



CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION INMEDIATA EN PROCESOS AGUDOS (CARE)

GUIA DE PROTOCOLOS

SERVICIO ARAGONES DE SALUD
2020

CONSULTA DE ENFERMERIA DE ATENCION INMEDIATA EN PROCESOS AGUDOS (CARE)

GUIA DE PROTOCOLOS

Edita: Gobierno de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Depósito Legal: Z 544-2021

ISBN: 978-84-09-28277-7



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Coordinadora

Carmen Chaverri Alamán

Autores

José María Abad Díaz

María Victoria Almajano Navarro

Ana María Calvo Gascón

Eva Chaverri Alamán

María Soledad Corbacho Malo

María Luz Lou Alcaine

Javier Marzo Arana

Ana Teresa Monclús Muro

Oscar Navarro Vitalla

María Dolores Llorens Palanca

Concepción Pueyo Enrique

María Carmen Rebollo Pina

Colaboradores

María Pilar Albás Martínez

Javier Ania Melon

Belén Ayudan Peirón

Guillermo Bernués Sanz

Leonardo Vladimir Colón Liriano

Rosa María Espier Llorens

Pilar Forniés Lacosta

María Goretti Lordán Ibarz

Silvia Lozano Alonso

Adoración Noguero Carrera

Aránzazu Pueyo Acín

Juan Manuel Vidaller Borrás

INTRODUCCION	1
DESARROLLO DE LOS PROTOCOLOS	2
ALGORITMO DE ACTUACION	4
PROTOCOLOS	
1.- Afta bucal	
Conceptos básicos.....	6
Pautas de actuación.....	14
2.- Anticoncepción de Emergencia (AE)	
Conceptos básicos.....	17
Pautas de actuación.....	30
3.- Cólico del lactante	
Conceptos básicos.....	33
Pautas de actuación.....	40
4.- Cuidados del ombligo	
Conceptos básicos.....	43
Pautas de actuación.....	46
5.- Dermatitis atópica	
Conceptos básicos.....	50
Pautas de actuación.....	58
6.- Dermatitis del pañal no complicada	
Conceptos básicos.....	61
Pautas de actuación.....	69
7.- Diarrea aguda	
Conceptos básicos.....	71
Pautas de actuación.....	84
8.- Epistaxis	
Conceptos básicos.....	88
Pautas de actuación.....	98
9.- Heridas agudas	
Conceptos básicos.....	103
Pautas de actuación.....	120
10.- Molestias en la micción	
Conceptos básicos.....	124
Pautas de actuación.....	130
11.- Orzuelo	
Conceptos básicos.....	133
Pautas de actuación.....	137
12.- Paroniquia	
Conceptos básicos.....	140
Pautas de actuación.....	145
13.- Quemaduras	
Conceptos básicos.....	149
Pautas de actuación.....	164
INTERVENCIONES GENERALES COMUNES EN TODOS LOS CASOS	170
BIBLIOGRAFIA	172

INTRODUCCIÓN

En las diferentes CCAA y en otros países, los profesionales de enfermería han tomado iniciativas encaminadas a potenciar el papel de las enfermeras en la atención a problemas agudos con el objetivo de convertirse en la puerta de entrada al sistema sanitario y también para dar respuesta a gran parte de las demandas de cuidados de la población. Este proyecto se plantea ante la necesidad de adaptar la actividad y la capacidad de resolución de la enfermera de Atención Primaria a estas demandas y aumentar la eficiencia y sostenibilidad del sistema.

Desde la Dirección General de Asistencia Sanitaria, con la voluntad de mejorar la accesibilidad de la población al sistema, mejorar la calidad en la atención y optimizar los recursos, se ha elaborado esta guía de protocolos para la consulta de enfermería de atención inmediata en procesos agudos con el consenso de todos los profesionales del equipo.

En la práctica clínica se han identificado necesidades de cuidados y problemas de salud que por su trascendencia, la eficacia de la solución y la factibilidad de la intervención, se pueden abordar en la Consulta de Enfermería a demanda y en un entorno colaborativo con el médico de familia. Con estos criterios se han seleccionado determinados problemas agudos de complejidad leve que precisan una atención indemorable. Para cada problema de salud se ha desarrollado un protocolo como método explicitado, objetivo y reproducible y que, por otra parte, la mayoría de enfermeras que trabajan en Atención Primaria resuelven en la práctica diaria.

Los protocolos se basan en la documentación publicada más relevante y a su vez, son herramientas útiles en la práctica asistencial que facilitan solucionar problemas de salud y necesidades de cuidados que demanda el usuario. Permiten mejorar la calidad en la atención y la satisfacción del paciente.

Para el desarrollo de los protocolos se ha considerado que todos ellos sean un procedimiento estandarizado frente a determinados problemas previamente consensuados y aceptados por los profesionales que atienden a la población en el ámbito de Atención Primaria. Las pautas a seguir son coherentes con el registro en Historia Clínica Electrónica.

Es necesario destacar que el protocolo es una estructura con un método establecido pero que en ningún caso puede interpretarse como un procedimiento rígido ni cerrado que limite la capacidad del profesional. El objetivo es siempre mejorar la calidad asistencial considerada de forma individualizada.

Este proyecto también debe favorecer la colaboración e implicación de todos los profesionales (sanitarios y no sanitarios) que intervienen en el proceso asistencial.

Los problemas de salud seleccionados, considerando que precisan una intervención inmediata, se atienden directamente en esta Consulta de Enfermería en un horario determinado por el centro. La enfermera/o, después de hacer la valoración focalizada e individualizada, puede dar al usuario el régimen terapéutico que precisa (curas, educación sanitaria, fármaco...) y si es necesario puede citarlo para que se realice el seguimiento correspondiente. Si el problema de salud lo requiere, la enfermera/o dirige la demanda a otros profesionales del equipo (médico de familia, matrona, pediatra...) en un ámbito colaborativo.

Este documento está abierto a las aportaciones de los profesionales de enfermería del equipo de AP que consideren incorporar al mismo otros problemas de salud.

