola toma.
 - o Niños de 6 a 12 años: 2 a 9 gotas (de 1-4 mg) diarias, en una sola toma.
 - **Senósidos:** Vía oral. Usar en niños de 12 años o más años.
1 a 3 comprimidos al día tomados por la noche con suficiente cantidad de líquido, sin masticar.

Desimpactación rectal: tan efectiva como la oral, pero al ser invasiva y peor tolerada suele reservarse para aquellos casos que cursen con fecaloma rectal y no sea factible la vía oral.

➤ **Laxantes rectales:**

- **Glicerina rectal:** 1 al día. Supositorios/ Microenema.
- **Enemas de citrato sódico:** 1 al día
- **Enemas de suero salino isotónico:**
 - Desimpactación: 5 ml/kg/dosis (2 veces al día) o bien:
 - 0-6 meses: 20-150 ml
 - 6-18 meses: 150-250 ml
 - 18 meses-5 años: 250-300 ml
 - 5-18 años: 480-720 ml
- **Enemas de fosfatos hipertónicos:** >2 años: 3-5 ml/kg cada 12 horas.
Dosis máxima: 140 ml.
No más de 5 días.
El enema debe expulsarse en 5 minutos.

**Se prefieren los enemas de suero salino isotónico frente a los de fosfatos, para evitar los trastornos hidroelectrolíticos, sobre todo en menores de dos años y cuando se emplean durante más de 5 días.*

Las modificaciones dietéticas deben iniciarse tras la desimpactación y no antes. Durante la desimpactación la dieta debe ser pobre o ausente de fibra y con aumento en la ingesta hídrica.

Tratamiento de mantenimiento: Se recomiendan laxantes osmóticos por su eficacia, tolerancia y seguridad. De todos ellos, el PEG es el más empleado.

Lactulosa, lactitol, sales de magnesio y el aceite de parafina se consideran alternativas terapéuticas en caso de no ser posible el empleo de PEG.

- **PEG:** 0,2-0,8 g/kg/día en 1-2 dosis.
Dosis máxima: 100 g/día
- **LACTULOSA:** Mantenimiento (>1 año): 1-2 ml/kg/día (1-3 dosis).
Dosis máxima: 30 ml/día.
- **LACTITOL:** Mantenimiento (>1 año): 0,25-0,4 g/kg/día.
Dosis máxima: 20 g/día
- **LUBRICANTE (Parafina Líquida):**
 - Líquido oral: 5ml/ 4 g (800mg/ml).
 - Niños de 6 a 12 años: La dosis recomendada es de 4 gr (5 ml o 1 cucharadita pequeña al día).



Si fuese necesario, administrar esta dosis 2 veces al día.
No administrar más de 10 ml o 2 cucharada al día (8 gr).

- Niños mayores de 12 años: La dosis recomendada es de 12 gr (15 ml o 1 cucharada grande al día).
Si fuese necesario, administrar esta dosis 2 veces al día.
No administrar más de 30 ml o 2 cucharadas grandes al día (24 gr).

Administrar antes de acostarse y, si es necesario, repetir la dosis por la mañana, 2 horas antes o después del desayuno.

- Emulsión oral en sobres: Niños mayores de 12 años:
1 sobre al día, administrada antes de acostarse y, si es necesario, repetir la dosis por la mañana, 2 horas antes o después del desayuno.
No tomar más 2 sobres al día.

El tratamiento debe continuarse durante 2- 3 meses. Se deben haber resuelto todos los síntomas de estreñimiento durante un mínimo de 1 mes antes de suspender el tratamiento y éste debe retirarse de forma gradual.

- Destete: aproximadamente, 1 de cada 2 niños consigue dejarla medicación utilizada después de 6-12 meses y mantener un ritmo intestinal adecuado.
- Seguimiento.

La presencia de las fisuras es un aspecto muy importante dentro del círculo vicioso del estreñimiento, ya que son tanto causa como consecuencia. Deberán buscarse de forma minuciosa en la exploración física, sobre todo cuando se encuentren datos sugerentes en la historia clínica como sangrado con las deposiciones o deposiciones dolorosas. En caso de objetivarlas se realizará tratamiento lo antes posible con:

- Baños de asiento con agua caliente 10-15 min.
- Vaselina pura tres veces al día.

Si se sospecha proceso infeccioso de la fisura, derivar al pediatra.

- **Consideraciones en el embarazo y lactancia.**

En el embarazo el abordaje inicial es la modificación de la dieta, con ingesta abundante de líquidos y alimentos ricos en fibra, y la realización de ejercicio físico regular, siempre que sea posible.

En caso de necesitar laxantes, se deben utilizar preferentemente los formadores de bolo: plantago ovata. En casos refractarios, pueden utilizarse de forma ocasional laxantes osmóticos (PEG, lactulosa o Hidróxido de Magnesio).



La seguridad de los laxantes estimulantes como Bisacodilo está cuestionada, podrían ser más eficaces que los formadores de bolo, pero presentan más reacciones adversas (diarrea y molestias abdominales).

No es aconsejable el uso de aceite de ricino, enemas salinos o parafínicos, sobre todo de forma continuada.

Durante la lactancia, en caso de precisar laxantes, se recomienda utilizar Los laxantes formadores de masa son de elección porque no se absorben en el tracto gastrointestinal. El uso a corto plazo de laxantes osmóticos (lactulosa) no supone un riesgo por su baja absorción intestinal.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00011 Estreñimiento	Conducta de cumplimiento: actividad prescrita	Control intestinal
	Conocimiento: dieta prescrita	Entrenamiento intestinal
	Eliminación intestinal	Fomento del ejercicio
	Hidratación	Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo de líquidos Manejo del dolor Prescribir medicación Asesoramiento nutricional Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: nutrición infantil Masaje simple
00012 Estreñimiento subjetivo	Conocimiento: conducta sanitaria	Control intestinal
	Eliminación intestinal	Entrenamiento intestinal Fomento del ejercicio Manejo de la nutrición Manejo de líquidos
00132 Dolor agudo	Control del dolor	Administración de medicación: oral



	Nivel del dolor	Administración de analgésicos
	Signos vitales	Administración de medicación Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo	Apoyo emocional
	Nivel de miedo	Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional	Eliminación intestinal	Control intestinal
	Hidratación	Entrenamiento intestinal
	Conocimiento: dieta prescrita	Fomento del ejercicio Manejo de la nutrición Manejo de líquidos
00214 Disconfort	Control de síntomas	Manejo del autocuidado
	Estado de comodidad	Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, espina bífida, enfermedad de Hirschprung, malformaciones anorrectales.
- Tratamiento con hierro oral.
- Tratamiento con opioides (incluidos tramadol y codeína), espasmolíticos, antiparkinsonianos, antiepilépticos, antidepresivos, antiácidos.
- Presencia de signos y síntomas de organicidad:
 - Fiebre.
 - Astenia.
 - Pérdida ponderal no intencionada y no explicable por otras causas.
 - Vómito bilioso.
- Alternancia del hábito intestinal.
- Sangre en heces.



- Anemia, ferropenia o prueba de sangre oculta en heces positiva (SOH+). (Valorar la necesidad de solicitud de prueba analítica).
- Dolor abdominal importante o persistente.
- Dolor abdominal cólico importante.
- Estreñimiento crónico:
 - Presencia de temblor, alteraciones de la marcha, bloqueos o movimientos "torpes".
- En estreñimiento agudo:
 - Ausencia de ruidos intestinales o ventoseo.
- Tacto rectal a valorar (todo lo que exceda a fecaloma).
- Si fisuras anales con sospecha proceso infeccioso de la fisura.
- A criterio de la enfermera.

Consideraciones específicas para derivación a pediatría en población pediátrica:

- En niños:
 - Meconiorrexis (expulsión meconio) después de las primeras 48 horas.
 - Encopresis.
 - Heces acintadas (heces estrechas), pueden ser un signo de estrechamiento u obstrucción.
 - Hoyuelo sacro.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

1. Tras 7/10 días con tratamiento farmacológico y cumplimiento de la indicación de cuidados, junto con la desaparición de sintomatología.
2. Esta evaluación puede ser una consulta de revisión presencial o telefónica.
3. Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suárez Sanz S. Estreñimiento infantil. Tratamiento urgente. Elsevier. 2002 Mar;16(3):70-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-estrenimiento-infantil-tratamiento-urgente-13028024>.
2. Martínez-Costa C, Ortuño MP, Ponce BA, Gómez FN, Martínez-Rodríguez L, Franch IF, et al. Estreñimiento funcional: estudio prospectivo y respuesta al tratamiento. An Pediatr (Barc). 2005 Nov;63(5):418-25.
3. Barrio Merino A, Soria López M, Tomé Nestal C. Tratamiento del estreñimiento funcional con polietilenglicol. Nuevos fármacos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2010 Ene-Mar;12(45). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322010000100012.
4. Mearin F, Lacy BE, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M, et al. Bowel disorders. Gastroenterology. 2016.
5. Álvarez Moital I. Estreñimiento. Guía Clínica Fistera. (Internet). Actualización 2017 Sep. Disponible en: <https://www.fisterra-com.bvcscm.a17.csinet.es/guias-clinicas/estrenimiento/#27731>.
6. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería médicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
7. Ndjitoyap Ndam A, Melchior C, Ducrotté P. Estreñimiento. Tratado de medicina. 2018 Sep;22(3):1-8. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1636541018914133>.



8. Guía farmacogeriátrica CM. Edición 1/2018. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/GuiaFarmacogeriatica/3-Patología%20Digestiva.pdf>.
9. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
10. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
11. Wald A. Management of chronic constipation in adults. UpToDate. 2021 Jan.
12. Rao SS. Constipation in the older adult. UpToDate. 2021 Jan.
13. Wald A. Management of chronic constipation in adults. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/management-of-chronic-constipation-in-adults?search=estre%C3%B1imiento%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
14. Grupo de Trabajo de Constipación del Comité Nacional de Gastroenterología Pediátrica. Estreñimiento funcional en pediatría, diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr. 2021;119(1):S39-S47.
15. Rodríguez-Ruiz M, Mendez-Gallart R, García Mérida M, Somoza-Argibay I. Influencia del estreñimiento en la enuresis monosintomática y en el síndrome enurético. An Pediatr (Barc). 2021 Ago;95(2):108-15. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-influencia-del-estreñimiento-enuresis-monosintomatica-articulo-S169540332030237X>.
16. Rodríguez-Belvis MV, Pérez LMP, Villarroja EC, de la Mano Hernández A, Pérez JM, Codoceo RAM. De la guía a la guardia: aplicación en Urgencias de las recomendaciones de ESPGHAN y NASPGHAN basadas en la evidencia para la evaluación y tratamiento del estreñimiento funcional en lactantes y niños. Emerg Pediatr. 2022;165.
17. Centro de Información on line de Medicamentos (CIMA) de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Disponible en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/home.html>. Consultado 13 Jul 2023.
18. Comparación sobre la efectividad y seguridad del polietilenglicol con y sin electrolitos en el tratamiento del estreñimiento funcional. An Pediatr (Barc). Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-comparacion-sobre-efectividad-seguridad-del-articulo-S1695403315003537>. Consultado 15 Jun 2023.
19. Estreñimiento Crónico. Guías conjuntas de actuación Primaria-Especializada 2012. Grupo de Gastroenterología Pediátrica zona Suroeste de Madrid. Disponible en: https://www.ampap.es/wp-content/uploads/2014/05/Estrenimiento_2012.pdf.
20. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.

TRAUMATISMO LEVE EN EXTREMIDADES

MOTIVO DE CONSULTA

Traumatismo leve en extremidades no relacionado con accidentes de tráfico, accidente escolar o agresión, ni como consecuencia de caída de altura o de alto impacto en población infantil desde los 2 años, adolescentes y población adulta.

Palabras clave: “Consulta por caída o golpe leves”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Traumatismo, contusión, distensión de una o varias zonas de las extremidades superiores o inferiores o sus articulaciones sin fractura ni afectación ósea.

En muchas ocasiones pueden ir acompañados de heridas de diversa consideración que serán abordadas según procedimiento.

*Nota: Dado que el manejo clínico varía en función de la localización anatómica del traumatismo, **se excluye de este proceso el traumatismo craneoencefálico, facial, torácico y abdominal**, así como aquellos con pérdida de conciencia, ya que son procesos que implican un diagnóstico diferencial más extenso, siendo su abordaje completamente diferente y pudiendo presentar unas repercusiones a nivel de secuelas o complicaciones mayores. Se prestará especial atención y se derivarán a medicina de familia/pediatría si surgen dudas diagnósticas ante los traumatismos articulares y de la mano.

Codificación diagnóstica CIAP:

A80 Traumatismo/lesión no especificada
L81 Traumatismo muscular/tendinoso/ Lesión del aparato locomotor.
L77 Esguinces y distensiones del tobillo
L16 Signo-síntoma tobillo
L78 Esguinces y distensiones de la rodilla
L15 Signo-síntoma rodilla
A29 Caída.
S16 Golpe- Traumatismo con superficie intacta/ Contusión de extremidad inferior-superior
L17 Signo-síntoma del pie/ Dolor del Pie.
L79 Esguinces y distensiones no especificadas
L11 Dolor Muñeca, Limitación movimiento muñeca, Signo-Síntoma Muñeca
L12 Dolor Mano y dedos de la mano, Signo-Síntoma de la mano

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general y tiempo de evolución.
- Antecedentes personales y lesiones previas.



- Ámbito de lesión (ejercicio, doméstico, etc.).
- Mecanismo de lesión (torcedura, aplastamiento, contusión...).
- Tratamiento farmacológico y alergias.

Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Alteración de continuidad de piel (herida abierta, equimosis, tumefacción, edema).
- Alteraciones de la coagulación.

Patrón 5. Actividad/Ejercicio:

- Impotencia funcional.
- Limitación de movilidad articular.
- Alteración en la fuerza muscular.
- Alteración de la marcha, deambulación.
- Deformidad, tumefacción, edema.
- Equimosis, hematoma, parestesias.
- Presencia de otras lesiones Si esguince: definir el grado.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Nivel de conciencia.
- Dolor: presencia y características (valorar localización e intensidad) Se empleará escala de valoración del dolor. (ANEXO)

Grado	Incapacidad	Dolor	Tumefacción	Inestabilidad	Recidiva
I	Mínima	Puntual	Mínima	No	No
II	Moderada	Difuso	Leve	Leve	Infrecuente
III	Severa	Importante	Importante	Sí	Frecuente

Tabla 1: Grados de esguince. Elaboración propia.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Recomendaciones generales:

- Si sólo contusión: Hielo/Frío local y analgesia.
- Si traumatismo en extremidad, valorar inmovilización:
 - o Dedos del pie: vendaje imbricado o sindactilia.
 - o Dedos de la mano: férula digital.
 - o Esguince grado I-II: venda elástica adhesiva (el esguince grado II puede ser susceptible de derivación a medicina de familia, pediatría o fisioterapia). En el esguince grado II el edema tarda horas en aparecer por lo que si se pone un vendaje adhesivo en una fase inicial podría el paciente presentar un síndrome compresivo. El



tratamiento en las primeras 48h es reposo, hielo local, vendaje blando e inmovilización y transcurrido ese tiempo se podría colocar un vendaje funcional, ortesis o bien el vendaje adhesivo.

- o Esguince grado III. Ante la sospecha de esguince grado III realizar vendaje blando para estabilizar la extremidad y derivar a medicina de familia o pediatría (si este se encuentra en otro centro).
- o Sospecha de fractura: pedir RX y derivar.
 - Si traumatismo en tobillo y rodilla emplear criterios de Ottawa para la indicación de prueba radiológica, en adultos.
http://www.laalamedilla.org/Utilidades/reglas_de_ottawa.htm

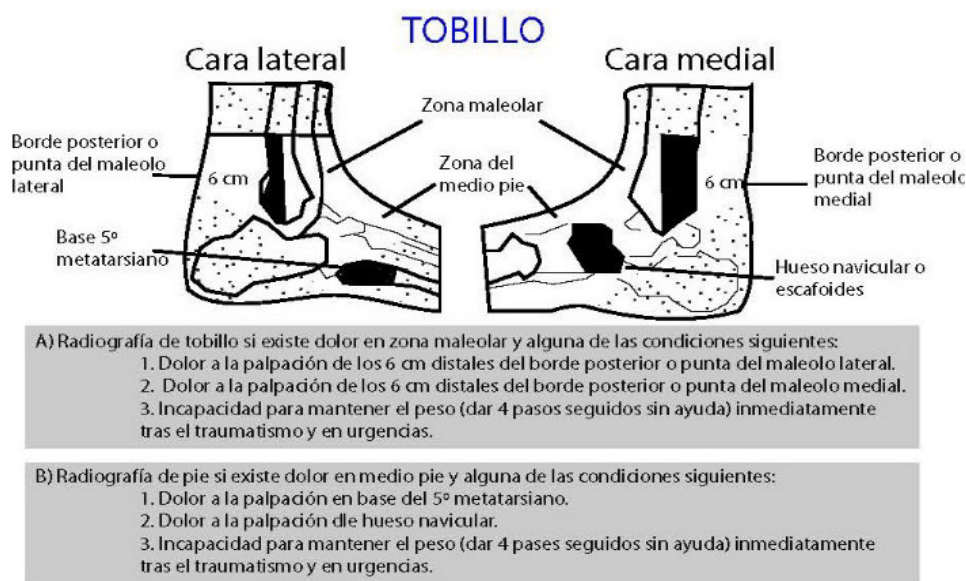


Figura 1. Criterios de Ottawa para esguince de tobillo.

Elaboración propia basado en el original publicado en Atención Primaria 2001. Volumen 28-Número 02 p. 129-135.

RODILLA

La realización de una radiografía de rodilla estaría indicada en aquellos pacientes con traumatismo que presentaran cualquiera de estos supuestos:

1. 55 o más años.
2. Dolor aislado de rótula (esto es, no dolor óseo en ningún lugar aparte de la rótula)
3. Dolor en la cabeza del peroné.
4. Imposibilidad para la flexión a 90º.
5. Incapacidad para soportar el peso del cuerpo inmediatamente después del traumatismo y en el servicio de urgencias (4 pasos; imposibilidad para pasar el peso alternativamente al otro miembro en dos ocasiones sin importar que cojee).

Figura 2. Criterios de Ottawa para rodilla.

Elaboración propia basado en el original publicado en JAMA 1997; 278: 2075-9

Existen también publicadas las **reglas de decisión de Pittsburg** para la rodilla. Indicar solicitar una radiografía (RX) si el mecanismo de producción de la lesión es un golpe directo sobre la rodilla o una caída y además existe una de las siguientes condiciones:

- o Edad menor de 12 años o mayor a 50 años.
- o Imposibilidad para soportar peso inmediatamente tras la lesión o poder caminar 4 pasos seguidos.

Ante la sospecha de fractura en población de 3 a 16 años: También puede utilizarse la **Regla de Bajo Riesgo de Tobillo** que obliga a cumplir una serie de criterios para no realizar RX:

- o El traumatismo no es agudo (menos de tres días)
- o El niño no tiene riesgo de fracturas patológicas (osteogénesis imperfecta o lesiones focales óseas conocidas como Osteoma Osteoide).
- o No tiene anomalías congénitas de pies o tobillos.
- o El niño puede expresar dolor.
- o El examen físico demuestra dolor o hinchazón limitados al peroné distal y/o ligamentos laterales adyacentes distales a la línea tibial anterior.
- o No hay grandes deformidades, compromiso neurovascular ni otras lesiones distractoras.

Prescripción farmacológica

- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:
 - **Paracetamol vía oral*** (Si alergia o intolerancia a PARACETAMOL: se recomienda el uso de AINE vía oral) con la siguiente pauta:

- Adultos: dosis 500mg /650 mg cada 6-8 horas, 7-10 días o hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, 7-10 días o hasta mejoría del dolor.

Si vómitos, útil la vía rectal: Paracetamol 150 mg supositorios

- Lactantes y niños con peso >10 kg (desde aproximadamente 1 año): 150 mg cada 4-6 horas, mientras persistan los síntomas.
- Niños con peso >20 kg (aproximadamente desde 5-6 años): se puede administrar 300 mg cada 4-6 horas, mientras persistan los síntomas.
- Niños y adolescentes con peso >40 kg (aproximadamente desde 11-12 años): Se puede administrar 600 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas, hasta un máximo de 2400 mg de paracetamol.
- Adolescentes >15 años y adultos (y peso >50 kg): Se puede administrar un supositorio de 600 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas, hasta un máximo de 3 g al día de paracetamol.

➤ **AINE *:**

- Ibuprofeno:
 - Niños menores de 12 años (>6 meses): Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas (dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), mientras persistan los síntomas.



- Adolescentes de 12 o más años y adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas.

- Naproxeno 250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días (Solo adultos). [\(PNF\)](#)

* Si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: **Paracetamol vía oral**.

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales en el uso de analgésicos:

- Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Contraindicado si historia de asma grave, urticaria o reacción alérgica a ácido acetilsalicílico u otros AINE.
- Contraindicado en pacientes con la tríada asma/rinitis con o sin poliposis nasal e intolerancia al ácido acetilsalicílico.
- Pacientes con antecedentes de hemorragia o perforación gastrointestinal relacionados con tratamientos previos con AINE.
- Insuficiencia renal o hepática significativa.
- Pacientes con cardiopatías congénitas ductus-dependiente (coartación aórtica grave o atresia pulmonar, entre otras).
- Pacientes con cirugía bypass en condiciones especiales.
- Enterocolitis necrosante conocida, o sospecha de esta.
- Pacientes prematuros con sospecha de infección.
- ⊖ Enfermedad inflamatoria intestinal.
- ⊖ Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol—o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:



NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Curación de las quemaduras Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Cuidado de las heridas Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Administración de la medicación tópica Cuidados de la piel: tratamiento tópico Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Aplicación de frío o calor Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00213 Riesgo de traumatismo vascular	Estado circulatorio	Identificación de riesgos Prevención de hemorragias Vigilancia de la piel
00085 Deterioro de la movilidad física	Movimiento articular: activo Movimiento articular: pasivo Nivel de movilidad	Inmovilización Administración de frío/calor Prescripción de medicación Manejo de la medicación Restricción zonas de movilidad Prevención de lesiones deportivas: jóvenes

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:



- Sospecha de fractura: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
 - Esguince grado III (Esguince grado II dudoso): derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
 - Dolor no controlado con analgesia pautada.
 - Parestesias.
- Signos de compresión vascular: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- Afectación del estado general: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras 2-3 semanas con tratamiento y cuidados con la evaluación de desaparición de sintomatología. Revisión en consulta presencial o telefónica.
- Cita de seguimiento con profesional correspondiente si fuera necesario.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
2. Toullec E. Esguince de tobillo en el adulto. Podología. 2017;19(2):1-9. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.bvscsm.a17.csinet.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1762827X17839638>.
3. Boggess BR. Evaluation of the adult with acute wrist pain. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/evaluation-of-the-adult-with-acute-wrist-pain?search=esguince&source=search_result&selectedTitle=2~114&usage_type=default&display_rank=2.
4. Clinical Overview. Knee injury (other than dislocation or fracture). Clínicl Key. 2020. Disponible en: https://www-clinicalkey-es.bvscsm.a17.csinet.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-9e7111a2-15f2-41a8-af0c-328ad5da488a.
5. Fichas técnicas Medicamentos. Disponible en: <https://cima.aemps.es>.
6. Nota informativa de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. MUH (FV), 4/2015. Riesgo cardiovascular de dosis altas de ibuprofeno o dexibuprofeno: recomendaciones de uso. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2015/docs/Ni-MUH_FV_04-ibuprofeno-dexibuprofeno.pdf?x98091.
7. Asociación Española de Pediatría. Paracetamol (acetaminofén). Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/paracetamol-acetaminofen>.
8. Asociación Española de Pediatría. Ibuprofeno. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/ibuprofeno>.



9. Dayan PS, Vitale M, Langsam DJ, Ruzal-Shapiro C, Novick MK, Kuppermann N, et al. Derivación de reglas de predicción clínica para identificar a los niños con fracturas tras lesiones por torsión del tobillo. *Acad Emerg Med*. 2004;11(7):736-43.
10. Boutis K, Grootendorst P, Willan A, Plint AC, Babyn P, Brison RJ, et al. Efecto de la regla del tobillo de bajo riesgo en la frecuencia de las radiografías en niños con lesiones de tobillo. *CMAJ*. 2013;185(15):E731-E738.
11. Parrón Camberoa R, Barriga Martínez A, Herrera Molpecerera JA, Poveda Santosa E, Pajares Cabanillasa S, Díez Fernández M. Validez de las reglas del tobillo de Ottawa como criterios de decisión clínica en la solicitud de radiografías en los traumatismos de tobillo y/o medio pie. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-validez-reglas-del-tobillo-ottawa-13089794>.
12. Sáinz Ruiz R, Galo Martínez Mosquera J, Pérez Gutiérrez E. Traumatismos en miembros de niños y adolescentes. Disponible en: https://fapap.es/files/639-747-RUTA/traumatismo2_2PDF.pdf.
13. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
14. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.



HERPES SIMPLE EN BOCA Y NARIZ

MOTIVO DE CONSULTA

Herpes simple en boca y/o nariz. **Palabras clave:** “presencia de granitos o pequeñas ampollas, escozor, quemazón en la boca o nariz”.

Pediatría: a partir de los 2 años.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

El Herpes Simple se caracteriza por la presencia de lesiones vesiculares pruriginosas y/o dolorosas localizadas principalmente en la zona perioral y en nariz. Además, puede presentarse en ojos o en la zona genital; causadas por el virus del herpes simple (VHS).

En un 25-30% de los niños puede manifestarse en forma de gingivostomatitis, fundamentalmente en la primoinfección herpética.

*Nota: Tanto el herpes zoster, herpes genital y ocular no forman parte del presente motivo de gestión de la demanda, debido a sus potenciales consecuencias de afectación nerviosa, quedando únicamente reflejado en el presente documento el herpes simple de la zona perioral y nasal.

Codificación diagnóstica CIAP:

S71 Herpes simple.

D20 Signo-síntoma de boca, lengua y labios.

R08 Otros signos-síntomas nasales.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general.
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión.
- Consumo de fármacos.
- Factores desencadenantes:
 - Exposición a la luz solar.
 - Fiebre.
 - Menstruación / ovulación.
 - Uso de corticoides.
 - Estrés emocional, astenia.
 - Traumatismos mecánicos o quirúrgicos, etc.



Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Presencia de vesículas agrupadas.
- Tiempo de evolución: < 48 - 72h.
- Frecuencia de aparición: lesión recurrente.
- Localización de la lesión:
 - o Única o diseminada.
 - o Peribucal, gingival, alrededor de las narinas o dorso de la nariz.
 - o En la zona de recorrido de un nervio (dermatoma) a sospecha de Herpes Zóster.
 - o Puede haber otras localizaciones, por ejemplo, en genitales. No se incluye en este proceso. En población pediatra sería un signo de alerta.
- Características: extensión y gravedad (afectación neurológica).
- Síntomas acompañantes:
 - o Presencia de dolor e intensidad.
 - o Presencia de exudado (lesión activa / seca).

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Dolor:
 - Presencia de dolor y sus características: valorar localización e intensidad.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Recomendaciones y consejos

- Explicar la naturaleza de la infección, los modos de transmisión y las causas de reactivación.
- Lavado de manos frecuente.
- Evitar besarse entre los niños y parejas.
- Evitar compartir utensilios de cocina y baño (toallas).
- Evitar el sexo oral.
- Evitar causas de reactivación: uso de protección solar, situaciones estresantes, etc.
- Promover una hidratación adecuada.

Prescripción farmacológica

- Si dolor o fiebre:
 - o Paracetamol vía oral:
 - Adultos: 500 o 650 mg cada 6-8 h, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
 - o Ibuprofeno vía oral:
 - Niños menores de 12 años: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas (dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso). 7-10 días.



- Adolescentes desde 12 años y adultos: 400 mg cada 8h. (Descartar en caso de tratamiento antiagregante con ácido acetil salicílico).

o Naproxeno 250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días **(PNF)** (Solo adultos).

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales en el uso de analgésicos:

- o Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- o Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- o Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Adolescentes desde 12 años y adultos: Si estas dosis no son suficientes para el control del dolor, se podrían indicar bajo protocolo (medicamentos sujetos a prescripción médica):
 - o Paracetamol 1 g cada 6-8 horas (no se deben utilizar si el filtrado glomerular del paciente es igual o menor a 50 ml/min). **(PNF)** (Solo adultos).
 - o Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas **(PNF)**
 - o Naproxeno 500 mg cada 12 horas. **(PNF)** (Solo adultos).

*En pacientes con cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca establecida (clasificación II-IV de NYHA), enfermedad cerebrovascular o enfermedad arterial periférica no se deben emplear dosis de ibuprofeno superiores a 1.200 mg/día.

- El tratamiento etiológico no está indicado de forma habitual, sin embargo:
 - o Sí está indicado en inmunodepresión, primoinfección severa o formas recurrentes de entidad significativa (lesiones activas recurrentes leves (< 48 h) se puede recomendar:
 - Aciclovir crema c/4h (según evolución). Aunque la evidencia es baja puede disminuir la duración de la clínica en 1-2 días si se administra en la fase prodrómica. **(PNF)**
 - o Las soluciones astringentes vía tópica (sulfato de cobre o de zinc al 1% o bien alcohol de 70°) favorecen la desecación de las vesículas y evita la sobreinfección. **(PNF)**
 - o Si sospecha de sobreinfección (aparición de costras amarillentas y/o empeoramiento del eritema perilesional):
 - Ácido Fusídico tópico (20mg/g) 2-3 veces al día durante 7-10 días. **(PNF)**



PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo	Control de infecciones Cuidado de las heridas
	Detección del riesgo	Enseñanza: proceso de enfermedad
	Severidad de la infección	Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00046 Deterioro de la integridad cutánea	Curación de las heridas: segunda intención	Cuidados de las heridas
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor	Administración de medicación: oral
	Nivel del dolor	Administración de analgésicos
	Signos vitales	Administración de medicación Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo	Apoyo emocional
	Nivel de miedo	Apoyo en la toma de decisiones
		Enseñanza: procedimiento/tratamiento. Intervención en caso de crisis. Mejorar el afrontamiento.
00214 Disconfort	Control de síntomas	Manejo del autocuidado
	Estado de comodidad	Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Rendimiento del cuidador principal.• Funcionamiento de la familia. |
|---|

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Antecedentes de inmunosupresión.
- Sospecha de Herpes zóster.
- Cualquier localización distinta a la perioral y la zona de alrededor de las narinas.
- Lesiones orales o periorales sin vesícula (puede ser difícil realizar el diagnóstico diferencial de erosiones o úlceras orales o periorales).
- Herpes simples moderados o graves:
 - Herpes diseminado extenso o que se ha extendido.
 - Presencia de gingivostomatitis o faringitis que impida la adecuada hidratación o alimentación.
 - Episodios recurrentes (> 6 episodios /año).
- Si signos/síntomas de sobreinfección con empeoramiento del eritema perilesional, que no responde a tratamiento antibiótico tópico.
- Si fiebre de 3 o más días.
- Si la evolución de las lesiones no ofrece mejoría en 5-6 días.
- Cuando la enfermera detecte alguna situación no contemplada en este proceso.
- Dolor no controlado o dolor intenso que no haya respondido a tratamiento previo con paracetamol (si ya lo ha tomado el paciente).
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras 1-2 semanas con tratamiento y cuidados y desaparición de sintomatología.
- Educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Médica Colegial de España. Guía de buena práctica clínica en infecciones víricas dermatológicas. Atención Primaria de Calidad. International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2005. ISBN: 84-689-1940-3. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_dermatologia.pdf
2. Berridi Agirre M, García Avís L. Herpes simple no genital. Guía Clínica Fistera. Disponible en: <https://www-fistera-com.bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/herpes-simple-no-genital/>.



3. Munoz Hiraldo E, Morillo Gutierrez B. Infecciones por virus Herpes Simple. Grupo de Patología Infecciosa de AEPap; 2017 Nov. Disponible en: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/biblioteca/infeccionespor-virus-herpes-simple-gpi-2017>.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
7. Fernández Urrusuno R. 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 en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/guiaterapeuticaaljarafe/guiaTerapeuticaAljarafe/>
8. Daoud Z, Ramos Amador JT, Morillo Gutiérrez B, Muñoz Hiraldo E. Infecciones por virus Herpes simplex 1 y 2. Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. 2018 Dec; consultado el 10/12/2020. Disponible en: <http://www.guia-abe.es/>
9. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid; 2019 Jun. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262>.
10. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
11. Johnston C, Wald A. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of herpes simplex virus type 1 infection. UpToDate. 2021 Feb. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/epidemiology-clinical-manifestations-and-diagnosis-of-herpes-simplex-virus-type-1-infection?search=herpes%20labialis&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
12. Fichas técnicas. Disponible en: <https://cima.aemps.es>.

DIARREA AGUDA (ACOMPAÑADA O NO DE VÓMITOS)

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea de comienzo reciente (48-72 horas) en población ≥ 1 años (excepto embarazadas y ≥ 70 años), sin fiebre.

Palabras clave: “Descomposición”, “Colitis”, “Diarrea”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

La diarrea se define como mayor frecuencia de deposiciones o una mayor cantidad de heces con consistencia alterada (más líquidas). Hay que tener en cuenta que la frecuencia y consistencia de las heces en niños y lactantes pueden cambiar de manera habitual a lo largo del tiempo sin que haya patología asociada.

Se puede delimitar según el tiempo de evolución como diarrea aguda, aquella que dura menos de dos semanas, persistente si dura de dos a cuatro semanas, y crónica aquella de duración superior a cuatro semanas.

En adultos, según el número de deposiciones se establece:

- o Diarrea grave significa tener más de 10 evacuaciones flojas y acuosas en un solo día (24 horas).
- o Diarrea moderada significa tener más de unas pocas, pero no más de 10 evacuaciones diarreicas en un día.
- o Diarrea leve significa tener unas pocas evacuaciones diarreicas en un día.

En los niños, la evaluación de la gravedad/ riesgo de la diarrea aguda debe basarse en la valoración de la deshidratación. Una de las complicaciones más frecuentes que se pueden dar en una diarrea aguda es la deshidratación, pérdida electrolítica y posible colapso vascular. Por otro lado, tendremos afectación nutricional, debido a la hiporexia, restricción alimentaria indicada y malabsorción de nutrientes secundaria a lesión intestinal. Los cuidados irán encaminados a la rehidratación y realimentación.

El 90% de las diarreas agudas se deben a agentes infecciosos, y suelen asociar vómitos, fiebre y dolor abdominal; el 10% restante se asocia a fármacos, ingestión de sustancias tóxicas, transgresiones dietéticas u otras alteraciones gastrointestinales.

En niños, las causas más frecuentes de diarrea por agente infeccioso son los rotavirus (probabilidad de derivar en diarrea grave) y astrovirus.

En adolescentes y adultos, en estados de estrés, ansiedad generalizada, se pueden presentar trastornos de somatización que pueden afectar al correcto funcionamiento del aparato digestivo y pueden provocar síntomas gastrointestinales: vómitos, dolor abdominal, náuseas, diarrea, meteorismo, intolerancias alimentarias, disfagia.

La diarrea supone una alteración del requisito de autocuidado de eliminación y cuidados asociados comprometiendo el balance hídrico y afectando al mantenimiento de un aporte suficiente de líquidos.



El proceso que abordamos a continuación se circunscribe a la diarrea en la que la aparición es aguda, de inicio reciente (no más de 48-72 horas de evolución), leve o moderada, en población de 1 a 70 años.

Codificación diagnóstica CIAP:

D11 Diarrea/ Heces Líquidas/Defecación frecuente.
D73 Diarrea_Vómito posible causa infecciosa/ Gastroenteritis infecciosa inespecífica(GEA)/ Colitis Infecciosa/ Intoxicación Alimentaria.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales: síndrome de intestino irritable, enfermedad intestinal inflamatoria e intolerancia a la lactosa, trastornos metabólicos y endocrinos y procesos infecciosos virales o bacterianos. Trastornos nutricionales y de malabsorción, defecto del esfínter anal. Íleo paralítico, obstrucción intestinal. Celiaquía.
- Alergias.
- Inmunodeficiencias o inmunosupresión.
- Tratamiento farmacológico habitual:
 - Medicamentos de interés para la valoración de diarrea son: antiinflamatorios no esteroideos, laxantes, antiácidos, procinéticos, antibióticos, broncodilatadores y sustitutos de la hormona tiroidea, ablandadores de las heces, quimioterapia, antiarrítmicos, antihipertensivos, algunos antidepresivos y antidiabéticos orales.
- Entorno de riesgo elevado a infecciones gastrointestinales: Personal de guardería y sus familiares, asistencia a guardería (en población infantil). personas institucionalizadas, presencia de familiares o convivientes con sintomatología similar previa.
- Viajes recientes.

Patrón 2. Nutricional/Metabólico:

- Ingesta de alimentos y bebidas previa al inicio de síntomas.
- Náuseas o vómitos. Tolerancia oral: sólidos y líquidos.
 - Ingesta hídrica en las últimas 24 horas.
 - Tiempo y evolución desde último vómito.
 - Tolerancia tras el último vómito.
- Estado de hidratación:
 - Sed
 - Turgencia cutánea.
 - Estado de las mucosas.



- Piel fría, húmeda y pálida. Un signo muy sencillo para descartar deshidratación grave es comprobar que al pasar un dedo enguantado o similar por la lengua o la mucosa oral no se humedece.
 - Prolongación del tiempo de llenado capilar.
 - Aplanamiento de las venas del cuello.
 - Hundimiento del globo ocular.
 - Taquicardia, calambres musculares.
 - Pérdida aguda de peso.
- Estado de la piel:
 - Signos de deshidratación: descrito en apartado anterior.
 - Signos indicadores de otras patologías: dermatitis, petequias, ictericia.

Patrón 3. Eliminación:

- Oliguria, orina concentrada. La anuria es motivo de derivación hospitalaria urgente.
- Aspecto, frecuencia y cantidad de las deposiciones.
- Productos patológicos en las deposiciones: mucosidad, sangre o heces negras, pus, heces blancas, oleosas.
- Urgencia defecadora y tenesmo rectal

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- Valoración de signos vitales si se considera necesario:
 - Temperatura. Si aparece Fiebre, sugiere patología infecciosa, ocasionalmente isquemia.
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Glucemia capilar, especialmente en diabéticos o si signos de hipoglucemia.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Nivel de estado de alerta.
- Valoración del Dolor:
 - Tipo
 - Duración
 - Localización (abdominal, anal)
 - Intensidad (Anexo II).
 - En lactantes, valorar llanto inconsolable.
- Dolor abdominal:
 - Características: sordo, continuo o cólico, si alivia con determinadas posturas, si alivia con vómitos y/o la defecación.



- Localización.
- Intensidad (Anexo II).
- Distensión abdominal
- En la exploración valorar timpanismo y ruidos hidroaéreos o borborigmos (ausentes, presentes, aumentados).
- Mareo, debilidad y confusión.

Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés:

- Situación de estrés actual y formas de afrontamiento.

Consideraciones especiales en la valoración de la diarrea aguda en la población pediátrica:

Valoración del estado de hidratación.

El número de signos presentes aumenta con la importancia de la deshidratación:

- Sed intensa o llanto incesante en el lactante pequeño.
- Ausencia de lágrimas en el llanto.
- Sequedad de la mucosa.
- Pliegue cutáneo persistente (se busca en el cuello o por debajo de la clavícula).
- Ojeras, hipotonía de los globos oculares.
- Fontanela anterior hundida (en lactantes).
- Tiempo de re-coloración cutánea > 2 segundos.
- Alteración del estado general.
- Respiración rápida: polipnea > 40 respiraciones/min.
- Taquicardia (>160 lpm).

Tenemos a disposición varias escalas recomendadas para la valoración de la deshidratación en población pediátrica:

EXPLORACION CLÍNICA	0	1	2
ASPECTO GENERAL	Normal	Inquieto o letárgico pero irritable, sediento	Obnubilado, comatoso, frío o sudoroso
OJOS	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos
MUCOSAS	Húmedas	Pastosas	Secas
LÁGRIMAS	Presentes	Escasas	Ausentes

Tabla 1. **Escala de deshidratación clínica** (Clinical dehydration scale [CDS])

Elaboración propia basada de: [Protocolo ondansetrón. 2022_ abril.pdf \(madrid.org\)](#)

Interpretación CDS:

- 0 puntos: No hay deshidratación.
- 1-4 puntos: Deshidratación leve (3-6%)
- 5-8 puntos: Deshidratación moderada o grave (>6%).

	Estado general	Ojos	Lágrimas	Boca y lengua	Sed	Piel Pliegue	% ↓ peso	Déficit estimado de líquidos
No signos de deshidratación	Bueno/ Alerta	Normal	Presentes	Húmeda	Normal, no sediento	Pliegue: retracción inmediata	< 5	< 50
Deshidratación leve/moderada	Intranquilo/ Irritable	Hundidos	Ausentes	Seca	Sediento, bebe ávidamente	Pliegue: retracción lenta	5-10	50-100
Deshidratación grave	Letárgico o inconsciente	Muy hundidos y secos	Ausentes	Muy seca	Bebe poco o es incapaz de beber	Pliegue: retracción muy lenta	>10	> 100

Tabla 2. Valoración del grado de deshidratación (ESPGHAN, 2001).

Elaboración propia basada en: 2-diarrea_aguda.pdf (aeped.es)

Factores de riesgo de deshidratación

Los factores de riesgo de deshidratación son las situaciones en las que la gastroenteritis amenaza con descompensar una enfermedad subyacente:

- Edad < 6 meses
- Antecedentes de prematuridad, crecimiento intrauterino retardado;
- Enfermedades crónicas, Inmunodeficiencias, niños oncológicos.
- Frecuencia de deposiciones superior a 8 al día.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLANES DE CUIDADOS

Cuidados e intervención:

- Restitución de líquidos y electrolitos:
 - Rehidratación con suero oral para asegurar hidratación adecuada (ante una deshidratación leve y/o moderada:
 - ADULTOS: 200 ml después de cada deposición, o en casos de deshidratación moderada rehidratación oral 200 ml cada 30 minutos.
 - POBLACIÓN PEDIÁTRICA:
 - Las contraindicaciones para la rehidratación oral (por requerir una rehidratación intravenosa) son:
 - Deshidratación mayor del 9%.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Alteración de la consciencia.
 - Estado de Shock.
 - Anuria.



- Incapacidad de ingerir líquidos.
 - Íleo paralítico
-
- Se ha de usar formulaciones específicas para población pediátrica.
 - Recomendable el uso de soluciones ya preparadas frente a polvo, para asegurar una correcta concentración y disolución de electrolitos.
 - La técnica de administración se basará en dar 5 ml -20 ml a intervalos cortos, cada 5 o 10 min con jeringuilla o cucharilla. Se irá incrementando la cantidad según la tolerancia del niño/a.
 - < 15 kg: 5ml
 - 15-30 kg: 10 ml
 - >30 kg: 20 ml
- Los primeros 30-40 minutos cada 10 min y luego cada 5 min., otros 45 min aproximadamente. Después podrá tolerar sólido y líquidos a demanda.
- El volumen aproximado que se estima que debe ser restituido es de 50–100ml/kg. (50 ml/kg des en hidratación leve (3-5%) y 100 ml/kg en la moderada (5-10%).
 - También se puede calcular a razón de 5–10ml/kg/deposición + 2–5ml/kg/vómito.
 - Debe completarse en un período de entre unas 3-12 horas. Se deben prevenir las recaídas con soluciones de rehidratación oral como terapia de mantenimiento.

*La ESPGHAN (2014) recomienda **soluciones de rehidratación oral de baja osmolaridad (50/60 mEq/L)** como tratamiento de primera línea. Es posible que las soluciones con sabor a frutas y refrigeradas se toleren mejor que otras soluciones.

*No es recomendable utilizar soluciones caseras debido a los posibles errores en su preparación y dilución. Las bebidas reconstituyentes no son un sustituto adecuado de las soluciones de rehidratación oral, ya que presentan concentraciones insuficientes de sodio y potasio, una osmolaridad elevada (principalmente por su contenido en glucosa) y una proporción inadecuada entre glucosa y sodio. Este tipo de líquidos, al ser muy azucarados, pueden empeorar la diarrea y provocar hipernatremia, ya que el gradiente osmótico favorece el paso de agua hacia el intestino en lugar de hacia el organismo, lo que conlleva una pérdida proporcionalmente mayor de agua que de sodio, aumentando así su concentración en el cuerpo.



Recomendaciones dietéticas:

- Lactantes:

Los lactantes deben continuar recibiendo leche materna o fórmula infantil sin diluir. En las primeras fases del tratamiento de la diarrea aguda, no se recomienda el uso de fórmulas sin lactosa en lactantes ni de leche sin lactosa en niños mayores. Estas alternativas están indicadas únicamente en casos de diarrea prolongada, cuando se sospecha un síndrome postenteritis con intolerancia secundaria a la lactosa.

- Población pediátrica con alimentación complementaria completa, adolescentes y adultos:

- Se debe iniciar la introducción de alimentos a las pocas horas. La rehidratación oral no debe superar las 4-6 horas tras cese de los vómitos, si los hubiera, si se trata de un caso leve o a partir de las 24 horas en casos más severos. No se ha demostrado beneficio con las dietas astringentes.
- Se aconseja mantener una alimentación acorde a la edad del niño, evitando únicamente los alimentos con alto contenido graso, ya que enlentecen el vaciamiento gástrico, y aquellos ricos en azúcares simples, debido a que su elevada osmolaridad puede agravar la diarrea. Se consumirán alimentos, sin forzar, respetando la disminución del apetito, que es habitual en la gastroenteritis aguda.
- Comidas poco abundantes y frecuentes (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y recena), siempre guiadas por el hambre.
- Alimentos recomendados:
 - Pan tostado (no integral), patata, sémola de arroz, pasta para sopa, arroz muy cocido, zanahorias cocidas.
 - Pescado cocido, pechuga de pollo sin piel cocida, jamón cocido sin grasa.
 - Plátano maduro o manzana sin piel rallada, frutas en almíbar, yogur natural descremado (sin sabores ni frutas), membrillo.
- Valorar la limitación/ exclusión del consumo de los siguientes alimentos:
 - Alimentos grasos: fritos, embutidos, mantequilla, nata.
 - Verduras, legumbres, frutos secos.
 - La piel de las frutas.
 - Alimentos fríos o muy calientes.
 - Bebidas con gas, cola.
 - Café, Té, Alcohol, Zumos de naranja azucarados.
 - Leche, chocolate.

En el caso de la diarrea asociada a antibioterapia, valorar la toma de probióticos: *Saccharomyces boulardii* preferiblemente antes de las comidas. En caso de sospecha de diarrea de origen infeccioso, el grado de evidencia es muy bajo.



Tratamiento farmacológico:

- Si precisa rehidratación oral:
 - Sueroral sobres. Solución vía oral.
 - Sueroral hiposódico sobres. Solución vía oral.
- Si asocia náuseas o vómitos no tolerables por el paciente:
 - En adultos: Domperidona 10 mg cada 8 horas. Vía oral (PNF)
 - En población infantil derivar a Medicina de Familia/ Pediatría.
- Si asocia dolor:
 - **Paracetamol vía oral:**
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales en la toma de analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- No superar la dosis máxima diaria del analgésico.

Consideraciones generales del proceso:

Realizar un coprocultivo, si hay nuevos brotes en la comunidad, cuando existe dolor abdominal intenso en pacientes mayores de 50 años y si la diarrea afecta a sujetos con inmunodepresión.

En la población pediátrica estaría indicado realizar el estudio microbiológico de heces (coprocultivo) en los siguientes casos:

- o Inmunodeficiencias
- o Diarrea muco-sanguinolenta.
- o Diagnóstico dudoso.
- o Diarrea prolongada.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.