DESARROLLO DE LOS PROTOCOLOS

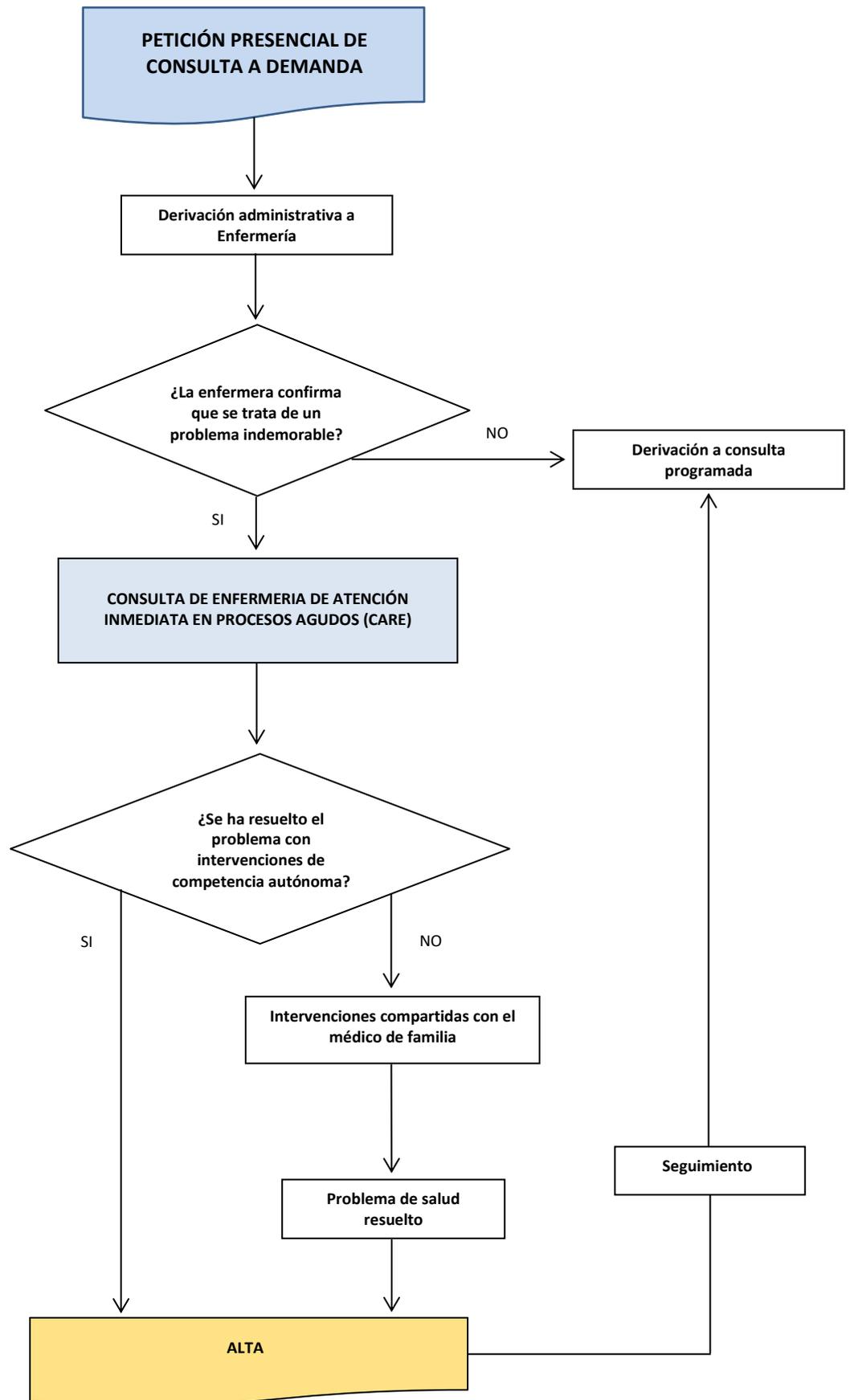
Los problemas de salud que se han identificado pueden ser atendidos de forma autónoma por los profesionales de enfermería, y cuando las necesidades para su resolución lo requieran, las intervenciones serán compartidas con otros profesionales del equipo de AP.

En cada protocolo se han considerado dos apartados principales:

1. Conceptos básicos
 2. Pautas de actuación
-
1. En los **conceptos básicos** se aporta la información mínima necesaria que puede precisar el profesional de enfermería en cada protocolo. Esta información puede ser ampliada consultando la bibliografía adjunta.
Se ha realizado una búsqueda de la bibliografía más relevante para cada protocolo pero en la mayoría de los estudios los resultados son controvertidos o no concluyentes. Se han seleccionado los documentos que por su contenido aportan las pautas de actuación más aceptadas universalmente aunque tengan baja evidencia y las publicaciones más recientes.
 2. El **protocolo**, propiamente dicho, está resumido en unas pautas de actuación estructuradas para facilitar la resolución del problema de salud y agilizar el trabajo en la práctica diaria. Tras una breve definición del problema, las pautas son:
 - **Valoración focalizada del proceso:** se recoge la información necesaria de la historia clínica y de la entrevista. Se especifican los factores a valorar en cada caso.

- Identificar la **patología de riesgo y etiología más frecuente** relacionada con el proceso específico
- **Clínica asociada:** manifestaciones clínicas más frecuentes
- **Criterios de actuación autónoma:** son la guía para facilitar que el profesional de enfermería pueda resolver el problema.
- **Criterios de actuación compartida:** situaciones clínicas más frecuentes en las que es necesario resolver el problema de salud en un entorno colaborativo
- **Gestión de cuidados:** se han seleccionado las **Intervenciones NIC (Nursing interventions Classification) y actividades** específicas de cuidados a realizar por el profesional de enfermería en cada proceso
- **Técnicas** que realiza el profesional en cada caso
- **Criterios de revisión y consulta programada:** pautas de seguimiento y control del problema en la consulta programada.
- **Intervenciones NIC generales,** comunes en todos los casos.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN



PROTOCOLOS

Definición

Son lesiones benignas que afectan el epitelio de la mucosa oral, de tipo vesículo-ulceroso, no queratinizadas, que conllevan una pérdida de sustancia de la mucosa y que son inicialmente necróticas, dolorosas y recidivantes.

Son muy prevalentes en la población, aparecen de forma esporádica y es difícil identificar la etiología por lo que son consideradas como una patología que requiere únicamente de la **ayuda y consejo del profesional para aliviar su sintomatología y/o acelerar su curación.**

Sintomatología

Son muy molestas para el paciente pero suelen ser de carácter benigno y en la mayoría de los casos no presentan complicaciones clínicas relevantes.

- Pueden aparecer como lesiones únicas, aisladas temporal y físicamente, o como lesiones múltiples de pequeño tamaño que pueden llegar a confluír dando lugar a una llaga de mayor tamaño y bordes irregulares.
- Las lesiones aftosas son redondeadas u ovals, con bordes bien definidos y elevados en forma de cráter, localizadas sobre una base inflamatorio-eritematosa. La exudación de fibrina en la zona lesionada es la responsable del color blancogrisáceo o amarillento característico del área central del afta. Su evolución es centrífuga, lo que implica que la úlcera **aumenta de tamaño hasta alcanzar un diámetro máximo en un plazo variable de 24 horas a una semana.**
- **Remiten normalmente a los 7 - 14 días de evolución**, de forma espontánea y sin dejar cicatrices, excepto si la lesión o lesiones son resultado de un proceso crónico o se ha producido una sobreinfección de la lesión original. La fase de cicatrización dependerá del tamaño de la lesión y de la existencia o no de complicaciones.
- El síntoma más característico es el **dolor localizado**, aunque en las formas más severas también **puede aparecer fiebre, ganglios inflamados y malestar general.**
- Presentan localización superficial y aparecen en la mucosa bucal móvil: superficie interna de las mejillas y labios, bordes y dorso de la lengua, paladar blando y base de las encías.

- Impactan negativamente sobre la calidad de vida del paciente por el **alto grado de dolor y discomfort** que generan en el desarrollo normal de la actividad cotidiana (hablar, comer, beber o bostezar).

Evolución

- **FASE PRODRÓMICA**

La aparición del afta va precedida por una sensación de **escozor, picor y/o hormigueo** en la zona afectada que evoluciona en pocas horas (12 - 36) a una mancha o protuberancia indurada y de color rojizo que acaba finalmente ulcerándose. La identificación rápida de estos signos permite establecer un tratamiento precoz que revierta o al menos minimice la aparición de la ulceración.

- **PERIODO VESICULOSO**

El afta presenta un diámetro de 2 a 5 mm y elevación del epitelio que recubre un punto amarillento rodeado por un halo eritematoso y pasados 2-3 días aparece una cierta opacidad.

- **PERIODO ULCEROSO**

Ocurre tras el desgarro del techo epitelial. El fondo presenta detritus celulares y fibrina e infiltrado de neutrófilos en los márgenes y en profundidad. A su vez, el tejido de granulación va rellenando el fondo y la mucosa que rodea la vesícula se hunde. Es un **periodo muy doloroso**, durante el cual los pacientes refieren sensación de quemazón, dificultad en masticación, deglución e incluso en la fonación. **Pueden darse linfadenitis regionales.**

- **PERIODO DE CICATRIZACIÓN**

La úlcera se limpia y reepiteliza sin dejar cicatriz.

Formas clínicas

1. AFTAS MENORES (no complicadas)

- Las aftas menores (afta minor o menor de Mikulicz) son, las que presentan una mayor incidencia, el 75-85% de los casos.
- Se manifiestan en forma de pequeñas úlceras localizadas en las zonas no queratinizadas de la mucosa bucal: bordes de la lengua, el suelo bucal y la mucosa interna de los labios y mejillas son las zonas que suelen presentar mayor afectación.

- En un mismo episodio pueden aparecer de una a cinco lesiones de carácter leve, en una única localización o en varias zonas de la boca. Su forma es oval o redondeada y su tamaño no suele superar los 10 mm de diámetro, aunque lo normal es que su tamaño medio sea de 2-5 mm.

Evolución: se inicia con una ligera sensación de quemazón o picor, localizada en una zona levemente nodulada y de coloración anormalmente rosada. En poco tiempo aparece una úlcera con pérdida de sustancia superficial. Estas úlceras son poco profundas y presentan un fondo blanco-amarillento, cuyos bordes poco elevados y turgentes están ligeramente indurados. Un halo eritematoso rodea la lesión, que se extiende más allá de lo que es la zona erosionada.



AFTA MENOR

- Suelen resolverse por sí mismas en períodos que oscilan de una a dos semanas sin dejar ningún tipo de cicatriz. Sin embargo, desde su inicio hasta su cicatrización generan un dolor agudo intenso que se irradia a las zonas anexas y que se intensifica al hablar; masticar o comer (especialmente los alimentos de carácter ácido y/o picante).

2. AFTAS MAYORES

- (Afta mayor de Sutton): se presentan tanto aisladas como múltiples.
- Presentar un gran tamaño, superior a los 10 mm de diámetro con bordes irregulares, son más profundas y destructivas que las menores y el dolor es muy intenso.
- Pasa por varios estadios: un primer estadio nodular, un segundo estadio ulceroso y un tercer y último estadio cicatricial ya que las úlceras curan dejando cicatrices de carácter fibroso y retráctil. Son aproximadamente el 10 al 15% de los casos.



AFTA MAYOR

- En ellas el tejido conectivo se ve comprometido, existen lesiones en los vasos sanguíneos que irrigan la zona, por lo cual se aprecia un fondo hemorrágico en la ulceración y en

muchos casos están acompañadas de adenopatías. Estas aftas son capaces de permanecer en esta fase durante un período de tiempo superior a una semana en prácticamente todos los casos, llegando a permanecer activas durante semanas e incluso meses.

- Tras su remisión, suele observarse una cicatriz en la zona afectada y la mucosa hipocrómica y con fibrosis superficial. Se localizan mayoritariamente en labios, lengua, faringe, paladar y zona interna de las mejillas.
- A veces el proceso inicial se acompaña con fiebre, disfagia y malestar general.

3. ESTOMATITIS AFTOSA RECURRENTE (HERPETIFORME DE COOKE)

- Constituyen sólo el 5-10% de los casos.
- Aparecen múltiples (de 5 a 100) y pequeñas aftas (1-3 mm), redondas y dolorosas, agrupadas en racimos y localizadas en cualquier parte de la cavidad bucal; sin embargo, presentan tendencia a unirse formando úlceras mayores y de morfología irregular.
- Tienen sólo de 2 a 4 recurrencias por año (aftosis simple).
- A veces presentan una actividad continua desarrollando lesiones nuevas al cicatrizar las antiguas o con úlceras asociadas a enfermedades sistémicas (aftosis compleja).
- No son originadas por el virus del herpes, sino que responden a otra casuística que conduce a su desarrollo.



ESTOMATITIS AFTOSA
RECURRENTE

Etiología

- Las aftas son de **etiología multifactorial**, concurren una serie de factores predisponentes endógenos cuyas manifestaciones agudas se deben a la confluencia de esos factores con otros agentes desencadenantes o precipitantes exógenos:
 - Factores genéticos e inmunológicos
 - Factores de origen infeccioso, vírico o bacteriano
 - Erosiones y traumatismos repetitivos (limpieza dental agresiva, ortodoncias, dentaduras mal adaptadas, mordiscos, mala oclusión dentaria...)
 - Hipersensibilidad a determinados alimentos, conservantes o aditivos alimentarios (nueces, avellanas, marisco, queso, chocolate, vinagre, mostaza, leche, trigo, soja, piña, limón,...)

- Reacciones adversas a ciertos fármacos: corticosteroides, inmunosupresores, antineoplásicos, antiinflamatorios no esteroídicos, antiinfecciosos,...
- Alteraciones psicológicas (estrés, depresión, ansiedad, situaciones de elevada tensión emocional,...)
- Alteraciones hormonales relacionadas con el ciclo menstrual femenino
- Carencias nutricionales: un déficit de hierro, zinc, vitamina B12 y ácido fólico
- Alteraciones digestivas o manifestaciones de otras enfermedades: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad celíaca, enfermedad de Behcet, candidiasis, inmunodeficiencias,...

Diagnóstico

- El diagnóstico correcto es crucial para poder instaurar el tratamiento más efectivo y adecuado al tipo de ulceración. La **diferenciación y caracterización de las lesiones** clínicas es el punto de partida para poder realizar un diagnóstico diferencial, apoyándose en exámenes de laboratorio y estudios histopatológicos si fuera necesario.
- En la **consulta CARE** normalmente se tratan las **aftas bucales menores**, no complicadas, con carácter autolimitante y cuya remisión completa no suele ser superior a una semana o 10 días. Para su resolución se requiere únicamente un **tratamiento paliativo local y la instauración de pautas de higiene bucal** que eviten la sobreinfección de las úlceras. Si se trata de aftas complicadas se deriva al médico de familia.
- Antes de recomendar cualquier tratamiento, si se tiene la sospecha de que las lesiones en la mucosa bucal puedan ser **originadas por otra patología diferente** a la propia de una estomatitis aftosa común, se debe **derivar la consulta al médico de familia** para su valoración y diagnóstico diferencial de las mismas.

Tratamiento

Uno de los síntomas más significativos de las lesiones de la mucosa bucal es el dolor y las molestias que ocasionan, por lo cual el paciente busca de forma inmediata **medidas para el alivio del dolor** que aminoren el resto de la sintomatología y acorten el curso del proceso.

- **El tratamiento indicado para las aftas bucales no complicadas** es siempre **local** y se centra en tres ejes:
 - 1.- Paliar la sintomatología: disminuir el dolor y la inflamación.
 - 2.- Favorecer el proceso de cicatrización y la regeneración de tejidos afectados.
 - 3.- Prevenir complicaciones (sobreinfección de las úlceras) y nuevos brotes.

1. PALIAR LA SINTOMATOLOGÍA: disminuir el dolor y la inflamación

- **Antiinflamatorios**

Es el tratamiento base. Su aplicación local reduce el componente inflamatorio de las erosiones orales existentes, dando lugar a una mejora rápida y eficaz de la sintomatología.