A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00013 Diarrea	Continencia intestinal Eliminación intestinal	Control intestinal Manejo de la diarrea Manejo de líquidos/electrólitos Manejo de líquidos
00027 Déficit del volumen de líquidos	Control del riesgo: deshidratación	Manejo de la diarrea Manejo de líquidos/electrólitos Manejo de líquidos
00028 Riesgo de déficit del volumen de líquidos	Equilibrio hídrico Hidratación Equilibrio electrolítico	Reposición de líquidos Monitorización de los signos vitales
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos		Conocimiento: lactancia materna
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00214 Discomfort	Estado de comodidad	Enseñanza: nutrición infantil Enseñanza: nutrición del niño pequeño Potenciación de la seguridad
00004 Riesgo de infección (convivientes y cuidadores)	Control de síntomas Conocimiento: control de la infección	Control de infecciones Protección contra las infecciones Identificación de riesgos Vigilancia

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA/ PEDIATRÍA:

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Paciente de alto riesgo ante la diarrea: menor de 12 meses, edad ≥ 70 años, enfermedad cardíaca, inmunodepresión y enfermedad inflamatoria intestinal ya conocida.
- Embarazo y/o lactancia.
- La clínica se acompaña de fiebre.
- Si se sospecha de síndrome disentérico (fiebre > 38°C, tenesmo, dolor abdominal y sangre, pus y/o moco en las heces).



- Si se sospecha de síndrome hemolítico urémico, por E. Coli (sangre en heces, dolores abdominales y vómitos).
- Si se sospecha de invaginación intestinal: cuando un niño no deja de tener episodios de fuerte dolor abdominal, dobla las rodillas hacia el pecho, vomita, está muy somnoliento o hace heces con sangre y mucosidades.
- La persona presenta signos o síntomas de alarma:
 - Inestabilidad hemodinámica
 - Deshidratación moderada-grave.
 - Fiebre elevada con mal estado general asociado y mala respuesta a antitérmicos.
 - Dolor abdominal intenso con distensión abdominal o datos clínicos de abdomen agudo.
 - Signos de sepsis: *taquicardia* (en menores de 1 año también *bradicardia*), *taquipnea-bradipnea-apnea*, *hipotensión*, *disminución de pulsos periféricos*, *alteración nivel conciencia*, *relleno capilar enlentecido*, *coloración pálida de la piel*. Además, suelen darse otros síntomas como: fiebre, escalofríos, frecuencia cardíaca rápidas y sarpullido.

ESCALA VALORACIÓN FALLO MULTIORGÁNICO:

- Se podrá valorar con la escala qSOFA* (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score) en pacientes con edad ≥ 18 años:
 - Presencia de taquipnea (>22 rpm)
 - Presencia de hipotensión (TAS ≤ 100 mmHg)
 - Presencia de alteración del nivel de conciencia (Glasgow <15)

*Si presenta algún punto alterado, derivar a medicina.
<https://qsofa.org/what.php>

- Diarrea grave (más de 10 deposiciones en 24 horas).
- Hipoglucemia en personas con diabetes.
- A criterio de la enfermera.

Consideraciones especiales de derivación por diarrea aguda en población pediátrica:

- Diarrea grave (más de 8 deposiciones en 24h) o Signos de deshidratación $> 6\%$.
- Padres o cuidadores incapaces de manejar la rehidratación oral en casa.
- Si presencia de náuseas y vómitos no tolerables por el paciente.
- Fracaso de la rehidratación oral (vómitos cuantiosos, empeoramiento de la diarrea...).
- Situaciones que contraindiquen la rehidratación oral.
- Si sospecha de fallo multiorgánico. Para la valoración en la población infantil existe la escala adaptada pSOFA (pediatric SOFA, adaptado a la edad), pero de utilidad en Cuidados Intensivos.



Es útil realizar la valoración del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP):

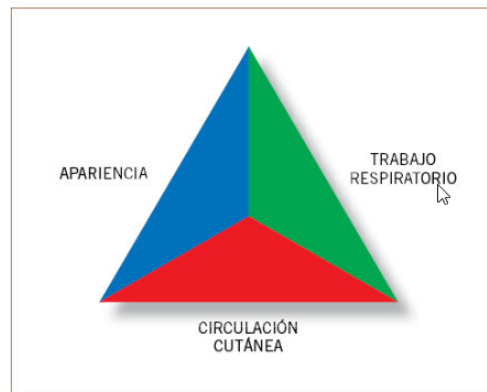


Figura 1. Triángulo de Evaluación Pediátrica | Pediatría integral (pediatriaintegral.es).
Extraída de: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatria/>

<i>Apariencia</i>	<i>Trabajo respiratorio</i>	<i>Circulación cutánea</i>	<i>Estado fisiológico</i>	<i>Causas</i>
NORM	NORM	NORM	Normal	
ALT	NORM	NORM	Disfunción SNC	Hipoglucemia Lesión cerebral Intoxicación Sepsis
NORM	ALT	NORM	Dificultad respiratoria	Broncoespasmo Laringitis Neumonía Aspiración de cuerpo extraño
ALT	ALT	NORM	Fallo respiratorio	Broncoespasmo severo Laringitis severa Trauma tórax penetrante
NORM	NORM	ALT	Shock compensado	Hemorragia Deshidratación leve
ALT	NORM	ALT	Shock descompensado	Hemorragia grave Deshidratación grave Sepsis Quemadura grave Trauma abdominal penetrante
ALT	ALT	ALT	Fallo cardiopulmonar	Parada cardiorrespiratoria

Tabla 3. Estados fisiológicos según alteración del TEP (Triángulo Evaluación Pediátrica).
<https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatria/>

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

Resolución de la diarrea. Vuelta al patrón de eliminación habitual.

- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
2. Dalton RM, Roman ER, Negredo AA, Wilhelmi ID, Glass RI, Sánchez-Fauquier A. Astrovirus acute gastroenteritis among children in Madrid, Spain. *Pediatr Infect Dis J*. 2002 Nov;21(11):1038-41. doi: 10.1097/00006454-200211000-00012. PMID: 12442026.
3. Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Manual Mosby de exploración física. 7ª ed. España: Elsevier; 2011.
4. Manrique-Martínez I, Mora-Capín A, Álvarez-Calatayud G. Nuevas pautas de rehidratación en el manejo de la gastroenteritis aguda en urgencias. *An Pediatr Contin*. 2011 Mar-Abr;9(2):106-15. DOI: 10.1016/S1696-2818(11)70015-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-nuevas-pautas-rehidratacion-el-manejo-S1696281811700154>.
5. Claudia Manzano A, Diana Estupiñán G, Elpidia Poveda E. Efectos clínicos de los probióticos: qué dice la evidencia. *Rev Chil Nutr*. 2012 Mar;39(1):98-110. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75182012000100010&script=sci_arttext&lng=pt.
6. Camilleri M, Murray JA. Diarrea y estreñimiento. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. McGraw-Hill Education; 2018.
7. Charles RC, Calderwood SB, LaRocque RC. Diarreas infecciosas agudas e intoxicación alimentaria por bacterias. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 20ª ed. McGraw-Hill Education; 2018.
8. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019. Capítulo 47, Tratamiento de pacientes con alteraciones intestinales y rectales.
9. Guo Q, Goldenberg JZ, Humphrey C, El Dib R, Johnston BC. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004827.pub5>.
10. Molina Cabañero JC. Deshidratación. Rehidratación oral y nuevas pautas de rehidratación parenteral. *Pediatr Integral*. 2019;XXIII(2):98-105. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-03/deshidratacion-rehidratacion-oral-y-nuevas-pautas-de-rehidratacion-parenteral/>.
11. Trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados. Guía clínica de trastornos por síntomas somáticos y trastornos relacionados. Fistera. Revisada el 14 de enero de 2020. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/trastornos-por-sintomas-somaticos-y-trastornos-relacionados/>.
12. Mascort Roca J, Carrillo Muñoz R. Patología digestiva. En: Compendio de Atención Primaria. Barcelona: Elsevier; 2021.
13. LaRocque R, Harris JB. Approach to the adult with acute diarrhea in resource-rich settings. UpToDate. 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-acute-diarrhea-in-resource-rich-settings?search=diarrea%20adulto&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
14. Diarrea leve, moderada o grave. Kaiser Permanente. Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.diarrea-leve-moderada-o-grave.sig18272>.
15. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, U.S. Department of Health and Human Services. Definition & Facts for Diarrhea. 2016 Nov [consultado 17 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/digestive-diseases/diarrhea/definition-facts>.
16. MSD. Diarrea en niños. 2022 Nov [consultado 17 Jun 2023]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/pediatr%C3%ADa/s%C3%ADntomas-en-lactantes-y-ni%C3%B1os/diarrea-en-ni%C3%B1os?query=Diarrea%20en%20ni%C3%B1os>.



17. qSOFA. What is qSOFA?. Pittsburgh: University of Pittsburgh. 2022 [consultado 5 Dic 2022]. Disponible en: <https://qsofa.org/what.php>.
18. Carbajo Ferreira AJ, Rodríguez Delgado J. Diarrea aguda. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado 19 Jun 2023]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/80/diarrea-agudapediatria-de-atencion->.
19. Bartolomé Porro JM, Vecino López R, Rubio Murillo M. Diarrea aguda. Protoc diagn ter pediatr. 2023;1:99-108. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/09_diarrea_aguda.pdf.
20. Juanes de Toledo B, Martín Masot R. Dudas sobre la eficacia de Lactobacillus rhamnosus GG en la gastroenteritis aguda. Evid Pediatr. 2019;15:2. Disponible en: https://evidenciasenpediatria.es/files/41-13484-RUTA/AVC_2_Lactobacillus.pdf.
21. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases Evidence-Based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe: Update 2014. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59:132-52.
22. La escala pediátrica de evaluación del fallo multiorgánico secuencial (pSOFA): una nueva escala de predicción de la mortalidad en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Ghada Mohamed El-Mashada, Muhammad Said El-Mekkawya, Mohamed Helmy Zayanb. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.05.018>.
23. Triángulo de Evaluación Pediátrica. Pediatr Integral. 2014;XVIII(4):320-3. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2014-06/triangulo-de-evaluacion-pediatria/>.
24. Román Riechmann E, Barrio Torres J. Diarrea aguda. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf.
25. Diarrea aguda (aepap.org). Disponible en: https://algoritmos.aepap.org/adjuntos/80_Diarrea_aguda.pdf.
26. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
27. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
28. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.



SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES

MOTIVO DE CONSULTA

Síntomas respiratorios leves de vía aérea superior de comienzo reciente (límite temporal de hasta 48 horas de evolución con fiebre y 72-96 horas sin fiebre) en población de ≥ 6 años (excepto ≥ 70 años).

El paciente relata todos o algunos de los siguientes síntomas: mocos, congestión nasal, malestar general, dolor de garganta, tos, ruidos respiratorios, y puede ir o no acompañado de fiebre. Estos síntomas son sugestivos de Infección respiratoria.

Palabras clave: “Catarro”, “Resfriado”, “Mocos”, “Tos”, “dolor de garganta”, “constipado”

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Es el proceso de demanda más frecuente en Atención Primaria, con una incidencia media de dos a tres episodios por año en las personas en edad adulta. Concretamente, según datos de la Encuesta de Salud de la Comunidad de Madrid de 2016, la demanda de tipo respiratoria es la que presenta una mayor tasa de episodios en Atención Primaria, siendo el episodio (código CIAP) más frecuente el de infección respiratoria aguda superior.

Se entienden como síntomas catarrales, aquellos producidos por la infección de la vía aérea superior, generalmente de etiología vírica, y que pueden producir distinta sintomatología: tos, rinorrea, odinofagia, otalgia, malestar general y/o fiebre. Estas infecciones pueden definirse a su vez, por la zona anatómica fundamentalmente afectada: rinitis, sinusitis, otitis media, conjuntivitis, faringitis, amigdalitis y laringitis.

Los procesos infecciosos suponen un reto en el cuidado de las personas, alteran el normal funcionamiento del sistema corporal disminuyendo la capacidad para hacer frente a otras infecciones, aumentan los requisitos nutricionales, activan el metabolismo, pueden producir fiebre, etc. En etapas más avanzadas de la infección, puede disminuir la capacidad de funcionamiento del sistema que afecta, en este caso, pudiendo producir una disminución de la capacidad para mantener un aporte suficiente de aire.

La etiología comúnmente es vírica y suele tener una distribución estacional, siendo más frecuente su transmisión en invierno. No obstante, suele haber repuntes en época estival en relación con cambios en la humedad y de temperatura ambiental. Se transmiten de dos formas principales:

- **De manera directa:** por aerosoles de grandes partículas de gotas de secreciones respiratorias, propagándose de persona a persona a través de la tos y los estornudos.
- **De manera indirecta:** cuando las gotas de secreciones se depositan en objetos y superficies inanimadas y una persona susceptible entra en contacto con ellas.

La mayoría de los procesos son autolimitados y el abordaje se dirige al control de síntomas y vigilancia de la evolución. Si la evolución fuera de un proceso leve a moderado o grave, no sería un proceso abordable por enfermería y cumpliría criterios de derivación a medicina/ pediatría. Se pueden considerar criterios de evolución de un proceso respiratorio a moderado-grave los siguientes:



- Si tienes fiebre alta (>39,4°C), si la fiebre dura más de 3-4 días o reaparece tras haber estado sin fiebre durante 24 horas. La temperatura por encima de los 40°C siempre será una emergencia médica.
- Cuando exista dificultad respiratoria.
- Cuando sean pacientes con riesgo: niños pequeños, embarazadas, ancianos, personas con una enfermedad de base o inmunodeprimidas.
- Cuando la expectoración tenga un aspecto verdoso o sanguinolento.
- Si aparece dolor en el pecho o en el costado.
- Si presenta dolor o supuración de oídos. Si los síntomas duran más de 10 días o empeoran.
- Si la tos no disminuye pasados los días, es intensa y dificulta las actividades normales.

La sintomatología respiratoria es habitual en las personas que se han infectado con SARS-CoV-2 y será abordada según el protocolo vigente establecido. En este proceso se abordarán los cuadros COVID-19 sin criterios de gravedad y de carácter leve. Si no cumplen estas premisas, se procederá a su derivación a medicina. La información (Estrategia vigente de vigilancia y control COVID-19) está disponible en la página web de la Comunidad de Madrid, en el apartado de CORONAVIRUS/ Área de Profesionales: [Coronavirus | Comunidad de Madrid](#)

Consideraciones en población infantil

El catarro de vías altas (CVA), resfriado común o rinofaringitis aguda es la enfermedad infecciosa más frecuente en pediatría. Tiene frecuentemente presentación estacional, predominio otoño-invierno y con una incidencia más elevada en los primeros 3 años de la vida (hasta 4-10 episodios/año).

Los agentes causales son fundamentalmente virus, el más frecuente Rhinovirus. La mayoría son cuadros autolimitados, se resuelven habitualmente sin complicaciones en un plazo de una semana, aunque los síntomas pueden perdurar más en el tiempo (mocos hasta 15 días y tos hasta 21 días), sobre todo en niños pequeños, donde puede superponerse un cuadro con otro, y más si acuden a escuelas infantiles.

Microorganismos causales		
Muy frecuentes	Frecuentes	Menos frecuentes
• Rinovirus¹ • Coronavirus: ◦ Comunes (HCoV-229E, -OC43, -NL63, -HKU1)² ◦ SARS-CoV-2³	• VRS⁴ • Parainfluenza⁵ • Influenza⁶ • Adenovirus⁷	• Metapneumovirus⁸ • Bocavirus⁹ • Enterovirus no-polio¹⁰

Tabla 1. Microorganismos causales infecciones de las vías respiratorias en población infantil.
<https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-catarro-de-vias-altas>

La transmisión de la infección se produce desde una persona infectada a otra sana principalmente por vía aérea, a través de pequeñas gotas de saliva o secreciones respiratorias que se liberan al toser, estornudar o hablar. También puede propagarse por contacto con fluidos corporales o mediante objetos contaminados (como juguetes, mesas o utensilios) con dichas secreciones. Las principales vías de entrada del virus son la boca, la nariz y la conjuntiva. En los niños pequeños, la propagación se ve favorecida por el uso compartido de objetos y juguetes que suelen llevarse a la boca, así como por el contacto frecuente con las manos, la cara e incluso los dientes de otros niños. Las infecciones respiratorias altas comprenden un conjunto de síntomas causados por la inflamación de la mucosa que recubre las vías respiratorias, desde la nariz hasta los bronquios. Dependiendo del

síntoma predominante —aunque suelen presentarse combinados— se puede hablar de rinitis (congestión o secreción nasal), faringitis (dolor de garganta), laringitis (tos ronca, metálica o tipo perruna) o bronquitis (tos acompañada de ruidos respiratorios). Los resfriados pueden presentarse con fiebre, siendo esta más común cuanto menor es la edad del paciente. La tos actúa como un mecanismo de defensa natural que ayuda a despejar las vías respiratorias de secreciones o de cuerpos extraños que hayan sido inhalados. Se trata, por tanto, de un reflejo protector controlado por un centro nervioso ubicado en el cerebro, aunque en algunos casos también puede ser provocada de forma voluntaria. Hay distintos tipos de toses y sus características nos pueden ayudar a orientar su origen. No obstante, en los cuadros clínicos puede haber distintos tipos de tos y cambiantes en el tiempo. Podemos diferenciar entre los siguientes tipos de tos:

- o Tos seca: Se denomina tos seca a aquella que no moviliza secreciones y que suele resultar especialmente molesta y poco productiva. Su causa habitual es la inflamación de las vías respiratorias, siendo típica en las primeras fases del resfriado, aunque también puede aparecer tras un atragantamiento. Si se mantiene en el tiempo, puede ser indicativa de asma, especialmente si se acompaña de dificultad respiratoria y ruidos como silbidos al respirar. Otra forma común de tos seca es la de origen nervioso, que no está relacionada con una enfermedad respiratoria, sino que es provocada de manera voluntaria o semiconsiente, y que suele mejorar durante la noche o cuando el niño no recibe atención.
- o Tos ronca o perruna o metálica: es característico de la laringitis o crup, una forma de resfriado que afecta la parte inferior de la garganta, donde se encuentran las cuerdas vocales. Suele ir acompañada de ronquera, afonía o disfonía, y en algunos casos se presenta un sonido áspero al inspirar, conocido como estridor inspiratorio, que indica un estrechamiento en el paso del aire.
- o Tos blanda o tos productiva. Es aquella que permite eliminar secreciones, las cuales suelen ser tragadas por el niño. A partir de ahí, las flemas siguen una de dos rutas: son digeridas o provocan el vómito. La tos blanda de corta duración (hasta tres semanas), que no se acompaña de dificultad respiratoria, es típica de los catarros comunes en niños pequeños y se considera una 'tos útil', ya que contribuye al proceso de recuperación.

Codificación diagnóstica CIAP:

R74 Catarro/ Infección Respiratoria Alta (IRA)/ Resfriado.
R29 Signo/Síntoma Antecedente Personal Respiratorio.
R05 Tos
R07 Estornudos/congestión nasal
R21 Signos/Síntomas de la garganta/faringe/Amígdalas
A77.01 COVID Confirmado

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales, especialmente los relacionados con otros procesos respiratorios: neumonías, EPOC, Asma, insuficiencia cardíaca, ...
- Alergias
- Tratamiento farmacológico habitual.



Patrón 2. Nutricional/Metabólico:

- Estado de la piel:
 - Signos de deshidratación: piel fría, húmeda y pálida.
 - Coloración piel y mucosas: normo coloración, plétora, cianosis (labial, acral)

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- o Valoración de signos vitales si se considera necesario:
 - o Frecuencia respiratoria (FR).
Patrón normal (eupneico): respiraciones/min normales. *Consultar en tabla 2.*
Descartar bradipnea/taquipnea. Valorar ortopnea.
 - o Frecuencia cardíaca (FC). *Consultar en tabla 3.*

Datos normalizados según edad:

FRECUENCIA RESPIRATORIA		
GRUPO	EDAD	VENTILACIONES POR MINUTO
RN	Nacimiento- 6 sem	40 a 45
Infante	7 sem- 1 año	20 a 30
Lactante Mayor	1-2 años	20 a 30
Pre-escolar	2- 6 años	20 a 30
Escolar	7-13 años	12 a 20
Adolescente	14 -17 años	12 a 20
Adulto	18 y más	12 a 20

Tabla 2. **Frecuencia respiratoria normal por edades (respiraciones por minuto).** Elaboración propia.

Basado en: [TABLAS DE SIGNOS VITALES POR EDADES - GUÍA DE ENFERMERÍA \(guiadeenfermeria.org\)](#)

FRECUENCIA CARDIACA		
GRUPO	EDAD	LATIDOS POR MINUTO
RN	Nacimiento- 6 sem	120- 140
Infante	7 sem- 1 año	100- 140
Lactante Mayor	1-2 años	100- 120
Pre-escolar	2- 6 años	80- 120
Escolar	7-13 años	80- 100
Adolescente	14 -17 años	70- 80
Adulto	18 y más	60- 80

Tabla 3. **Frecuencia cardíaca normal por edades (latidos por minuto).** Elaboración propia. Basado en:

[TABLAS DE SIGNOS VITALES POR EDADES - GUÍA DE ENFERMERÍA \(guiadeenfermeria.org\)](#)

- PULSIOXIMETRÍA. Muestra el porcentaje de saturación de oxígeno en sangre. Entre el 95% y el 100% se considera normal.

Relación entre la Saturación de O ₂ y PaO ₂	
Saturación de O ₂	PaO ₂ en mmHg
100%	677
98,40%	100
95%	80
90%	59
80%	48
73%	40
60%	30
50%	26
40%	23
35%	21
30%	18

Tabla 4. **Relación entre la Saturación de O₂ y PaO₂**. Elaboración propia.

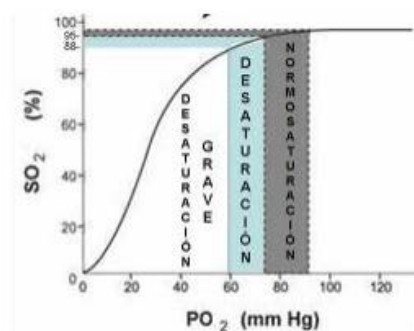


Imagen 2. **Curva de Disociación de la Hemoglobina**.

Extraídas tablas ambas de: <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista18/artpatrones10.pdf>

- Temperatura: presencia de fiebre o febrícula.
- Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
- Valoración respiratoria:
 - Presencia de disnea y valoración de intensidad.
 - Presencia de sibilancias (autoescucha o sibilancias audibles) o estridor.
 - Alteración de la ventilación: ruidos respiratorios anormales
 - Auscultación respiratoria si los síntomas lo requieren para descartar ruidos respiratorios distintos del murmullo vesicular normal o alteración de la transmisión de la voz de cualquier tipo que serán valorados por medicina de familia/ pediatría.
 - Alteración del patrón respiratorio:
 - Hipoventilación (respiración superficial y lenta) /Hiperventilación (respiración profunda y rápida). Patrones de respiración patológicos.
 - Signos de distrés respiratorio: uso de musculatura accesoria (retracción intercostal-tiraje, esternocleidomastoideo, aleteo nasal...).
 - Kussmaul, Cheyne-Stokes....
 - Valoración de la voz: disfonía/afonía
- Valorar movimientos de tórax: simetría con la inspiración/expiración.

- Valorar caja torácica y explorar, si se considera necesario: simetría/asimetría tórax, asimetría basal o con los movimientos respiratorios, lesiones cutáneas, malformaciones (pectum excavatum, tórax en quilla). Escoliosis/cifosis. Presencia de masas, sensibilidad, lesiones, cambio de temperatura, crepitaciones, enfisema subcutáneo, fluctuación, palpación arcos costales ...
- Valorar presencia de Tos: características (productiva, no productiva, irritativa, esporádica, continua...)
- Valorar presencia de Mucosidad o expectoración: color, consistencia y cantidad
- Exploración de la piel: valorar cianosis.
- Exploración faríngea, con presencia de eritema, exudados y/o hipertrofia amigdalár.
- Palpación Adenopatías cervicales.

* Si se considera necesario establecer el **grado de disnea en adultos** se recomienda usar la escala mMRC (ESCALA MODIFICADA DEL MEDICAL RESEARCH COUNCIL). La escala mMRC permite evaluar el grado de disnea. Se trata de una escala hetero administrada que consta de 5 niveles. No tiene puntos de corte. A mayor grado, menor tolerancia a la actividad debido a la disnea.

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea le impide al paciente salir de casa, o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Imagen 3. **Escala Medical Research Council modificada (mMRC)**. Fuente: C. Rieger-Reyes, et al.

* Si se considera necesario establecer el **grado de disnea en pediatría** para estimar la afectación respiratoria podemos ayudarnos de algunas escalas. La más utilizada es el Pulmonary Score, sencilla y aplicable a todas las edades.

Tabla <i>Pulmonary Score.</i>				
Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias*	Uso de músculos accesorios esternocleidomastoideo **
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	>60	> 50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio**	Actividad máxima

	<i>Pulmonary Score</i>	Sat O ₂
Leve	0-3	>94%
Moderado	4-6	91-94%
Grave	7-9	<91%

Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).
 *Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado de sibilancias con un 3.
 **El uso de músculos accesorios se refiere sólo al esternocleidomastoideo, que es el único músculo que se ha correlacionado bien con el grado de obstrucción.
En caso de discordancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno se utilizará el que otorgue mayor gravedad.

Imagen 4. *Pulmonary Score*. Fuente: https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/P-GVR-7-crisis_asma-2021.pdf

• TEST DIAGNÓSTICOS:

En Atención Primaria disponemos de algunas pruebas de diagnóstico rápido a realizar en muestras de secreciones respiratorias (nasal y/o faríngea):

➤ Test para detección de estreptococo beta hemolítico del grupo A:

En el caso de tratarse de personas con odinofagia monosintomática o presencia de exudados faríngeos con duda de si pudiera tener una infección estreptocócica, se podrá realizar toma de exudado faríngeo para diagnosticar *Streptococcus pyogenes*, y así valorar la necesidad de pautar antibioterapia. Según Escala Criterios Centor de Mc Isaac (Imagen 5).

La decisión de realizar una de estas pruebas siempre debe de estar basada en una alta sospecha clínica, ya que si no aumentaríamos la detección de posibles portadores con dudosa implicación en el cuadro clínico actual. Esto es especialmente relevante en el caso del estreptococo, bacteria que ante su positividad nos induciría a prescribir antibiótico de forma innecesaria en estos casos.

Para ayudarnos en esta aproximación etiológica existen escalas de predicción clínica para el diagnóstico de la FAA por Estreptococo del grupo A (EGA). La más conocida es la escala de Centor modificada por McIsaac y una más reciente que es la escala FeverPAIN. Ninguna es lo suficientemente sensible y específica, pero los datos

clínicos que mejor correlación manifiestan son la inflamación amigdalar importante, la presencia de exantema escarlatiniforme y haber realizado la consulta médica en un plazo inferior a 3 días, y no así la presencia de exudados en amígdalas, que pueden presentarse también en cuadros virales.

Escala Criterios Centor de Mc Isaac- Modificada	
Criterio	Puntuación
Fiebre > 38°C	1
Ausencia de tos	1
Adenopatías laterocervicales con inflamación y dolor	1
Exudado amigdalar	1
Edad 3-14 años	1
0-1 puntos: no estudio microbiológico (riesgo de infección por EbhGA: 2-6%)	
2-3 puntos: estudio microbiológico y tratar sólo si es positivo (riesgo: 10-29%)	
4-5 puntos: estudio microbiológico e iniciar tratamiento antibiótico (riesgo: 38-63%)	

Imagen 5. **Escala Criterios Centor-Mc Isaac** (Elaboración propia)

Criterios clínicos	Centor	Mclsaac	FeverPAIN
Fiebre > 38 °C	+1	+1	+1
Ausencia de tos	+1	+1	
Ausencia de tos o coriza			+1
Exudado amigdalar	+1		+1
Inflamación o exudado amigdalar		+1	
Inflamación amigdalar importante			+1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	+1	+1	
Edad• 3- < 15 años• 15- < 45 años• ≥ 45 años		+10-1	
Visita rápida al médico (≤ 3 días)			+1
	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EbhGA	0: 2,5%1: 6-6,9%2: 14,1-16,6%3: 30,1-34,1%4: 55,7%	0: 1-2,5%1: 5-10%2: 11-17%3: 28-35%≥ 4: 51-53%	0-1: 13-18%2-3: 34-40%4-5: 62-65%

Imagen 6. **Escala FeverPAIN**. <https://www.analesdepediatría.org/es-actualizacion-del-documento-consenso-sobre-articulo-S1695403320301843>

- Test para virus respiratorios de gripe A y B y para coronavirus (SARS-Cov2), según existencias.
- Test antigénico rápido y/o PCR para determinación de COVID, según indicación por protocolos vigentes.

La información (Estrategia vigente de vigilancia y control COVID-19) está disponible en la página web de la Comunidad de Madrid, en el apartado de CORONAVIRUS/ Área de Profesionales: [Coronavirus | Comunidad de Madrid](#)

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Nivel de consciencia
- Dolor:
 - Tipo
 - Localización (pleurítico, torácico, faríngeo, ótico)
 - Intensidad (Anexo II)
- En caso de otalgia: exploración mediante otoscopia de los conductos auditivos externos y las membranas timpánicas, descartando eritema, edema, perforaciones y otorrea.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Cuidados e intervención:

- Mantener hidratación con aporte suficiente de líquidos, insistir especialmente si presencia de tos.
- Lavados nasales con suero fisiológico o sprays de agua marina si mucosidad abundante.
- Elevar el cabecero de la cama si empeoramiento de síntomas en decúbito.
- Evitar el consumo de tabaco, o la exposición al mismo para los niños.
- Ambiente húmedo (limitar exposición a fuentes de aire acondicionado y/o bombas de calor).
- Medidas de prevención de contagio: lavado de manos frecuente, uso mascarilla, no compartir utensilios con personas enfermas.
- Guardar reposo en domicilio según intensidad de los síntomas y para prevenir contagiar a otras personas, al menos hasta 24h sin fiebre.

Tratamiento farmacológico:

- Si hay presencia de dolor o fiebre:
 - Indicado tratamiento sintomático: Analgésicos y/o antitérmicos hasta mejoría de los síntomas
 - o **Paracetamol vía oral:**
 - Adultos: 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
 - o Si el paciente asocia signos de inflamación (odinofagia, otalgia), indicar antiinflamatorio no esteroideo (AINE) salvo si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes:
 - o **Ibuprofeno vía oral:**
 - Adultos: 400 mg cada 8 horas hasta mejoría de los síntomas. (Indicación por



protocolo). Máx. 7-10 días.

- Niños menores de 12 años: ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas. Máx 7-10 días.

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales del tratamiento con analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Evitar prescribir AINE si la función renal o hepática está alterada o si tiene prescrito un IECA o ARA2 más un diurético.
- No superar la dosis máxima diaria.
- Ningún fármaco “anticatarral” (antitusivos, antihistamínicos, descongestivos, mucolíticos) ha mostrado una eficacia relevante en el alivio de los síntomas del CVA, siendo totalmente ineficaces en menores de 6 años y estando asociados, en menores de 2 años, a efectos adversos graves.

<https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-catarro-de-vias-altas>.

- Si la persona utiliza de forma habitual o a demanda broncodilatadores (salbutamol, bromuro de ipratropio, terbutalina), recomendar su utilización si lo precisa durante la infección respiratoria según la pauta que se le haya indicado. Si la necesidad de su uso se ve aumentada, será un criterio de valoración por medicina.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección (convivientes y cuidadores)	Control de síntomas Conocimiento: control de la infección	Control de infecciones Protección contra las infecciones Identificación de riesgos Vigilancia



00007 Hipertermia	Termorregulación Control del riesgo Control del riesgo: hipertermia Nivel de malestar	Manejo de la medicación Prescribir indicar medicación Tratamiento de la fiebre Precauciones en la hipertermia maligna Regulación de la temperatura Control de infecciones Monitorización de los signos vitales
00030 Deterioro del intercambio de gases	Estado respiratorio: intercambio gaseoso Estado respiratorio: ventilación Estado respiratorio	Manejo de la energía Administración de medicación Administración de medicación: inhalatoria Manejo de la vía aérea Monitorización respiratoria Monitorización de los signos vitales
00033 Deterioro de la ventilación espontánea	Estado respiratorio: intercambio gaseoso Estado respiratorio: ventilación Estado respiratorio	Manejo de la energía Administración de medicación Administración de medicación: inhalatoria Manejo de la vía aérea Monitorización respiratoria Monitorización de los signos vitales
00132 Dolor agudo	Control del dolor Conocimiento: manejo del dolor Dolor: efectos nocivos Nivel del dolor	Manejo del dolor: agudo Administración de analgésicos Administración de medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Fisioterapia respiratoria Prescribir medicación
00032 Patrón respiratorio ineficaz	Estado respiratorio: intercambio gaseoso	Monitorización de los signos vitales Oxigenoterapia
00043 Protección ineficaz	Estado inmune	Identificación de riesgos Protección contra las infecciones Educación paterna: crianza familiar de los niños
00214 Disconfort	Estado de comodidad	Potenciación de la seguridad Enseñanza: nutrición infantil Enseñanza: nutrición del niño pequeño

00274 Riesgo de termorregulación ineficaz	Control del riesgo Control del riesgo: hipertermia	Precauciones en la hipertermia maligna Regulación de la temperatura Control de infecciones Monitorización de los signos vitales
---	---	--

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Embarazo y lactancia si precisa algún tratamiento distinto de paracetamol o si fiebre. En embarazadas con COVID seguir los criterios de derivación descritos en los protocolos vigentes. Coronavirus | Comunidad de Madrid
 - La persona empeora tras 24-48 horas de síntomas.
 - La persona no mejora tras 5 días de tratamiento sintomático.
 - Si criterios de Centor– Mc Isaac 4 o 5 puntos o Fever PAIN 5 puntos.
 - Si la persona presenta signos o síntomas de alarma:
 - Inestabilidad hemodinámica y/o síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación de la tensión arterial, palpitaciones, opresión torácica.
 - Signos de sepsis. Se podrá valorar con la escala qSOFA* (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score) en pacientes con edad ≥ 18 años:
 - Presencia de taquipnea (>22 rpm)
 - Presencia de hipotensión ($TAS \leq 100$ mmHg)
 - Presencia de alteración del nivel de conciencia (Glasgow <15)
- *Si presenta algún punto alterado, derivar a medicina.
<https://qsofa.org/what.php>
- Fiebre elevada que asocia mal estado general, con mala respuesta a antitérmicos.
 - Disnea en reposo o mínimos esfuerzos
 - Si la persona presenta, signos o síntomas de proceso moderado:
 - Signos de dificultad respiratoria
 - Saturación $< 95\%$
 - Antecedentes de enfermedad crónica susceptible de descompensación: EPOC, Asma, Insuficiencia cardíaca, Hepatopatía crónica.
 - A criterio de la enfermera.



CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Resolución de la infección y control de síntomas.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
2. Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Manual Mosby de exploración física. 7 ed. España: Elsevier; 2011.
3. Rieger-Reyes C, García-Tirado FJ, Rubio-Galán FJ, Marín-Trigo JM. Clasificación de la gravedad de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica según la nueva guía Iniciativa Global para la Enfermedad Obstructiva Crónica 2011: COPD Assessment Test versus modified Medical Research Council. Archivos de Bronconeumología. 2012. 50(4): 129-134. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300289613003062>
4. Domínguez Berjón MF, Esteban Vasallo MD, Gènova Maleras R, Velázquez Buendía L. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid 2016. Madrid: Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2017.
5. Crowe JE, Harrison Jr. Infecciones respiratorias virales frecuentes. En Harrison. Principios de Medicina Interna. 20 ed. McGraw-Hill Education; 2018.
6. Wrigth PF. Gripe. En Harrison. Principios de Medicina Interna. 20 ed. McGraw-Hill Education; 2018.
7. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
8. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
9. Martín Peinador Y, Arévalo Cenual A, Grupo de patología infecciosa AEPap. 1-05-2018. Actualizado: 03-04-2022. ¡Familias más sanas con las infecciones a raya! Familia y salud. AEPap. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/fiebre-e-infecciones/familias-mas-sanas-con-las-infecciones-rya>
10. Martín Peinador Y, Grupo de patología infecciosa AEPap. 1-05-2018. Actualizado: 03-04-2022. TOP 10 frente a las infecciones. Familia y salud. AEPap. Disponible en: <https://www.familiaysalud.es/sintomas-y-enfermedades/infecciones/fiebre-e-infecciones/top-10-frente-las-infecciones>
11. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth, Enfermería Médicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019. Capítulo 22, Tratamiento de pacientes con alteraciones de las vías respiratorias superiores.
12. Llor Vilà C, Moragas Moreno A. Patología Infecciosa. En Compendio de Atención Primaria. Barcelona: Elsevier; 2021.
13. Sexton DJ, McClain MT. The common cold in adults: Diagnosis and clinical features. [Internet]. UpToDate; 2021. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/the-common-cold-in-adults-diagnosis-and-clinical-features?search=infeccion%20respiratoria%20aguda&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
14. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021.
15. qSOFA. What is qSOFA?. [internet]. Pittsburgh: University of Pittsburgh. 2022. Consultado el 5 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://qsofa.org/what.php>
16. Comunidad de Madrid. Coronavirus. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Consultado el 5/12/2022. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/coronavirus>



CRISIS DE ANSIEDAD

MOTIVO DE CONSULTA

Alteración aguda del estado emocional acompañada de síntomas físicos en población a partir de 12 años.

Palabras clave: “Nerviosismo”, “Ansiedad”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

La ansiedad se considera una respuesta emocional normal ante ciertas circunstancias, especialmente aquellas que generan estrés en la vida cotidiana. Un nivel moderado de ansiedad puede ser incluso beneficioso para afrontar las demandas diarias. Sin embargo, cuando su intensidad es excesiva o supera la capacidad de adaptación de la persona, se convierte en un problema patológico, generando un malestar significativo y manifestándose con síntomas tanto físicos como psicológicos y conductuales.

Una crisis de ansiedad se presenta como un episodio repentino e inesperado, caracterizado por un intenso temor a perder el control, a que ocurra una desgracia o incluso a morir. Este episodio genera un malestar considerable o una alteración significativa en el funcionamiento habitual de la persona. Suele ir acompañado de síntomas como dificultad para respirar, opresión en el pecho, palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de mareo o inestabilidad, hormigueo, náuseas y molestias abdominales.

En una crisis, estos síntomas son muy “rápidos” y llegan al máximo de intensidad en unos minutos y duran por lo general menos de una hora. Algunas personas, después de sufrir una crisis pueden sentirse inseguras y preocupadas.

El diagnóstico diferencial de la crisis de ansiedad es extenso y suficientemente importante para tener en cuenta que muchos procesos se manifiestan con síntomas de ansiedad (tromboembolismo pulmonar, dolor...) y, a su vez, muchos procesos que no se ven claros en un inicio solo se manifiestan con síntomas físicos similares a la ansiedad. De este modo, es importante contextualizar la crisis con un antecedente que pueda justificar la aparición de ansiedad (disgusto, trauma agudo...); en caso contrario será manejado como una atención urgente y conjunta entre medicina y enfermería.

Codificación diagnóstica CIAP:

P01 Ansiedad/ Nerviosismo.

P01 Preocupación (Nerviosismo).

P74 Crisis de Ansiedad / Estado de Ansiedad/ Trastorno de ansiedad generalizada.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales. En pacientes diabéticos con tratamiento con insulina o antidiabéticos orales hipoglucemiantes, descartar una hipoglucemia.
- Antecedentes de problemas de Salud Mental.
- Crisis previas.



- Antecedentes familiares (duelo, enfermedades, problemas laborales ...)
- Edad
- Tratamiento farmacológico habitual
- Hábitos tóxicos:
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Otras drogas.

Patrón 2. Nutricional/Metabólico:

- Alteraciones gastrointestinales: náuseas, dificultad para tragar, vómitos, diarreas.
- Sudoración excesiva, sequedad de mucosas.

Patrón 3. Eliminación:

- Micción frecuente, disuria.

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- Valoración de signos vitales si se considera necesario:
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Tensión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Saturación de Oxígeno (SpO2)
 - Glucemia capilar, especialmente en diabéticos o si signos de hipoglucemia.
- Valorar síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación de la presión arterial, palpitaciones, opresión torácica.
- Valorar síntomas respiratorios: disnea, taquipnea.
- Otras manifestaciones físicas: temblores, tensión muscular, hormigueo-parestesias, mareo o inestabilidad, presíncope.
- Valorar tiempo evolución de clínica acompañante.
- Intolerancia a la actividad habitual.

Patrón 5. Sueño/Descanso:

- Patrón de sueño:
 - Insomnio:
 - De conciliación.
 - Despertares frecuentes.
 - Despertar precoz.
 - Hipersomnia.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Ideas intrusivas o rumiación de pensamientos.
- Alteración en la memoria.
- Valoración del Dolor (Anexo II):



- Tipo
- Intensidad
- Duración.

Patrón 8. Rol/relaciones:

- Sistema de apoyo social.
- Problemas familiares / sociales.

Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés:

- Explorar desencadenante de la crisis.
- Pérdida reciente.
- Manifestaciones psicológicas: Alerta, temor, preocupación, fatiga, hipervigilancia, distracción, falta de concentración, insomnio, estrés.
- Tiempo de evolución.
- Signos y síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales de ansiedad.
 - Tristeza.
 - Lagrimeo, llanto.
 - Apatía.
 - Irritabilidad.
 - Ansiedad, nerviosismo.
 - Angustia.
 - Ataques de pánico.
- Valorar con especial atención la ideación autolítica. Pensamientos de muerte.

INTERVENCIÓN ENFERMERA

Cuidados e intervención:

- Si dolor precordial opresivo o palpitaciones: Realizar ECG para descartar patología de origen cardiológico.
- Si hiperventilación: Hacer respiraciones con bolsa para normalizar el nivel de carbónico o mascarilla con los orificios tapados.
- Utilizar técnicas de escucha activa si el paciente verbaliza sus sensaciones.
- Contacto físico si se considera necesario y previo consentimiento del paciente.
- Calmar al paciente, explicarle que su problema no entraña riesgo vital y que todos los síntomas que presenta se deben a su estado ansioso.
- Técnicas de relajación:

Técnica de Respiración diafragmática: Paciente en decúbito supino. Inspirar lenta y profundamente durante 5'', hacer una breve pausa (retener el aire 5-7'') y espirar lentamente 10'' y hacer otra breve pausa antes de volver a inspirar. Colocar una mano en el pecho y la otra en el abdomen, para asegurarse de que el aire que se aspira llega al abdomen sin mover el pecho. Al hinchar los pulmones, baja el diafragma y se distiende el abdomen.

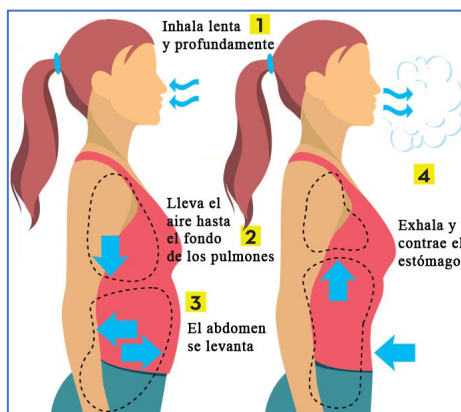


Imagen 1. Esquema de Técnica de Respiración diafragmática.

Tomada de : <http://maspsicologiaporfavor.blogspot.com/2019/04/respirar-y-parar.html?m=1>

- Estrategias de afrontamiento una vez superada la crisis.

Tratamiento farmacológico:

En caso de falta de mejoría con medidas conservadoras y persistencia de la clínica más de 30 minutos, se derivará a medicina para valoración de tratamiento farmacológico.

Consideraciones generales:

Cuando la ansiedad va más allá de un episodio aislado y empieza a interferir con la vida diaria del paciente, debe considerarse la posibilidad de un trastorno emocional, como un trastorno de ansiedad o una depresión. En estos casos, será necesaria una evaluación profesional y un tratamiento específico, que puede incluir intervención farmacológica y/o psicoterapia. En el caso de crisis de pánico, se procederá de la misma forma.

PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se indicará el Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se indicarán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00069 Afrontamiento ineficaz	Nivel de ansiedad Afrontamiento de problemas Autocontrol de la ansiedad	Manejo de la medicación Control de la medicación Mejorar el afrontamiento Disminución de la ansiedad Técnica de relajación Escucha activa

00071Afrontamiento defensivo	Control de los impulsos Control del síntoma	Aumentar el afrontamiento Establecer límites Escucha activa
00146 Ansiedad	Nivel de ansiedad Afrontamiento de problemas Autocontrol de la ansiedad	Manejo de la medicación Control de la medicación Mejorar el afrontamiento Disminución de la ansiedad Técnica de relajación Escucha activa Distracción Imaginación simple dirigida Terapia de relajación simple
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00060 Interrupción de los procesos familiares	Funcionamiento de la familia Superación de problemas de la familia. Normalización de la familia	Educación paterna: crianza familiar de los niños Apoyo a la familia Mantenimiento en procesos familiares Terapia familiar
00072 Negación ineficaz	Orientación cognitiva	Apoyo emocional Escucha activa Fomento del acercamiento
00125 Impotencia	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	Escucha activa Asesoramiento Disminución de la ansiedad
00152 Riesgo de impotencia	Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	Escucha activa Asesoramiento Disminución de la ansiedad Apoyo emocional
00251 Control emocional inestable (No en AP-Madrid)	Signos vitales Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	Escucha activa Asesoramiento Disminución de la ansiedad Apoyo emocional

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN:

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- No mejoría de sintomatología con medidas conservadoras (persistencia de la clínica más de 30 minutos), para indicación de medicación.
- Si sintomatología grave: Dolor torácico, palpitaciones, Saturación de oxígeno por debajo de 95%.
- Necesidad de valoración por anomalías ECG, si se hubiera realizado.
- Si asociado a temblor y sudoración importantes con cifras de TA elevadas y taquicardia franca (situaciones muy poco frecuentes que pueden relacionarse con crisis tirotoxicas y feocromocitoma).
- Si procesos crónicos cardiacos patología cardiaca previa (IC, IAM, ANGOR), si procesos respiratorios previos (EPOC, ASMA), pacientes inmunocomprometidos o situaciones que señalen posible inestabilidad (ingreso hospitalario reciente, alta hace menos de una semana...).
- Si consideramos que el paciente tiene signos o síntomas de una enfermedad subyacente que deba ser diagnosticada y/o tratada.
- Si diagnóstico de trastorno de salud mental previo, trastorno mental grave (TMG) o manifiesta ideas suicidas.
- Si crisis de ansiedad reciente o recurrentes.
- Pacientes consumidores de tóxicos (drogas, fármacos, alcohol...).
- Si consideramos que la persona precisa una modificación de una pauta ya prescrita.
- Si consideramos que la persona precisa una valoración por un especialista en salud mental.
- A petición del paciente.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Mejoría sintomática de la persona.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
2. Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud. EAP Can Bou. Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primària. CASAP. 2012.
3. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. 2015.
4. Reus VI. Trastornos mentales. En Harrison. Principios de Medicina Interna. 20 ed. McGraw-Hill Education; 2018.
5. J. L. Hinkle y K. H. Cheever, Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.



6. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
8. Rush AJ. Unipolar major depression in adults: Choosing initial treatment. [Internet]. UpToDate; 2020. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/unipolar-major-depression-in-adults-choosing-initial-treatment?search=depresion&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Barragán Brun N, Blanch Andreu J, Rodríguez Barragán M. Trastornos de salud mental. En Compendio de Atención Primaria. Barcelona: Elsevier; 2021.
10. Lyness JM. Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. [Internet]. UpToDate; 2021. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/unipolar-depression-in-adults-assessment-and-diagnosis?search=depresion&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
11. Craske M, Bystrutsky A. Generalized anxiety disorder in adults: management. [Internet]. UpToDate; 2021. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-management?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
12. Baldwin D. Generalized anxiety disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment, and diagnosis. [Internet]. UpToDate; 2022. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/generalized-anxiety-disorder-in-adults-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis?search=ansiedad&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
13. Williams J, Nieuwsma J. Screening for depression in adults. [Internet]. UpToDate; 2022. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/screening-for-depression-in-adults?search=depresion&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
14. Sorrentino SA, Remmert LN. Trastornos de salud mental. En: Cuidados básicos de Enfermería. Capítulo 34. Barcelona: Elsevier; 2018. p. 457-465.
15. González M, Fadón Martín P. Protocolo diagnóstico y terapéutico del trastorno por crisis de ansiedad. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.007>
16. Consulta reorientación de la demanda. Protocolo Asistencial ansiedad. Servicio Andaluz de salud. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/ANSIEDAD_0.pdf
17. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021.



SÍNDROME MICCIONAL EN LA MUJER

MOTIVO DE CONSULTA

Infección Del Tracto Urinario (ITU)/Cistitis en la mujer de entre 14 y 65 años. **Palabras clave:** “Molestias al orinar (en la mujer entre 14 y 65 años)”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Presencia de molestia, dolor, quemazón o una combinación de estos síntomas al orinar. También puede ir acompañado de aumento de la frecuencia en la necesidad de orinar (polaquiuria), sensación de vaciado incompleto de la vejiga tras la micción (tenesmo vesical) y/o de presencia de sangre en orina (hematuria).

La infección del tracto urinario en adultos se define como la presencia de bacterias patógenas dentro del tracto urinario en combinación con síntomas clínicos y/o una respuesta inflamatoria al patógeno.

La infección urinaria no complicada en la mujer se define como, aquella infección urinaria que ocurre en personas que tienen un tracto urinario normal, sin alteraciones funcionales o anatómicas, sin historia reciente de instrumentación (sondaje, uretroscopia) y cuyos síntomas se presentan en la vejiga.

La causa principal suele ser la infección urinaria, constituyendo la infección bacteriana la más frecuente en Atención Primaria, principalmente por *E. coli*, seguido de *K. pneumoniae* y de *P. mirabilis*.

La Infección del Tracto Urinario (ITU) se clasifica en dos subgrupos:

- o Baja (tracto inferior): afecta a vejiga y uretra.
 - o No complicada (cistitis simple: <3 episodios al año, mujer joven sin comorbilidad).
 - o Complicada (patología urológica, postmenopausia, mayor de 65 años o embarazada).
 - o De repetición (más de 3 episodios al año o más de 2 en 6 meses).
- o Alta (tracto superior): potencialmente más dañina. Afecta a uréteres y riñones.
 - o Sugerida por síntomas como fiebre (Temperatura > 38°C), síntomas sistémicos (mal estar general, astenia, etc.), dolor en fosa renal.

Codificación diagnóstica CIAP:

U01 Disuria/micción dolorosa
U02 Micción imperiosa/frecuente
U05 Oliguria/ Signo-síntoma de la micción/ Micción anormal.
U06 Sangre orina



U07 Orina Anormal/ Signos-Síntomas Orina (Oscura, pus, mal olor, turbia)
U71 ITU-Cistitis-otras infecciones Urinarias/ Cistitis aguda (no venérea)

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general y tiempo de evolución.
- Embarazo.
- Antecedentes personales de enfermedades crónicas (insuficiencia renal...), urológicas (litiasis, reflujo...) y relacionados con cirugías ginecológicas (prolapso...).
- Tratamiento farmacológico (toma de antibióticos en los 3 últimos meses) y alergias.
- Otras infecciones del tracto urinario: historia de ITU reciente o recaída en los últimos 15 días, ITU de repetición (2 episodios en 6 meses o 3 en un año).
- Alergias.

Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Temperatura: presencia de fiebre en el momento o en días previos.
- Náuseas, vómitos.
- Ingesta de líquidos.

Patrón 3. Eliminación:

- Características de Orina: Normal/Anormal
 - Tira reactiva de orina*: importante determinar la presencia de sangre, nitritos, leucocitos.
*No necesaria si presencia de **triada clínica** (disuria + polaquiuria + urgencia miccional, en ausencia de síntomas vaginales).
- Síntomas urinarios: disuria, urgencia miccional, polaquiuria, dolor supra púbico, tenesmo vesical, hematuria franca (motivo de valoración al médico).
- Portador de sonda o catéter vesical.
- Incontinencia y tipo si existe.
- Problemas de micción.
- Hábitos de higiene.
- Material de ropa interior habitual.
- Antecedentes personales de enfermedades urológicas (litiasis, reflujo...) y relacionados con cirugías ginecológicas (prolapso...).

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Dolor:
 - Dolor en fosas renales.
 - Dolor suprapúbico.



Patrón 6. Sexual/reproductivo:

- Lactancia materna.
- Embarazo.
- Valoración de la actividad sexual.
- Síntomas de infección vulvovaginal: eritema, edema inflamatorio de piel (vulva) y mucosas, prurito, disuria, quemazón, sensación de escozor en genitales externos, secreción.
- Riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS). Si en antecedente de ITS, descartar uretritis.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se indicará el Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se indicarán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo	Control de infecciones
	Detección del riesgo	Manejo de la medicación
	Severidad de la infección	Prescribir medicación
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	Continencia urinaria	Control de infecciones
	Eliminación urinaria	Manejo de la eliminación urinaria Cuidados de la incontinencia urinaria Cuidados del catéter urinario
	Severidad de los síntomas	Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Manejo de líquidos
00132 Dolor agudo	Control del dolor	Administración de medicación: oral Manejo del dolor
	Nivel del dolor	Administración de analgésicos
	Signos vitales	Administración de medicación Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo	Apoyo emocional
	Nivel de miedo	Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento



		Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00214 Disconfort	Control de síntomas	Manejo del autocuidado
	Estado de comodidad	Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

- **Prueba diagnósticas y tratamiento:**

- o Si Triada clínica* (Disuria + Polaquiuria + Urgencia miccional, en ausencia de síntomas vaginales): No precisa tira ni urocultivo para tratamiento.
- o En ausencia de triada, realizar tira de orina. Tratar si: *Disuria* + tira con *leucocituria* y *nitritos positivos*).

Si Disuria + leucocituria + nitritos positivos, habría que descartar vaginitis valorando síntomas vaginales. Ante presencia de éstos está indicado realizar otras pruebas diagnósticas.

*Si existe solo disuria la probabilidad de infección de vías urinarias es 25%. Si existen 2 o más de estos síntomas, la probabilidad se eleva a 90% y está indicado el tratamiento antibiótico empírico. Si además de estos síntomas se presentan síntomas vaginales (leucorrea, prurito vaginal etc.) la probabilidad disminuye a 25%. Son probables otros procesos como infecciones de transmisión sexual (ITS) y vulvovaginitis, habitualmente causada por *cándida*.

- o **Tratamiento farmacológico:**

ITU Baja no complicada=Cistitis simple -infección de vejiga (<3 episodios al año, mujer joven sin comorbilidad). No precisa de urocultivo.

➤ **Antibioterapia:** Fosfomicina trometamol 3g en dosis única.

- Recomendaciones de su administración:

- Se debe tomar con el estómago vacío (aproximadamente 2-3 h antes o 2-3 h después de una comida), de forma preferente antes de acostarse y tras la micción.
- Se debe evitar su administración conjunta con procinéticos (ej. metoclopramida, domperidona) ya que el incremento de la motilidad gástrica puede llevar a una disminución de la absorción de fosfomicina.



- Nitrofurantoína: en pautas recomendadas de 50 mg cada 8 horas, 5-7 días máximo.
- Precauciones de uso:

- Se recomienda administrar junto con alimentos o leche ya que disminuyen los efectos adversos de tipo gastrointestinal (náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea), además de incrementar su absorción por retrasar el vaciado gástrico.
- La administración concomitante con algunos antiácidos disminuye su absorción, por lo que se recomienda espaciar su toma al menos dos horas desde la administración de este medicamento.
- Determinados medicamentos utilizados en el tratamiento de la gota (Probenecid®) disminuyen la excreción renal de nitrofurantoína.
- Los inhibidores de la anhidrasa carbónica (ejemplo, acetazolamida) y los medicamentos que favorecen la alcalinización de la orina (citrato potásico, bicarbonato sódico) disminuyen la actividad antibacteriana de la nitrofurantoína.
- La administración conjunta con antibióticos de la familia de las quinolonas puede producir un efecto antagónico entre ambos antibióticos.

Siempre que se pueda, se debe priorizar la nitrofurantoína, dado que este antibiótico solamente tiene indicación en cistitis aguda en niñas, adolescentes y mujeres adultas (téngase en cuenta que las menores de 14 años no son objeto del presente protocolo).

Para más información sobre la utilización de estos medicamentos se puede consultar protocolo SERMAS: [Protocolo Indicación Enfermera ITU](#)

◆ Analgesia:

- Si dolor:
 - Paracetamol 500mg/ 650 mg cada 6-8 horas.
 - Ibuprofeno 400 mg cada 6-8h (Descartar en caso de tratamiento con ácido acetil salicílico como antiagregante). Max. 7-10 días.

○ Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).



O Recomendaciones e información:

1. Orine después de las relaciones sexuales si cistitis postcoitales.
2. Aumente la ingesta de líquidos y evite los largos periodos sin vaciar la vejiga.
3. Realice el tratamiento siguiendo las dosis y duración recomendadas.
4. Información de signos de alarma: temperatura de más de 37º, presencia de sangre en la orina, dolor lumbar, aparición de náuseas o vómitos, afectación general, no resolución de la clínica en 5-7 días o aparición de síntomas diferentes.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA

- Sospecha de ITU vías altas (fiebre, escalofríos, síntomas sistémicos, dolor lumbar y/o náuseas o vómitos, dolor en fosa renal, puño percusión positiva).
- Alteración de flujo vaginal. Derivar para valorar vaginitis y otros problemas de salud.
- ITU de repetición (más de 3 episodios al año/ 2 o más en 6 meses).
- Recidiva clínica: menos de 15 días desde episodio previo.
- Alergia a Fosfomicina.
- Embarazo.
- Clínica prolongada: proceso con más de 7 días de evolución.
- Tras no resolución en 2-3 días con tratamiento antibiótico.
- Insuficiencia renal crónica, enfermedades urológicas o intervenciones ginecológicas.
- Inmunodeprimidas o en tratamiento Inmunosupresor.
- Portadora de sonda vesical, instrumentación urinaria, malformaciones nefrológicas o anomalías de las vías urinarias.
- Hematuria franca o hallazgos de hematuria + proteínas en tira de orina + edemas.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras el tiempo indicado de tratamiento de antibioterapia y cuidados indicados, junto con la desaparición de la sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

*Este proceso se revisará y actualizará cuando se publique el
PROTOCOLO ITU NO COMPLICADA, de la Comunidad Madrid.*

BIBLIOGRAFIA

1. Viana Zulaica, C. Infección urinaria en la mujer no embarazada. Fistera. (Última revisión octubre 2013). Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/infeccion-urinaria-mujer-no-embarazada/>



2. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA. Cistitis no complicada en la mujer. Guía Multidisciplinar - Actualización 2017. GUIASALUD. Disponible en: https://aeu.es/UserFiles/files/GUIA_ITU_2017_CAST_42_v04.pdf
3. Thomas M Hooton, Kalpana Gupta. Acute simple cystitis in women (UpToDate) [Internet]. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/acute-simple-cystitis-in-women?search=infecci%C3%B3n%20del%20tracto%20urinario&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=3
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
6. Carrero López, V., Molero García, JM., Salinas Casado, J. Infecciones del tracto urinario en adultos. Guía de Aljarafe. Febrero 2019. Asociación Española de Urología. Disponible en: <https://www.aeu.es/UserFiles/files/PROTOCOLO%20TTO%20ITU%20AEU%209mayo22.pdf>
7. Marín-Cañada, J., Redondo-Sánchez, JM. Infección urinaria en mujeres FMC. 2019;26(9):512-5
8. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; Junio 2019. 55 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262> ISBN: 978-84-451-3755-0
9. CLINICAL OVERVIEW: Urinary tract infection in adults. Elsevier. Actualizado October 1, 2020. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/67-s2.0-9f7bed12-c0ec-47a4-b7c2-d7aca354df5d>
10. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021
11. Agencia Española del Medicamento. Ficha técnica Fosfomicina: Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/80903/FT_80903.html (Consultado el 12/02/2021)
12. Enfermería Evidente. ¿Cómo realizar una correcta interpretación de una tira reactiva de orina para profesionales sanitarios? 2023. Disponible en: <https://enfermeriaevidente.com/como-realizar-una-correcta-interpretacion-de-una-tira-reactiva-de-orina-para-profesionales-sanitarios/>



SOSPECHA DE EMBARAZO

MOTIVO DE CONSULTA

Posibilidad de embarazo. **Palabras clave:** “posibilidad de embarazo”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Mujer en edad fértil mayor de 14 años, que sospecha estar embarazada y presenta amenorrea de al menos 5 semanas.

Codificación diagnóstica CIAP:

W78 Embarazo.

W02 Miedo a estar embarazada

W01 Duda de si existe embarazo

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción de la salud:

- Estado general.
- En caso de confirmación de embarazo, valorar afrontamiento del embarazo: deseado, aceptado, deseos de interrupción, etc.

Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto

- Criterios legales de menor madura: valorar la madurez psicológica y emocional en mujeres de 14 - 15 años (dejar constancia en la historia clínica en tal caso).

Patrón 8: Rol - Relaciones

- Familia, pareja, apoyos familiares
- Indicadores de riesgo social de la mujer: relación no consentida, riesgo de violencia, etc.

Patrón 9. Sexualidad - reproducción

- Fecha de la última regla (FUR).
- Método anticonceptivo habitual y adherencia.
- Deseo de embarazo.
- Valorar posibilidad de agresión sexual o falta de consentimiento.
- Conducta sexual de riesgo (sobre todo en caso negativo).

Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes, en caso de embarazo no deseado.



INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Plan de actuación:

- Indicar y realizar test de orina para la detección de la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG). Es recomendable hacerlo con la orina de la primera hora de la mañana por su mayor concentración (evita falsos negativos) por lo que en la consulta se solicitará para su realización con orina de primera hora de la mañana siempre que no se detecten signos de alarma.

- Comunicación del resultado del test:

Si es positivo seguiría el procedimiento del centro para seguimiento de embarazo o interrupción voluntaria del embarazo (IVE):

- o Valorar actitud ante el embarazo y establecer relación de ayuda: conflicto de decisiones, informar IVE si lo solicita y derivar según proceda a la matrona (embarazo deseado) o el trabajador social (TS) si decide IVE.

- o Recomendaciones, información y consejos en caso de test (+) embarazo deseado:

- o Prevención de defectos del tubo neural con profilaxis con:

- Recomendar una dieta sana y rica en ácido fólico (verduras de hojas verdes, lentejas, aguacates, nueces y frutos secos, frutas, etc.).
 - Suplementación con una dosis farmacológica de ácido fólico de 0,4 mg/día en mujeres sanas. **(PNF)**
 - Suplementación con una dosis farmacológica de ácido fólico de 4mg/día **(PNF)** solo en las mujeres con alto riesgo de tener un hijo afectado con un defecto del tubo neural:
 - Hijo anterior con defecto del tubo neural.
 - Mujeres epilépticas en tratamiento con Ácido Valproico.
 - Pacientes alcohol-dependientes y drogodependientes.
 - Hipo nutrición evidente, malabsorción, etc.

- o **Contraindicaciones:**

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
 - El ácido fólico está contraindicado en personas afectadas por anemia perniciosa addisoniana, por anemia megaloblástica por deficiencia de vitamina B12. El ácido fólico puede mejorar la anemia, pero no las alteraciones neurológicas.
 - No se recomienda el uso concomitante con: fenobarbital, fenitoína y primidona porque pueden disminuir sus concentraciones plasmáticas aumentando la frecuencia de las crisis convulsivas.

- o Evitar hábitos tóxicos (consumo de alcohol cero, eliminar tabaco).
 - o Moderar consumo de cafeína.
 - o Molestias habituales del embarazo: náuseas y vómitos.



- Evitar contacto con niños con clínica de enfermedades exantemáticas.
- Evitar contacto con animales de compañía y no tomar carnes crudas ni embutidos hasta serología de toxoplasma.
- No tomar medicamentos sin indicación médica.

Si es negativo se podría protocolizar visitas de seguimiento en enfermería para recomendaciones sobre métodos anticonceptivos.

- Recomendaciones y consejos en caso de test (-):
 - Informar sobre métodos anticonceptivos.

Si persiste amenorrea, repetir test al cabo de una o dos semanas después de la fecha esperada de la menstruación.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

NANDA-I	NOC	NIC
00134 Nauseas	Control de síntomas Estado de comodidad Signos vitales	Manejo del autocuidado Potenciación de la seguridad Monitorización de los signos vitales

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Si persiste amenorrea tras un segundo test con resultado negativo y valorando FUR e historia menstrual, derivar a cita con medicina de familia.
- Derivar a consulta de matrona para primera visita antes de la 10 – 12 semana de gestación.
- Derivar a la consulta del trabajador social si decisión de IVE.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Cita de seguimiento con profesional adecuado.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco de Preguntas Preevid. Detección precoz del embarazo con la determinación de la hormona gonadotropina coriónica humana en sangre y orina [Internet]. Murciasalud; 2009 [citado 2020 dic 11]. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevid/16415>
2. Grupo de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2018. Aten Primaria. 2018;50(Supl 1):125-46.
3. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal. Prog Obstet Ginecol. 2018;61(5):510-27. doi:10.20960/j.pog.00141
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Guías Clínicas Fisterra. Guía clínica de embarazo [Internet]. [actualizado 2018 mar 29; citado 2020 dic 11]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/embarazo/>
7. Grupo de expertos del PAPPs. Actividades preventivas en la mujer. Actualización PAPPs 2020. Aten Primaria. 2020;52(Supl 2):125-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-mujer-actualizacion-papps-S0212656720302808>
8. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.



ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

MOTIVO DE CONSULTA

Anticoncepción de urgencia.

Palabras clave: “necesidad de la píldora del día después”. En ocasiones las mujeres no identificarán el motivo de consulta y se canalizará la demanda según se considere desde la Unidad de Atención al Usuario.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

La anticoncepción de urgencia se refiere al uso puntual de un medicamento destinado a prevenir un embarazo no deseado tras una relación sexual sin protección, ya sea por ausencia de método anticonceptivo o por un uso incorrecto del mismo.

Codificación diagnóstica CIAP: W10. Contracepción postcoital.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general.
- Antecedentes personales:
 - Procesos crónicos y agudos previos de interés (p.ej. hepáticos, trombosis, infecciones de transmisión sexual).
 - Alergias o hipersensibilidad a fármacos.
- Consumo de fármacos en el momento actual (p.ej. antifúngicos, primidona), posibles interacciones (antibióticos de amplio espectro, antiepilépticos, griseofulvina, antirretrovirales, rifampicina, pioglitazona y warfarina).
- Historia de anticoncepciones de emergencia previas.

Patrón 7. Autopercepción - Autoconcepto

- En adolescentes >16 años, el tratamiento se indicará de forma libre, así como en menores acompañadas de adulto responsable (tutor legal).
- En adolescentes de 14 o 15 años, se valorará el grado de madurez. Criterios legales de menor madura: valorar la madurez psicológica y emocional en mujeres de 14-15 años (dejar constancia en la historia en tal caso).

Patrón 8: Rol - Relaciones.

- Si es menor, recabar información sobre la familia, si hay conocimiento o apoyo familiar.



Patrón 9. Sexualidad/reproducción:

- Tiempo desde que se produjo el coito.
- Otros coitos desprotegidos en el mismo ciclo menstrual.
- Embarazos, puerperio o lactancia actualmente. Fecha de la última regla, retraso en menstruación.
- Antecedentes obstétricos y ginecológicos previos:
 - Gestaciones, abortos e hijos.
 - Embarazo ectópico, salpingitis, etc.
- Prácticas sexuales de riesgo previas.
- Salud de la pareja (Infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual).
- Métodos de anticoncepción habitual.
- Actitud y conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- Agresión sexual, intimidación, etc.

Patrón 10. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11. Valores/Creencias:

- Conflicto con los valores y creencias.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

- Realizar test de embarazo si más coitos desprotegidos en el mismo ciclo, dudas con el tiempo transcurrido desde el coito sin protección, retraso menstruación > 5 días, o hemorragia anómala; si es negativo iniciar prescripción farmacológica.

Tratamiento farmacológico:

- Valorar tiempo transcurrido desde el coito.
 - Levonorgestrel (conocido o solicitado como “píldora postcoital”, “píldora del día después” o “píldora del día siguiente”).
 - Antes de las 72 horas post-coital.
 - Consultar antecedentes de salpingitis o embarazo ectópico, puede incrementarse el riesgo de un nuevo embarazo ectópico.
 - Según ficha técnica, levonorgestrel no está recomendado para su empleo en niñas. Los datos disponibles en mujeres menores de 16 años son muy limitados.

Interacciones farmacológicas con levonorgestrel:

- El metabolismo del levonorgestrel aumenta con el uso concomitante de inductores enzimáticos hepáticos, principalmente inductores de la enzima CYP3A4: barbitúricos



(incluyendo primidona), fenitoína, carbamazepina, medicamentos a base de plantas que contienen *Hypericum Perforatum* (Hierba de San Juan), rifampicina, ritonavir, rifabutina y griseofulvina pueden reducir los niveles plasmáticos de levonorgestrel.

- o Los medicamentos que contienen levonorgestrel pueden aumentar el riesgo de toxicidad de la ciclosporina debido a la posible inhibición del metabolismo de la ciclosporina.
- o En mujeres que han utilizado fármacos inductores enzimáticos durante las últimas 4 semanas y que necesitan anticoncepción de emergencia debe derivarse al médico puesto que debe considerarse el uso de la anticoncepción de emergencia no hormonal (es decir, un DIU-Cu). La toma de una dosis doble de levonorgestrel (es decir, 3000 microgramos dentro de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección) es una opción para las mujeres que no pueden o no deseen utilizar el DIU-Cu, aunque esta combinación específica (una dosis doble de levonorgestrel durante el uso concomitante de un inductor enzimático) no se ha estudiado.
- o Algunas presentaciones farmacéuticas: Norlevo®, Postinor® y Navela®
- Acetato de ulipristal (conocido como “píldora de los cinco días después”):
 - o Antes de las 120 horas post-coital.
 - o Un único comprimido vía oral.
 - o Advertencias especiales:
 - No recomendado en insuficiencia hepática grave.
 - No recomendado en asma bronquial severa en tratamiento con corticoides orales.
 - o Presentaciones farmacéuticas: EllaOne®, Esmya®, entre otras.

Otras actuaciones.

- Si test de embarazo positivo, explorar sobre la voluntad de iniciar una IVE o continuar el embarazo. Si hay conflicto de decisiones, se puede establecer relación de ayuda y hacer seguimiento para la ayuda en la toma de decisiones.
- Si prácticas de riesgo: descartar ITS, solicitar serología de sífilis VHB y VIH (+ VHC si prácticas con sangrado) e indicar prescripción farmacológica para evitar embarazo no deseado.
- Tiempo transcurrido desde el coito > 120 h: Si se desea anticoncepción de urgencia pasados 5 días debe ser con DIU de cobre, para lo cual es necesaria la derivación a centros específicos.
- Si agresión sexual: Iniciar la prescripción si la mujer lo solicita. Aplicar protocolo de Agresión Sexual y derivar al médico de familia.

Recomendaciones y consejos:

- Si vómitos antes de 2–3 h tras toma de medicación volverá para tomar nueva dosis
- Recomendación de uso de preservativo en relaciones posteriores y recomendar introducción lo antes posible de métodos anticonceptivos (derivación a consulta de medicina de familia).
- Si no hay menstruación en 21 días, es necesario hacer la prueba del embarazo. Iniciar indicación.



- Posibles efectos secundarios: náuseas, fatiga, cefalea, dolor de senos y abdominal.
- Informar de posibles alteraciones menstruales en el siguiente ciclo.
- La anticoncepción de urgencia es un método anticonceptivo ocasional, que no puede ni debe sustituir a un método anticonceptivo convencional.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se indicará el diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se indicarán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo	Enseñanza
	Detección del riesgo	Manejo de la medicación Asesoramiento sexual Prescribir medicación Educación sanitaria
00146 Ansiedad	Control de la ansiedad	Disminución de la ansiedad
	Nivel de ansiedad	Prescribir medicación
	Afrontamiento de problemas	Escucha activa Educación sanitaria
00148 Temor	Autocontrol del miedo	Apoyo emocional
	Nivel de miedo	Apoyo en la toma de decisiones
		Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Antecedentes de enfermedad hepática, enfermedad intestinal inflamatoria crónica, interacción con tratamiento farmacológico habitual. Derivación a medicina de familia.
- Si embarazo actual, explorar sobre la voluntad de iniciar una IVE con derivación a Trabajadores Sociales o continuar el embarazo con derivación a matrona.



- Preferencia o necesidad de dispositivos intrauterinos de cobre como anticoncepción de urgencia. Derivación a centro especializado.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Revisión en consulta presencial o telefónica por parte de la enfermera si es necesario.
- Resolución en tres/cinco días tras no haber presentado efectos adversos problemático y asegurar conocimientos sobre métodos anticonceptivos adecuados.
- Cita de seguimiento con profesional adecuado.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Anes Orellana A, Diezma Criado JC, Lasheras Lozano ML, Pires Alcaide M, Martínez Blanco M, Sillero Quintana M. Los métodos anticonceptivos. Cómo son, cómo actúan, sus ventajas, sus inconvenientes [Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2013 [citado 2021 feb]. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/img/anatomia/metodos_anticonceptivos.pdf
2. Guía para el abordaje de la historia sexual en Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud; 2015. Disponible en: https://saluda.salud.madrid.org/atencionprimaria/Documentos_PPyG/Guia_para_la_H_sexual_en_Atencion_Primaria.pdf
3. Mollá F. La píldora del día después en Madrid [Internet]. 2018 [citado 2020 mar]. Disponible en: <https://zonaretiro.com/salud/pildora-dia-despues-madrid/>
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. A.MM. La anticoncepción hormonal de emergencia: Mitos y Realidades. Cienc Salud. 2019 dic;6(3).
7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. Guías de Práctica Clínica en el SNS. Zaragoza: IACS; 2019. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf
8. CIMA. Prospecto Levonorgestrel STADA 1.5 mg comprimido EFG [Internet]. 2019 [citado 2021 mar]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/78911/Prospecto_78911.html
9. De Nardo B, De Nardo MA. Anticoncepción hormonal y COVID-19. Rev Hosp Ital B Aires. 2020 dic;40(4).
10. CIMA. Prospecto Ulipristal STADA 30 mg comprimido recubierto con película EFG [Internet]. 2020 [citado 2021 mar]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/84013/P_84013.html
11. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.



SÍNTOMAS ALÉRGICOS NASALES Y CONJUNTIVALES

MOTIVO DE CONSULTA

Síntomas alérgicos nasales y/ oculares (Rinoconjuntivitis) en población mayor de 14 años

Palabras clave: “Alergia”, “Estornudos”, “Congestión nasal”, “mucosidad nasal”, “lagrimeo”, “escozor de ojos”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

La sintomatología nasal y conjuntival asociada a reacción ante alérgenos tiene como principal abordaje el alivio de los síntomas y la evitación del agente causante, aunque suele ser de carácter estacional (pólenes), puede ser perenne si los agentes ambientales desencadenantes están siempre presentes (ácaros, mohos, animales...).

La rinitis alérgica es común, afectando del 10 al 30 por ciento de los niños y adultos en los Estados Unidos y otros países industrializados. Es más frecuente en los adolescentes y en adultos jóvenes. La prevalencia en el mundo industrializado está aumentando, particularmente en las zonas urbanas.

La rinitis alérgica es un problema de salud muy prevalente que puede alterar la calidad de vida y que, en un elevado porcentaje de los casos, se asocia a conjuntivitis y asma. Puede producir alteraciones del sueño, fatiga y malestar generalizado, se asocia a falta de concentración y rendimiento físico y mental.

Se trata de una reacción inmunológica mediada por IgE a nivel de la mucosa nasal desencadenada por aeroalérgenos (pólenes, hongos, ácaros, epitelios de animales). Para un diagnóstico etiológico definitivo se precisa de un estudio alérgológico.

La rinitis alérgica se presenta con estornudos paroxísticos (“en salvas”) rinorrea, obstrucción nasal y picor. El goteo posnasal, la tos, la irritabilidad y la fatiga son otros síntomas comunes. Algunos pacientes experimentan picazón en el paladar y el oído interno.

Las personas con conjuntivitis alérgica concomitante informan picor bilateral, lagrimeo y/o ardor en los ojos. Hasta el 60 por ciento de los pacientes con rinitis alérgica tienen conjuntivitis alérgica concomitante. La conjuntivitis alérgica se presenta con picor, lagrimeo, edema conjuntival, hiperemia, secreción acuosa, ardor y fotofobia. El edema de párpados también es común. Los síntomas suelen ser bilaterales.

La respuesta inmunológica alterada, fruto de la situación de alergia, repercute en cómo el organismo utiliza sus propios recursos de protección frente a distintos elementos ambientales, produciendo una respuesta entorpecedora para la satisfacción de requisitos de autocuidado, como el mantenimiento de un aporte suficiente de aire (por la inflamación a nivel respiratorio).

Codificación diagnóstica CIAP:

R07 Estornudos/Congestión nasal.
F02 Ojo rojo.
F29 Otros signos/síntomas oculares.
R97 Rinitis alérgica



VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales.
- Alergias.
- Tratamiento habitual.
- Tiempo de evolución.

Patrón 2. Nutricional/Metabólico:

- Estado de la piel:
 - Coloración piel y mucosas: normo coloración, plétora, cianosis (labial, acral)

Patrón 4. Actividad/ejercicio:

- Valoración de signos vitales si se considera necesario:
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Saturación de Oxígeno (SpO2).
 - Temperatura.
 - Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Frecuencia cardíaca (FC).
- Síntomas propios de la rinitis:
 - Congestión nasal.
 - Rinorrea.
 - Estornudos.
- Síntomas acompañantes a la rinitis:
 - Disnea
 - Tos
 - Autoescucha de sibilancias.
 - Lagrimeo.
 - Escozor ocular.
- Exploración nasal (mediante rinoscopia directa o, en caso de no estar disponible, con el otoscopio): inspección de la pirámide y el vestíbulo nasal.
 - Inflamación, hiperemia, secreción nasal.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Dolor:
 - Tipo
 - Localización
 - Intensidad (Anexo II)



INTERVENCIÓN ENFERMERA

Cuidados e intervención:

- Lavados nasales con suero fisiológico.
- Evitar la exposición a aeroalérgenos.

Tratamiento farmacológico:

- Antihistamínicos orales de segunda o tercera generación (no sedantes):
 - Loratadina 10 mg 1 compr. 1 vez al día.
 - Desloratadina 5 mg 1 compr. 1 vez al día.

Consideraciones generales:

- Usar solo mientras presencia de síntomas, si el paciente refiere pérdida de eficacia, rotar.
- Si el paciente sabe que es alérgico a un determinado polen debe tomar el antihistamínico desde el inicio de los síntomas hasta que termine el periodo de polinización.
- Si el paciente tiene una pauta previa con buenos resultados, mantenerla.
- Corticoides intranasales: Solo utilizar si obstrucción nasal persistente que no mejora con antihistamínicos, descartadas otras causas (uso en rachas de un par de semanas):
 - Budesonida nasal 100 mcg, suspensión para pulverización nasal, se puede iniciar con 2 pulverizaciones en cada fosa nasal cada 24 horas y si mejoría, pasar a 1 pulverización en cada fosa nasal cada 24 horas (PNF).
- Si se asocia a conjuntivitis: estaría indicado antihistamínico en gotas.
 - Azelastina 0,5 mg/ml colirio en suspensión 1 gota cada 12 horas en cada ojo, hasta resolución de los síntomas (PNF).

PLAN DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC).

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se indicará el Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se indicarán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:



NANDA-I	NOC	NIC
00217 Riesgo de respuesta alérgica	Respuesta alérgica: localizada Respuesta alérgica: sistémica Control del riesgo	Administración de medicación Manejo de la medicación Prescribir indicar medicación Manejo de la alergia Manejo de la anafilaxia Manejo ambiental
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Estado respiratorio: ventilación Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Manejo de la vía aérea Manejo de la alergia Monitorización de los signos vitales
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico	Conducta de fomento de la salud Conocimiento: medicación Control de síntomas Conocimiento: proceso de enfermedad	Manejo del autocuidado Manejo de la medicación Enseñanza: proceso de enfermedad Enseñanza: medicamentos prescritos
00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud	Nivel de malestar Conocimiento: régimen terapéutico	Enseñanza proceso enfermedad Enseñanza medicamentos prescritos
00214 Disconfort	Control de síntomas	Manejo del autocuidado

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA:

- Embarazo y lactancia.
- Si el paciente presenta insuficiencia renal.
- Si tras administración de tratamiento adecuado, no existe mejoría de los síntomas.
- Síntomas acompañantes sugestivos de asma. (tos, opresión base tórax, dificultad respiratoria, sibilancias autoaudibles...)
- A criterio de la enfermera.



CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Control sintomático con las medidas adoptadas.
- Resolución de la rinoconjuntivitis.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.

La Comunidad de Madrid informa de los niveles de polen y envía SMS. Es una buena herramienta para los alérgicos para saber si sus síntomas son de catarro o ha empezado la polinización. También ayuda a saber cuándo se te van a pasar los síntomas:

<https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/04/25/informamos-sms-niveles-polen-afectan-alergicos-primavera>

- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993.
2. Seidel HM, Ball JW, Dains JE, Flynn JA, Solomon BS, Stewart RW. Manual Mosby de exploración física. 7ª ed. España: Elsevier; 2011.
3. Martín Mateos AJ, Gutiérrez EM, Sánchez ER, Cantos MDG. Rinitis [Internet]. Fistera; 2017 [citado 2022 dic 5]. Disponible en: <https://www.fistera-com.bvcscm.a17.csinet.es/guias-clinicas/rinitis/>
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth, Enfermería Medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2019. Capítulo 22, Tratamiento de pacientes con alteraciones de las vías respiratorias superiores.
7. Braun JJ, de Blay F. Rinitis crónica alérgica [Internet]. En: EMC - Otorrinolaringología. Elsevier Masson; 2020 [citado 2022 dic 5]. Disponible en: <https://www-clinicalkey-es.bvcscm.a17.csinet.es/#!/content/emc/51-s2.0-S1632347521453993>
8. González Compta X, García E. Patología otorrinolaringológica. En: Compendio de Atención Primaria. Barcelona: Elsevier España; 2021.
9. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.
10. Comunidad de Madrid. Informamos por SMS sobre los niveles de polen que más afectan a los alérgicos en primavera [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid; 2021 [citado 2022 dic 5]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/04/25/informamos-sms-niveles-polen-afectan-alergicos-primavera>
11. deShazo RD, Kemp SF. Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis [Internet]. UpToDate; 2022 jun [citado 2022 dic 5]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/allergic-rhinitis-clinical-manifestations-epidemiology-and-diagnosis>



EPISTAXIS

MOTIVO DE CONSULTA

Epistaxis. **Palabras clave:** “Sangrado por la nariz”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Hemorragia nasal causada por la rotura de vasos de la membrana mucosa de cualquier área de la nariz, no ocasionada por traumatismo.

Codificación diagnóstica CIAP: R06: Epistaxis/hemorragia nasal

Según su localización se clasifica en:

- Anterior: Hemorragia con origen en la mucosa de la región anterior del tabique nasal, por la que, a través de los orificios nasales se observa la salida de sangre. Su origen se encuentra generalmente en el plexo Kiesselbach (área formada por anastomosis de arterias originadas en la carótida externa). Esta tipología de epistaxis es la mayoritaria, representando alrededor del 90% de los casos. Suelen ser autolimitados y pueden ser manejados habitualmente en Atención Primaria.
- Posterior: El origen del sangrado se encuentra en la parte posterior del tabique nasal. Desde las coanas la sangre fluye a la faringe y, por tanto, el control de la hemorragia resulta más complicado. Generalmente, se origina en áreas vascularizadas por la arteria esfenopalatina y arterias etmoidales. Suelen ser más significativos, requiriendo atención en Servicio de Urgencias Hospitalarias y valoración por un otorrinolaringólogo.

Los factores de riesgo para el desarrollo de epistaxis son:

- Traumatismo nasal.
- Infecciones locales (rinitis, rinosinusitis, catarro común).
- Alteraciones vasculares (Síndrome de Rendu-Osler-Weber, aneurisma, etc.).
- Infecciones sistémicas (escarlatina, paludismo).
- Sequedad de mucosa nasal.
- Inhalación nasal de corticoesteroides o descongestivos.
- Inhalación de drogas.
- Hipertensión.
- Tumor de senos paranasales o nasofaringe.
- Enfermedades hematológicas como trombocitopenia.
- Alteraciones de la coagulación.
- Uso de fármacos como ácido acetilsalicílico, AINEs, anticoagulantes.
- Hepatopatía.
- Otras causas: manipulación digital, sonarse la nariz con fuerza, presencia cuerpo extraño en el interior.



VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción / Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante (afectación sistémica, cefalea), tiempo de evolución e historia previa de epistaxis (duración, lateralidad, frecuencia y severidad de los episodios previos).
- Valoración del sangrado: cantidad, duración y características del sangrado. Valorar estado de la boca y orofaringe.
- Exploración cavidad nasal y localización del sangrado: anterior o posterior. Localizar el punto sangrante (rinoscopia anterior).
- Valoración de otros puntos de sangrado y/o hematomas espontáneos.
- Causa Local (erosión, traumatismo, contusión, sequedad mucosa, rinitis, resfriado).
- Antecedentes personales de enfermedades crónicas (DM, HTA, coagulopatías).
- Tratamiento farmacológico (tratamiento con fármacos anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos, fármacos de administración intranasal) y alergias.
- Hábitos tóxicos (consumo de tabaco, alcohol o drogas).
- Posible relación con cuerpos extraños (especialmente relevante en niños).

Patrón 2. Nutricional-metabólico:

- Grado de control de INR si tratamiento con acenocumarol.

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- Actividad que estaba realizando.
- Frecuencia cardíaca.
- Tensión arterial (TAS, TAD).
- Temperatura.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Valoración si dolor.

Patrón 10. Adaptación tolerancia al estrés:

- Nivel de estrés/Ansiedad.

La valoración se completará con toda la información que el profesional de enfermería considere relevante.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Antes de comenzar a trabajar con un paciente con sangrado nasal es fundamental la utilización de elementos de protección individual para cualquier profesional que se disponga a atenderlo, dado que



el paciente como mínimo estará bastante incómodo (y puede toser y/o estornudar): mascarilla, guantes, protección ocular y bata.

Disminución de hemorragia nasal

- Tranquilizar al paciente y explicar el procedimiento a realizar.
- Limpiar fosas nasales (lavado de fosas nasales con suero salino).
- Colocaremos al paciente con la cabeza inclinada hacia delante y abajo, evitando así la deglución de restos hemáticos.
- Posición: bipedestación o sedestación y acercar barbilla al pecho (evitar la posición horizontal). Si ha de estar en decúbito, posición del cabecero igual o mayor a 30º.
- Si en la exploración se localiza el punto de sangrado, valorar cauterización con nitrato de plata (la cauterización es excepcional en pediatría).
- Si se opta por método mecánico:
 - o Compresión mecánica con 2 dedos durante 10 minutos a 15 minutos en las narinas (método de Trotter).
- Si no cede, colocar un taponamiento:
 - o Primera opción: Colocar tira de gasa y aplicar presión externa. Retirar a los 15 minutos y explorar fosas nasales. Si no cede, reintentar y si no disminuye, realizar taponamiento anterior.
- Taponamiento anterior (técnica avanzada: riesgo de lesionar cornetes):
 - o En pacientes con sangrado persistente, lo realizaremos con una gasa orillada o en su defecto, con tiras de gasa normal.
 - o Colocar en el extremo exterior un esparadrapo para evitar la expulsión del tapón y mantenerlo, al menos, 24 horas.
- Procedimiento alternativo:
 - o Taponamiento con material autoexpandible (tipo Himostat® Surgicel®, Merocel®). Impregnar previamente con pomada antibiótica o vaselina. Existen diferentes tamaños según la edad y tamaño del paciente. Se ha de mantener entre 48-72 horas.

Tratamiento farmacológico:

- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:
 - **Paracetamol vía oral:**
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
- Si el dolor persiste más de 48h valorar complicaciones.



Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.

Intervención tras colocación de taponamiento nasal:

- Comprobar cese de sangrado.
- Evaluar signos vitales (PA, FC, Temperatura y/o dolor).
- Explorar orofaringe.
- Valorar estado de salud y tratamientos actuales del paciente.
- Indicar recomendaciones generales e individualizadas para los 2-3 días posteriores:
 - Posición en horizontal mayor a 30°.
 - Evitar ejercicio físico (reposo relativo).
 - Consumo de bebidas y alimentos fríos o templados, evitando los calientes.
 - Evitar tratamientos farmacológicos como AAS.
 - Evitar consumo de tabaco y alcohol.
- Informar de signos de alarma:
 - Acudir nuevamente al centro de salud si nuevo sangrado en domicilio.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCIONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00044 Deterioro de la integridad tisular	Curación de las heridas: primera intención (sólo si cauterización) Curación de las heridas: segunda intención Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cuidados de las heridas Disminución de la hemorragia: nasal Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Control de hemorragias Manejo de las vías aéreas Vigilancia de la piel

00046 Deterioro de la integridad cutánea	Curación de las heridas: segunda intención Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cuidados de las heridas Disminución de la hemorragia: nasal Irrigación de heridas Protección contra las infecciones Vigilancia de la piel
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Aumentar el afrontamiento
00206 Riesgo de sangrado	Estado circulatorio Severidad de la pérdida de sangre (Disponible en clasificación NOC actual)	Disminución de la hemorragia: nasal Enseñanza: procedimiento/tratamiento Control de hemorragias Manejo de las vías aéreas Vigilancia
00132 Dolor agudo	Nivel de dolor	Aplicación de frío/calor Manejo del dolor Prescribir medicación (Anexo 2)
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Epistaxis traumática.
- Sospecha de epistaxis posterior (sangrado significativo y de difícil control). Considerar derivación urgencias hospitalarias.
- Antecedentes de epistaxis de repetición. Considerar derivación urgencias hospitalarias para valoración.
- Sangrado bilateral.
- Uso de fármacos anticoagulantes orales o pacientes con trastornos de la coagulación y situación de falta de control (Grado de control de INR si tratamiento acenocumarol).
- Persistencia del sangrado activo, a pesar del taponamiento.
- Paciente con trastorno por estrés agudo secundario a la epistaxis.
- A criterio de la enfermera.



CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Si realización de taponamiento nasal, retirar en 48-72h. Reevaluar puntos de sangrado. Si no más sangrado, cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinilla Urraca M. Tratamiento de la epistaxis en Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim. 2014;7:94-101. Disponible en: https://fapap.es/files/639-1052-RUTA/07_TRATAMIENTO_EPISTAXIS.pdf
2. García Vicente S, Millán Soria J. Guía clínica de Epistaxis [Internet]. Fistera; 2016 [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://www.fistera.com>
3. Prades JM, Gavid M. Epistaxis. EMC - Otorrinolaringología. 2017;46(2):1-10.
4. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. Enfermería medicoquirúrgica. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
5. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
7. Tunkel DE, Anne S, Payne SC, Ishman SL, Shoemaker H, Mitchell RB, et al. Clinical Practice Guideline: Nosebleed (Epistaxis) Executive Summary. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;162(1):8-25. doi: 10.1177/0194599819889955
8. Elsevier. Clinical Overview: Epistaxis [Internet]. 2020 oct 28 [citado 2025 may 27]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-8827a77f-1780-4e8e-96eb-7df5d97940de
9. Alter H. Approach to the adult with epistaxis [Internet]. UpToDate [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-epistaxis>
10. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.



CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES

MOTIVO DE CONSULTA

Cuerpo extraño en fosas nasales/Faringe. **Palabras clave:** “Cuerpo extraño dentro de la nariz”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Alojamiento de objetos pequeños en fosas nasales debido generalmente a la introducción voluntaria por parte de la persona (generalmente niños o personas con alteraciones mentales, conductuales o estado de desarrollo regresivo a la edad real). La vía respiratoria superior comprende la cavidad nasal y la faringe. En Atención Primaria los intentos de remoción deben centrarse en la zona anterior nasal, las amígdalas palatinas y la base lingual.

La presencia de cuerpos extraños en fosas nasales en población no pediátrica suele ser accidental (falsos piercings del ala nasal con imanes) o relacionada con adicciones o patología mental.

Consideraciones en población pediátrica

La presencia de cuerpos extraños en fosas nasales (botones, fichas, plastilina...) suele ser un motivo frecuente de consulta urgente en pediatría y fundamentalmente en edades de 2-5 años, en ocasiones puede ser un hallazgo accidental que ha pasado desapercibido a los padres que solo consultan ante la presencia de molestias y la incapacidad de extraer el objeto ellos mismos. La manipulación del objeto no estaría recomendada si no es por un profesional sanitario, debido al riesgo de una introducción mayor del objeto y posible aspiración del mismo.

Los objetos que con mayor frecuencia se introducen en la nariz son gomas de borrar, piedras, fichas de juegos, fragmentos de esponja, bolas de papel, plastilina, restos vegetales y pilas tipo botón. En estos dos últimos casos, la extracción debe realizarse de forma inmediata y eficaz, ya que los vegetales pueden aumentar de tamaño al absorber humedad, y las pilas botón pueden causar rápidamente daño tisular. La localización más común es en el suelo de la fosa nasal, a la altura del meato inferior. Otras ubicaciones, como el meato medio o el techo nasal, son menos frecuentes y, en ocasiones, resultado de intentos fallidos de extracción, especialmente si no se emplea el instrumental adecuado.