Existen diversas presentaciones en función del tipo, localización y tamaño de las úlceras: comprimidos desleíbles, geles orales, enjuagues bucales o aerosoles: Bencidamida, Carbenoxolona, Hidrocortisona, Triamcinolona, Dexametasona.

- **Anestésicos locales**

Su finalidad es reducir el dolor. Suelen formularse asociados a otros principios activos principalmente antisépticos y antiinflamatorios. Hay distintas presentaciones de forma que su aplicación resulte adecuada, tanto para tratar lesiones bien localizadas (formulaciones semisólidas bioadhesivas), como para instaurar el tratamiento en lesiones de difícil acceso cuando sean numerosas y dispersas, también para la prevención en pacientes con tendencia a desarrollar lesiones orales ulcerativas consecuencia del uso de prótesis, ortodoncias u otras situaciones similares (colutorios, soluciones orales, comprimidos desleíbles): Lidocaína, benzocaína, tetracaína.

2. FAVORECER EL PROCESO DE CICATRIZACION Y LA REGENERACION DE TEJIDOS AFECTADOS

- **Ácido hialurónico**

Es un constituyente normal del tejido conectivo gingival que interviene activamente en la función barrera, siendo por ello un elemento esencial para mantener la mucosa bucal sana. Sus propiedades antiedematosas, favorecen el alivio del dolor producido por la compresión e inflamación que el edema genera en la zona lesionada.

Su aplicación local en la lesión, además de aliviar el dolor y disminuir la inflamación, favorece y acelera la regeneración tisular así como la cicatrización natural de las lesiones ulcerosas

- **Protectores locales de la mucosa**

Su aplicación acelera el proceso de cicatrización natural de la lesión, ya que ayuda a restaurar el film protector hidrolipídico al limitar la pérdida insensible de agua y promueve la renovación celular: triésteres de glicerol oxidados.

3. PREVENIR COMPLICACIONES (SOBREINFECCION DE LAS ULCERAS) Y DE NUEVOS BROTES

- **Antisépticos bucales tópicos**

Su finalidad principal radica en disminuir la posibilidad de sobreinfección de las úlceras bucales ya existentes, acelerando de este modo su curación.

Las soluciones orales de uso tópico están indicadas para la realización de enjuagues bucales y/o gargarismos. Se recomienda utilizarlo de 2 a 3 veces/día, preferiblemente tras las comidas. Sin embargo, las formas semi-sólidas incluyen el agente antiséptico a dosis más altas, siendo su modo de aplicación variable en función del excipiente utilizado.

Cuando la aparición de aftas esté condicionada por el uso de prótesis dentales o aparatos de ortodoncia, antes de su uso se recomienda sumergir las prótesis durante dos minutos en un colutorio o una solución diluida con agente antiséptico.

Clorhexidina clorhidrato, Hexetidina, Povidona yodada, Benzalconio cloruro, Borato sódico.

- **Antibióticos**

Su administración en forma de solución al 2,5% para la realización de enjuagues bucales suele dar buenos resultados en los casos de estomatitis aftosa recurrente y de úlceras bucales severas de tamaño superior a 1 cm.

Su uso no se recomienda en niños que aún no hayan cambiado las piezas dentales o que se hallen en proceso de hacerlo, ya que la tetraciclina provoca una decoloración permanente en los dientes en formación.

- **Analgésicos orales**

Son los fármacos de elección por su efectividad, buena tolerancia, los infrecuentes efectos adversos y la amplia aceptación por parte del paciente: Ibuprofeno y Paracetamol.

4. MEDIDAS HIGIENICAS GENERALES

Todos los tratamientos requieren que se practiquen **antes, durante y tras la intervención** unas medidas higiénicas generales que permitan que la efectividad terapéutica del tratamiento instaurado no se vea mermada.

- **Lavarse cuidadosamente las manos** antes de manipular la zona afectada para minimizar sobreinfecciones o propagación de las lesiones.

- **Limpiar la mucosa bucal afectada** mediante enjuagues para eliminar cualquier residuo que hubiera en la cavidad bucal y que pudiera interferir con la medicación o favorecer el crecimiento de la flora oral
- Para la aplicación tópica de un fármaco, usar siempre que sea posible **aplicadores o torundas de un solo uso y evitar la ingesta de alimentos y/o bebidas hasta pasado un cierto tiempo** desde la aplicación del fármaco para evitar su arrastre de la zona a tratar.

FARMACOS	
DISMINUCION DEL DOLOR Y LA INFLAMACION	
<ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios 	<ul style="list-style-type: none"> - Bencidamida, - Carbenoxolona, - Hidrocortisona, - Triamcinolona, - Dexametasona
<ul style="list-style-type: none"> • Anestésicos locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Lidocaína, - Benzocaína - Tetracaína
FAVORECER LA CICATRIZACIÓN Y REGENERACIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> • Ácido hialurónico 	
<ul style="list-style-type: none"> • Protectores locales de la mucosa 	<ul style="list-style-type: none"> - Triésteres de glicerol oxidados
PREVENCION DE COMPLICACIONES Y NUEVOS BROTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Antisépticos bucales tópicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Clorhexidina clorhidrato - Hexetidina - povidona yodada - Benzalconio cloruro - Borato sódico
<ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos orales 	<ul style="list-style-type: none"> - Ibuprofeno, Paracetamol

1. Afta bucal

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Un afta es una úlcera o llaga abierta y dolorosa en la boca. Las aftas son de color blanco o amarillo y están rodeadas por un área roja y brillante.

Suelen ser de carácter benigno y no es habitual que presenten complicaciones. Su aparición viene precedida por una sensación de escozor, picor y/o hormigueo en la zona afectada que evoluciona en pocas horas (12 - 36) a una mancha o protuberancia indurada y de color rojizo que acaba finalmente ulcerándose.

El síntoma más característico es el dolor localizado, aunque en las formas más severas también puede aparecer fiebre, ganglios inflamados y malestar general.

Valoración focalizada

- Medicación habitual
- Hábitos tóxicos
- Alergias
- Embarazo/ lactancia
- *Patología de riesgo y etiología
- *Clínica asociada
- Temperatura
- Afectación del estado general
- Tiempo de evolución de las aftas
- Recurrencias
- Características de la lesión: número y diámetro de las aftas, profundidad e induración
- Características del dolor (escala EVA)
- Capacidad para masticar y tragar
- Estado de la prótesis o férulas de descarga dental y mordeduras
- Lesiones fuera de la cavidad bucal
- Necesidades de cuidados

*Patología de riesgo y etiología más frecuente

- Sobreinfecciones inespecíficas
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Enfermedades de transmisión sexual,
- Patología odonto-estomatológica
- Inmunodepresión
- Alergias, intolerancia a fármacos
- Herpes
- Embarazo/Lactancia
- Hábitos tóxicos: tabaco
- Trauma por cepillado, alimentos duros, prótesis o férulas de descarga dental y mordeduras.
- Déficit vitamínicos

*Clínica asociada

- Febrícula o hipertermia
- Afectación del estado general: debilidad, cansancio
- Diarrea
- Dolor de cabeza
- Erupciones en la piel
- Lesiones fuera de la cavidad bucal
- Masas en el cuello
- Movilidad dentaria sin explicación
- Obstrucción nasal
- Adenopatías laterocervicales o submandibulares

Criterios de actuación autónoma

- Evolución inferior a 7 días
- No hay *patología de riesgo
- No hay *clínica asociada
- Escasa recurrencia (menos de 3 episodios al año)
- Una o pocas lesiones de tamaño inferior a 1cm de diámetro de fondo blanquinoso y alrededor rojo
- Dolor leve o moderado (EVA inferior o igual a 7)
- Puede comer
- Lesiones producidas por cepillado, alimentos duros, prótesis o férulas de descarga dental y mordeduras
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia

- Evolución superior a 7 días
- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *clínica asociada
- Recurrencia igual o superior a 3 episodios al año
- Múltiples lesiones de tamaño superior a 1 cm de diámetro de fondo blanquinoso y alrededor rojo.
- Dolor agudo (EVA superior a 7) que impide o dificulta la alimentación
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Otros criterios por decisión de la enfermera
- Precisa ILT
- Otros a criterio de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

Actividades

- Instruir en la evolución favorable esperada: desaparecen de forma espontánea en una o dos semanas (el tratamiento es paliativo).
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: aumento del tamaño, del dolor, de la dificultad para comer...