Codificación diagnóstica CIAP:

R87 Cuerpo extraño nariz/laringe/ bronquio
R08 Otros signos/síntomas nasales

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patón 1. Patrón Percepción/Manejo de la salud

- Los síntomas provocados por un cuerpo extraño en la nariz dependen del tamaño, la forma y el tiempo que lleva alojado. Si el objeto es pequeño, de superficie lisa y sin bordes cortantes, la



mucosa nasal puede tolerarlo durante un tiempo sin generar molestias evidentes. En estos casos, especialmente en niños, puede no haber síntomas hasta que aparece una rinorrea purulenta, maloliente y unilateral, acompañada de obstrucción nasal en el mismo lado, que no mejora con el tratamiento médico habitual. En cambio, si el objeto es grande, tiene una forma irregular o es irritante, los síntomas suelen aparecer de forma más inmediata, incluyendo obstrucción nasal unilateral, estornudos frecuentes, picor, escozor, secreción nasal que puede contener sangre, e incluso episodios de epistaxis. Características del objeto:

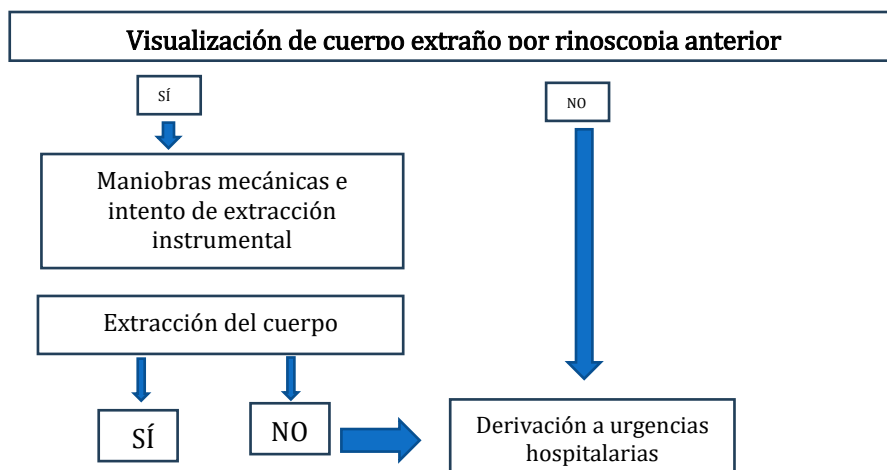
- o Localización: fosa nasal izquierda/derecha. Si no fuera visible por presencia de secreciones, el paciente debe sonarse y si no pudiera, se aspirarán secreciones para facilitar la visualización del objeto.
 - o Tipología de objeto (suele ser único).
 - o Tiempo de evolución.
- Exploración fosas nasales
 - o Signos de infección local (secreción nasal purulenta, mucosanguinolenta o mucopurulenta, mal olor).
 - o Signos de inflamación local.
 - o Signos de obstrucción nasal respiratoria, estornudos de repetición, prurito, escozor o incluso epistaxis.
- Valoración respiratoria.
 - o Frecuencia respiratoria.
 - o Saturación de oxígeno.
 - o Auscultación pulmonar.
 - o Dificultad respiratoria.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Valoración si dolor.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Algoritmo de actuación frente a un cuerpo extraño alojado en fosa nasal.



Extracción de Cuerpo Extraño. Precauciones para evitar la aspiración

- Si el niño o adulto sabe y puede limpiarse la nariz, que suene con fuerza la fosa afectada mientras se le mantiene tapada la fosa contralateral.
- Si no logra expulsar el objeto, se puede intentar la extracción instrumental, si se dispone del material necesario, siempre que el cuerpo extraño:
 - o Sea de introducción reciente.
 - o No friable (que no se desmenuce o aplaste con facilidad).
 - o No afilado/cortante.
 - o Visible en vestíbulo nasal (delante de los cornetes, si está alojado en un meato derivación a medicina de familia/ pediatría).
 - o Se disponga de correcta iluminación para explorar la fosa nasal.
- Procedimiento de extracción:
 - o Adulto en posición sentado
 - o Niño colaborador: sentado, bien encima de alguien, o en un sillón.
 - o Niño no colaborador: tumbado en camilla, inmovilizado con una sabanilla.
(<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-manejo-cuerpos-extranos-nasales-oticos-S113835931000095X>)
 - o Se requiere de pinzas tipo bayoneta, asa curva a ser posible o instrumental tipo gancho.
 - o Es necesario disponer de correcta iluminación para explorar la fosa nasal.
 - o Si el objeto es liso, esférico o con superficie cóncava (perla, garbanzo, pila de botón), se puede utilizar algún instrumental que tenga un gancho; no utilizar pinzas por el riesgo de empujar el cuerpo extraño hacia la parte posterior y provocar una aspiración. Se introduce el gancho por encima y después por detrás del cuerpo extraño y se hace rodar hacia delante al vestíbulo nasal para su extracción final.

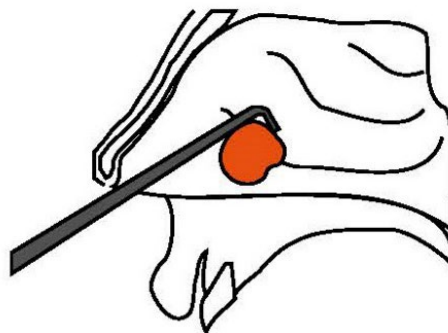


Imagen 1. Extracción de cuerpo extraño nasal esférico. Elaboración propia.

- o Si el cuerpo extraño es aplanado (fragmento de papel o de plástico), se puede coger con una pinza y extraerlo hacia el exterior.

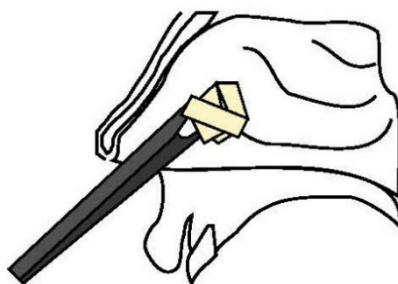


Imagen 2. Extracción de cuerpo extraño nasal plano. Elaboración propia.

Las pilas tipo botón y los imanes requieren una extracción inmediata. En el caso de los imanes, si dos de ellos quedan enfrentados a través del tabique nasal, la presión mecánica que ejercen puede provocar necrosis en esa zona. Las pilas botón son especialmente peligrosas, ya que además de ejercer presión sobre las paredes nasales, pueden liberar sustancias químicas y generar una reacción electroquímica de bajo voltaje. Esta reacción puede causar necrosis por coagulación en la zona del cátodo y oscurecimiento de los tejidos alrededor del ánodo. La irrigación con suero salino puede acelerar este proceso lesivo.

**PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO
NOC. INTERVENCIONES NIC.**

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Ayuda a la ventilación Monitorización de los signos vitales Monitorización respiratoria Precauciones para evitar la aspiración
00039 Riesgo de aspiración	Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias	Ayuda a la ventilación Monitorización de los signos vitales Monitorización respiratoria Precauciones para evitar la aspiración
00214 Disconfort	Control de síntomas Estado de comodidad	Disminución de la ansiedad Potenciación de la seguridad
00132 Dolor agudo	Nivel de dolor	Aplicación de frío (post-retirada de objeto)

		Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Aumentar el afrontamiento
Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:		
• Rendimiento del cuidador principal. • Funcionamiento de la familia.		

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

- Si no se consigue la extracción del cuerpo extraño. Derivación a la Urgencia Hospitalaria para extracción con instrumental especializado.

Se derivará a medicina de familia o pediatría en las siguientes situaciones:

- Necesidad de sedación para realizar técnica de extracción. Derivar a médico de familia/pediatra para valoración y derivación a hospitalización.
- Alteraciones anatómicas en fosas nasales.
- Signos de infección o epistaxis no controlada.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras extracción de cuerpo extraño y disminución de sintomatología en 24/48h.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Artigas-Sapiain C, Sarriá-Echegaray P, Tomás-Barberán M. Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños. *Semergen*. 2010;36(5):278-82.
2. Sánchez Gómez S, editor. Hemorragia nasal. En: *Otorrinolaringología en Atención Primaria. Guía práctica para el manejo de procesos otorrinolaringológicos* [Internet]. Sociedad Andaluza de Otorrinolaringología y Patología Cérvico Facial; 2012 [consultado 2014 jun 16]. p. 123-31. Disponible en: <http://www.sorla.org/uploads/Otorrinolaringolog%C3%ADa%20en%20Atenci%C3%B3n%20Primaria.%2012.pdf>
3. François M. *Tratados EMC. Otorrinolaringología*. 2016 nov 1;45(4):1-7.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Isaacson GC, Ojo A. Diagnosis and management of intranasal foreign bodies [Internet]. *UpToDate* [consultado 2025 may 27]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-management-of-intranasal-foreign-bodies>
7. Herdman H, Kamitsuru S. *NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023*. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.



CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO

MOTIVO DE CONSULTA

Cuerpo extraño en el oído. **Palabras clave:** “Tengo o me ha entrado algo en el oído”

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Presencia de cuerpo extraño retenido en el conducto auditivo externo.

La presencia de cuerpos extraños en el conducto auditivo externo (CAE) es más común en niños menores de 6 años y en personas de cualquier edad con trastornos psíquicos. Se considera cuerpo extraño cualquier objeto introducido a través del meato auditivo externo, excluyéndose el cerumen y las descamaciones epidérmicas que pueden encontrarse de forma natural en esa zona. Los cuerpos extraños en el conducto auditivo externo (CAE) pueden ser animados, como insectos que ingresan accidentalmente, o inanimados, ya sean de origen vegetal (como semillas o legumbres) o materiales inertes (como piedras, minas de lápiz, bolitas de papel, cuentas de collar, algodón, pilas tipo botón, tapones de silicona o tubos de ventilación extraídos). Generalmente, se alojan en la zona estrecha donde se une la porción ósea con la cartilaginosa del conducto, aunque en algunos casos pueden ubicarse en el surco timpánico o incluso impactarse contra la membrana timpánica, provocando desgarros o penetrando en el oído medio.

La presencia de un cuerpo extraño en el CAE no suele constituir una emergencia, salvo cuando se trata de objetos enclavados que sobresalen del conducto o de pilas tipo botón, debido a su potencial efecto corrosivo. Aun así, estos cuerpos extraños suelen generar un notable malestar en el paciente.

Codificación diagnóstica CIAP:

H76 Cuerpo extraño en el oído.

H29 Otros signos/síntomas del oído/oreja

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Otoscopia: Visualización de cuerpo extraño en Conducto Auditivo Externo (CAE). Valorar:
 - Integridad de la parte visible del tímpano.
 - Ausencia de sangre y de exudado purulento en CAE.
 - Excepción para realización de otoscopia: que presente motivos de alerta (hipoacusia, vértigo o acúfenos, exudado, dolor, afectación del estado general, antecedente traumático) o falta de colaboración.
- Características del objeto:
 - Lateralidad: conducto auditivo izquierdo/derecho.
 - Tipología de objeto y características.
 - Tiempo de evolución.
- Exploración conducto auditivo



- o Signos de infección local (secreción purulenta, mal olor).
 - o Signos de inflamación local.
- Presencia de vértigos
- Alteraciones auditivas:
 - o Hipoacusia.
 - o Presencia de acúfenos.
 - o Sensación de taponamiento.
- Dolor

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Registro en la HC del consentimiento informado verbal del paciente o tutor legal en caso de niños o personas incapacitadas, para la extracción de cuerpo extraño en CAE mediante lavado ótico, tras la explicación de la técnica a emplear y los riesgos asociados.

Cuidado de los oídos: extracción de cuerpo extraño

Ante sospecha de un cuerpo extraño en el CAE se realizará confirmación de mediante otoscopia, y ésta debe ser siempre bilateral.

- La exploración se efectuará preferentemente con el paciente en posición sentada, aunque también puede realizarse en decúbito si fuera necesario. En casos de escasa colaboración, como ocurre frecuentemente con niños, se puede utilizar una sábana para inmovilizar suavemente los brazos y el tronco, y será recomendable contar con la ayuda de dos personas: una para estabilizar el cuerpo y otra para sujetar la cabeza. La visualización del conducto auditivo se llevará a cabo mediante otoscopio o con una fuente de luz directa, tras realizar la tracción del pabellón auricular. Esta maniobra debe dirigirse hacia arriba y hacia atrás en adultos, y hacia abajo y hacia atrás en niños, con el fin de rectificar el conducto auditivo externo y facilitar la observación. Extracción por irrigación. Extracción del cuerpo extraño mediante lavado del Conducto Auditivo Externo (CAE) con una jeringa ótica para irrigación. Comprobación otoscópica tras la misma.
 - o Contraindicada en: perforación timpánica, cuerpo extraño de naturaleza orgánica higroscópica (semillas, insectos, etc.) o que pueda hincharse (algodón), obstrucción completa del CAE o pilas tipo botón, por su efecto corrosivo.
 - o De elección si el cuerpo extraño es de pequeño tamaño.
 - o Posición: sentado. Realizar la irrigación con agua a temperatura corporal, inyectando un chorro de agua en la cara superior del conducto auditivo externo detrás del objeto extraño con presión moderada.
- Extracción manual: se realizará si el objeto es visible, accesible y sea potencialmente extraíble con material quirúrgico (cureta en forma de cuchara, gancho o pinza de cocodrilo) en decúbito supino.
- En caso de que el cuerpo extraño sea un insecto vivo, el primer paso consiste en provocarle la muerte mediante la instilación de unas gotas en el conducto auditivo externo, utilizando alcohol, aceite o, preferiblemente, preparados con anestesia tópica. Una vez inmovilizado el insecto, se procederá a su extracción del mismo modo que se haría con un objeto inanimado. Si existen no es posible comprobar la integridad del tímpano, la extracción del cuerpo extraño se



realizará utilizando instrumental específico: pinza de gancho romo, evitando lesionar las paredes del CAE.

- De igual modo, se recomienda utilizar pinzas de oído para la extracción de cuerpos extraños blandos con bordes fáciles de agarrar, tipo algodón.
- Los cuerpos esféricos son los más difíciles de extraer; si tienen poco peso y están libres en el CAE, se extraen por irrigación o succión en el medio hospitalario. El resto se extraen con ganchito romo.
- Los tapones de silicona impactados: para su extracción se recomienda fragmentarlos, o bien, clavar un gancho romo en el tapón y tirar de él.
- Pegamentos: pueden ser retirados previa colocación de algodón empapado en acetona o en su defecto instilando agua oxigenada, para tras unos minutos, retirarlos con un gancho otológico o con pinzas.

Instrucciones tras la extracción

Comprobación con otoscopia tras la misma. Si la extracción se ha realizado sin complicaciones, no es necesario ningún tratamiento adicional. Sin embargo, en caso de que se haya producido alguna lesión en el conducto auditivo externo o en la membrana timpánica, se aconseja evitar la entrada de agua en el oído hasta que se complete la cicatrización. Además, se recomienda derivar al paciente a medicina de familia o pediatría para valorar la necesidad de un tratamiento tópico, que podría incluir antibióticos con o sin corticoides, según el grado de inflamación, durante aproximadamente una semana.

Tratamiento farmacológico:

○ Paracetamol si dolor:

- Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Sólo si síntomas de infección en CAE. Población mayor de 2 años.
Según guía de C. Madrid y guía ABE:
 - Si inflamación (edema) importante del conducto auditivo externo, añadir glucocorticoides (fluocinolona): 6-8 gotas cada 12 horas durante 7 días o utilizar:
 - Dexametasona + polimixina B + trimetoprima, 4 gotas cada 6-8h, 7 días (PNF)
 - En caso de abrasión o laceración del CAE (aprox. 50% de los pacientes):
antibioterapia tópica con fluoroquinolonas:
 - Ciprofloxacino tópico 3 mg/ml: instilar 4-6 gotas cada 8 horas, durante 7 días.
(PNF)



Guía de Uso de Antimicrobianos Web Comunidad
Guía de uso de Antimicrobianos Intranet Sanidad
Guía-ABE - (guia-abe.es)

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO **NOC. INTERVENCONES NIC**

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Detección del riesgo Severidad de la infección	Cuidado de los oídos Control de infecciones Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Cuidado de los oídos Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Aplicación de frío o calor Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Aumentar el afrontamiento
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular piel y membranas mucosas	Cuidado de los oídos Control de infecciones Vigilancia de la piel
00206 Riesgo de sangrado	Estado circulatorio	Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Se derivará a medicina de familia o pediatría en las siguientes situaciones:

- Si tras la valoración inicial se constatan factores que contraindican el procedimiento de extracción.
- Si fracaso del procedimiento de extracción, no indicación de irrigación o extracción traumática con lesión en el CAE o en la membrana timpánica.
- Si persisten molestias en oído pasadas 24/ 48h.
- Si aparecen signos de infección en menores de 2 años.
- Si aparecen los siguientes signos de infección secreción en CAE, mal olor, fiebre.
- Aparición de hipoacusia, vértigo, acúfenos o dolor.
- Si aparece algún signo o síntoma de alarma: afectación del estado general, exudado purulento, tímpano dañado, sangrado.
- Si excepciones a la realización de otoscopia: motivos de alerta (hipoacusia, vértigo o acúfenos, exudado, dolor, afectación del estado general, antecedente traumático) o falta de colaboración.
- Anatomía que dificulte la extracción (conductos angulados o pequeños).
- Algunas circunstancias especiales: pilas de botón, insectos, seres vivos de pequeño tamaño, masillas, cuerpos extraños afilados.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras extracción de cuerpo extraño y disminución de sintomatología en 24/48h, previa evaluación del CAE en buen estado.
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Artigas-Sapiain C, Sarría-Echegaray P, Tomás-Barberán M. Manejo de cuerpos extraños nasales y óticos en niños. *Semergen*. 2010;36(5):278-82.
2. Guía Clínica ORL. ¿Cómo extraer un cuerpo extraño ótico? [Internet]. *Fisterra*; 2012 [citado 2025 may 27].
3. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner y Suddarth. *Enfermería medicoquirúrgica*. 14ª ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2018.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. España: Elsevier; 2018.
6. Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. *Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2*. Madrid: Comunidad de Madrid; 2019. 55 p. ISBN: 978-84-451-3755-0. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262>



7. UpToDate. Diagnosis and management of foreign bodies of the outer ear [Internet]. [citado 2025 may 27]. Disponible en: <https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/diagnosis-and-management-of-foreign-bodies-of-the-outer-ear>
8. Herdman H, Kamitsuru S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ª ed. España: Elsevier; 2021.



CUERPO EXTRAÑO EN OJO

MOTIVO DE CONSULTA

Cuerpo extraño en el ojo.

Palabras clave: “Me ha entrado algo en el ojo”

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Presencia de un cuerpo extraño en la superficie del epitelio corneal, conjuntival o en localización más profunda.

- o En conjuntiva los cuerpos extraños más frecuentes son: polvo, tierra, vegetales, cosméticos, lentes de contacto y arena.
- o En córnea los cuerpos extraños más frecuentes son: fragmentos de metal y objetos oxidados. Los cuerpos extraños corneales quedan excluidos de este proceso de atención de enfermería ante un cuerpo extraño en ojo, requiriendo derivación a las urgencias hospitalarias para valoración por Oftalmología.

Codificación diagnóstica CIAP:

F76 Cuerpo extraño en el ojo.

F29 Otros signos-síntomas oculares

F13 Sensación de cuerpo extraño en el ojo/ Sensación anormal en el ojo.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción de la salud:

- Historia oftálmica.
- Antecedentes de cirugía ocular.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Características del cuerpo extraño:
 - o Tipología (metálico, polvo, resto vegetal, agente químico, etc.)
 - o Mecanismo que produjo la lesión y tiempo de evolución.
- Exploración ocular:
 - o Realizar eversión palpebral y revisar conjuntiva tarsal de ambos párpados (cara mucosa palpebral).
 - o Tinción ocular con fluoresceína.
 - o Reactividad y reflejos pupilares.



- Anomalías oculares estáticas (forma de la pupila, secreción, patrón de la inyección y la opacidad de la córnea).
 - Alteraciones visuales. como disminución de agudeza visual, tendencia al cierre del ojo, etc.
- Características de la lesión, si existiera. Localización y extensión.
- Uso de lentes de contacto.
- Dolor y fotofobia.
- Otros síntomas: sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, parpadeo excesivo, hiperemia conjuntival.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Cuidados antes sospecha de cuerpo extraño ocular.

- Si localización o sospecha de cuerpo extraño en conjuntiva, iniciar irrigación repetida con suero salino fisiológico hasta remisión de molestia.
- Si no mejoría o no localización en conjuntiva, descartar sospecha de cuerpo extraño corneal:
 - Realizar tinción del ojo afectado con fluoresceína. Si hay resultado positivo indica defecto epitelial (precisa derivación a consulta de medicina/pediatría).
- Una vez confirmada la extracción del cuerpo extraño, evitar el uso de lentillas.

Tratamiento farmacológico

- Pomada de **Eritromicina tópica** (pomada oftálmica 0,5 %) o aureomicina cada 6 horas y tras mejorar cada 8-12 horas, 5-7 días. **Mayores de 2 años. (PNF)**
- Colirio con **Polimixina B-neomicina-gramicidina**: 1-2 gotas cada 6 horas hasta que mejore y continuar con 1-2 gotas cada 12 horas hasta completar 5-7 días. **Mayores de 2 años. (PNF)**

Guía de Uso de Antimicrobianos Web Comunidad

Guía de uso de Antimicrobianos Intranet Sanidad

Guía-ABE - (guia-abe.es)

- Paracetamol si dolor:
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.



- Lágrima artificial 3-5 veces al día mientras perduren las molestias oculares.
- No utilizar gotas anestésicas tóxicas.
- Si el cuerpo extraño era de origen vegetal, derivar al MF o pediatría para valorar la indicación de tratamiento antibiótico.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO

NOC. INTERVENCONES NIC

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Curación de las quemaduras Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00245 Riesgo de lesión corneal	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Administración de la medicación: oftálmica Manejo de la medicación Prescribir medicación
00214 Disconfort	Control de síntomas	Cuidados de los ojos

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN



En las siguientes situaciones, se derivará al paciente a medicina de familia o pediatría para valoración:

- Sospecha de lesión corneal:
 - Cuerpo extraño corneal: si la tinción con fluoresceína es positiva (indica defecto epitelial, abrasión, úlcera corneal).
 - Mecanismo causal de entrada de cuerpo extraño a alta velocidad (martilleo o perforación de metal contra metal). Cuerpo extraño alojado metálico, agente químico (por ejemplo, si ha entrado en el ojo fertilizante, lejía, etc.) o de origen vegetal.
 - Si se sospecha trauma ocular abierto suspender examen, oclusión estéril sin compresión del globo ocular, no poner gotas.
 - Si no se encuentra en la exploración el cuerpo extraño en córnea o conjuntiva, pero el paciente refiere que “le ha saltado algo al ojo”.
- Alteración ocular y de la visión:
 - Antecedente traumático.
 - Alteración de la visión.
 - Tamaño o reactividad pupilar alterado.
 - Dolor en el movimiento ocular.
 - Cuando se localice cuerpo extraño en conjuntiva tarsal superior y se descarte afectación corneal, la retirada del cuerpo extraño debe mejorar sustancialmente o desaparecer el dolor; de no ser así, precisa valoración.
- Antecedentes de cirugía ocular reciente.
- Traumatismos en personas que usan lentes de contacto.
- Afectación del estado general.
- Paciente que no colabora.
- Incapacidad para la extracción del cuerpo extraño.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras retirada de cuerpo extraño y disminución de sintomatología previa evaluación ocular.
- Tras derivación.
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.



BIBLIOGRAFIA

1. Collado Valverde, G. «Cuerpo extraño en el ojo» Semergen, vol. 1, nº 10, pp. 12-18, 2016.
2. Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.
3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
5. Negredo Bravo, L.J.; Arribas García, R.A. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de Familia. Patología oftálmica. Diagnóstico diferencial del ojo rojo. Publicado January 1, 2019. © 2019
6. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; junio 2019. 55 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262> ISBN: 978-84-451-3755-0
7. Guías clínicas Fisterra. Guía clínica oftalmología. Ojo traumático. [En línea] [Consultado 9/12/2020]. Disponible en: <https://www.fisterra-com.bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/ojo-traumatico/>
8. Brady, C.J. «Cómo quitar un cuerpo extraño del ojo» Manual MSD. Versión para profesionales. Revisión mayo 2020 [En línea] [Consultado 27/02/2021]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/c%C3%B3mo-hacer-procedimientos-oculares/c%C3%B3mo-quitar-un-cuerpo-extra%C3%B1o-del-ojo>
9. Guía práctica de la Salud. Unidad 16. Enfermedades de los ojos. SEMFYC. [Consultado 9/12/2020]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/guias/guia-practica-de-la-salud/>
10. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021



ORZUELO

MOTIVO DE CONSULTA

Orzuelo.

Palabras clave: “Orzuelo o inflamación en el párpado”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Presencia de infección aguda localizada del párpado, que se caracteriza por tumefacción y enrojecimiento y en ocasiones supuración o acumulación de pus en forma de absceso con malestar o dolor sobre todo al parpadeo. El orzuelo externo se produce por la infección de las glándulas de Zeiss o Moll adyacentes. Generalmente la infección es producida por *Staphylococcus aureus*

Se clasifica en dos subgrupos:

- Externo: por infección de un folículo piloso o de las glándulas de Zeiss o de Moll, y drena hacia la piel.
- Interno: proviene de las glándulas de Meibomio y drena a la conjuntiva tarsal.

Con frecuencia, la observación y exploración del párpado proporciona información suficiente del diagnóstico, sin necesidad de recurrir a otras pruebas diagnósticas complementarias. En otras ocasiones, la aparición de signos a nivel palpebral llevará a sospechar enfermedades sistémicas que precisan otras técnicas de estudio.

Codificación diagnóstica CIAP:

F72 Blefaritis/orzuelo/chalazión.

F16 Otros signos/síntomas de los párpados

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Exploración ocular
 - Realizar eversión palpebral y revisar conjuntiva tarsal de ambos párpados (cara mucosa palpebral).
 - Reactividad y reflejos pupilares.
 - Anomalías pupilares estáticas (forma de la pupila, secreción, patrón de la inyección y la opacidad de la córnea).
 - Alteraciones visuales.
 - Valoración de edema palpebral.
 - Valoración de quistes palpebrales y lagrimales.
 - Valoración de supuración y otros signos de infección.
- Uso de lentes de contacto.
- Dolor.



- Otros síntomas: sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, parpadeo excesivo y fotofobia.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Cuidados no farmacológicos del orzuelo

- La mayoría de los orzuelos externos son autolimitados y desaparecen espontáneamente en una semana. En caso de precisar tratamiento, se indicarán medidas no farmacológicas [3,4].
- Medidas no farmacológicas:
 - o Mantener limpias las manos.
 - o Aplicación de compresas calientes durante 10-15 minutos 3-4 veces al día.
 - o Evitar maquillaje en los ojos, especialmente lápiz de ojos, *eyeliner* y rímel.
 - o Prevención orzuelos de repetición: si han sido efectivas, las medidas no farmacológicas se han de mantener para evitar recidivas.

Tratamiento farmacológico

- Terracortril 1 aplicación cada 8 horas, durante 7 días (PNF)
- Tratamiento para el dolor:
 - Paracetamol vía oral:
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
 - o En caso de orzuelos recurrentes o secreción continua se aplicará una pomada antibiótica (eritromicina o clortetraciclina): un cordón de pomada de 1 cm, dentro del párpado inferior c/4 horas hasta que mejore y continuar con 1 aplicación c/8-12 horas hasta completar 7-10 días. (PNF)

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Cuidado de las heridas Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel



00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Administración de la medicación tópica Cuidados de la piel: tratamiento tópico Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Aplicación de frío o calor Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/Pediatría:

- Presencia de inflamación crónica a nivel ocular o palpebral.
- Inflamación severa.
- Orzuelos de repetición.
- Tras no resolución en 7/10 días.
- Alteración de la visión.
- Ojo rojo.
- Fiebre > 38º.
- Presencia de flictenas, celulitis palpebral o exceso de fotofobia y lagrimeo.
- A criterio de la enfermera.



CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras 7/10 días con tratamiento y cuidados y desaparición de sintomatología (consulta telefónica).
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.
2. Díez Mayayo, C. J. Vallés Paúles. Trastornos de los párpados. (2018) AMF. Vol 14, nº 8. Pp. 479-484. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2294
3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
4. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
5. D. Puertas Bordallo, M. Puertas Ruiz-Falcó Oftalmología básica en Pediatría y Atención Primaria. (2019) SEPEAP. Vol XXIII, nº 19. pp. 9-11 [En línea] [Consultado 27/02/2021] Disponible en: 33-Congreso-SEPEAP.pdf (pediatriaintegral.es)
6. Negredo Bravo, L.J.; Arribas García, R.A. Atención Primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de Familia. Patología oftálmica. Diagnóstico diferencial del ojo rojo. Publicado January 1, 2019. © 2019
7. Guía de uso de antimicrobianos en adultos con tratamiento ambulatorio v2. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud; junio 2019. 55 páginas. Disponible en: <http://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20262> ISBN: 978-84-451-3755-0
8. Guía práctica de la Salud. Unidad 16. Enfermedades de los ojos. SEMFYC. [Consultado 9/12/2020] Disponible en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/guias/guia-practica-de-la-salud/>
9. Guías clínicas Fistera. Guía clínica oftalmología. Patología palpebral y lagrimal. [En línea] [Consultado 25/2/2021] Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/patologia-palpebral-lagrimal/>
10. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021.
11. Criado Vega EA, Criado Camargo S. Conjuntivitis aguda (e infecciones del párpado) (v.4/2022). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 01/06/2022; consultado el 18/07/2023]. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-\(e-infecciones-del-parpado\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-conjuntivitis-aguda-(e-infecciones-del-parpado))



HERIDA AGUDA

MOTIVO DE CONSULTA

Herida aguda en población adulta y pediátrica.

Palabras clave: “herida de inicio reciente”.

NOTA: Con carácter general cualquier herida se derivará a la consulta de enfermería para su valoración. Este procedimiento solo aborda las heridas agudas, distintas de las heridas crónicas que habitualmente ya se atienden en las consultas de enfermería.

Si el mecanismo de producción de la herida está relacionado con accidentes de tráfico, accidente laboral o agresión, o como consecuencia de caída de altura o de alto impacto, se realizará una intervención conjunta con el profesional de medicina de familia o pediatría. También la intervención será conjunta si la herida es consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, facial, torácico o abdominal.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Una herida aguda supone una destrucción de la integridad cutánea, causada generalmente por un traumatismo. Sigue un proceso de cicatrización ordenado, predecible en el tiempo y se caracteriza por ser de corta duración y no presentar complicaciones.

Codificación diagnóstica CIAP:

S17 Abrasión/ampollas/arañazos
S18 Laceración/Herida incisa/Corte
S19 Lesión de la piel.
D80 Herida labio/ Herida cavidad bucal.
A80 Herida abierta / Herida punzante.
R88 Herida Cuello.
H78 Herida en la oreja.
S29 Signo-síntoma de la piel.
A87 Infección Herida Quirúrgica/ Dehiscencia Herida Quirúrgica/Absceso herida quirúrgica

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general.
- Antecedentes personales (inmunodepresión).
- Consumo de fármacos y productos sanitarios (antisépticos, apósitos, inmunosupresores, anticoagulante/antiagregante, etc.) y alergias a medicamentos o productos.
- Estado vacunal tétanos-difteria según calendario vacunal de la Comunidad de Madrid.



Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Tipo de lesión (erosión, incisa, arañazo, corte, inciso contusa, scalp).
- Características de la herida: presencia de tejido desvitalizado, pérdida de sustancia, exudado, signos de infección, posibles contaminantes (suciedad, cuerpos extraños...).
- Localización, profundidad y extensión.
- Posible lesión de órganos o estructuras adyacentes.
- Valorar sensibilidad, movilidad, pulsos distales y relleno capilar.
- Presencia de otras lesiones (fracturas, contusiones, afectación tendinosa).
- Agente causal.
- Localización de la lesión.
- Alteración de coagulación o cicatrización.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Presencia de dolor y sus características: valorar localización e intensidad. Escala de valoración del dolor (Ver Anexos).

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Recomendaciones y consejos

- Control de hemostasia.
- Limpieza de la herida con suero fisiológico.
- Aplicar antiséptico: clorhexidina acuosa al 1%.
- Si no precisa sutura valorar la aplicación de un apósito basado en cura húmeda.
- Valorar vacunación antitetánica y administración de inmunoglobulina antitetánica (IGT).
- Recomendaciones sobre los autocuidados a seguir.

Sutura de la herida

Definición: Suturar consiste en aproximar los bordes de una herida mediante un sistema que crea una fuerza opuesta a la tensión que permite que los bordes de la piel se separen en la herida. Tiene por objetivo proteger la piel de agresiones externas, favoreciendo la reepitelización y mejorando el aspecto estético de la cicatriz. Se realiza en heridas abiertas sin signos de infección, con menos de 6 horas de evolución, salvo en regiones específicas, como la cara, donde el periodo se puede aumentar a 12 horas.

Tipos de aproximación de bordes o sutura: con grapas, hilo, puntos de aproximación o adhesivo tópico o quirúrgico con cianocrilato.

Valorar aplicación de anestésico local para la sutura (en suturas con hilo/seda).

o Anestésico

- Mepivacaína al 1-2%



Intervención

- NO cerrar heridas que muestren signos de necrosis, infección o con alto riesgo de desarrollo de infección incluyendo las siguientes heridas (Grado 2C):
 - Lesiones por aplastamiento
 - Heridas punzantes
 - Las mordeduras que implican manos o pies
 - Las heridas de más de 12 horas de evolución (24 horas en la cara)
 - Heridas por mordeduras de gatos o humanos (excepto las de la cara)
 - Heridas de pacientes inmunodeprimidos, ausencia de bazo o disfunción esplénica, estasis venosa, diabetes mellitus (adultos).
- Las heridas en cara, en articulaciones y /o con gran deformidad o extensión, se derivará para valoración por servicio de cirugía hospitalaria.
- En caso de mordeduras: Ver proceso específico.
- Seleccionar tipo de sutura (con grapas, hilo, puntos de aproximación o pegamento).
- Si sutura con grapas o hilo:
 - o Limpieza de la herida y de la zona a anestesiarse con suero fisiológico.
 - o Aplicar antiséptico: clorhexidina acuosa al 1% en zona quirúrgica.
 - o Administrar anestésico si procede: el más usado es la mepivacaína al 1-2%.
 - o Antes de suturar colocar campo quirúrgico estéril.
 - o Proceder a suturar.
 - o Colocación de apósito, para tapar la sutura.
 - o Inmovilización cuando sea preciso según la localización.
- Consentimiento informado si procede.
- Control de hemostasia. Las heridas en cara, en articulaciones y /o con gran deformidad o extensión, se derivará para valoración por servicio de cirugía hospitalaria.
- Informar sobre las recomendaciones de los autocuidados a seguir después de la sutura: Evitar humedad, lavado sin sumergir con agua y jabón y secar bien. Según la zona tapar o dejar al aire.
- Cita con su enfermera para valorar la evolución de la herida y para la retirada de puntos.

Prescripción farmacológica

- Valorar indicación de apósitos, ungüentos y antisépticos.
- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:
 - **Paracetamol vía oral** (Si alergia o intolerancia a PARACETAMOL: se recomienda el uso de AINE vía oral) con la siguiente pauta:
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas hasta mejoría del dolor.



Consideraciones generales:

- o Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente
 - o Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
 - Si infección:
 - o **Mupirocina tópica 20mg/gr. Pomada. (PNF)*** 2-3 veces/ día. si tras 3-5 días de tratamiento no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. El tratamiento se debe limitar como máximo a 7-10 días.
- * *Fármaco del grupo 2. Prescripción médica.*
- Valorar vacunación antitetánica y administración de inmunoglobulina antitetánica (IGT).

Consideraciones generales:

- Profilaxis Antitetánica o Gammaglobulina, si es necesario, según tabla del *Calendario de vacunación para toda la vida*, de la Dirección General de salud Pública:

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANÍGENA ^{(a), (1)}	
	Vacuna (Td)	IGT ^(b)	Vacuna (Td)	IGT ^(b)
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar primovacuna)	NO	SÍ (completar primovacuna)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ⁽²⁾
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ⁽²⁾

(a) En caso de inmunodepresión y personas que se inyectan drogas, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

(b) IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

(1) Heridas potencialmente tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

(2) Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Imagen 1. Pauta de profilaxis tétanos-difteria de la Dirección General de Salud Pública.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo	Control de infecciones
	Curación de las quemaduras	Cuidado de las heridas
	Detección del riesgo	Irrigación de heridas
	Severidad de la infección	Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00044 Deterioro de la integridad tisular	Curación de las heridas: primera intención	Cuidados de las heridas
	Curación de las heridas: segunda intención	Irrigación de heridas
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Sutura Vigilancia de la piel
00046 Deterioro de la integridad cutánea	Curación de las heridas: primera intención	Cuidados de las heridas
	Curación de las heridas: segunda intención	Irrigación de heridas
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor	Administración de medicación: oral
	Nivel del dolor	Administración de analgésicos
	Signos vitales	Administración de medicación Aplicación de frío o calor



		Manejo del dolor Prescribir medicación
00206 Riesgo de sangrado	Estado circulatorio	Disminución de la hemorragia: heridas
	Severidad de la pérdida de sangre	Enseñanza: procedimiento/tratamiento Prevención de hemorragias Vigilancia
00148 Temor	Autocontrol del miedo	Apoyo emocional
	Nivel de miedo	Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Inestabilidad hemodinámica.
- Fiebre (signos de infección sistémica).
- Hemorragia extensa o incoercible. Tipo de sangrado (babeante o pulsátil).
- Heridas por mecanismo de cizallamiento o aplastamiento (Valorar fractura).
- Afectación de planos profundos.
- Afectación en: cara, en articulaciones y /o con gran deformidad o extensión, así como afectación de nervios, vasos o tendones, se derivarán para valoración por servicio de cirugía hospitalaria.
- Con sospecha de cuerpos extraños profundos.
- Heridas con riesgo de pérdida funcional o amputaciones o afectación de estructuras adyacentes (vasos, nervios, tendones, músculos, huesos) o lesión de órganos.
- Provocadas por Mordeduras (animal o humana).
- Con signos de infección que requieran tratamiento antibiótico sistémico.
- Si tras sutura, persiste el sangrado o pérdida de sutura.
- Si aparición de parestesias.
- A criterio de la enfermera.



CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras curación de herida y desaparición de sintomatología con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abou-Assali, R., López, L.M. Técnicas y procedimientos habituales de cirugía menor. 2011. Disponible en:
https://www.semg.es/images/documentos/2019/tecnicas_y_procedimientos_cirugia_menor.pdf
2. Técnicas de sutura para enfermería. ASEPEYO. 2015. Disponible en:
https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2015/12/364_21_TecnicasSuturaEnfermeria.pdf
3. Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.
4. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
6. Arribas Blanco, JM., Chavero Méndez, B., Alvargonzález Arrancudiaga, Elgeadi Saleh, MW. Anestesia en cirugía menor. Guía Clínica Fisterra Última actualización 2019. (Internet). Disponible en: <https://www-fisterra-com.bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/anestesia-cirugia-menor/>
7. Dirección General de Salud Pública Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid. Calendario de Vacunación del Adulto 2020. Disponible en:
https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_calendario_de_vacunacion_del_adulto_2020.pdf
8. David M de Lemos. Skin laceration repair with sutures. Rev Mar 2021. (UpToDate). Internet. Disponible en: https://www-uptodate-com.bvscsm.a17.csinet.es/contents/skin-laceration-repair-with-sutures?search=sutura&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
9. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021



QUEMADURA

MOTIVO DE CONSULTA

Quemadura, en población adulta y pediátrica.

Palabras clave: “Heridas por quemaduras”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Una quemadura es la lesión de los tejidos producida por contacto térmico (calor o frío extremo), químico, físico o radiactivo, ocasionando destrucción celular, edema y pérdida de líquidos.

Codificación diagnóstica CIAP:

S14 Quemaduras/escaldaduras
S17 Abrasión/ampollas/arañazos.
S80 Quemadura solar

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general.
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión.
- Consumo de fármacos.
- Estado vacunal de Tétanos-difteria según calendario vacunal vigente de la Comunidad de Madrid.
- Cuidados ya aplicados a la quemadura.
- Clínica acompañante.

Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Tipo de quemadura (Química, térmica, solar, eléctrica).
- Agente causal.
- Grado de quemadura.
- Superficie corporal afectada.
- Localización de la quemadura.
- Entrada y salida de la energía eléctrica (si quemadura eléctrica).
- Tiempo de evolución.
- Síntomas de infección.

- Alteración de coagulación o cicatrización.
- Contusiones o traumatismos asociados.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Presencia de dolor y sus características: valorar localización e intensidad. Escala de valoración del dolor (ANEXO).
- Nivel de conciencia.

TIPOS DE QUEMADURA SEGÚN GRADO

Tipo y Grado	Aspecto	Sensibilidad de la zona	Curación	Agente causal
Epidérmica o de primer grado	Eritema Edema mínimo No exudativa No flictenas o ampollas	Muy dolorosas	Espontánea 4-5 días No cicatriz	Sol Fogonazo menor Líquidos
Dérmica superficial o de segundo grado superficial	Rosada hasta rojo brillante Sí flictenas Sí folículo pilosebáceo Exudativas	Muy dolorosas	Espontánea 8-10 días No cicatriz (si no se infecta)	Líquidos calientes Deflagración o llama Exposición a sustancias químicas diluidas
Dérmica o profunda o de segundo grado profundo	Pálido y moteado No flictenas Exudativas A veces conserva folículo pilosebáceo	Hipoalgesia o hiperalgesia	Curación lenta 3 semanas o más Sí cicatriz Pérdida de vello Puede precisar cirugía	Líquidos calientes Deflagración o llama Exposición prolongada a sustancias químicas
Espesor total o de tercer y cuarto grado	Blanco nacarado hasta negruzco Escara Aspecto apergaminado Vasos trombosados	Anestesia	Necesidad de cirugía Sí cicatriz	Líquidos calientes Deflagración o llama Contacto prolongado a sólidos calientes Electricidad Sustancias químicas

Tabla 3. Tabla resumen tipos quemadura según grado.

Basada en la tabla elaborada por los autores de la guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras del Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.



EXTENSIÓN DE LA QUEMADURA

Determinar la extensión de la quemadura es fundamental para el pronóstico, junto con la localización y el grado de profundidad.

Para calcular la superficie corporal quemada (SCQ), los principales métodos son:

- **La regla de los 9 de Wallace:** esta regla se utiliza para valorar de forma rápida la afectación de grandes superficies corporales, en adultos. No se contabilizan las quemaduras de primer grado.

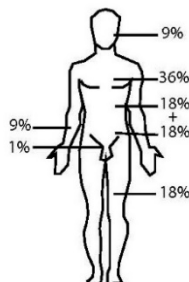


Figura 1. Regla de los 9 de Wallace.
Elaboración propia.

*Tronco delantero: 18 + Espalda: 18 = Tronco entero: 36

- **Regla de 1 o de la palma de la mano:** Regla rápida para valorar quemaduras de superficies poco extensas. La palma de la mano de la persona afectada equivale al 1% de la superficie corporal; se puede usar en cualquier edad. Se utiliza la palma de la mano del paciente como referencia para estimar de forma aproximada la extensión de la quemadura.

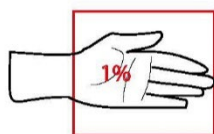


Figura 2. Regla de la palma de la mano para evaluar extensión de quemaduras. Elaboración propia.

Consideraciones en la valoración de quemaduras en población pediátrica:

Existen otras tablas más elaboradas para población infantil, como las de Lund y Browder:

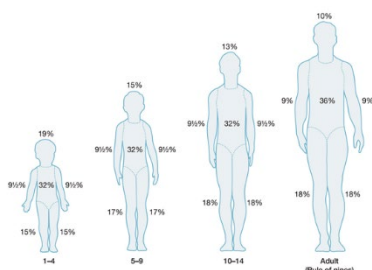


Figura 3. Regla de los 9 de Wallace
(Total Burn Care. 2018. 5th Edition)

Área	Edad en años					% 2º grado	% 3º grado	% Total
	0-1	1-4	5-9	10-15	Adulto			
Cabeza	19	17	13	10	7			
Cuello	2	2	2	2	2			
Tronco anterior	13	13	13	13	13			
Tronco posterior	13	13	13	13	13			
Glúteo derecho	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Glúteo izquierdo	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Genitales	1	1	1	1	1			
Brazo derecho	4	4	4	4	4			
Brazo izquierdo	4	4	4	4	4			
Antebrazo derecho	3	3	3	3	3			
Antebrazo izquierdo	3	3	3	3	3			
Mano derecha	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Mano izquierda	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2	2 1/2			
Muslo derecho	5 1/2	6 1/2	8 1/2	8 1/2	9 1/2			
Muslo izquierdo	5 1/2	6 1/2	8 1/2	8 1/2	9 1/2			
Pierna derecha	5	5	5 1/2	6	7			
Pierna izquierda	5	5	5 1/2	6	7			
Pie derecho	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
Pie izquierdo	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2	3 1/2			
Total								

Tabla 3. Lund y Browder. Valoración extensión quemaduras pediátrica.

Extraída de [Abordaje de las quemaduras en Atención Primaria | Pediatría integral \(pediatriaintegral.es\)](#)

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Prescripción farmacológica

- Valorar indicación de apósitos, ungüentos y antisépticos (clorhexidina acuosa al 1%).
- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:
 - **Paracetamol vía oral*** (Si alergia o intolerancia a PARACETAMOL: se recomienda el uso de AINE vía oral) con la siguiente pauta:
 - Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Valorar vacunación antitetánica y administración de inmunoglobulina antitetánica (IGT).
- Si signos de infección local en quemaduras de segundo y tercer grado (dolor, calor, hinchazón, enrojecimiento, pérdida de función, incremento de exudado, secreción purulenta, mal olor), a no ser que las características de la quemadura y/o comorbilidades del paciente hagan necesario directamente un antibiótico sistémico en cuyo caso no se realizará tratamiento tópico concomitante:
 - **Sulfadiazina argéntica** 10 mgr/gr. Pomada. 1 aplicación c/24h, durante 5-10 días.
- **NO se debe usar sulfadiazina argéntica:**
 - Como tratamiento inicial para la curación de la quemadura.
 - Como profilaxis de una posible infección.
 - Si existen zonas con escara, desvitalizadas o con esfacelos, sin signos de infección (en este caso valorar el uso de hidrogel o colagenasa).
 - Si se prevé la necesidad de derivación a una unidad de quemados, instaurar un tratamiento quirúrgico, ingreso hospitalario, o mala evolución, puesto que es incompatible con el uso posterior de bromelaína. Su uso sin tener en cuenta lo expuesto pone en riesgo esta opción terapéutica.
- Ante riesgo de infección sistémica:
 - Valorar necesidad de tratamiento antibiótico sistémico y en ese caso derivar a medicina de familia o pediatría, en cuyo caso no se realizará tratamiento tópico concomitante.



Consideraciones generales:

- Profilaxis Antitetánica o Gammaglobulina, si es necesario, según tabla *Calendario de vacunación para toda la vida*, de la Dirección General de salud Pública:

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANÍGENA ^{(a), (1)}	
	Vacuna (Td)	IGT ^(b)	Vacuna (Td)	IGT ^(b)
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar primovacuna)	NO	SÍ (completar primovacuna)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ⁽²⁾
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ⁽²⁾

(a) En caso de inmunodepresión y personas que se inyectan drogas, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

(b) IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

(1) Heridas potencialmente tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

(2) Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Imagen 4. Pauta de profilaxis tétanos-difteria de la Dirección General de Salud Pública.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO NOC. INTERVENCONES NIC.

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Curación de las quemaduras Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Cuidados de las heridas: quemaduras Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00044 Deterioro de la integridad tisular	Curación de las quemaduras: segunda intención	Cuidados de las heridas: quemaduras



		Irrigación de heridas
	Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Manejo de la medicación
		Prescribir medicación Protección contra las infecciones Vigilancia de la piel
00046 Deterioro de la integridad cutánea	Curación de las heridas: primera intención Curación de las heridas: segunda intención Integridad tisular: piel y membranas mucosas	Cuidados de las heridas: quemaduras Irrigación de heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Protección contra las infecciones Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Aplicación de frío o calor Manejo del dolor Prescribir medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento
00220 Riesgo de lesión térmica	Curación de las quemaduras Integridad tisular: piel y membranas mucosas Recuperación de las quemaduras	Cuidados de las heridas Identificación de riesgos Precauciones circulatorias Vigilancia de la piel
Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:		
- Rendimiento del cuidador principal. - Funcionamiento de la familia.		