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/ tratamiento

Actividades

- Instruir en la técnica de aplicación de tratamiento tópico y pauta prescrita
Pauta: 4 veces al día tras las ingestas
 1. Lavado de manos
 2. Enjuague bucal para aliviar el dolor y la inflamación con Dexametasona o Lidocaína al 2%
 3. Aplicación local sobre la úlcera de Carbenoxolona 2% gel 1 aplicación cada 6h o Ac hialurónico gel (Bexident) 3-4 veces/día (cicatrizante)
 4. Tras la aplicación, no tomar alimentos sólidos ni líquidos durante 1 hora para evitar el arrastre
 5. Aplicar hielo en las aftas.
- Instruir en las medidas y técnica de higiene bucal: frecuencia del cepillado, utilizar cepillo blando sin presionar y dentífrico sin agente espumante (Biotene, Sensodyne)
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas).

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo

Actividades

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA.
- Monitorizar el estado de la boca del paciente (p. ej., labios, lengua, mucosas, dientes, encías y aparatos dentales y su ajuste), incluidas las características de las anomalías (p. ej., tamaño, color y localización de las lesiones internas o externas o de la inflamación, así como otros signos de infección)
- Enseñar a adaptar la pauta de analgesia (Paracetamol) de forma que coincida con las ingestas para prevenir el dolor y facilitar la alimentación.
- Recomendar que se eviten los alimentos picantes, salados, ácidos y secos, ásperos o duros y bebidas que puedan ser irritantes y acentúen el dolor
- Instruir en medidas dietéticas: alimentación blanda, a temperatura ambiente o fría
- Comprobar si la colocación de la prótesis o férulas de descarga dental es adecuada o si precisa alivio de la presión con almohadillas.
- Administrar la analgesia prescrita
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 2390 Prescribir medicación (Protocolo prescripción enfermera)**Actividades**

- Dexametasona o Lidocaína al 2%
- Carbenoxolona 2% gel o Ac hialurónico gel (Bexident)
- Paracetamol 500mg o 1g cada 6-8 h
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación**Actividades**

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Administración de medicación vía oral
- Administración de medicación vía tópica

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Si no mejora en 5-7 días
- Seguimiento para valorar evolución

2. Anticoncepción de Emergencia (AE) CONCEPTOS BASICOS

Definición

La AE es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo. Es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado, pero que no debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual. En el momento actual, y desde un punto de vista legal, en nuestro país, para la anticoncepción de emergencia (AE) podemos recomendar tres métodos:

- 1.- Levonorgestrel (LNG)
- 2.- Acetato de Ulipristal (AUP)
- 3.- Dispositivo Intrauterino de cobre DIU-Cu.

Se debe proporcionar a la mujer la información suficiente de las tres opciones para que pueda realizar una elección informada.

Los profesionales sanitarios deben informar a las mujeres acerca de los diferentes métodos de AE disponibles, de su eficacia, efectos adversos, interacciones medicamentosas, criterios de elección y la necesidad de una anticoncepción regular (Buena práctica clínica).

En este documento, para conocimiento del profesional, se aporta información de los tres métodos que pueden ser utilizados como AE pero en el protocolo **para la consulta CARE se abordará sólo la administración de LNG como anticoncepción postcoital. En el caso de que la mujer precise otro método (AUP o DIU), se derivará a la matrona o al médico de familia/ginecología según los criterios de derivación reflejados en el protocolo y según la disponibilidad del centro.**

Indicaciones de la AE

Está indicada en situaciones en las que hay riesgo de embarazo no deseado, como son:

- Mantener relaciones sexuales sin protección.

- Fallo del método anticonceptivo:
 - Rotura, retención, o mal uso del preservativo.
 - Incumplimiento del tratamiento: olvido de una o más píldoras anticonceptivas o ha pasado demasiado tiempo desde la toma o no ha utilizado productos barrera prescritos
 - Utilización de un fármaco que pueda disminuir su efecto (ej. inductores enzimáticos hepáticos)
 - Expulsión del diafragma, DIU o tapón cervical durante el coito
 - Retirada tardía del parche anticonceptivo o retraso en el inicio.
 - Retirada del anillo vaginal o retraso en la inserción.
 - Mal cálculo de los días fértiles
- Violación en una mujer que carezca de protección con un método anticonceptivo seguro (debe formar parte de los protocolos de actuación).

INDICACIONES DE ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA EN CASOS DE FALLO DE METODOS HORMONALES O INTRAUTERINOS		
MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE UTILIZA	SITUACION DE RIESGO	INDICACIÓN DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA
<ul style="list-style-type: none"> • Hormonal 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza método barrera complementario al inicio. • No lo utilizó desde el primer día 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo en método barrera
<ul style="list-style-type: none"> • Anticoncepción hormonal combinada (AHC) • Anticoncepción hormonal con solo gestágenos (ASGO) • Implante 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo en el uso del método barrera en mujeres en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Fallo del método barrera en 28 días siguientes al fin del tratamiento • Se debe usar DIU o • doble dosis de LNG, no AUP
<ul style="list-style-type: none"> • AHCO (no Qlaira®) 	<ul style="list-style-type: none"> • Olvido de 2 o más píldoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Si la píldora es de la primera semana
<ul style="list-style-type: none"> • ASGO 	<ul style="list-style-type: none"> • Han pasado más de 36 h de olvido 	<ul style="list-style-type: none"> • Y no uso método barrera en 48 horas siguientes
<ul style="list-style-type: none"> • Acetato de Medroxiprogesterone Depot (AMPD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Han pasado más de 14 semanas de la última inyección 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no uso método barrera

Mecanismo de acción

1. LEVONORGESTREL

- El LNG tiene una acción agonista en los receptores de progesterona. El único mecanismo de acción del que existen evidencias es la **inhibición o retraso de la ovulación**.
- Sólo son eficaces si se toman en los **primeros días después de la relación sexual (72 h)** y antes de que el óvulo sea liberado desde el ovario y de que los espermatozoides lo fecunden.
- No puede impedir la implantación de un huevo fecundado, por tanto, no es eficaz una vez iniciada la implantación y **se descarta la acción antiimplantatoria, y por tanto, abortiva**.
- **No tiene ningún efecto en el embarazo ya establecido ni produce daños en un embrión** en desarrollo. Por el contrario, la AE con LNG puede **prevenir los abortos** al reducir el número de embarazos no deseados.