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Inestabilidad hemodinámica o afectación sistémica (fiebre, hipotensión arterial, taquicardia, hipoperfusión periférica).
- Quemadura eléctrica, por cáusticos o por inhalación.
- Afectación en: cuero cabelludo, mucosas, cara, cuello, genitales, perineo, zona mamaria, palma y dedos si son de 2º o 3º grado: Derivación a servicio de urgencias hospitalaria.
- Afectación corporal: Derivación a servicio de urgencias hospitalaria.
 - Quemaduras 2º grado superficial > 10% superficie corporal.
 - Quemaduras 2º grado profundo y/o 3º grado > 2% superficie corporal.
 - Quemaduras 2º grado profundo y/o 3º grado que sean circulares (posible síndrome compartimental).
- Mal control del dolor.
- Riesgo de cicatriz atrófica o hipertrófica.
- Signos de síndrome compartimental: parestesias, signos de compresión vascular: Derivación a servicio de urgencias hospitalaria.
- Sospecha de malos tratos o de origen no accidental.
- Si precisa realización de parte de lesiones.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras curación de quemadura con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Rice, PL., Orgill, DP. Assessment and classification of burn injury. UpToDate. (Internet). Disponible en: https://www.uptodate-com.bvcscm.a17.csinet.es/contents/assessment-and-classification-of-burn-injury?search=quemadura&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
2. Wasiak J, Cleland H, Campbell F. Dressings for superficial and partial thickness burns (Apósitos para las quemaduras superficiales y de espesor parcial). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.
3. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. 2011. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_rapida.PDF



4. Pautas prácticas de ISBI para el cuidado de quemaduras - PubMed (nih.gov). Agosto de 2016; 42(5):953-1021. doi: 10.1016/j.burns.2016.05.013. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27542292/>
5. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
6. Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.
7. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
8. Cabanela López, JM; Miguel Carrera, J; López Peón, M. Quemaduras. Guía Clínica Fisterra Última actualización 2019. (Internet). Disponible en: <https://www.fisterra.com/bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/quemaduras/>
9. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021
10. Treatment of minor thermal burns. UpToDate 2021. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-minor-thermal-burns?search=tratamiento%20de%20las%20quemaduras%20leves&topicRef=819&source=see_link#H1479760
11. Arek, W., David Richards, D. Treatment of minor thermal burns. UpToDate. (Internet). Consultado el 4 noviembre de 2022. Disponible en: https://www.uptodate.com/bvscsm.a17.csinet.es/contents/treatment-of-minor-thermal-burns?search=quemadura&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1



UÑA ENCARNADA

MOTIVO DE CONSULTA

Uña Encarnada

Palabras clave: “Uñero”, “Uña clavada”, “Uña enterrada”, “Inflamación uña”, “Hinchazón uña”, “Uña con pus”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Es un proceso infeccioso que afecta a la piel y al tejido de células subcutáneas de los dedos. Se producen pequeñas heridas en el ángulo de la piel que cubre la base de la uña, normalmente por alguna deficiencia a la hora de cortarla u onicofagia, por la incrustación de los bordes de las uñas en los dedos, que se suele infectar.

Codificación diagnóstica CIAP:

S94 Uña encarnada.

S22 Signo/síntoma de las uñas.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la Salud:

- Estado general.
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión.
- Consumo de fármacos.
- Estado vacunal de Tétanos-difteria según calendario vacunal vigente de la Comunidad de Madrid.
- Patrón de cuidado de uñas habitual.
- Onicofagia.
- Tiempo de evolución.

Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Localización.
- Síntomas de infección, inflamación y/o enrojecimiento.
- Alteración de coagulación o cicatrización.

Patrón 6. Cognitivo perceptivo:

- Dolor: Presencia de dolor y sus características: valorar localización e intensidad.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

- Valorar medidas de alivio de la inflamación y/o drenado.
- Cuidado de la herida.



- Técnicas de reeducación ungüeal, si se precisa. Tratamiento que pretende generar una fuerza opuesta a la que realiza la uña, reduciendo así la presión que ésta ejerce en la piel y las molestias. Se trata de elevar las esquinas de la uña, separándolas del rodete inflamado para generar espacio suficiente para permitir el crecimiento de la espícula hacia fuera.

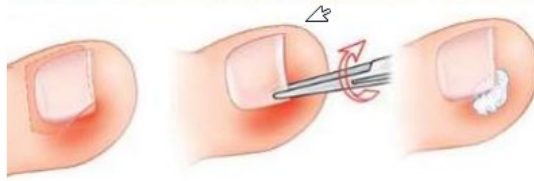


Imagen 1. Reeducación ungüeal.

Obtenida de: Folleto Uña incarnada. Servicio Cirugía Plástica. H. 12 Octubre.

- Educación sanitaria relacionada con medidas de higiene y cuidado de las uñas.

Prescripción farmacológica

- Si dolor:
 - o Paracetamol:
 - Adultos: 500 o 650 mg cada 6-8 h, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
 - o Ibuprofeno:
 - Adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días.
 - Niños: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días
 - o Naproxeno 250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días. (Solo adultos) **(PNF)**
- o Si infección:
 - o **Mupirocina tópica 20mg/gr. Pomada. (PNF)*** 2-3 veces al día. si tras 3-5 días de tratamiento no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. El tratamiento se debe limitar como máximo a 7-10 días.

**Fármaco del grupo 2. Prescripción médica.*

Consideraciones generales:

- o Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).

**PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE ELECCIÓN. CRITERIOS DE RESULTADO
NOC. INTERVENCONES NIC.**

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00004 Riesgo de infección	Control del riesgo Detección del riesgo Severidad de la infección	Control de infecciones Cuidado de las heridas Manejo de la medicación Prescribir medicación Vigilancia de la piel
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Integridad tisular: piel y membranas mucosas Curación de las heridas	Administración de la medicación tópica Cuidados de la piel: tratamiento tópico Manejo de la medicación Prescribir medicación Cuidados de las heridas Control de infecciones Enseñanza: seguridad del niño Enseñanza: cuidados de pies Vigilancia de la piel
00248 Riesgo de deterioro de la integridad tisular	Detección del riesgo	Enseñanza: seguridad del niño Enseñanza: cuidados de pies Vigilancia de la piel
00132 Dolor agudo	Control del dolor Nivel del dolor Signos vitales	Administración de medicación: oral Administración de analgésicos Administración de medicación Aplicación de frío o calor Manejo del dolor
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:



- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN A MEDICINA DE FAMILIA O PEDIATRA

- Fiebre.
- Mal control del dolor.
- Celulitis.
- Necesidad de retirada de parte o totalidad de la uña (cirugía).
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Tras desaparición de sintomatología con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
2. Hinkle, J.L., Cheever, K.H., Brunner y Duccarth. Enfermería medicoquirúrgica, 14 ed., Barcelona: Wolters Kluwer, 2018.
3. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
4. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021
5. Foro de Buenas Prácticas en abril y mayo/2023: Manejo de la onicocriptosis infantojuvenil. Videosesión. Uña encarnada. Servicio de cirugía plástica H 12 octubre. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/videoteca/fdbp/Videos Documentos/Uña encarnada.pdf>
6. Beth G Goldstein, Adam O Goldstein. Management of ingrown toenails. UpToDate. (Internet). Consultado el 5 diciembre de 2022. Disponible en: https://www.uptodate-com.bvscm.a17.csinet.es/contents/management-of-ingrown-toenails?search=u%C3%B1a%20encarnada%20infectada&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H1347442084



MORDEDURA/LACERACIÓN ANIMAL Y/O HUMANA

MOTIVO DE CONSULTA

Mordedura de animal o persona en población adulta y pediátrica.

Palabras clave: “Mordisco”, “Bocado”.

*Si el motivo principal de la consulta requiere “Parte de Lesiones” (accidentes, agresiones, etc.) requerirá valoración inicial por parte de medicina.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Se trata de una lesión inciso-contusa causada por la mordedura de un animal o de una persona. La gravedad y el tipo de intervención necesaria dependerán de diversos factores, como las características del animal, la localización anatómica de la mordedura, la edad de la víctima y su estado de salud previo. Aunque en la mayoría de los casos estas lesiones son leves, pueden llegar a ser graves o incluso mortales si comprometen vasos sanguíneos de gran calibre u órganos vitales. Las mordeduras, como cualquier otro proceso de alteración de la solución de continuidad de la piel, suponen una disminución de la capacidad de prevención de peligros del entorno físico, aumentando la probabilidad de padecer infecciones y otros problemas de salud. La flora de la boca de los animales como los perros, gatos, etc. y humanos se asocia a infecciones de las mordeduras, por lo que se consideran heridas sucias.

Las características de las heridas asociadas a mayor tasa de infección son: punzantes profundas, heridas de tamaño >3 cm, localizadas en mano o extremidades inferiores, heridas que requieren desbridamiento, con afectación de articulaciones, o aquellas que se dan en pacientes con inmunosupresión previa.

Es importante realizar una anamnesis completa sobre la hora en que se ha producido la lesión y el tiempo de evolución, identificar al causante, humano o animal, en este último caso, si se trata de un animal salvaje o doméstico, sería necesario conocer el estado de vacunación, certificación y fecha de última dosis, país de origen, presencia de signos de rabia en el animal previo al ataque y posibilidad de seguimiento.

Codificación diagnóstica CIAP: S13 Mordedura humana/animal.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales de alergias.
- Antecedentes personales de patologías.
- Antecedentes personales inmunosupresión (incluyendo asplenia).
- Tratamiento farmacológico habitual: inmunosupresores, anticoagulantes/antiagregantes, etc.
- Alteración de coagulación o cicatrización.



- Tipo de animal y características: (perro, gato, roedor, murciélago, humano...). Salvaje o doméstico.
- Tiempo de evolución de la mordedura.
- Estado vacunal frente a Tétanos-difteria del paciente según calendario vigente de la Comunidad de Madrid.
- Estado vacunal frente a rabia del animal según normativa vigente de la Comunidad de Madrid.

Patrón 2. Nutricional/Metabólico:

- Localización y características de la lesión:
 - Presencia de signos/síntomas de infección/ inflamación: Eritema, edema, rubor, calor, celulitis, absceso o linfangitis.
 - Sangrado activo.
 - Extensión y Profundidad: Analizar la posibilidad de penetración en articulación, así como la funcionalidad de tendones y nervios.
- Presencia de otras lesiones asociadas.
- Clínica acompañante que sugiera una afectación sistémica derivada de la mordedura:
 - Afectación cutánea o mucosa: valoración de edemas en labios, lengua, úvula.

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- Valoración de movilidad y sensibilidad de la zona afectada:
 - Presencia de limitación funcional
 - Paresias o parestesias
- Valoración de signos vitales si se considera necesario o afectación sistémica:
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Saturación de Oxígeno (SpO2)
- Valoración respiratoria si afectación (estridor, disnea, sibilancias audibles, hipoxemia, cianosis):
 - Presencia de disnea y valoración de intensidad.
 - Presencia de sibilancias (autoescucha o sibilancias audibles)
 - Auscultación sonidos respiratorios si se considera necesario observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. En el caso de hallar anomalías en el patrón respiratorio se deberá derivar a medicina con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial, se enmarcarían en el contexto de afectación sistémica por la mordedura.



Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Dolor:
 - Tipo.
 - Localización.
 - Intensidad. (Anexo II).
- Valoración de la ansiedad.
- Valoración del estado de consciencia o confusión, si procede.

INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Cuidados e intervención:

- Hemostasia
- Tratamiento local de la herida:
 - Limpieza y cura de la herida con abundante agua y jabón o solución salina estéril, evitando presión excesiva dentro de la misma, y aplicación de antiséptico local tipo clorhexidina acuosa o povidona yodada en segunda opción. Eliminar tejido desvitalizado y retirar cuerpos extraños si los hubiera.
 - Evitar uso de apósito oclusivos.
 - Disponer de material de cura que gestione el exudado y drenado de la herida.
- Indicación de cirugía:

Existe controversia referente al cierre de la herida: primario, primario diferido en 3-5 días o cierre por segunda intención. Se tendrá en consideración el tamaño, tipo, localización y profundidad de la herida, existencia de infección o probabilidad de infección de la herida, tiempo transcurrido y posibilidad de deformidad estética. Estudios recientes han demostrado que las heridas por mordedura animal tratadas con sutura primaria presentan tasas de infección similares a las que no se suturan. Sin embargo, las heridas suturadas tienden a mostrar mejores resultados estéticos. El momento en que se realiza la intervención es un factor clave: un tratamiento temprano se asocia con una menor incidencia de infección y una mejor apariencia, independientemente de si se aplica sutura o no. Además, las mordeduras localizadas en la cabeza y la cara suelen evolucionar de forma más favorable.

 - NO cerrar heridas que muestren signos de necrosis, infección o con alto riesgo de desarrollo de infección incluyendo las siguientes heridas (Grado 2C):
 - Lesiones por aplastamiento.
 - Heridas punzantes.
 - Las mordeduras que implican manos o pies.
 - Las heridas de más de 12 horas de evolución (24 horas en la cara).
 - Heridas por mordeduras de gatos o humanos (excepto las de la cara).
 - Heridas de pacientes inmunodeprimidos, ausencia de bazo o disfunción esplénica, estasis venosa, diabetes mellitus (adultos).
 - Las heridas en cara, en articulaciones y /o con gran deformidad o extensión, se derivará para valoración por servicio de cirugía hospitalaria.
 - Se debe evitar el sellado de la herida con adhesivo tisular de pegamento tisular (cianoacrilato).

- Medidas de soporte en caso de inestabilidad por afectación sistémica:
 - Monitorización electrocardiográfica.
 - Monitorización de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂.
 - Si precisa: administración de oxigenoterapia.
 - Canalización vía periférica y perfusión de fluidoterapia, si precisa.
- Manejo de la ansiedad:
 - Técnicas de relajación:
 - Técnica de respiración diafragmática: Paciente en decúbito supino. Inspirar lenta y profundamente durante 5'', hacer una breve pausa (retener el aire 5-7'') y espirar lentamente 10'' y hacer otra breve pausa antes de volver a inspirar. Colocar una mano en el pecho y la otra en el abdomen, para asegurarse de que el aire que se aspira llega al abdomen sin mover el pecho. Al hinchar los pulmones, baja el diafragma y se distiende el abdomen.

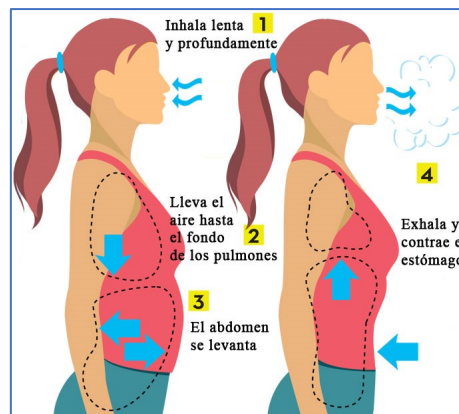


Imagen 1. **Esquema de Técnica de Respiración diafragmática.** Tomada de <http://maspsicologiaporfavor.blogspot.com/2019/04/respirar-y-parar.html?m=1>

Tratamiento farmacológico:

- Administración de antibióticos:
 - El uso de antibióticos profilácticos no está indicado de forma sistemática en todas las heridas por mordedura. Solo deben administrarse en aquellos casos con alto riesgo de infección. Entre las situaciones que justifican su uso se incluyen las mordeduras profundas, las localizadas en manos, cara o cerca de articulaciones, así como aquellas en pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas. Esta recomendación se basa en evidencia de alta calidad (Recomendación A), que indica que la profilaxis antibiótica en estos contextos puede reducir significativamente el riesgo de complicaciones infecciosas. Evidencia de infección de la herida.
 - Lesiones por aplastamiento.
 - Lesiones en las manos, en los pies, en la cara y en los genitales.
 - Heridas punzantes profundas.
 - Heridas que implican a parte ósea o articulación.

- o En pacientes con factores de comorbilidad (inmunodepresión, diabetes, válvula cardíaca artificial, etc.)

El tratamiento antibiótico de elección en cualquier herida con datos clínicos de infección será:

- o Adultos: **Amoxicilina/ácido clavulánico 875/125mg** cada 12 horas o 500/125 mg cada 8 horas, 5-7 días, vía oral, con inicio precoz. (PNF)
- o Niños menores de 12 años: **Amoxicilina/ácido clavulánico 4/1**: 40-50 mg/Kg/día, cada 8 horas, 7-10 días. (PNF)

Consideraciones en el uso de antibióticos:

- Preguntar siempre por alergia previa conocida a antibióticos.
- Consultar la Guía de uso de antimicrobianos de adultos y niños y Guía ABE Se actualiza periódicamente. Disponibles en los siguientes enlaces:

Guía de Uso de Antimicrobianos Web Comunidad

Guía de uso de Antimicrobianos Intranet Sanidad

Guía-ABE - (guia-abe.es)

Si la herida presenta signos de infección, antes de iniciar tratamiento con antibióticos, se recomienda obtener una muestra para cultivo.

- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:

- **Paracetamol vía oral*** (Si alergia o intolerancia a paracetamol: se recomienda el uso de AINE vía oral) con la siguiente pauta:
 - Adultos: 500 o 650 mg cada 6-8 h, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del **dolor**.

**Analgesia indicada en caso de embarazo o lactancia*

- **AINE** *:

- o Adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría de la sintomatología máx. 7-10 días.
- o Niños: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. máx. 7-10 días

*Si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: **Paracetamol vía oral**.

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES.

Accesible en: [https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/PacienteMayor/MPI/triptico MPI web con logo.pdf](https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/PacienteMayor/MPI/triptico_MPI_web_con_logo.pdf)



Consideraciones en el uso de analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Evitar prescribir AINE si la función renal o hepática está alterada o si tiene prescrito un IECA o ARA2 más un diurético.
- No superar la dosis máxima diaria del analgésico.

Consideraciones generales:

- Profilaxis Antitetánica o Gammaglobulina (IGT) si es necesario, según tabla del *Calendario de vacunación para toda la vida*, de la Dirección General de salud Pública:

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANÍGENA ^{(a), (1)}	
	Vacuna (Td)	IGT ^(b)	Vacuna (Td)	IGT ^(b)
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar primovacuna)	NO	SÍ (completar primovacuna)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ⁽²⁾
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ⁽²⁾

(a) En caso de inmunodepresión y personas que se inyectan drogas, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

(b) IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

(1) Heridas potencialmente tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

(2) Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Imagen 2. Pauta de profilaxis tétanos-difteria de la Dirección General de Salud Pública.

- Profilaxis post-exposición frente VHB (en caso de agresión humana): en paciente no correctamente vacunado o con serología anti-HBs negativa: Administrar vacuna e inmunoglobulina específica frente VHB en las primeras 72 horas.
- Profilaxis post-exposición frente VIH (en caso de agresión humana) si fuera necesario.
- Profilaxis antirrábica posexposición: tal y como se indica en el documento sobre “Actuaciones a realizar ante mordeduras de animales con riesgo frente a la rabia”, elaborado por la Subd. Gral. de Vigilancia en Salud Pública, de Julio 2025:

- a. *No es necesaria en las mordeduras de animales terrestres que se produzcan en territorio nacional (excepto Ceuta y Melilla).*
 - b. *Es necesaria en muchos casos de mordeduras producidas en Ceuta y Melilla y fuera del territorio nacional.*
 - c. *Murciélagos: Siempre es necesaria la profilaxis cuando se ha producido una mordedura o contacto con mucosas, incluso cuando la lesión no sea identificable o solo se sospeche la agresión.*
- o Se puede completar información accediendo al documento en el siguiente enlace:
[Actuaciones ante mordeduras de animales con riesgo frente a rabia.](#)
- o Se pueden realizar la consulta y derivación*:

ADULTOS	Hospital Carlos III. Consultas de la Unidad de Patología Importada y Salud Internacional C/ Sinesio Delgado nº 10 (1ª planta), 665 62 98 90 / 635 66 53 04 Lunes a viernes de 8:00h a 12:30h
	Servicio de Inmunoprofilaxis de la Rabia Humana. Ayuntamiento de Madrid C/ Montesa nº 22, 28006 Madrid 91 480 13 60 / msconsultadelviajero@madrid.es Lunes a viernes de 09:00 a 14:00 horas
	Hospital La Paz. Servicio de Urgencias P.º de la Castellana, 261 En horario de tarde, sábados, domingos y festivos las 24 horas
NIÑOS	Hospital Infantil La Paz. Consulta de la Unidad de Patología Tropical, Vacunación y Viajero Internacional P.º de la Castellana, 261 (planta baja) 91 727 72 01 Lunes a viernes de 8:00h a 15:00h
	Hospital Infantil La Paz. Servicio de Urgencias P.º de la Castellana, 261 91 207 17 70 Admisión de urgencias 91 207 14 89 Control médico En horario de tarde, sábados, domingos y festivos las 24 horas

*Cualquier consulta previa a la derivación se puede realizar de lunes a viernes en horario laboral de 09-15:00h, al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles llamando al teléfono 91 370 08 88.

Tardes, noches, fines de semana y festivos, al Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública llamando al teléfono 061.

Recomendaciones y consejos:

- Medidas posturales: Mantener la zona afectada en alto para prevenir edema e inflamación.
- Se recomienda volver a evaluar la herida transcurridas 48 horas buscando signos de infección, y posteriormente hacer seguimiento según evolución.
- Recomendar acudir antes del control previsto si:
 - o Aparición de fiebre, parestesias o hemorragia.
 - o Mal control del dolor.
 - o Signos de infección.
 - o Empeoramiento del estado general.



Consideraciones a tener en cuenta en las mordeduras por serpiente:

En Atención Primaria, antes de la derivación al hospital, se recomiendan una serie de medidas generales:

- Lavado con agua, jabón y desinfectantes, a ser posible que no colorean la piel.
- No aplicar frío ni calor local.
- Inmovilización de la extremidad afectada, manteniéndolo en la posición más baja posible con respecto al resto del cuerpo.
- Intentar identificar la especie venenosa.
- No realizar nunca torniquete, salvo que la atención hospitalaria se vaya a demorar más de una hora y se haya conseguido identificar una especie potencialmente venenosa, o en caso de presentar manifestaciones sistémicas. En dichos casos, apuntar siempre la hora en la que se ha colocado el torniquete.

Los signos característicos de envenenamiento suelen aparecer en los primeros 10 minutos tras la exposición. Es poco frecuente que no se manifiesten pasados 20 minutos. Por tanto, si no se presentan síntomas en un plazo de 4 horas, puede considerarse que no ha habido inoculación de veneno.

PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00044 Deterioro de la integridad tisular	Integridad tisular: piel y membranas mucosas Curación de la herida: por primera intención Curación de la herida: por segunda intención	Cuidados de la piel: tratamiento tópico Vigilancia de la piel Cuidados de las heridas
00004 Riesgo de infección	Severidad de la infección Control de síntomas Conocimiento: control de la infección	Administración de medicación Administración de medicación: oral Administración de medicación: tópica Prescribir medicación Cuidados de las heridas Control de infecciones Protección contra las infecciones Identificación de riesgos



00206 Riesgo de sangrado	Estado circulatorio Severidad de la pérdida de sangre	Disminución de la hemorragia: heridas Identificación de riesgos
00132 Dolor agudo	Conocimiento: manejo del dolor Control del dolor Dolor: efectos nocivos Nivel del dolor	Manejo del dolor: agudo Administración de analgésicos Administración de medicación Prescribir/indicar medicación
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Embarazadas y/o con lactancia en caso de precisar tratamiento farmacológico (distinto de analgesia con Paracetamol).
- En el caso de hallar anomalías en el patrón respiratorio.
- Si afectación del estado general, inestabilidad hemodinámica.
- Si precisa ajuste de dosis farmacológica analgésica por insuficiencia renal y/o hepática.
- Si se sospecha o presenta signos de infección y requiere antibioterapia.
- Si afectación tendinosa u ósea y/o presenta impotencia funcional de zona afectada.
- Si presenta grandes lesiones, lesiones de órganos o estructuras subyacentes, en cara, articulaciones o de gran deformidad.
- Si el dolor es elevado y precisa administración de tratamiento analgésico parenteral.
- Si precisa desbridamiento quirúrgico en: heridas extensas, afectación articular metacarpofalángicas o mordeduras craneales.
- Si presenta parestias o parestesias en la zona afectada.
- Si presenta alteraciones musculares, espasmos o agitación psicomotriz.
- Antecedentes de alergias al animal.
- Si signos/síntomas de Linfangitis y/o Celulitis.



- Si precisa realización de Parte de Lesiones.
- Si se trata de una mordedura por animal salvaje o por serpiente, debe ser siempre valorada en un medio hospitalario, incluso en ausencia de sintomatología sistémica.
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Cierre de la herida completo sin signos de infección.
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aziz et al. Trauma Acute Care Surg.. Volume 78, Number 3.
2. Piñeiro Pere, R; Carabaño Aguado, I. Manejo práctico de mordeduras en Atención Primaria y en nuestro medio (isciii.es). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000400018
3. M. Crespo Casal,M; Pigrau Serrallach,C. PROTOCOLO TERAPÉUTICO EMPÍRICO DE LAS MORDEDURAS ANIMALES Y HUMANAS. Medicine 2002; 8(63): 3377-3379
4. Santisteban López, Y; Moreno Salcedo,J. Protocolo terapéutico empírico de las mordeduras de animales y humanas.. Medicine. 2010;10(51):3461-4
5. Paschos NK, Makris EA, Gantsos A, Georgoulis AD. Primary closure versus non-closure of dog bite wounds. a randomised controlled trial. Injury. 2014 Jan;45(1):237-40. [DOI 10.1016/j.injury.2013.07.010] [Consulta: 19/11/2015]
6. Endom, EE. Initial management of animal and human bites. This topic last updated: Aug 19, 2015. In: Uptodate, Daniel F Danzl (Ed), UpToDate, Waltham, MA, 2015.
7. Alvarado Springer, C; Lo Iacono García, V. Guía Mordeduras de perro, gato y humanos. Fistera. 2016. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/mordeduras-perro-gato-humanos/?arbol>
8. Suárez-López, A, Patricia Ruiz-Garbajosa, P; Sánchez-Díaz, AM. Infección de herida por mordedura de gato. 2016. Elsevier. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2016.09.012>.
9. Pérez-Jacoiste Asína, M.A; Lora-Tamayoa, J; Lumbrerasa, B. Protocolo diagnóstico y terapéutico del tratamiento de las mordeduras de animales y de seres humanos. Medicine. 2018;12(49):2924-8
10. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
11. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
12. Haro Díaz A, Huerta Aragonés J, Saavedra Lozano J. Infecciones de la piel y partes blandas (III): mordeduras y picaduras (tratamiento y profilaxis) (v.2/2020). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 30/06/2020. Disponible en: <https://guia-abe.es/>



13. Pérez Cánovas C. Mordeduras y picaduras de animales. *Protoc diagn ter pediatri*. 2020; 1:307-319.
14. Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeros/os de: Heridas. Ministerio Sanidad. BOE 29.10.2020. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/29/pdfs/BOE-A-2020-13190.pdf>
15. Andrei N. Savu, BS; Anna R. Schoenbrunner, MD; Rachel Politi, BA; Jeffrey E. Janis, MD, FAC. Practical Review of the Management of Animal Bites. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9:e3778; doi: 10.1097/GOX.0000000000003778
16. Educación del Paciente. Mordeduras animales y humanas: cómo actuar ante ellas. 2021. Elsevier. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/#!/content/patient_handout/5-s2.0-pe_fis_3227
17. Ellie J.C. Goldstein y Fredrick M. Abrahamian. Mordeduras. 2021.Elsevier.
18. Guía de uso de antimicrobianos en adultos de la Comunidad de Madrid. 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050515.pdf>
19. Guía de uso de antimicrobianos en niños de la Comunidad de Madrid. 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf>
20. Guía Clínica Fistera: Mordeduras animales y humanas: cómo actuar ante ellas. Fecha última Revisión 06/05/2021. Disponible en: <https://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/mordeduras-animales-humanas-como-actuar-ante-ellas/#sec3>
21. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021
22. CALENDARIO DE VACUNACIÓN PARA TODA LA VIDA 2022 (Comunidad Madrid). Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_calendario_de_vacunacion_para_toda_la_vida.pdf
23. Protocolo para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en heridas por parte de los profesionales de enfermería en la comunidad de Madrid. enero 2022. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Enfermeria/Protocolo%20de%20heridas.pdf>
24. Comunidad de Madrid. Rabia. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Consultado el 5 diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/rabia>
25. Guía Clínica Fistera: Mordeduras de perro, gato y humano. Fecha última Revisión 17/11/2022 Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/mordeduras-perro-gato-humanos/>



PICADURA DE INSECTO/ANIMAL

MOTIVO DE CONSULTA

Picadura en población adulta y pediátrica.

Palabras clave: “Picadura”, “Grano”.

DEFINICIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA

Las picaduras son lesiones provocadas en la piel por mordeduras, exudación de veneno y penetración en la piel de ciertos artrópodos, cuando intentan extraer sangre para alimentarse o al defenderse. La acción de estas sustancias tóxicas puede ser local o sistémica, dependiendo de factores como la etiología del agente, la cantidad de toxina inoculada y la respuesta fisiológica individual del paciente. Estos artrópodos pueden ser insectos o arácnidos como mosquitos, pulgas, avispas, chinches, hormigas, moscas, arañas, garrapatas, etc.

Pueden generar una lesión caracterizada por dolor, eritema y edema por reacción al veneno, lesión por rascado y sobreinfección o por una reacción alérgica o, incluso, una reacción anafiláctica en personas susceptibles.

Codificación diagnóstica CIAP:

S12. Picadura de insecto.

S12. Mordedura/ Picadura Artrópodo

S73 Infestación- Picadura de la piel /Infestación- Picadura garrapata/ Infestación- Picadura pulgas.

A86 Efecto tóxico por contacto con medusa/ por veneno de avispa/ abeja / araña / oruga.

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

Patrón 1. Percepción/Manejo de la salud:

- Estado general y clínica acompañante.
- Animal o insecto causante.
- Antecedentes personales de alergias.
- Antecedentes personales de enfermedades: alteración de coagulación o cicatrización.
- Historia previa de reacciones a picaduras.
- Viajero procedente de países con enfermedades endémicas de transmisión por picadura de insectos.
- Tratamiento farmacológico habitual.
- Estado vacunal frente a Tétanos-difteria.

Patrón 2. Nutricional/metabólico:

- Localización y características de la lesión:
 - Signos de infección: Eritema, edema, rubor, calor, induración y picor.
 - Puerta de entrada, extensión



- Lesiones satélites.
 - Trayecto linfático y adenopatías regionales.
 - Urticaria.
 - Disestesia (alteración de la sensibilidad).
 - Permanencia del aguijón o del propio animal (garrapata, abeja)
- Aparición de signos y síntomas que sugieren anafilaxia.
 - Afectación cutánea o mucosa: valoración de edemas en labios, lengua, úvula; cianosis por hipoxemia.
 - Aparición síntomas digestivos: Náuseas y/o vómitos.

Patrón 4. Actividad/Ejercicio:

- Valoración de signos vitales si se considera necesario o afectación sistémica:
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Saturación de Oxígeno (Sat O2).
- Valoración síntomas de afectación respiratoria:
 - Presencia de disnea y valoración de intensidad.
 - Presencia de sibilancias o estridor laríngeo (autoescucha o audibles por otras personas).
 - Ritmo de la respiración (regular o irregular), utilización de musculatura accesorio, presencia de tiraje.
 - Auscultación pulmonar para escuchar posibles ruidos respiratorios anómalos (ej. roncus, sibilantes, ... etc.) o áreas de disminución/ ausencia de ventilación, comparando 2 hemitorax.

En el caso de hallar anomalías en el patrón respiratorio se deberá derivar al facultativo con el objetivo de establecer un diagnóstico diferencial, se enmarcarían en el contexto de afectación sistémica por la picadura.

Patrón 6. Cognitivo/Perceptivo:

- Nivel de consciencia/ Estado Neurológico.
- Valoración del Dolor:
 - Tipo.
 - Localización.
 - Intensidad (Anexo II).



INTERVENCIÓN ENFERMERA Y PLAN DE CUIDADOS

Cuidados e intervención:

- **Aplicar frío local**, ya que provoca un efecto antiinflamatorio y analgésico, además de ayudar a disminuir la absorción de algunos venenos. El calor, por el contrario, puede activar algunas toxinas. Excepción a título informativo: picadura por pez araña y escorpión marino, en los que se aplicará inmersión en agua/Suero Fisiológico caliente.
- Evitar el rascado.
- Retirar restos de animal sin frotar. Extraer el insecto o aguijón, con cuidado de no apretar y exprimir más veneno hacia dentro de la piel.
- Retirar anillos, pulseras, relojes o cualquier otro objeto que pueda comprimir tras la inflamación.
- **Lavar con agua y jabón o suero fisiológico**. Mantener la zona de la picadura seca.
- De existir ampollas o vesículas, éstas no deben romperse.
- Desinfección local con **clorhexidina acuosa c/6-8h**.
- Elevar la zona afecta, si es posible, e inmovilizarla si es necesario, reposando durante algunas horas.
- Evitar exposición al sol
- Medidas de soporte en caso de inestabilidad por afectación sistémica:
 - Monitorización Electrocardiográfica.
 - Monitorización de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂.
 - Si precisa: administración oxigenoterapia.
 - Canalización vía periférica y perfusión de fluidoterapia, si precisa.

Ante una picadura de Garrapata. Método de extracción:

- La extracción se realiza con unas pinzas de punta fina o una herramienta especializada de extracción de garrapatas.
- Sujete con suavidad la garrapata lo más cerca posible de la piel y tire en un ángulo de 90° (perpendicular) con respecto a la superficie de la piel, con un movimiento constante, levantando la piel.
- Pueden ser necesarios varios minutos de tirones suaves y constantes antes de que la garrapata se desprenda de la piel.
- No tire ni aplique mucha presión; esto probablemente romperá la cabeza de la garrapata, dejando la cabeza o las mandíbulas incrustadas en la piel.
- No se aconsejan utilizar productos para la extracción (aceites, alcohol, vaselina, gasolina, etc.) ni utilizar otros métodos como el calor. Estos métodos estresan al animal, pudiendo inocular más cantidad de material infeccioso al paciente, por lo que es muy controvertido.
- Guardar la garrapata si es posible por parte del paciente. En caso de inicio de sintomatología sistémica, la identificación de la especie sirve para el diagnóstico diferencial entre las distintas infecciones y sus implicaciones.

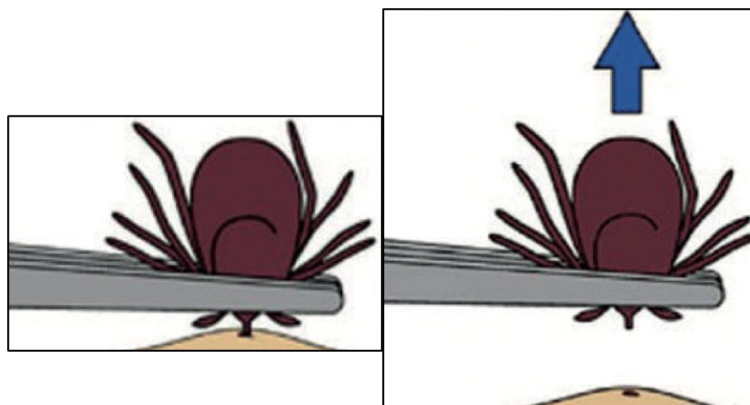


Imagen 1. Técnica de extracción de una garrapata.

Obtenido de: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/26_enf_garrapatas.pdf.

Consideraciones especiales según agente etiológico:

- **Chinche:** no requiere actuación diferenciada a otras picaduras: tratamiento sintomático y evitar rascado para no producir lesiones y sobreinfección. Sí es fundamental identificar picadura por este insecto para actuar cuanto antes en el entorno y proceder a su eliminación permanente con un servicio de desinsectación profesional.
- **Mosca Negra:** tratamiento sintomático: causan dolor e irritación, en ocasiones se producen dermatitis, edema y picor.
- **Abeja:** retirar el aguijón con mucho cuidado, ya que lleva el veneno (sin hacer presión), raspar suavemente la piel hasta hacerlo salir, pero nunca tirando de él, ni retorciéndolo, ni apretando la piel. No se recomienda el uso de pinzas para su extracción.
- **Abeja/avispa en boca o lengua:** las picaduras en esta localización pueden producir obstrucción de la vía aérea, por lo que hay que valorar la necesidad de administrar tratamiento farmacológico que prevenga de edema de úvula/ laríngeo.
- **Oruga:** retiraremos los pelos de oruga con una tira de esparadrapo.

Los tres siguientes supuestos son picaduras de animales marinos, y en nuestro contexto sería de interés el manejo de la evolución de las mismas y/o la permanencia de cuerpos extraños. Exponemos a continuación la forma de actuar en la fase aguda.

- **Medusa:** No se debe lavar la zona afectada con agua dulce, ya que esto podría provocar la ruptura de las células urticantes y empeorar la lesión. En su lugar, se recomienda realizar un lavado con suero fisiológico o con agua salada templada. Si quedan restos de tentáculos adheridos a la piel, deben retirarse con cuidado utilizando unas pinzas. Es importante no frotar la zona con toallas, arena u otros objetos, ya que esto puede agravar la irritación. Para aliviar los síntomas, se pueden aplicar compresas con vinagre o jugo de limón sobre la zona afectada, alternando con frío local durante 5 a 15 minutos. Se debe utilizar una bolsa de plástico para evitar el contacto directo del agua dulce con la herida.
- **Erizo de mar:** La extracción de las púas debe realizarse de forma cuidadosa y rápida utilizando unas pinzas, asegurándose de que se retiran completamente. Es fundamental hacerlo de inmediato, ya que, si se retrasa, será necesario ablandar previamente la zona con agua templada

y salada, debido a la fragilidad de las púas, que pueden romperse con facilidad. No se debe manipular ni presionar la zona de la piel donde la púa está incrustada, para evitar que se fragmente o se introduzca más profundamente.

- **Pez araña o pez escorpión:** Inmersión de la zona afectada (suele ser el pie, dado que el animal se esconde bajo la arena) con agua caliente/Suero Fisiológico caliente (toxina termolábil).

+Info disponible en: [Mordeduras y picaduras de animales](#)

Tratamiento farmacológico:

- Administración de analgesia si dolor, con tratamiento oral:
 - **Paracetamol vía oral*** (Si alergia o intolerancia a PARACETAMOL: se recomienda el uso de AINE vía oral) con la siguiente pauta:
 - Adultos: Paracetamol 500mg/650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

***Analgesia indicada en caso de embarazo o lactancia**

- **AINE *:**
 - *Si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: **Paracetamol vía oral.**
 - Adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas, hasta mejoría del dolor. Max. 7-10 días.
 - Niños: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones en el uso de analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
 - Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
 - Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
 - Evitar prescribir AINE si la función renal o hepática está alterada o si tiene prescrito un IECA o ARA2 más un diurético.
 - No superar la dosis máxima diaria del analgésico.
- Si prurito intenso: Antihistamínico oral de segunda o tercera generación (no sedantes):



O Loratadina vía oral:

- Adolescentes desde 12 años y adultos: Loratadina 10 mg 1 compr -1 vez al día.
- Niños de 6 a 12 años*, dosis en función del peso:
 - > 30 kg: 10 mg 1 compr- 1 vez al día.
 - < 30 kg: 5 mg. ½ compr- 1 vez al día

**Si se precisa otra presentación para menores de 6 años o con peso corporal de 30 kg o menos:*

- Loratadina 1 mg/ml solución suspensión oral (PNF)

**La utilización en niños menores de 6 años se realizará únicamente bajo supervisión médica.*

**No se recomienda la loratadina en menores de 2 años.*

O Desloratadina vía oral:**

- Adolescentes desde 12 años y adultos: Desloratadina 5 mg (con película) 1 compr -1 vez al día.

***No se recomienda la Desloratadina 5 mg compr. en menores de 12 años.*

***Si se precisa otra presentación:*

- Desloratadina* 0,5 mg/ml solución suspensión oral (PNF)**

- Niños de 1 a 5 años: 2,5 ml (1,25 mg) de Desloratadina solución oral una vez al día.
- Niños de 6 a 11 años: 5 ml (2,5 mg) de Desloratadina solución oral una vez al día.

****No se ha establecido la seguridad y eficacia de desloratadina 0,5 mg/ml solución oral en niños menores de 1 año de edad.*

Si alteración de la función renal/ hepática, requerirá ajustar la dosis, por lo que habría que derivar a medicina de familia o pediatría.

Si datos de infección con extensión localizada: antibioterapia tópica. Importante tener en cuenta que en el ámbito de las heridas el uso de antibióticos tópicos está muy cuestionado (Protocolo Heridas de la CM).

O Mupirocina 20 mg/gr, crema: aplicar una capa fina cada 8 horas. (PNF)*

Si tras 3-5 días de tratamiento no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. El tratamiento se debe limitar como máximo a 7-10 días.

** Fármaco del grupo 2. Prescripción médica.*

- Si inflamación: corticoesteroides tópicos. Uso máximo 2 semanas.
Aplicar una fina capa, una o dos veces al día, en piel inflamada, no en zona de herida.
- Aceponato de metilprednisolona 0,1% tópico (PNF): aplicar una capa ligera sobre la lesión (si tiene herida, evitar esa zona, aplicar sobre el eritema) cada 12 horas.



No exponer al sol.

- Beclometasona 0,025% tópico (PNF): aplicar una capa ligera sobre la lesión (si tiene herida, evitar esa zona, aplicar sobre el eritema) cada 12 horas.
- No exponer al sol.

En pediatría los más usados de potencia intermedia:

- o Hidrocortisona Acetato al 1% (10 mg/g) (PNF)

<https://www.guiafarmapediatrica.es/indice/topicos-dermatologicos/corticoides>

- Si sospecha de anafilaxia:

- Adrenalina intramuscular 0,01 mg/kg (0,01 ml/kg de adrenalina sin diluir (1:1.000 = 1 mg/ml), máx. 0,5 ml, en la cara anterolateral del muslo. (PNF)

Consideraciones generales:

- Profilaxis Antitetánica o Gammaglobulina, si es necesario, según tabla del *Calendario de vacunación para toda la vida*, de la Dirección General de salud Pública:

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANÍGENA ^{(a), (1)}	
	Vacuna (Td)	IGT ^(b)	Vacuna (Td)	IGT ^(b)
<3 dosis o desconocida	SÍ (completar primovacuna)	NO	SÍ (completar primovacuna)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ⁽²⁾
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ⁽²⁾

(a) En caso de inmunodepresión y personas que se inyectan drogas, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

(b) IGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI

(1) Heridas potencialmente tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

(2) Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Imagen 2. Pauta de profilaxis tétanos-difteria de la Dirección General de Salud Pública.

- Considerar posible alergia a himenópteros ante posibles reacciones cruzadas en aumento tras picadura de abejas, abejorros, avispa, etc.
- Considerar posibles picaduras por vectores de enfermedades endémicas (como, por ejemplo, la fiebre botonosa).



PLANES DE CUIDADOS: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, CRITERIOS DE RESULTADO (NOC), INTERVENCIONES ENFERMERAS (NIC)

Si la enfermera considera que el proceso requiere de seguimiento y establece junto al paciente un abordaje concreto, se establecerá un Diagnóstico de Enfermería NANDA-I. Asimismo, si la enfermera lo considera, se establecerán los Criterios de Resultados NOC más adecuados para cada diagnóstico y sus Intervenciones NIC.

A continuación, se sugieren diagnósticos, criterios de resultados e intervenciones:

NANDA-I	NOC	NIC
00044 Deterioro de la integridad tisular	Integridad tisular: piel y membranas mucosas Curación de la herida: por segunda intención	Cuidados de la piel: tratamiento tópico Vigilancia de la piel Cuidados de las heridas Control de Infecciones
00004 Riesgo de infección	Severidad de la infección Control de síntomas Conocimiento: control de la infección	Administración de medicación: oral Administración de medicación: tópica Prescribir/indicar medicación Cuidados de las heridas Control de infecciones Protección contra las infecciones Identificación de riesgos Vigilancia
00132 Dolor agudo	Conocimiento: manejo del dolor Control del dolor Dolor: efectos nocivos Nivel del dolor	Manejo del Dolor Aplicación Calor/ Frío Prescribir/ indicar Medicación Manejo de la medicación. Administración de medicación.
00148 Temor	Autocontrol del miedo Nivel de miedo	Apoyo emocional Apoyo en la toma de decisiones Enseñanza: procedimiento/tratamiento Intervención en caso de crisis Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de población infantil o persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Embarazadas y/o con lactancia en caso de precisar tratamiento farmacológico (distinto de analgesia con Paracetamol).
- Embarazadas y/o con lactancia en caso de picadura de garrapata.
- Si signos de reacción alérgica moderada/grave (anafilaxia):
 - Cutáneos: prurito intenso, urticaria, angioedema.
 - Cardiovasculares: hipotensión, taquicardia, shock.
 - Digestivos. náuseas, vómitos, diarrea.
 - Respiratorios: edema laríngeo, broncoespasmo.
- Si inestabilidad hemodinámica.
- Si fiebre u otros signos/ síntomas de celulitis o infección limitada que no mejora con antibioterapia tópica, para valoración de antibioterapia sistémica.
- Si se precisa ajustar dosis de fármacos por Insuficiencia renal y/o hepática.
- Si el tratamiento sintomático requiriese administración de medicación específica: anestésico local, miorelajante y/o corticoide oral, o si requiriese ajuste de medicación previa del paciente que tenga prescrito por otras patologías.
- Si impresión de alergia a himenópteros no conocida (abeja, avispa, abejorro, etc.).
- Si se considera que el insecto pudiera ser vector de una enfermedad (garrapata, mosquito y antecedentes de viaje a país con enfermedad endémica).
- A criterio de la enfermera.

CRITERIOS DE CIERRE DE PROCESO

- Mejoría de los síntomas con control del riesgo de anafilaxia.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.
 - En el caso de la picadura por garrapata hay que avisar de los signos de alarma ante el riesgo de evolución a enfermedad sistémica por transmisión de Rickettsias. Signos de alarma: fiebre, cefalea, mialgias, confusión mental vómitos y anorexia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Intervenciones de Enfermería a Problemas de Salud. EAP Can Bou. Castelldefels Agents de Salut d'Atenció Primaria. CASAP. 2012
2. Herdman, H., Kamitsuru, S. NANDA-I Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2021-2023. 12ed. España: Elsevier; 2021
3. Calendario de vacunación para toda la vida 2022 (Comunidad de Madrid). Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/doc_tecnico_calendario_de_vacunacion_para_toda_la_vida.pdf
4. Guía de uso de antimicrobianos en adultos de la Comunidad de Madrid. 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050515.pdf>
5. Nieto Puértolas, E; Canals Aracil, M; Cantera López, C; Guía clínica de Picaduras de insectos. Fisterra. 2016. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/picaduras-insectos>
6. Mordeduras y picaduras de animales. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Disponible en: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/24_mordeduras_picaduras.pdf
7. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Meridean LM. «Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6 ed. España: Elsevier; 2018.
9. Protocolo para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica en heridas por parte de los profesionales de enfermería en la comunidad de Madrid. enero 2022. Disponible en: <https://saludanv.salud.madrid.org/farmacia/Enfermeria/Protocolo%20de%20heridas.pdf>
10. Vectores y plagas | Comunidad de Madrid. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vectores-plagas>
11. Protocolos Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Anafilaxia. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/pub/protocolos/7_Anafilaxia.pdf. Acceso 18/7/2023
12. Protocolo Asistencial Picaduras. Consulta de Reorientación de la demanda. Servicio Andaluz de Salud. Edición 2020. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/PICADURAS.pdf
13. Guía de uso de antimicrobianos en niños adultos de la Comunidad de Madrid. 2021. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020261.pdf>
14. Picuida. Estrategia de cuidados de Andalucía. Disponible en: <https://www.picuida.es/ciudadania/tu-enfermera-te-cuida/recomendaciones-para-las-picaduras/>
15. Manejo práctico de las picaduras en Atención Primaria. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000300019
16. Guía de actuación ante picadura de garrapata. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/enfermedadesEmergentes/Crimea_Congo/docs/Guia_actuacion_picadura_garrapata_20161014.pdf
17. Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/los enfermeros/os de: Heridas. Ministerio Sanidad.



BOE 29.10.2020. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2020/10/29/pdfs/BOE-A-2020-13190.pdf>

18. Enfermedades transmitidas por garrapatas en pediatría. Disponible en:
https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/enfermedades_transmitidas_por_garrapatas_2_1.pdf



ANEXOS

ANEXO 1. INFOGRAFÍA PROCESO VULVOVAGINITIS: CANDIDIASIS VAGINAL.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Vulvovaginitis / Vulvovaginosis: candidiasis vaginal

Definición: Presencia de sintomatología vulvovaginal causadas por alteraciones del microbiota vaginal, de origen irritativo, alérgico o infeccioso (bacterias, hongos o parásitos) y generalmente caracterizada por cambios en la secreción vaginal. **Aplicable en niñas desde 2 años, adolescentes y mujeres adultas.**

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- **Estado general y tiempo de evolución.**
- **Antecedentes personales:** inmunosupresión o diabetes mellitus (DM).
- **Consumo de fármacos:**
 - Anticonceptivos hormonales combinados.
 - Geles espermicidas.
 - Antibioterapia (ATB) de amplio espectro.
 - Tratamiento Quimioterápico y/o antiestrogénico (vulvitis).
- **Alergias.**

Eliminación

- **Hábitos de higiene personal.**
- **Duchas vaginales.**
- **Uso de toallitas limpiadoras húmedas.**
- **Material de la ropa interior habitual.**

Cognitivo/perceptivo

- **Dolor**

Sexualidad/reproducción

- Historia de episodios previos aislados (Candidiasis, vaginosis bacteriana y vulvovaginitis por Trichomonas) o recidivantes uni o multicausales (candidiasis recidivante, alérgica {frecuentemente por contacto}, atrófica, vulvodinia (dolor), unicausales o multicausales.
- Etapa vital: Embarazo, puerperio o lactancia, peri y postmenopausia (vulvitis).
- Actividad sexual con múltiples parejas (Trichomonas y vulvovaginitis).
- Período menstrual.
- En **vulvovaginitis**:
 - Eritema, edema inflamatorio de piel (vulva) y mucosas, prurito, disuria, quemazón o escozor en genitales externos.
 - En adolescentes y mujeres adultas: Vulvodinia y/o dispareunia, sintomatología en la pareja sexual, actividad sexual con múltiples parejas (Trichomonas y vulvovaginitis).
 - Alteración de la secreción vaginal en volumen, color u olor:
 - Por Candida albicans: leucorrea escasa o moderada, color blanco amarillento con aspecto grumoso y escaso olor. **CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES:** leucorrea escasa/moderada y no maloliente
 - Por Trichomonas: leucorrea aumentada, color amarillo verdoso con aspecto espumoso y maloliente.
- En vaginosis o vulvovaginitis (infrecuente la afectación de vulva) bacteriana: leucorrea moderada color blanco grisáceo de aspecto homogéneo adherente y maloliente (olor a pescado).
- En **vulvovaginitis** atrófica: sequedad y genitales externos adelgazados, picor y disuria.
- El **liquen escleroatrófico vulvar** cursa con genitales externos adelgazados que producen picor y disuria.

Codificación CIAP:
X84 Vaginitis/vulvitis NE
X15 Otros signos/síntomas vaginales.
X16 Otros signos/síntomas vulvares.
X72 Candidiasis Vaginal

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#)

Plan de cuidados (I)

- Toma de exudado vaginal diferida, previa a inicio de tratamiento.
- Realizar tratamiento farmacológico empírico.

Guía de Intervención

Prepuberales:
En caso de leucorrea realizar un **test rápido de detección de estreptococo A**.
(Nexus: 200382_test rápido detección antígeno estreptococo grupo A exudado faríngeo/colonia aislada cultivo).

- Si fuera negativo, **toma exudado vaginal para cultivo**. Hasta que llegue el resultado indicar emolientes, baños de asiento con agua tibia o lavado con antiséptico vulvar.

Tratamiento farmacológico

Ante sospecha de Candidiasis:

Clotrimazol comprimidos: Óvulos vaginales*. Adultos y adolescentes mayores de 12 años.

- 500mg dosis única antes de acostarse.
- 100mg 1/24h 6 días antes de acostarse.

* Introducción antes de acostarse. No se deben usar tampones, duchas intravaginales, espermicidas u otros productos vaginales mientras se utilice este medicamento. No se recomienda iniciar el tratamiento durante la menstruación. El tratamiento debe haber finalizado antes del inicio de la menstruación.

Clotrimazol topico 1%. Crema vaginal.

- 5g al día. Aplicación intravaginal (mejor con aplicador). 7-14 días. Aplicar también en los labios y zonas adyacentes.

Tratar a la pareja sexual únicamente si tiene síntomas.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Vulvovaginitis / Vulvovaginosi: candidiasis vaginal

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.
- 00214 Discomfort.

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Eliminación urinaria
- Autocuidados: higiene
- Control de síntomas
- Estado de comodidad

Intervenciones

- Control de infecciones
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Educación sanitaria
- Administración de la medicación tópica
- Administración de medicación: oral
- Administración de analgésicos
- Manejo del dolor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento
- Enseñanza: sexualidad/sexo seguro
- Enseñanza: seguridad del niño
- Mejorar el afrontamiento
- Manejo del autocuidado
- Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

En adultos y adolescentes de 14 o más años:

- Antecedentes de Inmunosupresión, Diabetes mal controlada (hiperglucemias)
- Embarazo o lactancia materna.
- A criterio de la enfermera

NOTA:

En este motivo de consulta trataremos principalmente Candidiasis vaginal no complicada, que es aquella que se produce de forma puntual con síntomas que pueden ser leves o moderados. El agente causal más característico es la *Candida albicans* y no se suele relacionar con inmunosupresión ni con el embarazo.

El resto de problemática inflamatoria y/o infecciosa en la vulva y vagina será derivada al médico de familia: Vulvovaginitis con sintomatología severa, Vulvovaginitis o vaginosis o vulvovaginosi recurrente, Vulvovaginitis causada por *Candida no albicans* si es conocido el agente causal.

Criterios derivación específicos en niños/as de 2 a 13 años:

- Si resultado positivo de detección de estreptococo A para tratamiento. Si resultado negativo y leucorrea o sintomatología importante derivación al pediatra tras realización de exudado vaginal.
- El resto de problemática inflamatoria y/o infecciosa en la vulva y vagina será derivada al pediatra.
- Edad menor de 2 años o mayores que sigan con uso de pañal.
- Sospecha de abuso.
- Antecedentes de: Inmunosupresión o DM mal controlada (hiperglucemias).
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras finalizar tratamiento farmacológico y cuidados pautados, junto con la verbalización/observación de desaparición de sintomatología. Revisión en consulta presencial o telefónica.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

Infografía Proceso: Vulvovaginitis. Revisión Noviembre 2024.

2 de 2



Estreñimiento funcional






Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Estreñimiento funcional

Plan de cuidados (II)

Tratamiento farmacológico

ADULTOS: Si no hay respuesta a cambios estilo de vida se utilizarán laxantes (no deben tomarse de forma continuada a diario o períodos prolongados). La dosis y duración será en función de la respuesta clínica y síntomas.

Laxantes Aumentadores de bolo intestinal (+ingesta adecuada de líquidos)

- **Plantago ovata.** Hasta 1 cuchar (3.5g) 3 veces al día.
- **Metilcelulosa.** Hasta 1 cuchar. (3 comp), 3 veces al día.
- **Polycarbófilo.** 2 a 4 pestañas (1-2g) al día
- **Dextrina de trigo.** Hasta 3 capsulas, 3 veces al día.

Los enemas solo deben usarse para prevenir la impactación fecal en pacientes con varios días de estreñimiento.

En pacientes mayores, inmovilizados o que la ingesta de líquidos no sea adecuada, los laxantes de elección son los de incrementadores de bolo, no obstante, se puede plantear el uso de laxantes osmóticos como tratamiento de elección evitando el uso excesivo de estos agentes puesto que puede resultar en sobrecarga de electrolitos y volumen en pacientes con disfunción renal y cardíaca (patologías frecuentes en personas mayores).

Laxantes Osmóticos (+ingesta adecuada de líquidos) Tienen acción rápida por lo que son útiles en el estreñimiento agudo.

- **Poli(etil)englicol (macrogol)** (PNF) 8.5-34g en 240ml de líquido, (seguro en el tratamiento del estreñimiento crónico).
- **Lactulosa.** (PNF) 10-20g cada dos días. Puede hasta 2 veces al día, (seguro en el tratamiento del estreñimiento crónico).
- **Sorbitol:** 30 gramos (120 ml de solución al 25 por ciento) 1 vez al día
- **Glicerina (glicerol):** Un supositorio (2 o 3 gramos) por recto durante 15 minutos 1 vez al día (eficacia clínica limitada)
- **Sulfato de magnesio:** 2 a 4 cucharaditas rasas (10 a 20 gramos) de gránulos disueltos en 240 mL de agua; puede repetirse en 4 horas. No exceder las 2 dosis por día.
- **Citrato de magnesio:** 200 ml (11,6 gramos) 1 vez al día.

Diagnósticos

- 00011 Estreñimiento
- 00012 Estreñimiento subjetivo
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.
- 00214 Disconfort

Resultados

- Conducta de cumplimiento: actividad prescrita.
- Conocimiento: dieta prescrita
- Eliminación intestinal
- Hidratación
- Conocimiento: conducta sanitaria
- Control del dolor
- Nivel de dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Control de síntomas
- Estado de comodidad

Intervenciones

- Control intestinal
- Entrenamiento intestinal
- Fomento del ejercicio
- Manejo de la medicación
- Manejo de la nutrición
- Manejo de líquidos
- Manejo del dolor
- Prescribir medicación
- Administración medicación
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Enseñanza: procedimiento/ tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento.
- Manejo del autocuidado.
- Potenciación de la seguridad.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- Antecedentes familiares o personales de cáncer colorrectal, poliposis intestinal, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celiaca, espina bífida, enfermedad de Hirschprung, malformaciones anorrectales.
- Tratamiento con hierro oral, opioides (incluidos tramadol y codeína), espasmolíticos, antiparkinsonianos, antiepilépticos, antidepresivos, antiácidos.
- Presencia de signos y síntomas de organicidad: fiebre, astenia, pérdida de peso no explicable o vómito bilioso.
- Alternancia del hábito intestinal.
- Sangre en heces o anemia, ferropenia o sangre oculta en heces positiva.
- Dolor abdominal o cólico importante o persistente.
- Temblor, alteraciones de la marcha, o movimientos "torpes" (en estreñimiento crónico)
- Ausencia de ruidos intestinales o ventoseo (en estreñimiento agudo).
- Si fisuras anales con sospecha proceso infeccioso de la fisura.
- A criterio de la enfermera.

Consideraciones específicas en población pediátrica:

- Meconiorrexia (expulsión meconio) después de las primeras 48 horas.
- Encopresis.
- Heces acintadas (heces estrechas), pueden ser un signo de estrechamiento u obstrucción.
- Hoyuelo sacro.

Cierre de proceso

- Tras 7/10 días con tratamiento farmacológico y cumplimiento de la indicación de cuidados, junto con la desaparición de sintomatología.
- Esta evaluación puede ser una consulta de revisión presencial o telefónica.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 3. INFOGRAFÍA PROCESO TRAUMATISMO LEVE EXTREMIDADES



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Traumatismo leve en extremidades

Definición: Traumatismo, contusión, distensión de una o varias zonas de las extremidades superiores o inferiores o sus articulaciones sin fractura ni afectación ósea. Población Diana: Traumatismo leve en extremidades no relacionado con accidentes de tráfico, accidente laboral o agresión, ni como consecuencia de caída de altura o de alto impacto en población de **2 años, adolescentes y población adulta**.

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y tiempo de evolución
- Antecedentes personales y lesiones previas.
- Ámbito de lesión (ejercicio, doméstico, etc.).
- Mecanismo de lesión (torcedura, aplastamiento, contusión...).
- Tratamiento farmacológico y alergias.

Nutricional/metabólico

- Alteración de continuidad de piel (herida abierta, equimosis, tumefacción, edema).
- Alteraciones de la coagulación.

Cognitivo/Perceptivo

- Nivel de conciencia.
- Dolor: presencia y características (valorar localización e intensidad) Se empleará escala de valoración del dolor

Codificación CIAP:
A81 Traumatismo/lesión no especificada; L77 Esguinces y distensiones del tobillo
L16 Signo/síntoma tobillo; L78 Esguinces y distensiones de la rodilla
L15 Signo/síntoma rodilla; L79 Esguinces y distensiones no especificadas
L11 Dolor Muñeca, Limitación Movimiento Muñeca, Signo/Síntoma Muñeca
L12 Dolor Mano y dedos de la mano, Signo/Síntoma de la mano.
A29. Caída / S16 Golpe- Traumatismo con superficie intacta/ Contusión de extremidad sup-inf.
L17 Signo- síntoma del pie/ Dolor del pie.

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Actividad/Ejercicio

- Impotencia funcional.
- Limitación de movilidad articular.
- Alteración en la fuerza muscular.
- Alteración de la marcha, deambulación.
- Deformidad, tumefacción, edema.
- Equimosis, hematoma, parestias.
- Presencia de otras lesiones Si esguince: definir el grado.

Grado	Incapacidad	Dolor	Tumefacción	Inestabilidad	Recidiva
I	Mínima	Puntual	Mínima	No	No
II	Moderada	Difuso	Leve	Leve	Infrecuente
III	Severa	Importante	Importante	Sí	Frecuente

Tabla 4: Grados de esguince. Elaboración propia.

Tabla 1: Grados de esguince

Plan de cuidados (I)

Recomendaciones generales:

- Si sólo contusión: Hielo/Frío local y analgesia.
- Si traumatismo en extremidad, valorar inmovilización:
 - Dedos del pie: vendaje imbricado o sindactilia.
 - Dedos de la mano: férula digital.
 - Esguince grado I-II: venda elástica adhesiva (el esguince grado II puede ser susceptible de derivación a medicina de familia o fisioterapia). En el esguince grado II el edema tarda horas en aparecer por lo que si se pone un vendaje adhesivo en una fase inicial podría el paciente presentar un síndrome compresivo. El tratamiento en las primeras 48h es reposo, hielo local, vendaje blando e inmovilización y transcurrido ese tiempo se podría colocar un vendaje funcional, ortesis o bien el vendaje adhesivo.
 - Esguince grado III: vendaje compresivo (derivación a medicina de familia).
 - Sospecha de fractura: pedir RX y derivar. Si traumatismo en tobillo y rodilla emplear criterios de Ottawa para la indicación de prueba radiológica:

CRITERIOS OTAWA para indicación de radiografía en adultos.

TOBILLO



RODILLA



Reglas de decisión de Pittsburgh para la rodilla

Sólo solicitar RX si mecanismo: Golpe directo o caída + 1 de los hallazgos siguientes:

- Edad menor de 12 años o mayor a 50 años.
- Imposibilidad para soportar peso inmediatamente tras la lesión o poder caminar 4 pasos seguidos.

Regla de Bajo Riesgo de Tobillo (3 a 16 años) que obliga a cumplir una serie de criterios para no realizar RX:

- El traumatismo no es agudo (menos de tres días).
- El niño no tiene riesgo de fracturas patológicas (osteogénesis imperfecta o lesiones focales óseas conocidas como Osteoma Osteoide).
- No tiene anomalías congénitas de pies o tobillos.
- El niño puede expresar dolor.
- El examen físico demuestra dolor o hinchazón limitados al peroné distal y/o ligamentos laterales adyacentes distales a la línea tibial anterior.
- No hay grandes deformidades, compromiso neurovascular ni otras lesiones distractoras..

Escalas valoración del dolor:



Figura 8. Escala EVA del dolor. Elaboración propia.

Tratamiento farmacológico

Analgesia, si dolor:

- Paracetamol vía oral* con la siguiente pauta (Si alergia o intolerancia se recomienda el uso de AINE vía oral):
 - Adultos: 500mg /650 mg cada 6-8 horas, 7-10 días o hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, 7-10 días o hasta mejoría del dolor
- Si vómitos, útil la vía rectal: Paracetamol 150 mg supositorios:
 - Lactantes y niños con peso >10 kg: 150 mg cada 4-6 horas, mientras persistan los síntomas.
 - Niños con peso >20 kg (aproximadamente desde 5-6 años): se puede administrar 300 mg cada 4-6 horas, mientras persistan los síntomas.
 - Niños y adolescentes con peso >40 kg (aproximadamente desde 11-12 años): Se puede administrar 600 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas, hasta un máximo de 2400 mg de paracetamol.
 - Adolescentes >15 años y adultos (y peso >50 kg): Se puede administrar un supositorio de 600 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas, hasta un máximo de 3 al día de paracetamol.

AINE*:

- Ibuprofeno vía oral:
 - Niños menores de 12 años (>6 meses): Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas (dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), mientras persistan los síntomas.
 - Adolescentes de 12 o más años y adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 6-8 horas, mientras persistan los síntomas.
- Naproxeno 250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días. (PNF). (Solo adultos).

* Si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: Paracetamol vía oral.

* Tener en cuenta las recomendaciones de Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales uso de analgésicos:

- Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Consultar contraindicaciones AINE.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Traumatismo leve en extremidades

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00213 Riesgo de traumatismo vascular
- 00085 Deterioro de la movilidad física

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Estado circulatorio
- Movimiento articular: activo
- Movimiento articular: pasivo
- Nivel de movilidad

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas
- Irrigación de heridas
- Manejo de medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Inmovilización
- Administración de analgésicos.
- Administración de medicación: oral
- Aplicación de frío o calor
- Manejo del dolor
- Apoyo emocional
- Identificación de riesgos
- Prevención de hemorragias
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento.
- Restricción zonas de movilidad.
- Prevención de lesiones deportivas: jóvenes.

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NIC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

Se derivará para valoración por Medicina Familia/pediatría en las siguientes situaciones:

- Sospecha de fractura: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- Esguince grado III (Esguince grado II dudoso): derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- Dolor no controlado con analgesia pautada.
- Parestesias.
- Signos de compresión vascular: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- Afectación del estado general: derivación a servicio de urgencias hospitalaria para valoración radiológica y por servicio de traumatología.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras 2-3 semanas con tratamiento y cuidados con la evaluación de desaparición de sintomatología. Revisión en consulta presencial o telefónica.
- Cita de seguimiento con profesional correspondiente si fuera necesario.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 4: INFOGRAFÍA PROCESO HERPES SIMPLE BOCA/ NARIZ



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Herpes simple en boca/nariz

Definición: Presencia de lesiones vesiculares pruriginosas y/o dolorosas localizadas principalmente en la zona perioral y nasal, causadas por el virus del herpes simple. Aplicable desde 2 años, adolescentes y adultos.

* SE EXCLUYE: herpes zoster, genital y ocular, debido a sus potenciales consecuencias de afectación nerviosa.

Codificación CIAP:
S71 Herpes simple
D20 Signo/síntoma de boca, lengua y labios
R08 Otros signos/síntomas nasales

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general.
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión.
- Consumo de fármacos.
- Factores desencadenantes (exposición a la luz solar, fiebre, menstruación / ovulación, uso de corticoides, estrés emocional, astenia, traumatismos mecánicos o quirúrgicos, etc.)

Cognitivo/Perceptivo

- Dolor:** presencia y características (valorar localización e intensidad)

Nutricional/metabólico

- Presencia de vesículas agrupadas.
- Tiempo de evolución: < 48 - 72h.
- Frecuencia de aparición: lesión recurrente.
- Localización de la lesión
 - Única o diseminada.
 - Peribucal, gingival, alrededor de las narinas o dorso de la nariz.
 - En zona de recorrido de un nervio (dermatoma) sospechar de Herpes Zóster.
 - Puede haber otras localizaciones, por ejemplo, en genitales. No se incluye en este proceso. En población pediatra sería un signo de alerta.
- Características: extensión y gravedad (afectación neurológica).
- Síntomas acompañantes (presencia de dolor o exudado)

Plan de cuidados

Guía de Intervención

Recomendaciones generales:

- Explicar la naturaleza de la infección, los modos de transmisión y las causas de reactivación.
- Lavado de manos frecuente.
- Evitar besarse entre los niños y parejas.
- Evitar compartir utensilios de cocina y baño (toallas).
- Evitar el sexo oral.
- Evitar causas de reactivación: uso de protección solar, situaciones estresantes, etc.
- Promover una hidratación adecuada.

Tratamiento farmacológico

Si Dolor o fiebre:

Paracetamol vía oral:

- Adultos: 500 o 650 mg cada 6-8 h, hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Ibuprofeno vía oral:

- Niños menores de 12 años: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas (dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso). 7-10 días.
- Adolescentes desde 12 años y adultos: 400 mg cada 8h. (Descartar en caso de tratamiento antiagregante con ácido acetil salicílico).

Naproxeno 250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días (PNF). (Solo adultos).

Adolescentes desde 12 años y adultos: Si estas dosis no son suficientes para el control del dolor, se podrían indicar bajo protocolo (medicamentos sujetos a prescripción médica):

- Paracetamol 1 g cada 6-8 horas (no se deben utilizar si el filtrado glomerular del paciente es igual o menor a 50 ml/min). (PNF) (Solo adultos).
- Ibuprofeno 600 mg cada 8 horas (PNF)
- Naproxeno 500 mg cada 12 horas. (PNF). (Solo adultos).

* En pacientes con insuficiencia cardíaca establecida (clasificación I-IV de NYHA), cardiopatía isquémica, enfermedad arterial periférica o enfermedad cerebrovascular no se deben emplear dosis de Ibuprofeno superiores a 1.200 mg/día.

* Tener en cuenta las recomendaciones de Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores, sobre el uso de los AINEs. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales uso analgésicos:

- Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).

Oros aspectos del tratamiento del Herpes simple:

- Si está indicado en inmunodepresión, primoinfección severa o formas recurrentes de entidad significativa (lesiones activas recurrentes leves (< 48 h) se puede recomendar:
 - Aciclovir crema c/4h (según evolución). Aunque la evidencia es baja puede disminuir la duración de la clínica en 1-2 días si se administra en la fase prodrómica. (PNF)
- Las soluciones astringentes vía tópica (sulfato de cobre o de zinc al 1% o bien alcohol de 70*) favorecen la desecación de las vesículas y evita la sobreinfección. (PNF)
- Si sospecha de sobreinfección (aparición de costras amarillentas y/o empeoramiento del eritema perilesional):
 - Ácido Fusídico tópico (20mg/g) 2-3 veces al día durante 7-10 días. (PNF)



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Herpes simple en boca/nariz

Plan de cuidados

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00214 Discomfort

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Curación de las heridas: segunda intención
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Control de síntomas
- Estado de comodidad

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas
- Irrigación de heridas
- Manejo de medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Inmovilización
- Enseñanza: proceso de enfermedad
- Protección contra las infecciones
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento
- Manejo del autocuidado
- Potenciación de la seguridad

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Antecedentes de inmunosupresión.
- Sospecha de Herpes zóster.
- Cualquier localización distinta a la perioral y la zona de alrededor de las narinas.
- Lesiones orales o periorales sin vesícula (puede ser difícil realizar el diagnóstico diferencial de erosiones o úlceras orales o prietales).
- Herpes simples moderados o graves:
 - Herpes diseminado extenso o que se ha extendido.
 - Presencia de gingivostomatitis o faringitis que impida la adecuada hidratación o alimentación.
 - Episodios recurrentes (> 6 episodios /año).
- Si signos/síntomas de sobreinfección con empeoramiento del eritema perilesional, que no responde a tratamiento antibiótico tópico.
- Si fiebre de 3 o más días.
- Si no mejoría en 5-6 días.
- Cuando la enfermera detecte alguna situación no contemplada en este proceso.
- Dolor no controlado o dolor intenso que no haya respondido a tratamiento analgésico
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras 2-3 semanas con tratamiento y cuidados con la evaluación de desaparición de sintomatología. Revisión en consulta presencial o telefónica.
- Cita de seguimiento con profesional correspondiente si fuera necesario.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 5: INFOGRAFÍA PROCESO DIARREA AGUDA



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

DIARREA AGUDA (Acompañada o no de vómitos)

Definición: La diarrea se define como mayor frecuencia de deposiciones o una mayor cantidad de heces con consistencia alterada (más líquidas). Se puede delimitar según el tiempo de evolución como diarrea aguda, aquella que dura menos de dos semanas, persistente si dura de dos a cuatro semanas, y crónica aquella de duración superior a cuatro semanas.

El proceso que abordamos a continuación se circunscribe a la diarrea en la que la aparición es aguda, de inicio reciente (no más de 48-72 horas de evolución), leve o moderada, en población de 1 a 69 años

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales de procesos intestinales/digestivos... Celiacía.
- Alergias.
- Inmunodeficiencias o inmunosupresión.
- Tratamiento farmacológico habitual:
 - Medicamentos de interés para la valoración de diarrea son: antiinflamatorios no esteroideos, laxantes, antiácidos, procinéticos, antibióticos, broncodilatadores y sustitutos de la hormona tiroidea, ablandadores de las heces, quimioterapia, antiarrítmicos, antihipertensivos, algunos antidepresivos y antidiabéticos orales.
- Entorno de riesgo elevado a infecciones gastrointestinales: Personal de guardería y sus familiares, personas institucionalizadas, presencia de familiares o convivientes con sintomatología similar previa.
- Viajes recientes.

Nutricional/metabólico

- Ingesta de alimentos y bebidas previa al inicio de síntomas.
 - Tolerancia oral: sólidos y líquidos. Ingesta hídrica en las últimas 24 horas.
- Estado de hidratación:
 - Sed
 - Turgencia cutánea.
 - Prolongación del tiempo de llenado capilar.
 - Aplanamiento de las venas del cuello.
 - Hundimiento del globo ocular.
 - Taquicardia, calambres musculares.
 - Pérdida aguda de peso.
- Estado de la piel:
 - Signos de deshidratación: piel fría, húmeda y pálida. Un signo muy sencillo para descartar deshidratación grave es comprobar que al pasar un dedo enguantado o similar por la lengua o la mucosa oral no se humedece.
 - Signos indicadores de otras patologías: dermatitis, petequias, ictericia.
- Náuseas o vómitos: Tolerancia oral: sólidos y líquidos.
 - Ingesta hídrica en las últimas 24 horas.
 - Tiempo y evolución desde último vómito.
 - Tolerancia tras el último vómito

Eliminación

- Oliguria, orina concentrada. La anuria es motivo de derivación hospitalaria urgente.
- Aspecto, frecuencia y cantidad de las deposiciones.
- Productos patológicos en las deposiciones: mucosidad, sangre, pus, heces blancas, oleosas.
- Urgencia defecadora y tenesmo rectal

Actividad/Ejercicio

Valoración de signos vitales si se considera necesario:

- Temperatura. Si aparece fiebre, sugiere patología infecciosa, ocasionalmente isquemia.
- Frecuencia cardíaca (FC).
- Frecuencia respiratoria (FR).
- Presión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
- Glucemia capilar, especialmente en diabéticos o si signos de hipoglucemia.

Cognitivo/perceptivo

Valoración del dolor: Tipo, duración, localización e intensidad

Dolor abdominal:

- Características: sordo, continuo o cólico, si alivia con determinadas posturas, si alivia con vómitos y/o la defecación.

Distensión abdominal

- En la exploración valorar ruidos anormales

Mareo, debilidad y confusión.

Codificación CIAP:

D11 Diarrea/Heces Líquidas/ Defecación frecuente/ suelta.

D73 Diarrea_Vómito posible causa infecciosa/ Gastroenteritis infecciosa inespecífica(GEA)/ Colitis Infecciosa/ Intox. Alimentaria

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Plan de cuidados (I)

VALORACIÓN ESTADO HIDRATACIÓN PEDIATRÍA:

EXPLORACIÓN CLÍNICA	0	1	2
ASPECTO GENERAL	Normal	Inquieto o letárgico pero irritable, sediento	Obnubilado, comatoso.
OJOS	Normales	Algo hundidos	Muy hundidos
MUCOSAS	Húmedas	Pastosas	Secas
LÁGRIMAS	Presentes	Escasas	Ausentes

Tabla 1. Clinical dehydration scale [CDS]. Interpretación CDS:

- 0 puntos: No hay deshidratación.
- 1-4 puntos: Deshidratación leve. (3-6%)
- 5-8 puntos: Deshidratación moderada o grave. (>6%).

Factores de riesgo de deshidratación:

Los factores de riesgo de deshidratación son las situaciones en las que la gastroenteritis amenaza con descompensar una enfermedad subyacente:

- Edad <6 meses
- Antecedentes de prematuridad, crecimiento intrauterino retardado.
- Enfermedades crónicas, Inmunodeficiencias, niños oncológicos.
- Frecuencia de deposiciones superior a 8 al día.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS [pediatría, adolescentes y adultos]:

- Se debe iniciar la introducción de alimentos a las pocas horas. La rehidratación oral no debe superar las 4-6 horas tras cesar de los vómitos, si los hubiera, si se trata de un caso leve o a partir de las 24 horas en casos más severos. Alimentación normal para su edad, aunque restringiendo los alimentos grasos y ricos en azúcares simples.
- Los lactantes seguirán tomando leche materna o leche de fórmula sin diluir. En el tratamiento inicial de la diarrea aguda no están indicadas las fórmulas infantiles sin lactosa, en los lactantes, o leche sin lactosa, en los niños mayores. Sólo en los pacientes con diarrea prolongada, en los que se sospeche un síndrome postenteritis con intolerancia secundaria a la lactosa.
- Se consumirán alimentos, sin forzar, respetando la disminución del apetito.
- Comidas poco abundantes y frecuentes (desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y cena), siempre guiadas por el hambre.
- En el caso de la diarrea asociada a antibiótica, valorar la toma de probióticos, preferiblemente antes de las comidas.

Guía de Intervención

	Estado general	Ojos	Lágrimas	Boca y lengua	Sed	Piel	Plegue	% ↓ peso	Deficit estimado de líquidos
No signos de deshidratación	Bueno/Alto	Normal	Presentes	Húmeda	Normal, no sediento	Piel: no se nota	≤ 5	≤ 50	
Deshidratación leve/moderada	Intenso/Inestable	Hundidos	Ausentes	Seca	Sediento, bebe avidamente	Piel: no se nota	5-10	50-100	
Deshidratación grave	Letárgico o inconsciente	Muy hundidos y secos	Ausentes	Muy seca	Bebe poco o no incapa de beber	Piel: no se nota	>10	>100	

Tabla 2. Valoración del grado de deshidratación [ESPGHAN, 2001].

Consideraciones generales del proceso:

- Realizar un coprocultivo, si hay nuevos brotes en la comunidad, cuando existe dolor abdominal intenso en pacientes mayores de 50 años y si la diarrea afecta a sujetos con inmunodepresión.
- En la población pediátrica estaría indicado realizar el estudio microbiológico de heces (coprocultivo) en los siguientes casos:
 - Inmunodeficiencias
 - Diarrea muco-sanguinolenta.
 - Diagnóstico dudoso.
 - Diarrea prolongada.

Tratamiento farmacológico

Si se asocian náuseas o vómitos no tolerables:

- En adultos: Domperidona 10 mg cada 8 horas. Vía oral. (PNF).
- En población infantil derivar a Medicina de Familia/ Pediatría.

Si se asocia dolor: PARACETAMOL VÍA ORAL.

- Adultos: 500mg/650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales en la toma de analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- No superar la dosis máxima diaria del analgésico.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

DIARREA AGUDA (Acompañada o no de vómitos)

Plan de cuidados (II)

Si precisa rehidratación oral:

- Sueroral: sobres. Solución vía oral.
- Sueroral: hiposódico sobres. Solución vía oral.

Consideraciones en la rehidratación por diarrea aguda en la población pediátrica:

- o Las contraindicaciones para la rehidratación oral (por requerir una rehidratación intravenosa) son:
 - Deshidratación mayor del 9%.
 - Inestabilidad hemodinámica.
 - Alteración de la consciencia.
 - Estado de Shock.
 - Anuria.
 - Incapacidad de ingerir líquidos.
 - Íleo paralítico.
- o Recomendable el uso de soluciones ya preparadas frente a polvo, para asegurar una correcta concentración y disolución de electrolitos. No se deben usar soluciones caseras. Tampoco usar bebidas reconstituyentes porque no contienen suficiente concentración Na-K y tienen elevada osmolaridad, y % glucosa/Na inadecuado.
- o Se ha de usar formulaciones específicas para población pediátrica.

* La ESPGHAN (2014) recomienda soluciones de rehidratación oral de baja osmolaridad (50/60 mEq/L) como tratamiento de primera línea. Es posible que las soluciones con sabor a frutas y refrigeradas se toleren mejor que otras soluciones.

Tratamiento farmacológico

- o La técnica de administración se basará en dar 5ml -20 ml a intervalos cortos, cada 5 o 10 min con con jeringuilla o cucharilla. Se irá incrementando la cantidad según la tolerancia del niño/a.
 - < 15 kg: 5ml
 - 15-30 kg: 10 ml
 - >30 kg: 20 ml
- o Los primeros 30-40 minutos cada 10 min y luego cada 5 min., otros 45 min aproximadamente. Después podrá tolerar sólido y líquidos a demanda.
- o El volumen aproximado que se estima que debe ser restituido es de 50-100ml/kg. (50 ml/kg des en hidratación leve (3-5%) y 100 ml/kg en la moderada (5-10%). También se puede calcular a razón de 5-10ml/kg/deposición + 2-5ml/kg/vómito.
- o Debe completarse en un periodo de entre unas 3-12 horas. Se deben prevenir las recaídas con soluciones de rehidratación oral como terapia de mantenimiento.

Diagnósticos

- 00013 Diarrea
- 00027 Déficit del volumen de líquidos
- 00028 Riesgo de déficit del volumen de líquidos
- 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos
- 00148 Terror
- 00214 Disconfort
- 00004 Riesgo de infección (convivientes y cuidadores)

Resultados

- Continencia intestinal
- Eliminación intestinal
- Control del riesgo: deshidratación
- Equilibrio hídrico
- Hidratación
- Equilibrio electrolítico
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Estado de comodidad
- Control de síntomas
- Conocimiento: control de la infección

Intervenciones

- Control intestinal.
- Manejo de la diarrea.
- Manejo de líquidos/electrolitos.
- Reposición de líquidos.
- Monitorización de los signos vitales.
- Prescribir medicación.
- Conocimiento: lactancia materna.
- Enseñanza: nutrición infantil.
- Enseñanza: nutrición del niño pequeño.
- Potenciación de la seguridad.
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento.
- Control de infecciones.
- Protección contra las infecciones.
- Identificación de riesgos.
- Vigilancia.

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Paciente de alto riesgo ante la diarrea: menor de 12 meses, edad >=70 años, enfermedad cardíaca, inmunodepresión y enfermedad inflamatoria intestinal.
- Embarazo y/o lactancia.
- La persona presenta un síndrome disintérico. (fiebre > 38°C, tenesmo, dolor abdominal y sangre, pus y/o moco en las heces)
- La persona presenta signos o síntomas de alarma: Inestabilidad hemodinámica, Deshidratación moderada-grave. Fiebre elevada con mal estado general asociado y mala respuesta a antitérmicos.
- Si se sospecha de síndrome hemolítico urémico, por E. Coli (sangre en heces, dolores abdominales y vómitos).
- Si se sospecha de invaginación intestinal: cuando un niño no deja de tener episodios de fuerte dolor abdominal, dobla las rodillas hacia el pecho, vomita, está muy somnoliento o hace heces con sangre y mucosidades.
- Signos de sepsis. Se podrá valorar con la escala qSOFA* (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score):
 - Presencia de taquipnea (>22 rpm)
 - Presencia de hipotensión (TAS <100 mmHg)
 - Presencia de alteración del nivel de consciencia (Glasgow <15)
 Si presenta algún punto alterado, derivar a medicina.
- Diarrea grave (más de 10 deposiciones en 24 horas).
- Hipoglucemia en personas con diabetes.
- A criterio de la enfermera.

Criterios específicos de derivación por diarrea aguda en población pediátrica:

- Diarrea grave (más de 8 deposiciones en 24h) o Signos de deshidratación > 6%.
- Padres o cuidadores incapaces de manejar la rehidratación oral en casa.
- Si presencia de náuseas y vómitos no tolerables por el paciente.
- Fracaso de la rehidratación oral (vómitos cuantiosos, empeoramiento de la diarrea...).
- Situaciones que contraindiquen la rehidratación oral.
- Si sospecha de fallo multiorgánico.



Triángulo de Evaluación Pediátrica

Aspecto	Parámetro	Condiciones	Estado fisiológico	Causas
NORM	NORM	NORM	Normal	
ALT	NORM	NORM	Deshidratación SNC	Hipoglucemia Lesión cerebral Intoxicación Sepsis
NORM	ALT	NORM	Dificultad respiratoria	Broncopneumonia Laringitis Neumonía
ALT	ALT	NORM	Fallo respiratorio	Aspiración de contenido gástrico Broncopneumonia severa Laringitis severa Trauma torácico penetrante
NORM	NORM	ALT	Shock compensado	Hemorragia Deshidratación leve
ALT	NORM	ALT	Shock descompensado	Hemorragia grave Deshidratación grave Sepsis
ALT	ALT	ALT	Fallo cardiocirculatorio	Quemadura grave Trauma abdominal penetrante Fallo cardiocirculatorio

Estados fisiológicos según alteración del TEP

Cierre de proceso

- Resolución de la diarrea. Vuelta al patrón de eliminación habitual.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

Infografía Proceso: Diarrea Aguda. Revisión Noviembre 2024.

2 de 2



ANEXO 6: INFOGRAFÍA PROCESO SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES



Gerencia Asistencial de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES

Definición: Síntomas de infección respiratoria leve de vía aérea superior de comienzo reciente (límite temporal de hasta 48 horas de evolución con fiebre y 72-96 horas sin fiebre) en población ≥6 años (excepto ≥70 años). Se entienden como síntomas respiratorios leves aquellos producidos por la infección de la vía aérea superior, generalmente de etiología vírica; mocos, congestión nasal, malestar general, dolor de garganta, tos, ruidos respiratorios, y puede ir o no acompañado de fiebre. Estos síntomas son sugestivos de infección respiratoria. La mayoría de los procesos son autolimitados y el abordaje se dirige al control de síntomas y vigilancia de la evolución. La sintomatología respiratoria es habitual en las personas que se han infectado con SARS-CoV-2 y será abordada según el protocolo vigente establecido. [Coronavirus I Comunidad de Madrid](#). En este proceso se abordarán los cuadros COVID-19 sin criterios de gravedad y de carácter leve. Si no cumplen estas premisas, se procederá a su derivación a medicina.

Codificación CIAP:

- R05 Tos
- R07 Estornudos/congestión nasal
- R21 Signos/Síntomas de la garganta/faringe/amígdalas
- A77.01 COVID Confirmado
- R74 Catarro/ Infecc. Resp. Alta (IRA)/ Resfriado.
- R29 Signo/Síntoma AP Resp.

* Ver Anexo CIAP completo [gou](#).

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales (especialmente los relacionados con otros procesos respiratorios: neumonías, EPOC, Asma, insuficiencia cardíaca...)
- Alergias.
- Tratamiento habitual.

Nutricional / Metabólico

- Estado de la piel:
- Signos de deshidratación: piel fría, húmeda y pálida.
- Coloración piel y mucosas: normocoloración, plétora, cianosis (labial, acral)

Cognitivo/ Perceptivo

- Nivel de consciencia
- Dolor:
- Tipo
- Localización
- Intensidad (pleurítico, torácico, faríngeo, ótico).

En caso de otalgia exploración mediante otoscopia de los conductos auditivos externos y las membranas timpánicas, descartando eritema, edema, perforaciones y otorrea.

Actividad/ ejercicio

Signos vitales:

- Saturación de oxígeno
- Frecuencia respiratoria
- Presión arterial TAS y TAD
- Frecuencia cardíaca
- Temperatura

Relación entre la saturación de O₂ y PaO₂

Sat O ₂	PaO ₂ (mmHg)
100%	677
98-99%	100
95%	80
92%	59
90%	48
88%	37
85%	26
82%	21
80%	18

Relación saturación de O₂ y PaO₂

Grado de disnea en adultos (mMrc)

GRADO	ACTIVIDAD
0	Ausencia de disnea al realizar ejercicio intenso
1	Disnea al andar de prisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada
2	La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano, o tener que parar a descansar al andar en llano a su propio paso
3	La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 m o pocos minutos después de andar en llano
4	La disnea le impide al paciente salir de casa, o aparece con actividades como vestirse o desvestirse

Tabla Pulmonary Score.

Puntuación	Frecuencia respiratoria	Sibilancias*	Uso de músculos accesorios esternocleidomastoideos **
0	< 30	No	No
1	31-45	Final espiración (estetoscopia)	Incremento leve
2	46-60	Toda la espiración (estetoscopia)	Aumentado
3	> 60	Inspiración y espiración, sin estetoscopia**	Actividad máxima

Grado de disnea en pediatría (Pulmonary Score)

Puntuación	Sat O ₂
Leve	0-3
Moderado	4-6
Grave	7-9

Se puntúa de 0 a 3 en cada uno de los apartados (mínimo 0, máximo 9).
*Si no hay sibilancias y la actividad del esternocleidomastoideo está aumentada, puntuar el apartado de sibilancias con un 3.
**El uso de músculos accesorios se refiere solo al esternocleidomastoideo, que es el único músculo que se ha correlacionado bien con el grado de obstrucción.
En caso de discrepancia entre la puntuación clínica y la saturación de oxígeno se utilizará el que otorgue mayor gravedad.

Plan de cuidados (I)

Test Diagnósticos

- Test rápido estreptococo A: según criterios de Centro – Mc Isaac o FeverPAIN.

Test para virus respiratorios de gripe A y B para coronavirus (SARS-CoV2): test antígeno rápido y/o PCR, según protocolos vigentes y suministro.

Criterios clínicos

Criterios clínicos	Centro	Mc Isaac	FeverPAIN
Fiebre > 38 °C	+1	+1	+1
Ausencia de tos	+1	+1	+1
Ausencia de tos o congestión	+1	+1	+1
Exudado amigdalar	+1	+1	+1
Inflamación o exudado amigdalar importante	+1	+1	+1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	+1	+1	+1
Edad 3-15 años	+1	+1	+1
Edad 16-45 años	+1	+1	+1
Visita rápida al médico (a 3 días)	+1	+1	+1
Puntuación			
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EBVGA	0: 2,5%; 1-4: 6,9%; 5-7: 16,6%; 8-10: 30,1; 11-14: 45,7%	0: 1-2,5%; 3-5: 10,9%; 6-8: 28,3%; 9-11: 45,7%	0: 1-2,5%; 3-5: 10,9%; 6-8: 28,3%; 9-11: 45,7%

Guía de Intervención

CUIDADOS:

- Mantener un aporte suficiente de hidratación.
- Lavados nasales con suero fisiológico o sprays de agua marina si mucosidad abundante.
- Eleva el cabezera de la cama.
- Evitar el consumo de tabaco, o la exposición al mismo para los niños.
- Ambiente húmedo (limitar exposición a fuentes de aire acondicionado y/o bombas de calor).
- Medidas de prevención de contagio (lavado de manos, mascarilla), no compartir utensilios con personas enfermas.
- Guardar reposo en domicilio según intensidad de los síntomas y para prevenir contagiar a otras personas, al menos hasta 24h sin fiebre.

Criterios evolución proceso respiratorio moderado-grave:

- Si tienes fiebre alta (>39,4°C), si la fiebre dura más de 3-4 días o reaparece tras haber estado sin fiebre durante 24 horas. La Tª por encima de los 40°C siempre será una emergencia médica.
- Cuando exista dificultad respiratoria.
- Cuando sean pacientes con riesgo: niños pequeños, embarazadas, ancianos, personas con una enfermedad de base o inmuno-deprimidas.
- Cuando la expectoración tenga un aspecto verdoso o sanguinolento.
- Si aparece dolor en el pecho o en el costado.
- Si presenta dolor o supuración de oídos. Si los síntomas duran más de 10 días o empeoran.
- Si la tos no disminuye pasados los días, es intensa y dificulta las actividades normales.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS LEVES

Plan de cuidados (II)

Tratamiento farmacológico

> Si presenta dolor o fiebre:

Indicado tratamiento sintomático: Analgésicos y/o antitérmicos hasta mejoría de los síntomas:

▪ Paracetamol vía oral:

- Adultos: 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Si el paciente asocia signos de inflamación (odínofagia, otalgia), indicar antiinflamatorio no esteroideo (AINE) salvo si alergia o intolerancia a AINE, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes:

▪ Ibuprofeno.

- Adultos: 400 mg cada 8 horas hasta mejoría de los síntomas. (Indicación por protocolo). Max 7-10 días.
- Niños menores de 12 años: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8 horas. Max 7-10 días.

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales del tratamiento con analgésicos:

- A la hora de la indicación analgésica se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Evitar prescribir AINE si la función renal o hepática está alterada o si tiene prescrito un IECA o ARA2 más un diurético.
- No superar la dosis máxima diaria.
- Ningún fármaco "anticatarral" (antitusivos, antihistamínicos, descongestionantes, mucolíticos) ha mostrado una eficacia relevante en el alivio de los síntomas del CVA, siendo totalmente ineficaces en menores de 6 años y estando asociados, en menores de 2 años a efectos adversos graves.

Diagnósticos

- > 00004 Riesgo de infección
- > 00007 Hipertermia
- > 00030 Deterioro del intercambio de gases
- > 00033 Deterioro de la ventilación espontánea
- > 00132 Dolor agudo
- > 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- > 00032 Patrón respiratorio ineficaz.
- > 00043 Protección ineficaz.
- > 00214 Discomfort
- > 00274 Riesgo de termorregulación ineficaz.
- > 00148 Temor.

Resultados

- Severidad de la infección.
- Control de síntomas.
- Conocimiento: control de la infección.
- Termorregulación
- Control del riesgo: hipertermia.
- Nivel de malestar.
- Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
- Estado respiratorio: ventilación. Control del dolor.
- Conocimiento: manejo del dolor.
- Dolor: efectos nocivos.
- Nivel del dolor.
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.
- Estado respiratorio: intercambio gaseoso.
- Estado inmune
- Estado de comodidad
- Control del riesgo: hipertermia
- Control del riesgo: hipertermia

Intervenciones

- Cuidados de los oídos.
- Identificación de riesgos.
- Manejo de la medicación.
- Prescribir medicación.
- Tratamiento de la fiebre.
- Precauciones en la hipertermia maligna.
- Regulación de la temperatura.
- Control de infecciones.
- Monitorización de los signos vitales.
- Manejo del dolor: agudo.
- Administración de analgésicos.
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento
- Fisioterapia respiratoria
- Prescribir medicación
- Oxigenoterapia.
- Monitorización de los signos vitales
- Oxigenoterapia
- Protección contra las infecciones
- Educación paterna: crianza familiar de los niños
- Potenciación de la seguridad
- Enseñanza: nutrición infantil.
- Enseñanza: nutrición del niño pequeño
- Precauciones en la hipertermia maligna
- Regulación de la temperatura

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

En las siguientes situaciones, se derivará al paciente para valoración por Medicina Familia/pediatría:

- Embarazo y lactancia si precisa algún tratamiento distinto de paracetamol o si fiebre. En embarazadas con COVID seguir los criterios de derivación descritos en los protocolos vigentes.
- La persona empeora tras 24-48 horas de síntomas.
- La persona no mejora tras 5 días de tratamiento sintomático.
- Si criterios de Centor – Mc Isaac 4 o 5 puntos/ Fever PAIN 5 puntos.
- Si la persona presenta signos o síntomas de alarma:
 - Inestabilidad hemodinámica y/o síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación de la tensión arterial, palpitaciones, opresión torácica.
 - Signos de sepsis. Se podrá valorar con la escala qSOFA* (Quick Sequential Organ Failure Assessment Score) en pacientes con edad ≥18 años:
 - Presencia de taquipnea (>22 rpm)
 - Presencia de hipotensión (TAS ≤100 mmHg)
 - Presencia de alteración del nivel de conciencia (Glasgow <15)
 - Fiebre elevada que asocia mal estado general, con mala respuesta a antitérmicos.
 - Disnea en reposo o mínimos esfuerzos.
- Si la persona presenta, signos o síntomas de proceso moderado: dificultad respiratoria, o Saturación < 95%.
- Antecedentes de enfermedad crónica susceptible de descompensación: EPOC, Asma, Insuficiencia cardíaca, Hepatopatía crónica.
- A criterio de la enfermera.