2. ACETATO DE ULIPRISTAL

- El AUP es un modulador selectivo de los receptores de progesterona a los que bloquea en sus órganos diana, con efecto antagonista y agonista parcial.
- Su principal mecanismo de acción es la **inhibición de la ovulación**. Al igual que el LNG, si ya ha ocurrido la ovulación no sería efectivo por tanto, su mecanismo de acción va a depender del momento del ciclo menstrual en el que se administre. A diferencia del LNG **es efectivo aunque ya se hubiera producido la elevación de la LH** (hormona luteinizante) preovulatoria.
- El AUP es el único método de AE oral con licencia para ser usado **entre las 72 y las 120 horas** después de la relación sexual no protegida.

3. DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE

- Su mecanismo de acción fundamental se ejerce sobre el endometrio, si es usado tras la fecundación, afectará a la receptividad endometrial, tendrá un **efecto antiimplantatorio**

MECANISMOS DE ACCION DE LOS AE			
METODO	INHIBICION DE LA OVULACION	PREVENCION DE LA FERTILIZACION	PREVENCION DE LA IMPLANTACION
LNG	Solo si se administra antes pico LH	No	No
AUP	Sí, incluso en el inicio pico LH	No	Desconocido
DIU Cu	No	Si	Si

Eficacia de AE

En general hay que señalar que de los tres métodos disponibles, **el DIU sería la opción más efectiva**, aunque los dos métodos farmacológicos son considerados los más convenientes y aceptados.

El DIU se podría insertar desde un primer momento, pero si donde la mujer solicita la AE no es posible hacerlo, se dará otro método anticonceptivo y se derivará a la matrona/ginecología lo más pronto posible para insertarlo (Buena práctica clínica).

EFICACIA DE LA AE		
LNG	AUP	DIU
- No protege frente a coitos futuros	- No protege frente a coitos futuros	- Protege frente a coitos futuros
- Menos eficaz en mujeres con peso mayor a 70 Kg (IMC > 25)	- Recomendado en mujeres con IMC > 25 - Menos eficaz en mujeres con peso mayor a 95 Kg	- Recomendado en mujeres con IMC > 35
- Eficaz hasta 72 h después del coito: El 95% antes de 24 h El 85% entre 25 y 48 h El 58% entre 49 y 72 h	- Trascorridas las primeras 24 h es tres veces más eficaz que el LNG - De 0 a 72 h es 2 veces más eficaz - Hasta las primeras 120 h es eficaz en menor grado	- Alta eficacia hasta 120 h después del coito de riesgo - Ventaja: posibilidad de mantenerlo como anticoncepción a largo plazo

Criterios de elección

1.- LEVONORGESTREL

- **Indicación autorizada:** Anticonceptivo de emergencia dentro de las 72 horas siguientes a haber mantenido relaciones sexuales sin protección o al fallo de un método anticonceptivo.
- **Pauta:** Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única o fraccionado en 2 dosis de 0,75 mg cada una con un intervalo máximo de 12 **horas**, hasta 72 horas después del coito.
- **No tiene efectos teratogénos para el embrión** por lo que **no supondría un problema** en el caso de que lo tome una mujer que está **embarazada** o en el caso de que no resulte efectiva para evitar el embarazo.
- La única contraindicación que establece la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios es la hipersensibilidad al LNG o al excipiente. Al contener lactosa monohidrato, deben evitar tomar este medicamento las mujeres con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa.
- No está recomendado en mujeres con insuficiencia hepática grave.
 - Los síndromes graves de malabsorción, como la enfermedad de Crohn, pueden disminuir la eficacia.
- Se puede utilizar en cualquier momento del ciclo. No hay contraindicación para usarla varias veces en el mismo ciclo pero hay que informar de que se pueden producir alteraciones en el ciclo.
- Se puede usar también durante la lactancia materna, aunque para evitar la exposición del lactante se aconseja administrarla inmediatamente después de una toma y retrasar la siguiente toma al menos durante las 8 horas siguientes.

2.- ACETATO DE ULIPRISTAL

- No se dispone de información suficiente para conocer su toxicidad en el embarazo por lo que **debe descartarse la presencia de embarazo**.
- No debe usarse en el **asma grave** no controlada.
- No se debe usar en mujeres con **intolerancia a la galactosa**, ya vistos para el LNG, por tenerla entre sus excipientes
- Se puede excretar por la leche materna hasta 5 días tras la ingesta del AUP. Si la mujer está con **lactancia natural ésta debería evitarse en los 7 días posteriores**. Se debería promover

- que la mujer siguiera con la lactancia, que hiciera durante esa semana una extracción manual, desechando esa leche.
- No se recomienda en **la insuficiencia renal o hepática grave**.
- En el caso de que hayan transcurrido **más de 72 h** desde la relación sexual no segura y/o sea el AUP la AE de elección, se derivará a la **matrona/ginecología**.

3.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- Es el método de primera elección pero según los criterios de la OMS existen diversos **factores que pueden ser un alto riesgo** para la mujer si se le insertara un DIU de Cu como método de urgencia por lo que se derivará a la matrona/ginecología.

Interacciones medicamentosas

1.- LEVONORGESTREL

- El metabolismo del LNG aumenta con el uso concomitante de **medicamentos inductores de enzimas hepáticos**, lo que puede incrementar su metabolismo, y reducir su eficacia.
- Si se da el caso, **derivar a matrona/ginecología**

2.- ACETATO DE ULIPRISTAL

- Puede interactuar con el uso concomitante de fármacos **inductores de enzimas hepáticos** que incrementarían su metabolismo, disminuyendo su eficacia.
- En mujeres que están tomando inductores enzimáticos, **no se puede usar AUP durante el tratamiento o en los siguientes 28 días** después de finalizarlo.
- En mujeres que están tomando medicamentos **que aumentan el pH gástrico** (ej. Antiácidos), **no deben usar AUP** ya que pueden disminuir su eficacia.
- Si se ha prescrito AUP a mujeres que utilizan **anticonceptivos hormonales orales**, se debe informar a las mujeres que tienen que usar un **método adicional durante 14 días** en el caso de los combinados, excepto en Qlaira® que serían 16 días, y 9 días en las píldoras de solo gestágenos. (Buena práctica clínica).
- Si se da el caso, **derivar a matrona/ginecología**.

3.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- No hay **ninguna interacción medicamentosa** con el DIU de Cu. Se considera que es una buena opción para aquellas mujeres que estén en tratamiento con fármacos inductores enzimáticos
- En mujeres que están tomando medicamentos inductores enzimáticos, o que lo han hecho en los últimos 28 días, se les debería informar que el DIU de cobre **sería el único método** de AE que no se vería afectado
- Si se da el caso, **derivar a matrona/ginecología**.

FARMACOS INDUCTORES DE ENZIMAS HEPATICOS			
Antiepilépticos	Antibióticos	Antiretrovirales	
- Barbitúricos - Carbamacepina - Eslicarbazepina - Oxcarbacepina - Fenobarbital - Feniotina - Topiramato - Lamotrigina - Primidona - Rifinamida	- Rifampicina - Rifabutina	- Ritonavir	- Hierba de San Juan

Se debe **informar** a la mujer de que pueden aparecer alteraciones menstruales a partir de la toma de un AE oral, en el caso de retraso de más de 3 semanas, se debería hacer un test de embarazo. (Buena práctica clínica).

Seguridad

1.- LEVONORGESTREL

- El uso de LNG **es seguro** para todas las mujeres, incluidas también las adolescentes
- Se puede utilizar en cualquier edad de la vida reproductiva, desde la adolescencia, hasta el final de la edad fértil.
- Se debe **informar** que si aparecen vómitos en las primeras 2 horas después de la toma de LNG, se debería repetir la dosis o indicar la inserción de un DIU de Cu. (Buena práctica clínica)
- No se deben recomendar antieméticos de manera rutinaria.

- El LNG puede ser usado más de una vez en el mismo ciclo, incluso si no han pasado 120 horas de la administración anterior.
- No aumenta el riesgo de embarazo ectópico.
- No tiene tampoco ningún efecto en la fertilidad futura.
- Si se tomara por error y la mujer ya estuviera embarazada no se han encontrado efectos teratógenos en la mujer ni en el feto.
- Pueden aparecer **efectos secundarios** leves y de corta duración:
 - Molestias neurológicas/ psicológicas: Cefaleas, fatiga, mareos
 - Molestias gastrointestinales: Náuseas, gastralgia, vómitos o diarreas
 - Ginecológicas: aumento de la tensión mamaria, sangrado irregular intermenstrual y manchado, ciclos anovulatorios, dismenorrea, aumento de la sensibilidad mamaria. La menstruación se puede adelantar o retrasar algunos días. Si hay un retraso de más de 7 días sobre la fecha prevista se debería hacer un test de embarazo.

2.- ACETATO DE ULIPRISTAL

- La gran mayoría de las reacciones adversas son leves o moderadas y remiten espontáneamente
- Las náuseas, dolores de cabeza y molestias abdominales son los más habituales, y suelen ser leves y autolimitados
- Se debe **informar** que si aparecen vómitos en las primeras 3 horas después de la toma de AUP, se debería repetir la dosis o indicar la inserción de un DIU de Cu. (Buena práctica clínica)
- La duración media del ciclo menstrual es 2,8 días más que el esperado.
- También se han descrito trastornos del estado de ánimo, mareos, dolor de espalda, cansancio, dismenorrea, menorragia y metrorragia, pero siempre leves y autolimitados.

3.- DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Los efectos secundarios más habituales son similares a cuando se utiliza como método anticonceptivo habitual, como dolor durante la inserción, sangrados más abundantes y prolongados, que suelen ir disminuyendo pasados unos meses.

Actuación ante la demanda de AE

- Los profesionales sanitarios deben **informar a las mujeres acerca de los diferentes métodos** de AE disponibles, de su eficacia, efectos adversos, interacciones medicamentosas, criterios médicos de elección y la necesidad de una anticoncepción regular. (Buena práctica clínica).
- Con **respecto al peso** también se han observado diferencias en cuanto a la eficacia. Se ha visto que es menos eficaz en mujeres con más de 70 kg, por lo que en mujeres con IMC > 25 estaría **recomendado el AUP**. En mujeres con > 95 Kg también se ha observado pérdida de eficacia del AUP, por lo que en IMC > 35 sería de elección **el DIU**.
- Informar también de que si **no aparece la regla después de 3 semanas** tras la toma de AE se debe descartar un embarazo.
- En un **mismo ciclo** el LNG puede ser utilizado más de una vez.
- **A partir de las 72 horas** de la relación sexual de riesgo solo se debería informar sobre el **AUP** y el **DIU** de cobre.
- Se debe informar a las mujeres de que los métodos de AE **no ofrecen protección frente a nuevas relaciones sexuales**.
- **Lo más importante** es facilitar el acceso a un **anticonceptivo eficaz**, que se debería iniciar tan pronto como fuera posible. El uso repetido de AE es una indicación para recomendar la anticoncepción permanente.

Contraindicaciones del LNG

Según la Organización Mundial de la Salud no existen contraindicaciones absolutas, pero este medicamento no debe administrarse en los siguientes casos:

- **Mujeres embarazadas**, ya que no es efectivo.
- Mujeres con **hipersensibilidad** al principio activo o alguno de los excipientes (situación excepcional). Esta es la única contraindicación que establece la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. Al contener monohidrato de lactosa, deben evitar tomarlo las mujeres con problemas hereditarios raros de intolerancia a la galactosa, de insuficiencia de lactasa de Lapp o malabsorción de glucosa-galactosa
- Mujeres con **insuficiencia hepática grave**. Esta podría ser una contraindicación relativa ya que en este caso hay que tener en cuenta que el beneficio de administrar la anticoncepción postcoital es mayor que las complicaciones que conllevaría un embarazo en una mujer con

- insuficiencia hepática, por otro lado si se quedara embarazada por no tomar la anticoncepción de emergencia y decidiese realizar un IVE (interrupción voluntaria del embarazo) los riesgos para su salud también serían mayores. Por tanto en este caso, se debe informar a la mujer de los riesgos-beneficios y que ella decida.
- Los **síndromes graves de malabsorción**, como la enfermedad de Crohn, pueden disminuir la eficacia.
- **Efectos sobre la capacidad de conducir y usar máquinas:** debe advertirse a la paciente que este medicamento puede producir fatiga y mareos.
- Se puede usar también **durante la lactancia** materna, pero para evitar la exposición del lactante, se aconseja administrarla inmediatamente después de una toma y retrasar la siguiente toma al menos durante las 8 horas siguientes.

Efectos adversos del LNG

Los efectos adversos suelen ser leves y transitorios. Los más frecuentes son:

- **Molestias gastrointestinales:** náuseas, gastralgia, vómitos, diarrea.
- **Neurológicas/psicológicas:** fatiga, cefalea, mareos.
- **Ginecológicos:** aumento de la tensión mamaria, sangrado irregular intermenstrual y manchado, ciclos anovulatorios.
- El levonorgestrel **se excreta con la leche materna**. La exposición potencial del lactante al levonorgestrel puede reducirse si la mujer toma los comprimidos inmediatamente después de una toma y evita la lactancia tras cada administración de este medicamento.
- La AE con Levonorgestrel no tiene efectos en un embarazo ya establecido ni produce daños en un embrión en desarrollo.

Reanudar el método anticonceptivo habitual

- En el caso de que **no esté utilizando ningún método anticonceptivo seguro** es necesario, siempre que sea posible, que reciba **asesoramiento** sobre los **métodos anticonceptivos disponibles** o **cómo reanudar el método anticonceptivo habitual**.
- **Derivar a la matrona.**

**COMO REANUDAR LA ANTICONCEPCION REGULAR
DESPUES DE UTILIZAR LA ANTICONCEPCION DE EMERGENCIA**

MÉTODO	SI CONTINUA EL METODO EN USO	SI COMIENZA UN NUEVO METODO	CUANDO COMENZAR
Preservativo	✓	✓	Se puede usar inmediatamente
Diafragma	✓	✓	Se puede usar inmediatamente
Espermicida	✓	✓	Se puede usar inmediatamente
Anticonceptivos orales	✓		<ul style="list-style-type: none"> - El día siguiente al tratamiento de AE empezar con un nuevo envase y tomar una píldora al día. - Usar preservativos hasta el próximo período menstrual (7 días de uso continuado de una píldora impiden cualquier ovulación).
		✓	<ul style="list-style-type: none"> - Esperar al próximo período y comenzar entonces un nuevo envase el primer día de la menstruación. - Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual.
Píldoras que solo contienen progestina	✓		<ul style="list-style-type: none"> - El día siguiente al tratamiento de AE empezar con un nuevo envase y tomar una píldora por día. - Usar preservativos hasta el próximo período menstrual.
		✓	<ul style="list-style-type: none"> - Esperar al próximo período y comenzar entonces un nuevo envase el primer día de la menstruación. - Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual.
Depo-Povera: inyecciones cada tres meses	✓	✓	<ul style="list-style-type: none"> - Empezar el día que finaliza el tratamiento de AE o durante los 5 días siguientes al comienzo del próximo período menstrual. - Usar preservativos hasta el próximo periodo menstrual.
Parche anticonceptivo y anillo vaginal anticonceptivo	✓		<ul style="list-style-type: none"> - Empezar el día del tratamiento de AE. - Usar preservativo hasta el próximo periodo menstrual
		✓	<ul style="list-style-type: none"> - Esperar al próximo período menstrual y comenzar entonces el método el primer día de menstruación. - Usar preservativo hasta el próximo período menstrual.