*Si presenta algún punto alterado, derivar a medicina.

<https://qsofa.org/what.php>

Cierre de proceso

- Resolución de la infección y control de síntomas.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.



ANEXO 7: INFOGRAFÍA PROCESO CRISIS ANSIEDAD



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

CRISIS DE ANSIEDAD

Definición: Alteración aguda del estado emocional acompañada de síntomas físicos en población de **más de 12 años**. Se define una crisis de ansiedad como un episodio de aparición brusco e inesperado que se manifiesta con miedo a perder el control o a que algo malo vaya a suceder, o incluso miedo a morir, que provoca un malestar notable o un deterioro clínicamente significativo de la actividad del individuo. Se acompaña de síntomas como dificultad para respirar, dolor en el pecho, palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de mareo e inestabilidad, hormigueo, náuseas y malestar abdominal. En una crisis, estos síntomas son muy “rápidos” y llegan al máximo de intensidad en unos minutos y duran por lo general menos de una hora. Importante contextualizar la crisis con un antecedente que pueda justificar la aparición de ansiedad (disgusto, trauma agudo...).

Codificación CIAP: [* Ver Anexo CIAP completo aquí.](#)

P01 Ansiedad/ Nerviosismo. Preocupación (Nerviosismo)

P74 Crisis de Ansiedad / Estado de Ansiedad/ Trastorno de ansiedad generalizada.

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales. En pacientes diabéticos con tratamiento con insulina o antidiabéticos orales hipoglucemiantes, descartar una hipoglucemia.
- Antecedentes de problemas de Salud Mental.
- Crisis previas.
- Antecedentes familiares (duelo, enfermedades, problemas laborales ...)
- Edad
- Tratamiento farmacológico habitual
- Hábitos tóxicos:
 - Tabaco.
 - Alcohol.
 - Otras drogas.

Nutricional/metabólico

- Alteraciones gastrointestinales: náuseas, dificultad para tragar, vómitos, diarreas.
- Sudoración excesiva, sequedad de mucosas.

Eliminación

- Micción frecuente, disuria.

Actividad/ Ejercicio

- Valoración de signos vitales si se considera necesario:
 - Frecuencia cardíaca (FC).
 - Frecuencia respiratoria (FR).
 - Tensión arterial sistólica y diastólica (TAS, TAD).
 - Saturación de Oxígeno (SpO2)
 - Glucemia capilar, especialmente en diabéticos o si signos de hipoglucemia.
- Valorar síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación de la presión arterial, palpitaciones, opresión torácica.
- Valorar síntomas respiratorios: disnea, taquipnea.
- Otras manifestaciones físicas: temblores, tensión muscular, hormigueo-parestesias, mareo o inestabilidad, presíncope.
- Valorar tiempo evolución de clínica acompañante.
- Intolerancia a la actividad habitual.

Sueño/Descanso

Patrón de sueño:

- Insomnio:
 - De conciliación.
 - Despertares frecuentes.
 - Despertar precoz.
- Hipersomnia.

Cognitivo/Perceptivo

- Ideas intrusivas o rumiación de pensamientos.
- Alteración en la memoria.
- Valoración del Dolor (Anexo II):
 - Tipo
 - Intensidad
 - Duración.

Rol/ relaciones

- Sistema de apoyo social.
- Problemas familiares / sociales.

Afrontamiento/adaptación estrés

- Explorar desencadenante de la crisis.
- Pérdida reciente.
- Manifestaciones psicológicas: Alerta, temor, preocupación, fatiga, hipervigilancia, distracción, falta de concentración, insomnio, estrés.
- Tiempo de evolución.
- Signos y síntomas fisiológicos, emocionales y conductuales de ansiedad.
 - Tristeza.
 - Lagrimeo, llanto.
 - Apatía.
 - Irritabilidad.
 - Ansiedad, nerviosismo.
 - Angustia.
 - Ataques de pánico.
- Valorar con especial atención la ideación autolítica. Pensamientos de muerte.

Plan de cuidados

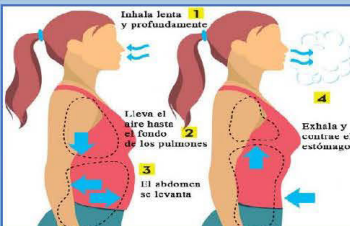
- Si dolor precordial opresivo o palpitaciones: Realizar ECG para descartar patología de origen cardiológico.
- Si hiperventilación: Hacer respiraciones con bolsa para normalizar el nivel de carbónico o mascarilla con los orificios tapados.
- Utilizar técnicas de escucha activa si el paciente verbaliza sus sensaciones.
- Contacto físico si se considera necesario y previo consentimiento del paciente.
- Calmar al paciente, explicarle que su problema no entraña riesgo vital y que todos los síntomas que presenta se deben a su estado ansioso.
- Estrategias de afrontamiento una vez superada la crisis.
- Técnicas de relajación:

Técnica de Respiración diafragmática: Paciente en decúbito supino. Inspirar lenta y profundamente durante 5", hacer una breve pausa (retener el aire 5-7") y espirar lentamente 10" y hacer otra breve pausa antes de volver a inspirar. Colocar una mano en el pecho y la otra en el abdomen, para asegurarse de que el aire que se aspira llega al abdomen sin mover el pecho. Al hinchar los pulmones, baja el diafragma y se distiende el abdomen.

Consideraciones generales:

- Si la ansiedad excede a la crisis puntual y comienza a afectar la funcionalidad del paciente, se deberá plantear la posibilidad de un trastorno emocional de ansiedad o depresión, para lo que necesitará una valoración y tratamiento farmacológico y /o psicoterapéutico específico.
- En el caso de crisis de pánico, se procederá de la misma forma.

Guía de Intervención



Esquema de Técnica de Respiración diafragmática

Tratamiento farmacológico

En caso de falta de mejoría con medidas conservadoras y persistencia de la clínica más de 30 minutos, se derivará a medicina para valoración de tratamiento farmacológico.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

CRISIS DE ANSIEDAD

Plan de cuidados

Diagnósticos

- **00069 Afrontamiento ineficaz**
- **00146 Ansiedad**
- **00071 Afrontamiento defensivo**
- **00060 Interrupción de los procesos familiares**
- **00072 Negación ineficaz**
- **00125 Impotencia**
- **00152 Riesgo de impotencia**
- **00251 Control emocional inestable (No en AP-Madrid)**

Resultados

- Nivel de ansiedad
- Afrontamiento de problemas
- Autocontrol de la ansiedad
- Control de los impulsos
- Control del síntoma.
- Autocontrol del miedo.
- Nivel de miedo.
- Funcionamiento de la familia
- Superación de problemas de la familia.
- Normalización de la familia.
- Orientación cognitiva.
- Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.
- Signos vitales

Intervenciones

- Manejo de la medicación
- Control de la medicación
- Mejorar el afrontamiento
- Disminución de la ansiedad
- Técnica de relajación
- Escucha activa.
- Aumentar el afrontamiento
- Establecer límites
- Escucha activa.
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento.
- Educación paterna: crianza familiar de los niños.
- Apoyo a la familia.
- Mantenimiento en procesos familiares.
- Terapia familiar
- Apoyo emocional
- Escucha activa.
- Fomento del acercamiento.
- Disminución de la ansiedad

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- **No mejoría de sintomatología** con medidas conservadoras (persistencia de la clínica más de 30 minutos), para indicación de medicación.
- Si **sintomatología grave**: Dolor torácico, palpitaciones, Saturación de oxígeno por debajo de 95%.
- Necesidad de valoración por **anomalías ECG**, si se hubiera realizado.
- Si asociado a **temblor y sudoración** importantes con cifras de **TA elevadas y taquicardia franca** (situaciones muy poco frecuentes que pueden relacionarse con crisis tirotoxicas y feocromocitoma).
- Si procesos **crónicos cardíacos** (IC, IAM, ANGOR), **respiratorios** (EPOC, ASMA), pacientes **inmunocomprometidos** o situaciones que señalen **posible inestabilidad** (ingreso hospitalario reciente, alta hace menos de una semana...).
- Si consideramos que el paciente tiene signos o síntomas de una **enfermedad subyacente** que deba ser diagnosticada y/o tratada.
- Si diagnóstico de trastorno de **salud mental previo**, trastorno mental grave (TMG) o manifiesta ideas suicidas.
- Si crisis de ansiedad reciente o recurrentes.
- Pacientes **consumidores de tóxicos** (drogas, fármacos, alcohol...).
- Si consideramos que la persona precisa una **modificación de una pauta ya prescrita**.
- Si consideramos que la persona precisa una **valoración por un especialista en salud mental**.
- **A petición del paciente.**
- **A criterio de la enfermera.**

Cierre de proceso

- Mejoría sintomática de la persona.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

Infografía Proceso: Crisis de Ansiedad. Revisión Noviembre 2024.

2 de 2



ANEXO 8: INFOGRAFÍA PROCESO SÍNDROME MICCIONAL DE LA MUJER



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Síndrome miccional en la mujer

Definición: presencia de bacterias patógenas dentro del tracto urinario en combinación con síntomas clínicos y/o una respuesta inflamatoria al patógeno (disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, hematuria...). **Población diana:** Infección Del Tracto Urinario en la **mujer de entre 14 y 65 años**.

La infección del Tracto Urinario (ITU) se clasifica en dos subgrupos:

- ITU Baja: afecta a vejiga y uretra.
 - No complicada (cistitis simple: <3 episodios al año, mujer joven sin comorbilidad).
 - Complicada (patología urológica, postmenopausia, mayor de 65 años o embarazada).
- De repetición (más de 3 episodios al año o más de 2 en 6 meses).

ITU Alta: potencialmente más dañina. Afecta a uréteres y riñones.

- Sugerida por síntomas como fiebre ($T^a > 38^{\circ}\text{C}$), síntomas sistémicos (mal estar general, astenia, etc), dolor en fosa renal.

La infección urinaria no complicada en la mujer:

- tracto urinario normal
- sin alteraciones funcionales o anatómicas
- sin historia reciente de instrumentación (sondaje, uretroscopia)
- síntomas localizados en la vejiga.

Codificación CIAP: * Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

U01 Disuria/micción dolorosa;
U02 Micción imperiosa/frecuente; U06 Sangre orina;
U07 Orina Anormal y Signos/Síntomas Orina (Oscura, pus, mal olor, turbia);
U71 Cistitis/otras infecc. Urinarias; U71 Cistitis aguda (no venérea);
U05 Oliguria/ Signo-síntoma de la micción/ Micción anormal.

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y tiempo de evolución.
- Antecedentes personales de enfermedades crónicas (insuficiencia renal...), urológicas (litiasis, reflujo...) y relacionados con cirugías ginecológicas (prolapso...).
- Tratamiento farmacológico (toma de antibióticos en los 3 últimos meses).
- Otras infecciones del tracto urinario: historia de ITU reciente o recaída en los últimos 15 días, ITU de repetición (2 episodios en 6 meses o 3 en un año).
- Alergias.

Nutricional/metabólico

- Temperatura: presencia de fiebre en el momento o en días previos
- Náuseas, vómitos
- Ingesta de líquidos

Cognitivo/perceptivo

- Dolor y características (importante determinar zona suprapúbica y en fosas renales).

Eliminación

- Características de Orina: Normal/Anormal
 - Tira reactiva de orina*: presencia de sangre, nitritos, leucocitos
- *No necesaria si presencia de triada clínica (disuria + polaquiuria + ausencia de síntomas vaginales).
- Síntomas urinarios (disuria, urgencia miccional, polaquiuria, dolor suprapúbico, tenesmo vesical, hematuria franca). Portador de sonda o catéter vesical.
- Incontinencia (y tipo), otros problemas de micción. Antecedentes personales de enfermedades urológicas (litiasis, reflujo...) y cirugías ginecológicas (prolapso...)
- Hábitos de higiene, material de ropa interior habitual.

Sexual/reproductivo

- Embarazo, lactancia materna.
- Valoración de la actividad sexual.
- Síntomas de infección vulvovaginal
- Riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) Si en antecedente de ITS, descartar uretritis.

Plan de cuidados (I)

Prueba diagnósticas y tratamiento:

- Si Triada clínica* (Disuria + Polaquiuria + Urgencia miccional, en ausencia de síntomas vaginales): No precisa tira ni urocultivo para tratamiento.
- En ausencia de triada, realizar tira de orina. Tratar si: Disuria + tira con leucocituria y nitritos positivos).

Si Disuria + leucocituria + nitritos positivos, habría que descartar vaginitis valorando síntomas vaginales. Ante presencia de éstos está indicado realizar otras pruebas diagnósticas.

Guía de Intervención

Recomendaciones e información:

- Orinar después de las relaciones sexuales si cistitis postcoitales.
- Aumentar la ingesta de líquidos y evite los largos periodos sin vaciar la vejiga.
- Realizar el tratamiento siguiendo las dosis y duración recomendadas.
- Notificar aparición de signos de alarma (fiebre, sangre en orina, dolor lumbar, náuseas o vómitos, no resolución de la clínica en 5-7 días).

Tratamiento farmacológico

Si triada clínica (sin necesidad de tira de orina) o no triada pero Disuria + tira: Leucocitos + Nitritos= ITU Baja no complicada/ Cistitis simple (<3 episodios al año, mujer joven sin comorbilidad). No precisa de urocultivo. Tratar con:

Fosfomicina trometamol*(PNF): 3g dosis única, vía oral.

- Tomar con estómago vacío, preferentemente antes de acostarse y tras la micción. Evitar administración conjunta con precipitantes procinéticos (ej. metoclopramida, domperidona) por disminución de absorción.

Tratamiento para el dolor:

- Paracetamol: 500mg/650mg cada 6/8 horas,
- Ibuprofeno: 400mg cada 6/8h si no cede con Paracetamol (no usar en caso de tratamiento con antiagregantes). Máx. 7-10 días.
- Tener en cuenta las recomendaciones de Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Síndrome miccional en la mujer

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00016 Deterioro de la eliminación urinaria
- 00148 Temor
- 00214 Disconfort

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Eliminación urinaria
- Signos vitales
- Continencia urinaria
- Severidad de los síntomas
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Control de síntomas
- Estado de comodidad

Intervenciones

- Control de infecciones
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Manejo de la eliminación urinaria
- Cuidados de la incontinencia urinaria
- Cuidados del catéter urinario
- Protección contra las infecciones
- Administración de medicación: oral
- Manejo de líquidos
- Administración de medicación: oral
- Manejo del dolor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Manejo del autocuidado
- Potenciación de la seguridad

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- Sospecha ITU vías altas (fiebre, escalofríos, síntomas sistémicos, dolor lumbar y/o náuseas o vómitos, dolor fosa renal, puñoperCUSión positiva) o ITU de repetición (más de 3 episodios al año/ 2 o más en 6 meses).
- Recidiva clínica: menos de 15 días desde episodio previo.
- Clínica prolongada: Más de 7 días de evolución o no resolución tras 2-3 días con tratamiento antibiótico.
- Antecedentes de insuficiencia renal crónica, enfermedades urológicas, intervenciones ginecológicas, inmunosupresión, portadora de sonda vesical, instrumentación urinaria, malformaciones nefrológicas o anomalías de las vías urinarias.
- Embarazo
- Alteración de flujo menstrual.
- Alergia a fosfomicina.
- Hematuria franca o hallazgos de hematuria, proteinuria y edemas.
- A criterio de la enfermera

Cierre de proceso

- Tras el tiempo indicado de tratamiento de antibioterapia y cuidados indicados, junto con la desaparición de la sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 9: INFOGRAFÍA PROCESO SOSPECHA EMBARAZO



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Sospecha de embarazo

Definición: Mujer que sospecha estar embarazada y presenta amenorrea de al menos 5 semanas. **Población diana:** Mujer en edad fértil desde de 14 años.

Codificación CIAP: * Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).
W78 Embarazo
W02 miedo a estar embarazada
W01 Duda de si existe embarazo

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general
- En caso de confirmación de embarazo, valorar afrontamiento del embarazo, deseado, aceptado, deseos de interrupción, etc.

Autopercepción/Autoconcepto

- Criterios legales de menor madura:** valorar la madurez psicológica y emocional en mujeres de 14 - 15 años (dejar constancia en la historia clínica en tal caso).

Rol/Relaciones

- Familia, pareja, apoyos sociales
- Indicadores de riesgo social de la mujer** (relación no consentida, riesgo de violencia)

Sexualidad/reproducción

- Fecha de última regla
- Método de anticonceptivo** habitual y adherencia
- Deseo de embarazo
- Valorar posibilidad de agresión sexual o falta de consentimiento
- Consulta sexual de riesgo** (sobre todo en caso negativo)

Afrontamiento/tolerancia al estrés

- Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes, en caso de embarazo no deseado

Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

- Indicar y realizar **test de orina para la detección de la hormona gonadotropina coriónica humana**. Es recomendable hacerlo con la orina de la primera hora de la mañana si no se detectan signos de alarma.
Comunicación del resultado del test:
- Test Positivo:**
 - Seguir procedimiento para seguimiento de embarazo o interrupción voluntaria del embarazo, según decisión de la mujer, valorar consulta de seguimiento para asesoramiento si precisa.
- Recomendaciones, información y consejos en caso de test (+) embarazo deseado:**
 - Prevención de defectos del tubo neural con profilaxis y dieta rica en ácido fólico.
 - Evitar hábitos tóxicos y moderar consumo cafeína
 - Evitar contacto con niños con clínica de enfermedades exantemáticas.
 - Evitar contacto con animales de compañía y no tomar carnes crudas ni embutidos hasta serología de toxoplasma.
- Test Negativo:**
 - Informar sobre métodos anticonceptivos. Si persiste amenorrea, repetir test en 1-2 semanas.

Tratamiento farmacológico

Ácido Fólico.

Suplementación con una dosis farmacológica de Ácido Fólico de 0,4 mg/día (PNF) en mujeres sanas.
Suplementación con una dosis farmacológica de Ácido Fólico de 4mg/día (PNF), solo en las mujeres con alto riesgo de tener un hijo afectado con un defecto del tubo neural:

- Hijo anterior con defecto del tubo neural.
- Mujeres epilépticas en tratamiento con Ácido Valproico.
- Pacientes alcohol-dependientes y drogodependientes.
- Hiponutrición evidente, malabsorción, etc.

Contraindicaciones:

- Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes.
- El **Ácido Fólico** está contraindicado en personas afectadas por anemia perniciosa adisoniana, por anemia megaloblástica por deficiencia de vitamina B12. El Ácido Fólico puede mejorar la anemia pero no las alteraciones neurológicas.
- No se recomienda el uso concomitante con: Fenobarbital, Fenitoína y Primidona porque pueden disminuir sus concentraciones plasmáticas aumentando la frecuencia de las crisis convulsivas.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Sospecha de embarazo

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

➤ **00134 Nauseas**

Resultados

- Control de síntomas
- Estado de comodidad
- Signos vitales

Intervenciones

- Manejo del autocuidado.
- Potenciación de la seguridad.
- Monitorización de los signos vitales.

**Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes*

Criterios de derivación

- Si persiste amenorrea tras un segundo test con resultado negativo y valorando FUR e historia menstrual, derivar a cita con medicina de familia.
- Derivar a consulta de matrona para primera visita antes de la 10 – 12 semana de gestación.
- Derivar a la consulta del trabajador social si decisión de IVE.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Cita de seguimiento con profesional adecuado.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 10: INFOGRAFÍA PROCESO ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA ENFERMERÍA
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Definición: La anticoncepción de urgencia consiste en el consumo de un fármaco que evite el embarazo no deseado de manera puntual tras un coito no protegido por ausencia o mala práctica con otro método de anticoncepción.

Mujer desde 16 años, en adolescentes de 14 o 15 años, se valorará el grado de madurez.

Codificación CIAP: * Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).
W10 Contracepción postcoital

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- **Estado general**
- **Antecedentes personales:** Procesos crónicos y agudos previos de interés (hepáticos, trombosis, infecciones de transmisión sexual)
- **Alergias o hipersensibilidad a fármacos.**
- **Consumo de fármacos en el momento actual y posibles interacciones** (antifúngicos, primidona, antibióticos de amplio espectro, antiepilépticos, Griseofulvina, antirretrovirales, Rifampicina, Pioglitazona y Warfarina)

Autopercepción/Autoconcepto

- **Historia de anticoncepciones de emergencia previas.**
- **En adolescentes >16 años**, el tratamiento se indicará de forma libre, así como en menores acompañadas de adulto responsable (tutor legal).
- **En adolescentes de 14 o 15 años, se valorará el grado de madurez.** Criterios legales de menor madura: valorar la madurez psicológica y emocional en mujeres de 14-15 años (dejar constancia en la historia en tal caso).

Rol/Relaciones

- Si es menor, recabar información sobre la familia, si hay conocimiento o apoyo familiar.
- **Indicadores de riesgo social de la mujer** (relación no consentida, riesgo de violencia)

Sexualidad/reproducción

- **Tiempo desde que se produjo el coito.**
- **Otros coitos desprotegidos en el mismo ciclo menstrual.**
- **Embarazos, puerperio o lactancia actualmente.** Fecha de la última regla, retraso en menstruación.
- **Antecedentes obstétricos y ginecológicos previos:**
 - Gestaciones, abortos e hijos.
 - Embarazo ectópico, salpingitis, etc.
- **Prácticas sexuales de riesgo previas.**
- **Salud de la pareja** (Infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual).
- **Métodos de anticoncepción habitual.**
- **Actitud y conocimientos sobre métodos anticonceptivos.**
- **Agresión sexual, intimidación, etc.**

Afrontamiento/tolerancia al estrés

- **Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes**

Valores/Creencias

- **Conflicto con los valores y creencias.**

Plan de cuidados (I)

- **Realizar test de embarazo** si más coitos desprotegidos en el mismo ciclo, dudas tiempo transcurrido desde el coito sin protección, retraso menstruación > 5 días, o hemorragia anómala; si es negativo iniciar tratamiento farmacológico.
- **Si test de embarazo positivo**, explorar voluntad de iniciar una IVE o continuar el embarazo. Si hay conflicto de decisiones, establecer relación de ayuda y hacer seguimiento para la ayuda en la toma de decisiones.
- **Si prácticas de riesgo:** descartar ITS, solicitar serología de sífilis VHB y VIH (+ VHC si prácticas con sangrado) e indicar prescripción farmacológica para evitar embarazo no deseado.
- **Si agresión sexual:** Iniciar la prescripción si la mujer lo solicita. Aplicar protocolo de Agresión Sexual y derivar al médico de familia.

Recomendaciones y consejos:

- Si vómitos antes de 2-3 h tras toma de medicación volverá para tomar nueva dosis
- **Recomendación de uso de preservativo** en relaciones posteriores y **recomendar introducción lo antes posible de métodos anticonceptivos** (Seguimiento en consulta de enfermería para asesoramiento y de medicina para prescripción, si precisa).
- Si no menstruación en 21 días, hacer la prueba del embarazo.
- **Posibles efectos secundarios:** náuseas, fatiga, cefalea, dolor de senos y abdominal.
- Informar de posibles alteraciones menstruales en el siguiente ciclo.
- **La anticoncepción de URGENCIA es un método anticonceptivo ocasional**, que no puede ni debe sustituir a un método anticonceptivo convencional.

Guía de Intervención

Tratamiento farmacológico

Levonogestrel. ("píldora postcoital o del día después")

- Antes de las 72 horas post-coital.
- Consultar antecedentes de salpingitis o embarazo ectópico, puede incrementarse el riesgo de un nuevo embarazo ectópico.
- Según ficha técnica, Levonorgestrel no está recomendado para empleo en niñas, datos disponibles en menores de 16 años limitados.
- Interacciones farmacológicas: Consultar documento y Ficha técnica.

Acetato de Ulipristal ("píldora de los cinco días después"):

- Antes de las 120 horas post-coital.
- Un único comprimido vía oral.
- Advertencias especiales:
 - No recomendado en insuficiencia hepática grave
 - No recomendado en asma bronquial severa en tratamiento con corticoides orales.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA ENFERMERÍA

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00146 Ansiedad
- 00148 Temor

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Control de la ansiedad
- Nivel de ansiedad
- Afrontamiento de problemas
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Educación sanitaria
- Manejo de medicación
- Asesoramiento sexual
- Prescribir medicación
- Enseñanza
- Disminución de la ansiedad
- Escucha activa
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza:
procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Antecedentes de enfermedad hepática, enfermedad intestinal inflamatoria crónica, interacción con tratamiento farmacológico habitual. Derivación a medicina de familia.
- Si embarazo actual, explorar sobre la voluntad de iniciar una IVE con derivación a Trabajadores Sociales o continuar el embarazo con derivación a matrona.
- Preferencia o necesidad de dispositivos intrauterinos de cobre como anticoncepción de urgencia. Derivación a centro especializado.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Revisión en consulta presencial o telefónica por parte de la enfermera si es necesario.
- Resolución en tres/cinco días tras no haber presentado efectos adversos problemático y asegurar conocimientos sobre métodos anticonceptivos adecuados.

Infografía proceso: Anticoncepción de urgencia. Revisión Noviembre 2024

2 de 2



ANEXO 11: INFOGRAFÍA PROCESO SÍNTOMAS ALÉRGICOS NASALES Y CONJUNTIVALES



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA ENFERMERÍA

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

SÍNTOMAS ALÉRGICOS NASALES Y CONJUNTIVALES

Definición: Síntomas alérgicos nasales v/ oculares (Rinoconjuntivitis) en población desde de 14 años. La sintomatología nasal y conjuntival asociada a reacción ante alérgenos tiene como principal abordaje el alivio de los síntomas y la evitación del agente causante, aunque suele ser de carácter estacional (pólenes), puede ser perenne si los agentes ambientales desencadenantes están siempre presentes (ácaros, mohos, animales...). Es un problema de salud muy prevalente que puede alterar la calidad de vida y que, en un elevado porcentaje de los casos, se asocia a conjuntivitis y asma. Puede producir alteraciones del sueño, fatiga y malestar generalizado, se asocia a falta de concentración y rendimiento físico y mental.

Valoración

✓ **Codificación CIAP:**
R07 Estornudos/Congestión nasal.
F02 Ojo rojo.
F29 Otros signos/síntomas oculares.
R97 Rinitis alérgica

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general y clínica acompañante.
- Antecedentes personales.
- Alergias.
- Tratamiento habitual.
- Tiempo de evolución.

Nutricional / Metabólico

- Estado de la piel:
 - Coloración piel y mucosas: normocoloración, plétora, cianosis (labial, acral)

Actividad/ Ejercicio

- Exploración de signos vitales si necesario: presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y temperatura.
- Síntomas propios de la rinitis: Congestión nasal, rinorrea, estornudos.
- Síntomas acompañantes a la rinitis:
 - Disnea
 - Tos
 - Autoescucha de sibilancias.
 - Lagrimeo.
 - Escoror ocular.
 - Inflamación, hiperemia, secreción nasal.
- Exploración nasal (mediante rinoscopia directa o, en caso de no estar disponible, con el otoscopio): inspección de la pirámide y el vestíbulo nasal.

Cognitivo/ Perceptivo

- Dolor:
tipo, localización e intensidad.

Plan de cuidados (I)

- Lavados nasales con suero fisiológico.
- Evitar la exposición a aeroalérgenos.

Guía de Intervención

Tratamiento farmacológico

- **Antihistamínicos orales** de segunda o tercera generación (no sedantes)
 - Loratadina 10 mg 1 vez al día. Ajustar a función renal.
 - Desloratadina 5 mg 1 compr. 1 vez al día
- **Consideraciones generales:**
 - Usar solo mientras presencia de síntomas, si el paciente refiere pérdida de eficacia, rotar.
 - Si el paciente sabe que es alérgico a un determinado polen debe tomar el antihistamínico desde el inicio de los síntomas hasta que termine el periodo de polinización.
 - Si el paciente tiene una pauta previa con buenos resultados, mantenerla.
- **Corticoides intranasales:** solo utilizar si obstrucción nasal persistente que no mejora con antihistamínicos, descartadas otras causas (uso en rachas de un par de semanas)
 - Budesonida nasal 100 mcg, suspensión para pulverización nasal, se puede iniciar con 2 pulverizaciones en cada fosa nasal cada 24 horas y si mejoría, pasar a 1 pulverización en cada fosa nasal cada 24 horas. (PNF).
- Si se asocia a conjuntivitis: estaría indicado antihistamínico en gotas.
 - Azelastina 0,5 mg/ml colirio en suspensión 1 gota cada 12 horas en cada ojo, hasta resolución de los síntomas.





Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA ENFERMERÍA

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

SÍNTOMAS ALÉRGICOS NASALES Y CONJUNTIVALES

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00217 Riesgo de respuesta alérgica
- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- Temor
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- 00162 Disposición para mejorar la gestión de la salud
- 00214 Disconfort

Resultados

- Respuesta alérgica: localizada
- Respuesta alérgica: sistémica
- Control del riesgo
- Estado respiratorio: ventilación
- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Conducta de fomento de la salud
- Conocimiento: medicación
- Control de síntomas
- Conocimiento: proceso de enfermedad
- Nivel de malestar
- Conocimiento: régimen terapéutico
- Control de síntomas

Intervenciones

- Administración de medicación
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Manejo de la alergia
- Manejo de la anafilaxia
- Manejo ambiental
- Manejo de la vía aérea
- Monitorización de los signos vitales
- Apoyo emocional.
- Mejorar el afrontamiento.
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento.
- Manejo del autocuidado.
- Enseñanza proceso enfermedad.
- Enseñanza medicamentos prescritos.
- Enseñanza medicamentos prescritos.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- Embarazo y lactancia.
- Si el paciente presenta insuficiencia renal.
- Si tras administración de tratamiento adecuado, no existe mejoría de los síntomas.
- Síntomas acompañantes sugestivos de asma. (tos, opresión base tórax, dificultad respiratoria, sibilancias autoaudibles...)
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Control sintomático con las medidas adoptadas.
- Resolución de la rinoconjuntivitis.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.

La Comunidad de Madrid informa de los niveles de polen y envía SMS. Es una buena herramienta para los alérgicos para saber si sus síntomas son de catarro o ha empezado la polinización. También ayuda a saber cuándo se te van a pasar los síntomas:

<https://www.comunidad.madrid/noticias/2021/04/25/informamos-sms-niveles-polen-afectan-alergicos-primavera>



ANEXO 12: INFOGRAFÍA PROCESO EPIXTASIS



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

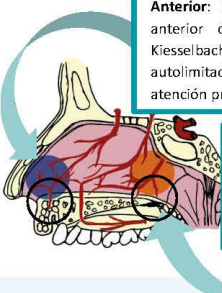
Epistaxis

Definición: Hemorragia nasal causada por la rotura de vasos de la membrana mucosa de cualquier área de la nariz, no ocasionada por traumatismo..

Codificación CIAP: * Ver Anexo CIAP completo [aquí](#)
R06: Epistaxis/hemorragia nasal

Factores de riesgo:

- Sequedad de mucosa nasal
- Hipertensión
- Traumatismo (manipulación digital, contusión, sonarse la nariz con fuerza, cuerpo extraño)
- Infecciones locales (rinitis, rinosinusitis, catarro común)
- Alteraciones de la coagulación y enfermedades hematológicas (trombocitopenia)
- Fármacos (ác. acetilsalicílico, AINEs, anticoagulantes)
- Inhalación nasal de fármacos o drogas
- Infecciones sistémicas (escarlatina, paludismo)
- Hepatopatía
- Alteraciones vasculares
- Tumor de senos paranasales o nasofaringe



Anterior: Hemorragia con origen la mucosa de la región anterior del tabique nasal (generalmente en el plexo Kiesselbach). Comprende el 90% de los casos. Suelen ser autolimitados y pueden ser manejados habitualmente en atención primaria.

Posterior: origen del sangrado en la parte posterior del tabique nasal. Desde las coanas la sangre fluye a la faringe. Control más problemático. Suelen ser más significativos, requiriendo atención en Servicio de Urgencias y valoración por un otorrinolaringólogo.

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- **Características del sangrado:** localización, cantidad, duración, episodios previos,
- **Causa del sangrado** (ver factores de riesgo)
- **Antecedentes de patologías crónicas y tratamiento farmacológico:** grado de control y tratamiento con fármacos anticoagulantes, antiagregantes y antihipertensivos, fármacos de administración intranasal y alergias.
- **Hábitos tóxicos:** consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- **Valorar estado de la boca/orofaringe**

Actividad/Ejercicio

- Actividad que estaba realizando
- Frecuencia cardiaca,
- Tensión arterial (TAS, TAD)
- Temperatura

Cognitivo/Perceptivo

- Dolor

Cognitivo/Perceptivo

- Nivel de estrés/Ansiedad

Plan de cuidados (I)

Disminución de hemorragia nasal

- Tranquilizar al paciente y explicar procedimiento a realizar.
- Limpiar fosas nasales con suero salino y posición: bipedestación o sedestación y acercar barbilla al pecho (evitar posición horizontal). Si decúbito, posición del cabecero igual o mayor a 30°.
- Si se localiza el punto de sangrado, valorar cauterización con nitrato de plata.
- Si se opta por método mecánico: Compresión mecánica con 2 dedos durante 10 a 15 minutos en las narinas (método de Trotter).
Taponamiento: 1ª opción si no cede con método mecánico: Colocar algodón atornillándolo y presión externa. Retirar algodón a los 15 minutos y explorar. Si no cede, reintentar y si no disminuye, realizar taponamiento anterior.
- **Taponamiento anterior** (técnica avanzada: riesgo de lesionar cornetes):
En pacientes con sangrado persistente, lo realizaremos con una gasa orillada o en su defecto, con tiras de gasa normal. Colocar en el extremo exterior un esparadrapo para evitar la expulsión del tapón y mantenerlo, al menos, 24 horas.
- **Procedimiento alternativo:** Taponamiento con material autoexpandible (tipo Himostat® Surgicel®, Merocel®). Impregnar previamente con pomada antibiótica o vaselina.. Se ha de mantener entre 48-72 horas.

Tratamiento farmacológico

Paracetamol

- **Adultos:** 500mg/650mg cada 6-8 horas, si dolor, hasta mejoría del dolor.
- **Niños:** 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

*Si el dolor persiste más de 48h valorar complicaciones.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Epistaxis

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00148 Temor
- 00206 Riesgo de sangrado
- 00132 Dolor agudo
- 00004 Riesgo de infección

Resultados

- Curación de las heridas: primera intención (sólo si cauterización)
- Curación de las heridas: segunda intención
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Estado circulatorio
- Severidad de la pérdida de sangre (Disponible en clasificación NOC actual)
- Nivel de dolor
- Control del riesgo
- Curación de las quemaduras
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección

Intervenciones

- Cuidados de las heridas
- Disminución de la hemorragia: nasal
- Irrigación de heridas
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Protección contra las infecciones
- Vigilancia de la piel
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Aumentar el afrontamiento
- Manejo de las vías aéreas
- Vigilancia
- Aplicación de frío/calor
- Control de infecciones
- Manejo del dolor
- Control de hemorragias

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- Epistaxis traumática.
- Hemorragia posterior (no cede ante taponamiento anterior).
- Sangrado bilateral
- Si antecedentes de epistaxis de repetición. Considerar derivación urgencias hospitalarias para valoración.
- Persistencia del sangrado activo, a pesar del taponamiento.
- INR alterado.
- Hipertensión arterial.
- A criterio de la enfermera

Cierre de proceso

- Si realización de taponamiento nasal, retirar en 48-72h. Reevaluar puntos de sangrado. Si no más sangrado.
- Educación sanitaria y cierre de plan de cuidados.

ANEXO 13: INFOGRAFÍA PROCESO CUERPO EXTRAÑO EN FOSAS NASALES



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en fosas nasales

Definición: Alojamiento de objetos pequeños en fosas nasales debido generalmente a la introducción voluntaria o involuntaria por parte de la persona (generalmente niños o personas con alteraciones mentales, conductuales o estado de desarrollo regresivo a la edad).

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Características del objeto:** localización, tipo de objeto, duración
- Exploración fosas nasales:**
 - Signos de infección local: tipo y cantidad de secreción nasal, mal olor, inflamación local
 - Signos de obstrucción nasal: estornudos de repetición, prurito, escozor, epistaxis.
- Valoración respiratoria** (frecuencia respiratoria, saturación de O₂, auscultación pulmonar, dificultad respiratoria)

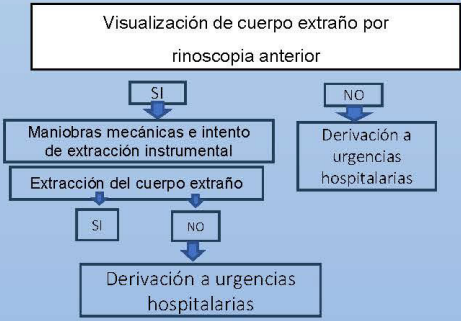
Codificación CIAP: * Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

R87 Cuerpo extraño nariz/laringe/ bronquio
R08 Otros signos/síntomas nasales

Perceptivo/Cognitivo

- Dolor**

Plan de cuidados (I)

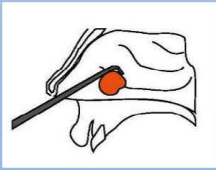


Procedimiento de extracción:

- Adulto en posición sentado
- Niño colaborador: sentado, bien encima de alguien, o en un sillón.
- Niño no colaborador: tumbado en camilla, inmovilizado con una sabanilla.

Guía de Intervención

- Sonar la nariz para intentar expulsar el objeto con fuerza en la fosa afectada mientras se mantiene tapada la fosa contralateral.
- Intentar **expulsión manual/ instrumental** si:
 - Sea de introducción reciente.
 - No friable (no se desmenuza, aplasta ni corta)
 - Visible en vestíbulo nasal (si está alojado en un meato derivación)
 - Paciente colaborador
 - Correcta iluminación para explorar la fosa nasal
 - Las pilas de botón y los imanes requieren extracción urgente.




Objeto liso o esférico:
- No usar pinzas, mejor tipo gancho.

Objeto aplastado (papel o plástico):
- Uso de pinzas.

Tratamiento farmacológico

Paracetamol

- Adultos: 500mg/650mg cada 8 horas, si dolor.
- Niños: 15mg/kg cada 6 horas, si dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en fosas nasales

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas
- 00039 Riesgo de aspiración
- 00214 Disconfort
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor

Resultados

- Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
- Estado respiratorio
- Control de síntomas
- Estado de comodidad
- Nivel de dolor
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Ayuda a la ventilación
- Monitorización de los signos vitales
- Monitorización respiratoria
- Precauciones para evitar la aspiración
- Disminución de la ansiedad
- Potenciación de la seguridad
- Aplicación de frío (post-retirada de objeto)
- Manejo del dolor
- Prescribir medicación
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Si no se consigue la extracción del cuerpo extraño. Derivación a la Urgencia Hospitalaria para extracción con instrumental especializado.

Se derivará a medicina de familia o pediatría en las siguientes situaciones:

- Necesidad de sedación para realizar técnica de extracción. Derivar a médico de familia/pediatra para valoración y derivación a hospitalización.
- Alteraciones anatómicas en fosas nasales.
- Signos de infección o epistaxis no controlada.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras extracción de cuerpo extraño y disminución de sintomatología en 24/48h.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.



ANEXO 14: INFOGRAFÍA PROCESO CUERPO EXTRAÑO EN OÍDO



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en oído

Definición: Presencia de cuerpo extraño retenido en el conducto auditivo externo.

Valoración

Cognitivo/Perceptivo/

- **Otoscoopia (bilateral):**
 - Integridad de la parte visible del tímpano.
 - Ausencia de sangre y de exudado purulento en CAE.
 - Excepción para realización de otoscoopia: que presente motivos de alerta (hipoacusia, vértigo o acúfenos, exudado, dolor, afectación del estado general, antecedente traumático) o falta de colaboración.
- **Características del objeto:**
 - Lateralidad: conducto auditivo izquierdo/derecho.
 - Tipología de objeto y características.
 - Tiempo de evolución.

Codificación CIAP:

H76 Cuerpo extraño en el oído

H29 Otros signos/síntomas del oído/oreja

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

• Exploración conducto auditivo

- Signos de infección local (secreción purulenta, mal olor).
- Signos de inflamación local.

• Presencia de vértigos

• Alteraciones auditivas:

- Hipoacusia.
- Presencia de acúfenos.
- Sensación de taponamiento.

• Dolor

Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

- **Extracción por irrigación** mediante lavado del Conducto Auditivo Externo con una jeringa óptica para irrigación.
 - Técnica de elección si el cuerpo extraño es de pequeño tamaño, sobre todo cuerpos con forma esférica.
 - **Contraindicada en:** sospecha o confirmación de perforación timpánica, cuerpo extraño de naturaleza orgánica (semillas, insectos, etc.) o que pueda hincharse, obstrucción completa del CAE o pilas tipo botón, por su efecto corrosivo.
 - Comprobación posterior con Otoscoopia.
- **Extracción manual:** se realizará si el objeto es visible, accesible y sea potencialmente extraíble con material quirúrgico (cureta en forma de cuchara, gancho romo o pinza de cocodrilo).

Paracetamol

- Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: Paracetamol 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.

Si sospecha de infección (mayores 2 años) :

- Si inflamación (edema) importante del conducto auditivo externo, añadir glucocorticoides (fluocinolona): 6-8 gotas cada 12 horas durante 7 días o utilizar:

- **Dexametasona + polimixina B + trimetoprima**, 4 gotas cada 6-8h, 7 días (PNF).

- En caso de abrasión o laceración del CAE (aprox. 50% de los pacientes): antibioterapia tópica con fluoroquinolonas:

- **Ciprofloxacino** tópico 3 mg/ml: instilar 4-6 gotas cada 8 horas, durante 7 días. (PNF)

Guía de Comunidad Madrid y Guía ABE





Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en oído

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00206 Riesgo de sangrado

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Integridad tisular piel y membranas mucosas
- Estado circulatorio

Intervenciones

- Cuidado de los oídos
- Control de infecciones
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia
- Manejo del dolor
- Control de infecciones
- Administración de medicación: oral
- Administración de analgésicos
- Aplicación de frío o calor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Aplicación de frío o calor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Aumentar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

Se derivará a medicina de familia o pediatría en las siguientes situaciones:

- Si tras la valoración inicial se constatan factores que contraindican el procedimiento de extracción.
- Si fracaso del procedimiento de extracción, no indicación de irrigación o extracción traumática con lesión en el CAE o en la membrana timpánica.
- Si persisten molestias en oído pasadas 24/ 48h, derivación a médico de familia.
- Si aparecen signos de infección, derivación a médico de familia/pediatra.
- Aparición de hipoacusia, vértigo, acúfenos o dolor, derivación a médico de familia/pediatra.
- Si aparece algún signo o síntoma de alarma: afectación del estado general, exudado purulento, tímpano dañado, sangrado.
- Si excepciones a la realización de otoscopia: motivos de alerta (hipoacusia, vértigo o acúfenos, exudado, dolor, afectación del estado general, antecedente traumático) o falta de colaboración.
- Anatomía que dificulte la extracción (conductos angulados o pequeños).
- Algunas circunstancias especiales: pilas de botón, insectos, seres vivos de pequeño tamaño, masillas, Cuerpos extraños afilados.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras extracción de cuerpo extraño y disminución de sintomatología en 24/48h, previa evaluación del CAE en buen estado.
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 15: INFOGRAFÍA PROCESO CUERPO EXTRAÑO EN OJO



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en ojo

Definición: Presencia de un cuerpo extraño en la superficie del epitelio corneal, conjuntival o en localización más profunda.

- En conjuntiva los cuerpos extraños más frecuentes son: polvo, tierra, vegetales, cosméticos, lentes de contacto y arena.
- En córnea los cuerpos extraños más frecuentes son: fragmentos de metal y objetos oxidados. Los cuerpos extraños corneales quedan excluidos de este proceso de atención de enfermería ante un cuerpo extraño en ojo, requiriendo derivación a las urgencias hospitalarias para valoración por Oftalmología.

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- **Historia oftálmica**, antecedentes de cirugía ocular

Cognitivo/Perceptivo

- **Características del cuerpo extraño:** tipología (metálico, polvo, resto vegetal, agente químico, etc.) y mecanismo que produjo la lesión y tiempo de evolución.
- **Exploración ocular**
 - Realizar eversión palpebral y revisar conjuntiva tarsal de ambos párpados
 - Descartar sospecha de cuerpo extraño corneal (Tinción ocular con fluoresceína)
 - Reactividad y reflejos pupilares.
 - Anomalías pupilares estáticas (forma de la pupila, secreción, patrón de la inyección y la opacidad de la córnea).
 - Alteraciones visuales como disminución de agudeza visual, tendencia al cierre del ojo, etc.
- **Características de la lesión**, si existiera. Localización y extensión.
- **Uso de lentes de contacto.**
- **Dolor.**
- Otros síntomas: sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, parpadeo excesivo, fotofobia, hiperemia conjuntival.

Codificación CIAP:

F76 Cuerpo extraño en el ojo

F29 Otros signos/síntomas oculares

F13 Sensación de cuerpo extraño en el ojo/ Sensación anormal en el ojo

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

Si localización o sospecha de cuerpo extraño en conjuntiva, irrigación repetida con suero salino fisiológico hasta remisión de molestia.

Si no mejoría o no localización en conjuntiva, descartar sospecha de cuerpo extraño corneal:

- Realizar tinción del ojo afectado con fluoresceína.
- Si resultado positivo indica defecto epitelial (precisa derivación a consulta de medicina).

Una vez confirmada la extracción del cuerpo extraño, evitar el uso de lentillas.

Tratamiento Farmacológico (Mayores 2 años)

- Pomada de **Eritromicina tópica** (pomada oftálmica 0,5 %) o aureomicina cada 6 horas y tras mejorar cada 8-12 horas, 5-7 días. (PNF).
- Colirio con **Polimixina B-neomicina-gramicidina**: 1-2 gotas cada 6 horas hasta que mejore y continuar con 1-2 gotas cada 12 horas hasta completar 5-7 días. (PNF).

Paracetamol, si dolor:

- Adultos: Paracetamol 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.

Lágrima artificial

- 3-5 veces al día mientras perduren las molestias oculares.

Si el cuerpo extraño era de origen vegetal, valorar la indicación de tratamiento antibiótico. (Derivación a medicina)

Tratamiento farmacológico

Guía uso antimicrobianos de Comunidad Madrid y Guía ABE



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Cuerpo extraño en ojo

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor
- 00245 Riesgo de lesión corneal
- 00214 Disconfort

Resultados

- Control del riesgo
- Curación de las quemaduras
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Control de síntomas

Intervenciones

- Control de infecciones
- Irrigación de heridas
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Administración de medicación: oral
- Manejo del dolor
- Apoyo emocional
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento
- Administración de la medicación: oftálmica
- Cuidados de los ojos

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Sospecha de lesión corneal:
 - Cuerpo extraño corneal. Tinción con fluoresceína positiva
 - Entrada de cuerpo extraño a alta velocidad (martilleo o perforación de metal contra metal).
 - Cuerpo extraño alojado metálico, agente químico
 - Sospecha trauma ocular abierto
- Alteración ocular y de la visión (Antecedente traumático, alteración de la visión, tamaño pupilar alterado, dolor en movimiento ocular.
- Antecedentes de cirugía ocular reciente o uso de lentes de contacto.
- Afectación del estado general, paciente no colaborador, incapacidad para la extracción del cuerpo extraño o no se encuentra en la exploración.

Cierre de proceso

- Tras retirada de cuerpo extraño y disminución de sintomatología previa evaluación ocular.
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 16: INFOGRAFÍA PROCESO ORZUELO



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Orzuelo

Definición: Presencia de infección aguda del párpado, que se caracteriza por tumefacción y enrojecimiento y en ocasiones supuración o acumulación de pus en forma de absceso con malestar o dolor sobre todo al parpadear. El orzuelo externo se produce por la infección de las glándulas de Zeiss o Moll adyacentes. Generalmente la infección es producida por *Staphylococcus aureus*.

Se clasifica en dos subgrupos

- Externo: por infección de un folículo piloso o de las glándulas de Zeiss o de Moll, y drena hacia la piel.
- Interno: proviene de las glándulas de Meibomio y drena a la conjuntiva tarsal.

Valoración

Cognitivo/Perceptivo

- **Exploración ocular**
 - Realizar eversión palpebral y revisar conjuntiva tarsal de ambos párpados (cara mucosa palpebral).
 - Reactividad y reflejos pupilares.
 - Anomalías pupilares estáticas (forma de la pupila, secreción, patrón de la inyección y la opacidad de la córnea).
 - Alteraciones visuales.
 - Valoración de edema palpebral.
 - Valoración de quistes palpebrales y lagrimales.
 - Valoración de supuración y otros signos de infección.

Codificación CIAP:

F72 Blefaritis/orzuelo/chalazión

F16 Otros signos/síntomas de los párpados

* Ver Anexo CIAP completo [goul](#)

- **Uso de lentes de contacto.**
- **Dolor.**
- **Otros síntomas:**
 - Sensación de cuerpo extraño
 - Lagrimeo
 - Parpadeo excesivo
 - Fotofobia,
 - Hiperemia conjuntival
 - Descartar mecanismo sugerente de cuerpo extraño ante síntomas

Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

La mayoría de los orzuelos externos son autolimitados y desaparecen espontáneamente en una semana.

En caso de precisar tratamiento, se indicarán medidas no farmacológicas:

- Mantener limpias las manos.
- Aplicación de compresas calientes durante 10-15 minutos 3-4 veces al día.
- Higiene palpebral incluyendo masaje circular en zona del nódulo.
- Si el orzuelo es de gran tamaño y si no se fistuliza, se puede realizar una incisión para facilitar el drenaje. No intentar vaciar el contenido del orzuelo mediante presión con los dedos.
- Evitar maquillaje en los ojos, especialmente lápiz de ojos, eyeliner y rímel.

Tratamiento farmacológico:

- **Terracortril 1** aplicación cada 8 horas, durante 7 días. (PNF)

Para el dolor: Paracetamol vía oral:

- Adultos: 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
- Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos.

En caso de orzuelos recurrentes o secreción continua se aplicará una pomada antibiótica (eritromicina o clortetraciclina): un cordón de pomada de 1 cm, dentro del párpado inferior c/4 horas hasta que mejore y continuar con 1 aplicación c/8-12 horas hasta completar 7-10 días. (PNF)

Tratamiento farmacológico



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Orzuelo

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00148 Temor

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas
- Irrigación de heridas
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación
- Administración de la medicación tópica
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Vigilancia de la piel
- Administración de medicación: oral
- Administración de analgésicos
- Aplicación de frío o calor
- Aplicación de frío o calor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Presencia de inflamación crónica a nivel ocular o palpebral.
- Inflamación severa.
- Orzuelos de repetición.
- Tras no resolución en 7/10 días.
- Alteración de la visión.
- Ojo rojo.
- Fiebre > 38°.
- Presencia de flictenas, celulitis palpebral o exceso de fotofobia y lagrimeo.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras 7/10 con tratamiento y cuidados y desaparición de sintomatología (consulta telefónica).
- En el caso de que se haya pautado antibiótico, tras finalización de pauta antibiótica sin sintomatología.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 17: INFOGRAFÍA PROCESO HERIDA AGUDA



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Herida aguda

Definición: destrucción de la integridad cutánea, causada generalmente por un traumatismo. Sigue un proceso de cicatrización ordenado, predecible en el tiempo y se caracterizan por ser de corta duración y no presentar complicaciones. ***NOTA:** : Con carácter general cualquier herida se derivará a la consulta de enfermería para su valoración. Si el mecanismo de producción de la herida está relacionado con accidentes de tráfico, accidente laboral o agresión, o como consecuencia de caída de altura o de alto impacto, se realizará una intervención conjunta con el profesional de medicina de familia o pediatría. También la intervención será conjunta si la herida es consecuencia de un traumatismo craneoencefálico, facial, torácico o abdominal.

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#)

Codificación CIAP:

S17 Abrasión/ampollas/arañazos. D80 Herida labio/ Herida cavidad bucal.
R88 Herida Cuello. H78.Herida en la oreja. S18 Laceración/herida incisa/corte.
A80 Herida abierta / Herida punzante. S19 Lesión de la piel
S29 Signo-síntoma de la piel. A87 Infección Herida Quirúrgica/ Deshiscencia Herida Quirúrgica/Absceso herida quirúrgica

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión
- Consumo de fármacos
- Estado vacunal (tétanos-difteria)

Cognitivo/Perceptivo

- Dolor:** presencia y características (valorar localización e intensidad)

Nutricional/metabólico

- Tipo de lesión** (erosión, incisa, arañazo, corte, incisocontusa, scalp)
- Características de la herida:** presencia de tejido desvitalizado, pérdida de sustancia, exudado, signos de infección, posibles contaminantes (suciedad, cuerpos extraños...)
- Localización, profundidad y extensión**
- Posible lesión de órganos o estructuras adyacentes**
- Valorar sensibilidad, movilidad, pulsos distales y relleno capilar.**
- Presencia de otras lesiones** (fracturas, contusiones, afectación tendinosa)
- Agente causal**
- Alteración de coagulación o cicatrización**

Plan de cuidados (I)

Recomendaciones generales:

- Control de hemostasia.
- Limpieza de la herida con suero fisiológico.
- Aplicar antiséptico: clorhexidina acuosa al 1%.
- Si no precisa sutura:
valorar la aplicación de un apósito basado en cura húmeda.
- Recomendaciones sobre los autocuidados a seguir.

Valorar aplicación de anestésico local para la sutura (en suturas con hilo/seda).

- Anestésico: **Mepivacaina al 1-2%**

Si precisa sutura:

- No suturar si hay signos de infección, necrosis o han pasado más de 6 horas desde la lesión.
- Seleccionar tipo de sutura (grapas, hilo, puntos de aproximación o pegamento).
- Consentimiento informado si procede.
- Si sutura con grapas o hilo:
 - Limpieza de la herida y de la zona a anestesiarse con suero fisiológico.
 - Aplicar antiséptico: clorhexidina acuosa al 1% en zona quirúrgica.
 - Administrar anestésico si procede
 - Antes de suturar colocar campo quirúrgico estéril.
- Colocación de apósito, para tapar la sutura.
- Inmovilización cuando sea preciso según la localización.
- Informar sobre las recomendaciones de los autocuidados a seguir después de la sutura: Evitar humedad, lavado sin sumergir con agua y jabón y secar bien.
- Cita con su enfermera para valorar la evolución de la herida y para la retirada de puntos.

Guía de Intervención

Tratamiento farmacológico

- Si dolor: **Paracetamol** vía oral:
 - Adultos: 500mg /650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas hasta mejoría del dolor.

Consideraciones generales:

- Se indicarán analgésicos valorando la toma en alguna ocasión previamente,
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos (por ejemplo, paracetamol/tramadol), puesto que se podría superar la dosis máxima recomendada.

**Si alergia o intolerancia a Paracetamol se recomienda el uso de AINE vía oral.*

- Si infección:
 - Mupirocina tópica 20mg/gr. Pomada. (PNF*)** 2-3 veces/ día. si tras 3-5 días de tratamiento no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. El tratamiento se debe limitar como máximo a 7-10 días.
 - * Fármaco del grupo 2.
- Valorar indicación de apósitos, ungüentos y antisépticos
- Valorar vacunación antitetánica y administración de inmunoglobulina antitetánica (IGT) según recomendaciones de calendario vigente.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Herida aguda

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00132 Dolor agudo
- 00206 Riesgo de sangrado
- 00148 Temor

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Curación de las heridas: primera intención
- Curación de las heridas: segunda intención
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Estado circulatorio
- Severidad de la pérdida de sangre
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas
- Irrigación de heridas
- Manejo de medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Inmovilización
- Protección contra las infecciones
- Sutura
- Administración de medicación
- Aplicación de frío o calor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

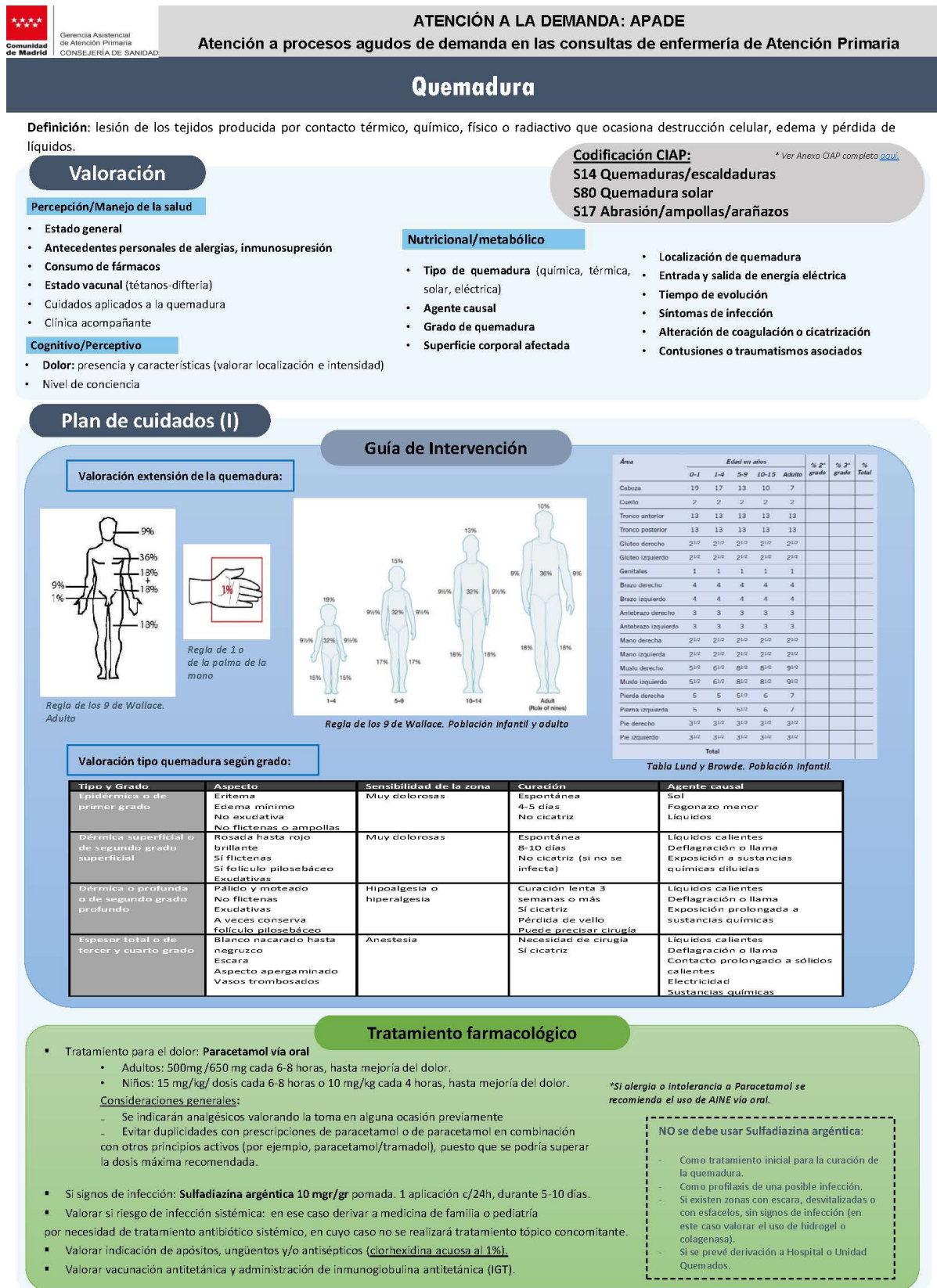
- Inestabilidad hemodinámica, Hemorragia extensa. Tipo de sangrado babeante o pulsátil.
- Fiebre y otros signos de infección sistémica
- Heridas por mecanismo de cizallamiento o aplastamiento
- Afectación de planos profundos, o con sospecha de cuerpos extraños profundos
- Afectación en: cara, articulaciones, nervios, vasos o tendones
- Heridas con riesgo de pérdida funcional o amputaciones o afectación de estructuras adyacentes (vasos, nervios, tendones, músculos, huesos) o lesión de órganos.
- Si tras sutura, persiste el sangrado o pérdida de sutura.
- Si aparición de parestesias.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras curación de herida y desaparición de sintomatología con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.



ANEXO 18: INFOGRAFÍA PROCESO QUEMADURA



NO se debe usar Sulfadiazina argéntica:

- Como tratamiento inicial para la curación de la quemadura.
- Como profilaxis de una posible infección.
- Si existen zonas con escara, desvitalizadas o con esfacelos, sin signos de infección (en este caso valorar el uso de hidrogel o colagenasa).
- Si se prevé derivación a Hospital o Unidad Quemados.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Quemadura

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Curación de las quemaduras
- Severidad de la infección
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Curación de las heridas: segunda intención
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas: quemaduras
- Irrigación de heridas
- Manejo de medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Protección contra las infecciones
- Intervención en caso de crisis
- Administración de medicación
- Aplicación de frío o calor

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

**Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes*

Criterios de derivación

- Inestabilidad hemodinámica o afectación sistémica (fiebre, hipotensión arterial, taquicardia, hipoperfusión periférica).
- Quemadura eléctrica, por cáusticos o por inhalación.
- Afectación en: cuero cabelludo, mucosas, cara, cuello, genitales, perineo, zona mamaria, palma y dedos si son de 2º o 3º grado.
- Afectación corporal (>10% en 2º grado superficial, >2% en 2º grado profunda/3er grado, o forma circulares en 2º grado profunda o 3er grado)
- Mal control del dolor.
- Signos de síndrome compartimental: parestesias, signos de compresión vascular
- Sospecha de malos tratos o de origen no accidental.
- Si precisa realización de parte de lesiones.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras curación de quemadura con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 19: INFOGRAFÍA PROCESO UÑA ENCARNADA



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Uña encarnada

Definición: proceso infeccioso que afecta a la piel y al tejido de células subcutáneas de los dedos. Se producen pequeñas heridas en el ángulo de la piel que cubre la base de la uña, normalmente por alguna deficiencia a la hora de cortarla u onicofagia, por la incrustación de los bordes de las uñas en los dedos, que se suele infectar

Codificación CIAP:
S94 Uña encarnada
S22 Signo/síntoma de las uñas

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Valoración

Percepción/Manejo de la salud

- Estado general
- Antecedentes personales de alergias, inmunosupresión
- Consumo de fármacos
- Estado vacunal (tétanos-difteria)
- Patrón de cuidado habitual de uñas
- Onicofagia
- Tiempo de evolución

Nutricional/metabólico

- Localización
- Síntomas de infección, inflamación y/o enrojecimiento
- Alteración de coagulación o cicatrización

Cognitivo/Perceptivo

- Dolor:** presencia y características (valorar localización e intensidad)

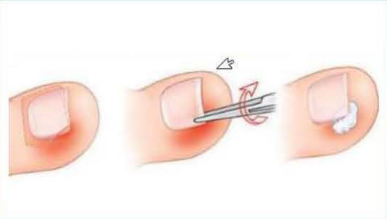
Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

- Valorar medidas de alivio de inflamación y/o drenado.
- Cuidados de la herida.
- Educación sanitaria r/c medidas de higiene y cuidado de las uñas.

Técnicas de reeducación ungueal, si se precisa.

- Tratamiento que pretende generar una fuerza opuesta a la que realiza la uña, reduciendo así la presión que ésta ejerce en la piel y las molestias.
- Se trata de elevar las esquinas de la uña, separándolas del rodete inflamado para generar espacio suficiente para permitir el crecimiento de la espícula hacia fuera.



Uña incarnata. Servicio Cirugía Plástica. H. 12 Octubre.

Tratamiento farmacológico

- Si dolor:
 - Paracetamol**
 - Adultos: 500 o 650 mg cada 6-8 h, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Ibuprofeno**
 - Adultos: 400 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días.
 - Niños: 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días
 - Naproxeno**
250 mg cada 8-12 horas, 7-10 días. (PNF). (Solo adultos).
- Consideraciones generales:
 - Se indicarán analgésicos o AINE valorando la toma en alguna ocasión previamente.
 - Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o de paracetamol en combinación con otros principios activos
 - Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito (la combinación de AINE no aumenta la eficacia y sí incrementa las reacciones adversas).
- Si infección:
 - Mupirocina tópica 20mg/gr. Pomada. (PNF*)** 2-3 veces al día, si tras 3-5 días de tratamiento no se aprecia mejoría se debe reconsiderar el diagnóstico y/o el tratamiento. El tratamiento se debe limitar como máximo a 7-10 días.
 - *Fármaco del grupo 2.*

* Tener en cuenta las recomendaciones de *Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores*, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE
Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

Uña encarnada

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00248 Deterioro de la integridad tisular
- 00046 Deterioro de la integridad cutánea
- 00148 Riesgo de deterioro de la integridad tisular
- 00132 Dolor agudo
- 00148 Temor

Resultados

- Control del riesgo
- Detección del riesgo
- Severidad de la infección
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Curación de las heridas: segunda intención
- Control del dolor
- Nivel del dolor
- Signos vitales
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Control de infecciones
- Cuidado de las heridas
- Manejo de medicación
- Prescribir medicación
- Vigilancia de la piel
- Manejo de la medicación
- Cuidados de las heridas
- Control de infecciones
- Enseñanza: seguridad del niño
- Enseñanza: cuidados de pies
- Prescribir medicación
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Protección contra las infecciones
- Administración de medicación
- Aplicación de frío o calor
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento
- Intervención en caso de crisis
- Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Fiebre.
- Mal control del dolor.
- Celulitis.
- Necesidad de retirada de parte o totalidad de la uña (cirugía).
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Tras desaparición de sintomatología con tratamiento y cuidados pautados.
- Cierre del proceso con educación sanitaria y criterios de necesidad de valoración sanitaria.

ANEXO 20: INFOGRAFÍA PROCESO MORDEDURA/LACERACIÓN ANIMAL Y/O HUMANA



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

MORDEDURA/LACERACIÓN ANIMAL y/o HUMANA

- **Definición** Lesión contusa producida por dientes humanos o de un animal. Las características del animal, la localización de la mordedura, la edad de la víctima y su estado de salud inicial condicionarán la afectación (y el grado de intervención).
- La flora de la boca de los perros, gatos y humanos se asocia a infecciones de las mordeduras, por lo que se consideran heridas sucias.
- Las características de las heridas asociadas a mayor tasa de infección son: punzantes profundas, heridas de tamaño >3 cm, localizadas en mano o extremidades inferiores, heridas que requieren desbridamiento, con afectación de articulaciones, o aquellas que se dan en pacientes con inmunosupresión previa.
- **Población adulta y pediátrica.**

Valoración

Codificación CIAP:
S13 Mordedura humana/Mordedura Animal.

** Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).*

Percepción/Manejo de la salud	Nutricional/Metabólico	Actividad/ Ejercicio	Cognitivo/ Perceptivo
• Estado general y clínica acompañante. • Antecedentes personales de alergias. • Antecedentes personales de patologías. • Antecedentes personales inmunosupresión (incluyendo asplenia). • Alteración de coagulación o cicatrización. • Tratamiento habitual (inmunosupresores, anticoagulantes/antiagregantes, etc.). • Tipo de animal características: perro, gato, roedor, murciélago, humano). Salvaje o doméstico • Tiempo evolución de la mordedura. • Estado vacunal frente a Tétanos-difteria del paciente según calendario vigente de la Comunidad de Madrid. • Estado vacunal frente a rabia del animal según normativa vigente de la Comunidad de Madrid.	• Localización y características de la lesión: • Presencia signos/síntomas de infección: Eritema, edema, rubor, calor, celulitis, absceso o linfangitis. • Sangrado activo. • Extensión y Profundidad: Analizar la posibilidad de penetración en articulación, y la funcionalidad de tendones y nervios. • Presencia de otras lesiones asociadas. • Clínica acompañante que sugiera una afectación sistémica derivada de la mordedura: • Afectación cutánea o mucosa: valoración de edemas en labios lengua, úvula.	• Valoración de signos vitales: • Frecuencia cardíaca (FC). • Frecuencia respiratoria (FR). • Tensión arterial (TAS, TAD). • Saturación de Oxígeno (Sat O2) • Valoración respiratoria si afectación (estridor, disnea, sibilancias audibles, hipoxemia, cianosis): • Presencia de disnea y valoración de intensidad. • Presencia de sibilancias (autoescucha o sibilancias audibles) • Auscultación sonidos: áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.	• Dolor: • Tipo. • Localización. • Intensidad. (ANEXO II. ESCALAS DOLOR). • Valoración de la ansiedad.

Plan de cuidados (I)

Guía de Intervención

Estabilizar hemodinámicamente, hemostasia.
Manejo de la ansiedad. Técnicas de relación: Respiración diafragmática.

Tratamiento local de la herida:

- Limpieza y cura de la herida con abundante agua y jabón o solución salina estéril evitando presión excesiva dentro de la misma, y aplicación de antiséptico local.
- Eliminar tejido desvitalizado y retirar cuerpos extraños, si los hubiera.
- Evitar uso de apósito oclusivos.
- Control del exudado y drenado de la herida.

Cierre de la herida:
Indicación de cirugía:

- Existe controversia referente al cierre de la herida: primario, primario diferido en 3-5 días o cierre por segunda intención.
- Se tendrá en consideración el tamaño, tipo, localización y profundidad de la herida, existencia de infección o probabilidad de infección de la herida, tiempo transcurrido y posibilidad de deformidad estética.
- Valorar: heridas en cara, con gran deformidad o extensión).
- Evitar sellado de la herida con adhesivo tisular de cianocrilato.

Consideraciones generales:

- Profilaxis antitetánica/gammaglobulina.
- Profilaxis post exposición frente Hepatitis B y VIH, si mordedura humana.
- Derivación para profilaxis antirrábica, si mordedura animal salvaje y animales con síntomas de rabia. **Consultar información Sub. Gral Vigilancia de SP en: Actuaciones ante mordeduras de animales con riesgo frente a rabia.**

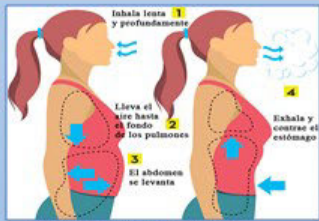


Diagrama de técnica de Respiración diafragmática. Tomado de: [Respiración diafragmática](#)

Recomendaciones y consejos:

- Posturales: Mantener la zona afectada en alto para prevenir edema e inflamación.
- Evaluar transcurridas 48h, valorando signos/síntomas infección.
- Recomendar acudir de nuevo si:
 - Aparición de fiebre, parestias o hemorragia.
 - Mal control del dolor.
 - Signos de infección.
 - Empeoramiento del estado general.

Tratamiento farmacológico

Profilaxis antibiótica: Sólo en heridas con riesgo alto de infección deben ser tratadas con antibióticos:

- Evidencia de infección de la herida.
- Lesiones por aplastamiento.
- Lesiones en las manos, en los pies, en la cara y en los genitales.
- Heridas punzantes profundas.
- Heridas que implican a parte ósea o articulación.
- En pacientes con factores de comorbilidad (inmunodepresión, diabetes, válvula cardíaca artificial, etc.)

Tratamiento del dolor:

- **Paracetamol** vía oral:
 - Adultos: 500mg/650mg cada 8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
- **AINE** vía oral:
 - Adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días

- **Adultos:** Amoxicilina/Acido clavulánico 875/125mg cada 12 horas o 500/125 mg cada 8 horas, 5-7 días, vía oral, con inicio precoz. (PNF: Prescripción no firmante).
- **Niños menores de 12 años:** Amoxicilina/Acido clavulánico 4/1: 40-50 mg/Kg/día, cada 8 horas, 7-10 días (PNF: Prescripción no firmante).

¿Preguntar siempre por alergia previa conocida a antibióticos?

Consultar Guía uso antimicrobianos de Comunidad Madrid y Guía ABE

Si alergia o intolerancia a AINE, embarazo o lactancia materna, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: Paracetamol vía oral.

Consideraciones en el uso de analgésicos:

- Se valorará la administración del fármaco en alguna ocasión previamente.
- Evitar duplicidades con prescripciones de paracetamol o en combinación con otros principios activos.
- Evitar prescribir un AINE si ya hay otro prescrito o si la función renal o hepática está alterada o si tiene prescrito un IIECA o ARA2 más un diurético.
- No superar la dosis máxima diaria del analgésico

* Tener en cuenta las recomendaciones de Medicamentos Potencialmente Inadecuados en Personas Mayores, sobre el uso de los AINES. Accesible [aquí](#).



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

MORDEDURA/LACERACIÓN ANIMAL y/o HUMANA

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00206 Riesgo de sangrado
- 00148 Temor

Resultados

- Curación de la herida: por primera intención o por segunda intención.
- Control de síntomas
- Severidad de la infección
- Conocimiento: control de la infección
- Estado circulatorio
- Severidad de la pérdida de sangre.
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Vigilancia de la piel
- Cuidados de las heridas
- Disminución de la hemorragia: heridas
- Identificación de riesgos
- Prescribir medicación
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: tópica
- Prescribir medicación
- Control de infecciones
- Protección contra las infecciones
- Manejo del dolor: agudo
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Criterios de derivación

- Si afectación del estado general, inestabilidad hemodinámica.
- Posible afectación tendinosa u ósea y/o presenta impotencia funcional de zona afectada.
- Si presenta parestias o parestesias en la zona afectada.
- Por alteraciones musculares, espasmos o agitación psicomotriz.
- Si presenta grandes lesiones, lesiones de órganos o estructuras subyacentes o gran deformidad.
- Si presenta signos/síntomas de infección.
- Indicación de profilaxis antibiótica en heridas con riesgo de infección.
- Antecedentes de alergias al animal.
- Si se trata de una mordedura por serpiente requiere valoración en un medio hospitalario.
- Si presenta signos de envenenamiento.
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Cierre de la herida completo sin signos de infección.



ANEXO 21: INFOGRAFÍA PROCESO PICADURA INSECTO



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

PICADURA DE INSECTO

- **Definición:** Las picaduras son lesiones provocadas en la piel por mordeduras, exudación de veneno y penetración en la piel de ciertos artrópodos cuando intentan extraer sangre para alimentarse o al defenderse. Estas sustancias tóxicas que actúan de manera local y/o sistémica según la etiología, la cantidad de toxina inyectada y la respuesta orgánica de la persona. Estos artrópodos pueden ser insectos o arácnidos como mosquitos, pulgas, avispas, chinches, hormigas, moscas, arañas, garrapatas, etc.

- Pueden generar una lesión caracterizada por dolor, eritema y edema por reacción al veneno, por rascado y sobreinfección o por una reacción alérgica o una anafilaxia en personas susceptibles.

- **Población adulta y pediátrica.**

Codificación CIAP:
S12 Picadura de insecto/Mordedura- Picadura Artrópodo
S73 Infestación- Picadura de la piel /Infestación- Picadura garrapata/ Infestación- Picadura pulgas.
A86 Efecto tóxico por contacto con medusa/ por veneno de avispa/ abeja / araña / oruga.

* Ver Anexo CIAP completo [aquí](#).

Valoración

Percepción/Manejo salud	Nutricional/Metabólico	Actividad/Ejercicio	Cognitivo/Perceptivo
- Estado general y clínica acompañante. - Animal o insecto causante. - Antecedentes personales de alergias y enfermedades: alteración de coagulación o cicatrización. - Historia previa de reacciones previas a picaduras. - Viajero procedente de países con enfermedades endémicas de transmisión por picadura de insectos. - Tratamiento farmacológico habitual - Estado vacunal Tétanos-difteria.	- Localización y características de la lesión: - Signos de infección: Eritema, edema, rubor, calor, induración y picor. - Puerta de entrada, extensión - Lesiones satélites. - Trayecto linfático y adenopatías regionales. - Urticaria. - Disestesia (alteración de la sensibilidad). - S/S que sugieren anafilaxia: - Afectación cutánea o mucosa: valoración de edemas en labios, lengua, úvula, cianosis por hipoxemia. - Aparición síntomas digestivos: Náuseas y/o vómitos.	- Valoración de signos vitales Tipo. - Frecuencia cardíaca (FC) - Frecuencia respiratoria. (FR) - Tensión arterial (TAS, TAD). - Saturación de Oxígeno (Sat O2). - Disnea: intensidad. - Autoescucha de sibilancias o estridor laríngeo. - Alteración de la ventilación: - Ritmo de la respiración., uso de musculatura accesoria, presencia tiraje. - Auscultación Pulmonar: Ruidos respiratorios anormales.	- Nivel de consciencia. - Dolor: - Tipo. - Localización. - Intensidad.

Plan de cuidados (I)

- Aplicar frío local, excepto en pez araña y del escorpión marino (se aplicará inmersión en agua/Suero Fisiológico caliente).
- Evitar el rascado.
- Retirar restos de animal sin frotar. Extraer el insecto o aguijón con cuidado de no apretar y exprimir más veneno hacia dentro de la piel.
- Retirar anillos, pulseras, relojes o cualquier otro objeto que pueda comprimir tras la inflamación.
- Lavar con agua y jabón o suero fisiológico. Mantener la zona de la picadura seca.
- De existir ampollas o vesículas, éstas no deben de romperse.
- Desinfección local con Clorhexidina c/6-8h.
- Elevar la zona afecta, si es posible, e inmovilizarla si es necesario, reposando durante algunas horas.
- Evitar exposición al sol.
- Medidas de soporte en caso de inestabilidad por afectación sistémica:
 - Monitorización Electrocardiográfica.
 - Monitorización de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O2.
 - Si precisa: administración oxigenoterapia.
 - Canalización vía periférica y perfusión de fluidoterapia, si precisa.
- Considerar posible alergia a heminópteros.
- Considerar posibles picaduras por vectores de enfermedades endémicas.
- Profilaxis Antitetánica o Gammaglobulina, si es necesario, según tabla del *Calendario de vacunación para toda la vida*, de la Dirección General de salud Pública.

Guía de Intervención

Extracción de garrapata

- La extracción se realiza con unas pinzas de punta fina o una herramienta especializada de extracción de garrapatas.
- Sujetar con suavidad la garrapata lo más cerca posible de la piel y tire en un ángulo de 90º con respecto a la superficie de la piel, con un movimiento constante, levantando la piel.
- Pueden ser necesarios varios de trones suaves y constantes antes de que la garrapata se desprenda de la piel.
- No tirar con fuerza ni aplicar e mucha presión; puede romper la cabeza de la garrapata, dejando la cabeza o las mandíbulas incrustadas en la piel.
- No se aconsejan utilizar productos para la extracción (aceites, alcohol, vaselina, gasolina, etc) ni utilizar otros métodos como el calor. Estos métodos estresan al animal, pudiendo inocular más cantidad de material infeccioso al paciente, por lo que es muy controvertido.

Técnica de extracción de una garrapata.

Tratamiento farmacológico

Si dolor, analgesia:

- Paracetamol vía oral:**
 - Adultos: 500mg/650 mg cada 6-8 horas, hasta mejoría del dolor.
 - Niños: 15 mg/kg/ dosis cada 6-8 horas o 10 mg/kg cada 4 horas, hasta mejoría del dolor.
- AINE:**
 - Adultos: Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas, hasta mejoría del dolor. Max. 7-10 días.
 - Niños: Ibuprofeno 20-30 mg/kg/día cada 6-8h. (si > 6 meses, dosis máxima diaria: 40 mg por kg de peso), hasta mejoría de la sintomatología. Max. 7-10 días (Si alergia o intolerancia a AINE, embarazo o lactancia materna, diagnóstico de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardiovascular o en caso de toma de anticoagulantes: Paracetamol vía oral).

Si signos de infección con extensión localizada, antibiótico tópico:

- Mupirocina crema (PNF):** aplicar una capa ligera cada 8 horas. 3-5 días (máximo a 7-10 días).

Si inflamación, corticoides tópicos. Uso máximo 2 semanas. Fina capa sobre herida, evitar lesión. No exponer al sol.

- Aceponato de metilpredisolona 0.1% (PNF),** Cada 12h.
- Beclometasona 0.025 % (PNF),** cada 12h.

En pediatría los más usados de potencia intermedia:

- Hidrocortisona al 1% (PNF):** propionato butirato acetato (Dermosa hidrocortisona pomada 1%)

Si prurito intenso:

- Loratadina vía oral:**
 - Adolescentes desde 12 años y adultos: 10 mg 1 compr -1 vez al día.
 - Niños de 6 a 12 años*, dosis en función del peso:
 - > 30 kg: 10 mg 1 compr- 1 vez al día.
 - < 30 kg: 5 mg. ½ compr- 1 vez al día

*Si se precisa otra presentación para menores de 6 años o con peso corporal de 30 kg o menos:
- Loratadina 1 mg/ml solución suspensión oral (PNF)
*La utilización en niños menores de 6 años se realizará únicamente bajo supervisión médica.
*No se recomienda la Loratadina en menores de 2 años.

- Desloratadina** vía oral:**
 - Adolescentes desde 12 años y adultos: Desloratadina 5 mg (con película) 1 compr -1 vez al día.

**No se recomienda la Desloratadina 5 mg compr. en menores de 12 años.
**Si se precisa otra presentación:
- Desloratadina*** 0.5 mg/ml solución suspensión oral (PNF)

- Niños de 1 a 5 años: 2,5 ml (1,25 mg) de Desloratadina solución oral una vez al día.
- Niños de 6 a 11 años: 5 ml (2,5 mg) de Desloratadina solución oral una vez al día.

***No se ha establecido la seguridad y eficacia de desloratadina 0,5 mg/ml solución oral en niños menores de 1 año de edad.

Si sospecha de anafilaxia:

- Adrenalina intramuscular 0.01 mg/kg (PNF)** (0.01 ml/kg de adrenalina sin diluir (1:1.000 = 1 mg/ml), máx. 0.5 ml, en la cara anterolateral del muslo.



Gerencia Asistencial
de Atención Primaria
CONSEJERÍA DE SANIDAD

ATENCIÓN A LA DEMANDA: APADE

Atención a procesos agudos de demanda en las consultas de enfermería de Atención Primaria

PICADURA DE INSECTO

Plan de cuidados (II)

Diagnósticos

- 00004 Riesgo de infección
- 00132 Dolor agudo
- 00044 Deterioro de la integridad tisular
- 00205 Riesgo de Shock (No en APM)
- 00148 Temor

Resultados

- Detección del riesgo
- Control de síntomas
- Severidad de la infección
- Conocimiento: control de la infección
- Nivel del dolor
- Conocimiento: manejo del dolor
- Control del dolor
- Dolor: efectos nocivos
- Estado de los signos vitales
- Estado Neurológico
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- Curación de la herida: por segunda intención.
- Autocontrol del miedo
- Nivel de miedo

Intervenciones

- Control de infecciones
- Protección contra las infecciones
- Identificación de riesgos
- Manejo del Dolor
- Cuidado de las heridas
- Irrigación de heridas
- Aplicación de frío o calor
- Cuidados de la piel: tratamiento tópico
- Manejo de los signos vitales
- Vigilancia de la piel
- Administración de medicación: oral
- Administración de medicación: tópica
- Manejo de la medicación
- Prescribir medicación.
- Apoyo emocional
- Apoyo en la toma de decisiones
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- Intervención en caso de crisis.
- Mejorar el afrontamiento

*Se destacan NANDA, NOC y NIC más relevantes

Propuesta NIC en caso de persona con dependencia:

- Rendimiento del cuidador principal.
- Funcionamiento de la familia.

Criterios de derivación

- Si datos de reacción **alérgica moderada/grave**.
 - **Cutáneas**: prurito, urticaria, angioedema
 - **Cardiovasculares**: hipotensión, taquicardia, shock.
 - **Digestivas**: Náuseas, vómitos, diarrea.
 - **Respiratorias**: edema laríngeo, broncoespasmo
- Si **inestabilidad hemodinámica**.
- Si **embarazadas y/o con lactancia** en caso de precisar tratamiento farmacológico o si picadura de garrapata.
- Si **fiebre** u otros signos/síntomas que hagan sospechar de **celulitis** o **infección importante** (precisa antibiótico oral).
- Si requiere ajuste **dosis de fármacos** por **insuficiencia renal y/o hepática**.
- Si el tratamiento sintomático requiriese **administración de medicación específica**, tipo: anestésico local, miorelajante y/o corticoide oral.
- Si impresiona de **alergia a himenópteros** no conocida (abeja, avispa, abejorro).
- Si se considera que el insecto pudiera ser **vector de una enfermedad** (garrapata, mosquito).
- A criterio de la enfermera.

Cierre de proceso

- Mejoría de los síntomas con control del riesgo de anafilaxia.
- Finalización del proceso con educación sanitaria.
- Información de criterios de necesidad de valoración sanitaria.



COORDINACIÓN, AUTORÍA Y REVISIÓN DE PROYECTO

RESPONSABLES DE PROYECTO

Responsables del Proyecto	
Juan Antonio Sarrión Bravo.	Responsable del Proyecto. Director Técnico de Integración y Control de Proyectos. GAAP.
Aurora Barbera Martín.	Responsable técnica del Proyecto. Técnico del Área Procesos y Calidad. GAAP.
Ana Belén Ramírez Puerta	Responsable técnica del Proyecto. Técnico de la Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos. GAAP.
Jose María Santamaría García	Coordinación técnica. Enfermero de At. Primaria.

AUTORES

Autoría	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 1	Alcázar González, M ^a Luisa	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 1	Bayón Cabeza, Marianela	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 1	Cañada Dorado, Asunción	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 1	Garzón González, Gerardo	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 1	Magán Tapia, Purificación	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 1	Álvarez Domingo, Margarita	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería.
GDE 1	Arenas González, Sonia	Medico Familia y Comunitaria. Directora CS
GDE 1	Ávila de Tomás, Francisco	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Barras Bermejo, M ^a José	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Bezós Varela, Ana Isabel	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Blond Arredondo, Blanca	Medico Familia y Comunitaria. Directora CS
GDE 1	Bravo Navajón, Ángela	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Bravo Rodríguez, Jesús	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería
GDE 1	Caballero Encinar, Noelia	Medico Familia y Comunitaria.

Autoría	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 1	Carrasco Sanz, Ángel.	Pediatra Atención Primaria.
GDE 1	Castelo Jurado, Marta	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Collados Navas, Raquel	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	De Felipe Medina, Ricardo	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Del Saz Garrido, Pilar	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Díaz Revilla, Alicia	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Góngora Maldonado, Francisco	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería
GDE 1	González Fernández, Cristina	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Hernández Castilla, Esther	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Hernández Verónica	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Herrero Yusta, Susana	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Hidalgo García, Ana	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Hidalgo García, Carmen	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Jurado Sueiro, Montserrat	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	López Zarda, Raquel	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería
GDE 1	Lubián Blanco, Pilar	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería
GDE 1	Ñíguez Baños, Natalia	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Onecha González, Elena	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Ortas González, Margarita	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Otelza Caballero, Irene	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Pazos Paz, Beatriz	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Porta López Acevedo, Marta	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Rubio García, Gemma	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Ruiz Rodríguez, Mar	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Sánchez Lasheras, Teresa	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Sánchez Sempere, Ana M ^a	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Santos Alcón, Carlos	Enfermera de At. Primaria
GDE 1	Sobrado de Vicente Tutor, Ana M ^a	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1	Valero López, Iván	Medico Familia y Comunitaria. Director CS
GDE 1	Vicente Sánchez, Gema	Especialista Salud Pública y Preventiva.
GDE 1	Yanes Baonza, Mónica	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 2	Álvarez Hermida, Ángeles Beatriz	Enfermera de At. Primaria.
GDE 2	Muñoz Balsa , Marcos	Técnico Apoyo de la Dirección Técnica Sistemas Información.
GDE 2	Villanueva Sanz, Cristina	Enfermera de At. Primaria.
GDE 1 y 2	de la Huerga Fernández Bofill, Teresa	Enfermera de At. Primaria.
GDE 1 y 2	Páez Ramos, Sandra	Medico Familia y Comunitaria.
GDE 1 y 2	Pensado Freire, Higinio	Enfermero de At. Primaria.
GDE 1 y 2	Sanz García, Óscar	Enfermero de At. Primaria.

Autoría	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Barbera Martín, Aurora.	Técnico del Área Procesos y Calidad. GAAP.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Fernandez Batalla, Marta	Enfermera de At. Primaria.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	González Aguiña, Alexandra	Enfermera de At. Hospitalaria.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Gonzalo de Diego, Blanca	Enfermera de At. Primaria.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Herrero Jaén, Sara	Enfermera de At. Primaria.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Monsalvo San Macario, Enrique	Enfermero de At. Primaria.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Ramírez Puerta, Ana Belén	Técnico de la Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos. GAAP.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Santamaría García, Jose María	Enfermero de At. Primaria.
GDE 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Camarero Shelly, Margarita	Enfermera de At. Primaria.
GDE 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	del Puerto Claros, Almudena	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Este
Adaptación procesos a población pediátrica.	Gutierrez Rodriguez, Mar	Enfermera de At. Primaria.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Márquez Rivera, María	Pediatra Atención Primaria.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Martin Peinador, Yolanda	Pediatra Atención Primaria. Referente Pediatría GAAP.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Prieto Barranco, Daniel	Enfermero de At. Primaria.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Roy Zafra, Rut.	Enfermera de At. Primaria. Responsable de Enfermería
Adaptación procesos a población pediátrica.	Fernandez-Cuesta Valcarce, Miguel Angel	Pediatra Atención Primaria.

REVISORES

Revisión	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 1	Abad Schilling, Clara	Presidenta 2021. Sociedad madrileña de medicina familiar y comunitaria. SoMaMFyC.
GDE 1	Alonso Saavedra, Miguel Ángel	Farmacéutica de AP. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Este
GDE 1	Antón Barca, Cristina	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Centro
GDE 1	Araújo Narváez, Aurora	Decana Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.
GDE 1	Aréjula Torres, Jose Luis	Técnico de la Dirección Técnica de Sistemas de Información. GAAP.
GDE 1	Arnal Selfa, Rosa	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Norte
GDE 1	Barba Calderón, Margarita	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Centro
GDE 1	Cárdenas Valladolid, Juan	Técnico de la Dirección Técnica de Sistemas de Información. GAAP.
GDE 1	Cubero Muñoz, Aranzazu	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sureste
GDE 1	del Puerto Claros, Almudena	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Este
GDE 1	Escudero Villaplana, Belén	Farmacéutica de AP. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Oeste
GDE 1	Fernández Díaz, M ^a Carmen	Técnico de Área de Docencia e Investigación. GAAP
GDE 1	Martínez Machuca, Sonia	Gerente Asistencial Atención Primaria. 2021
GDE 1	Martínez Muñoz, Lourdes	Gerente de Cuidados de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. 2021
GDE 1	Medina Cuenca, Pedro	Director Asistencial Médico. Dirección Asistencial Norte
GDE 1	Montero San Millán, Raquel	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Noroeste
GDE 1	Pozuelo González, Carolina	Farmacéutica de AP. Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Centro
GDE 1	Sanz Bayona, Maria Teresa	Responsable Centros. Dirección Asistencial Oeste
GDE 1	Villar Varela, Maria Teresa	Vicepresidenta Asociación de matronas de Madrid AMM.
GDE 2	Conejos Miquel, M ^a Dolores	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP

Revisión	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 2	Fernández Menéndez, Amanda	Presidenta AMPAP 2022-2024. Asociación Madrileña Pediatras de Atención Primaria.
GDE 2	Garzón González, Gerardo	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 2	Magán Tapia, Purificación	Técnico del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 2	Mediavilla Herrera, Inmaculada	Coordinadora del Área de Procesos y Calidad. GAAP
GDE 2	Quintana Morgado, Almudena	Gerente Asistencial Atención Primaria. 2022
GDE 2	Ruiz Gómez, María	Técnico de Área de Docencia e Investigación. GAAP
GDE 2	Ruiz Hombrebueno, Nuria	Técnico de la Dirección Técnica de Integración y Control de Proyectos. GAAP.
GDE 2	Sainz Maza, Mauricio	Unidad de Apoyo técnico. Dirección Técnica Sistemas Información. GAAP.
GDE 1 y 2.	Calvo Mayordomo, M ^a Jesús	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Sureste
GDE 1 y 2.	Escrivá de Romani, Blanca	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Oeste
GDE 1 y 2.	Rodríguez Hervás, Francisca	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sureste
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Cedrún Lastra, Cristina	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Norte
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Fernández, Rosa María	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Este
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Fernández García Navas, M ^a Carmen	Responsable de Centros. Dirección Asistencial Sur
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Ferradal García. M ^a Inmaculada	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Sur
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Holgado Catalán, María Soledad	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Noroeste
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Izquierdo Palomares, Jose Manuel	Jefe de Servicio. S ^o Farmacia de la GAAP.
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	López Palacios, Sonia	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Centro
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Martin Iglesias, Susana	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Oeste

Revisión	Nombre y Apellidos	Categoría y Centro de Trabajo
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Quevedo Rivera , Julia Inés	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Este
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Sierra Ortega, Andrea	Enfermero Especialista. Sociedad Científica Madrileña del Cuidado (SoCMaC)
GDE 1 y 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Vitores Picón, M ^a Paz	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sur
GDE 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Cano Pérez, Dolores	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Norte
GDE 2, Adaptación procesos a población pediátrica.	Ochandorena Juanena, Maria Soledad	Directora Asistencial Enfermera. Dirección Asistencial Noroeste
Adaptación procesos a población pediátrica.	Abad Schilling, Clara	Directora Asistencial Médico. Dirección Asistencial Sureste
Adaptación procesos a población pediátrica.	Azcutia Gómez, M ^a Rosario	Gerente Asistencial Atención Primaria. 2024
Adaptación procesos a población pediátrica.	Cabezas Tapia, M ^a Elena	Presidenta. AMPAP 2024-2026. Asociación Madrileña Pediatras de Atención Primaria.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Carpizo González, Cristina	Responsable Centros. Dirección Asistencial Oeste
Adaptación procesos a población pediátrica.	Carretero Julián, Laura	Responsable Centros. Dirección Asistencial Norte
Adaptación procesos a población pediátrica.	Cotillas Rodero, Alberto	Presidente 2024 Sociedad madrileña de medicina familiar y comunitaria. SoMaMFyC.
Adaptación procesos a población pediátrica.	Fernández Plaza, Sandra	Responsable Centros. Dirección Asistencial Noroeste
Adaptación procesos a población pediátrica.	Martín Hernández, María José	Responsable Centros. Dirección Asistencial Sur
Adaptación procesos a población pediátrica.	Peláez Raposo, Belén	Responsable Centros. Dirección Asistencial Sureste
Adaptación procesos a población pediátrica.	Sánchez Perales, Fernando	Presidente. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. SPMYCM.