Dispensación y administración a menores

Con respecto a la atención a las menores de edad, debemos tener en cuenta sobre todo la “Capacidad de Consentir” del menor, y este juicio debe hacerlo el médico requerido.

- De acuerdo con la **Ley 41/2002 del 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente en el capítulo IV, Artículo 9**, establece en dieciséis años la presunción legal de madurez, se establece como principio general, que todo menor de edad, con madurez suficiente, podrá **otorgar su consentimiento** para decidir sobre los tratamientos sanitarios a que se someta, **excepto cuando no sea capaz** intelectualmente, ni emocionalmente de comprender el alcance legal de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el **representante legal** del menor, después de haber escuchado la opinión del menor, si éste tiene **doce años cumplidos**.
- **En el art. 9.3.c de la citada Ley** se establece que cuando se trate de menores no incapaces, ni incapacitados, pero **emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación**. Sin embargo, en caso de **actuación de grave riesgo**, según el criterio del facultativo, **los padres serán informados** y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.
- Asimismo, **el Código Penal** (art. 181-183) a propósito de los Delitos Contra la Libertad y la Indemnidad Sexual, presupone legalmente la capacidad para establecer **relaciones sexuales libremente consentidas a partir de los 13 años cumplidos**. Siendo así, la tendrá **igualmente para las medidas contraceptivas**.
- **La Ley General de Sanidad, artículo 18** dice que el menor podrá acudir a los Servicios Públicos de Salud en demanda de la correspondiente asistencia contraceptiva, que está dentro de los programas de orientación en el campo de la planificación familiar y la prestación de los servicios correspondientes que forman parte de la actividad de las Administraciones Públicas.

Por tanto en relación a la dispensación y administración de la anticoncepción de emergencia en menores de edad (<18 años), podemos concluir:

- **Menor de 12 años o menos:** Se considera que no es capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de su actuación y sus consecuencias, por lo que **se precisa el consentimiento** de sus padres, tutores o representantes legales para su administración.
- **Menor entre 13 años cumplidos y 15 años (“menor maduro”):** **Debe ser evaluada por el/la médico** la madurez de la menor y, tras ello, decidir si según su criterio posee la madurez

suficiente para comprender el alcance del tratamiento, para ello se tendrán en cuenta los siguientes criterios: entiende la información que le proporciona el médico, entiende la situación en que se encuentra y si comprende los beneficios y riesgos de su decisión.

Se debe considerar el hecho de que cuando una menor demanda anticoncepción de emergencia después de una relación coital no protegida adecuadamente, conlleva el conocimiento del riesgo de embarazo que ello supone y el conocimiento y la comprensión de cómo evitarlo, lo que ya demuestran un cierto grado de madurez.

Si se demuestra la madurez de la menor no cabe pedir consentimiento a sus padres o tutores legales, salvo en los supuestos de incapacidad física o mental previstos en la legislación.

Se recomienda consignar en la historia clínica la evaluación de la madurez de la menor.

En caso de conflicto entre la voluntad de la menor con suficiente capacidad de juicio y la de sus padres o representantes legales, debe prevalecer la voluntad de la menor en actos que afecten a la libertad, la salud y la vida, pues se trata de Derechos de la Personalidad.

- **Menor entre 16 años cumplidos y 17 años:** Debe considerarse como una persona autónoma capaz de tomar decisiones en todo lo que a su salud se refiere, incluida la elección del método anticonceptivo. No cabe pedir consentimiento a sus padres o tutores legales, salvo en los supuestos de incapacidad física o mental previstos en la legislación.

Sólo **se comunicará el hecho a las autoridades judiciales** si se considera que la relación sexual por la que solicita la menor la anticoncepción de emergencia, ha sido una **relación sexual no consentida (agresión sexual o abuso sexual)**, en este sentido debemos tener en cuenta que una relación sexual mantenida con una **niña de 12 años o menos, se considera siempre un abuso sexual** en el Código Penal, por lo que en este caso deberá notificarse a las autoridades judiciales. Se actuará según el **protocolo del centro**.

2. Anticoncepción de Emergencia (AE) PAUTAS DE ACTUACIÓN

La AE es la utilización de un fármaco o dispositivo para prevenir un embarazo después de una relación sexual coital desprotegida o en la que se haya producido un potencial fallo del método anticonceptivo. Es una segunda oportunidad para evitar un embarazo no deseado, pero que no debe ser considerada, en ningún caso, un método anticonceptivo de uso habitual.

En este protocolo solo se va a considerar la AE con la “píldora del día después” (Levonorgestrel).

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Embarazo/lactancia
- Hábitos tóxicos
- Alergias
- Estado general
- *Patología de riesgo
- *Factores de riesgo
- ETS actual
- Frecuencia de las relaciones sexuales, y los episodios pasados de infecciones/enfermedades de transmisión sexual, así como sus tratamientos
- Riesgo de ETS (en este coito)
- Otros coitos desprotegidos en el mismo ciclo
- Fecha de la última regla
- Método anticonceptivo habitual
- N° de veces que ha solicitado la “píldora del día después” y el intervalo de tiempo
- Tiempo transcurrido desde el coito
- Test de embarazo (retraso de regla ≥ 10 días y a criterio de la enfermera)
- Madurez psicológica y emocional en niñas de 13 a 16 años

Patología de riesgo

- Síndrome de mala absorción intestinal
- Insuficiencia hepática grave

Factores de riesgo

- Antecedentes de hipersensibilidad al fármaco o excipiente (intolerancia a la galactosa)
- Tiempo desde el coito mayor a 72 h
- Test de embarazo positivo
- Obesidad, fármacos, tabaco...
- Edad menor de 16 años
- Está en tratamiento con inductores enzimáticos hepáticos (consultar información adicional)
- Otros a criterio de la enfermera

Criterios de actuación autónoma

- No hay *patología de riesgo
- Edad mayor o igual a 16 años
- No hay antecedentes de hipersensibilidad al fármaco o excipiente
- No está en tratamiento con inductores enzimáticos hepáticos

Criterios de actuación compartida con el médico de familia/matrona

- Edad menor de 16 años (precisa valoración de la madurez o avisar a los padres)
- Existen antecedentes de hipersensibilidad al fármaco o excipiente
- Existe *patología de riesgo
- Está en tratamiento con inductores enzimáticos hepáticos (consultar información adicional)

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

Actividades

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente
- Administrar de forma presencial Levonorgestrel 1.5 mg vía oral comprobando que lo ha tragado

NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

Actividades

- Instruir sobre reacciones adversas más frecuentes: náuseas y vómitos, dolor hipogástrico, diarrea, fatiga, aumento de la sensibilidad en las mamas, cefalea y mareo, sangrado irregular intermenstrual. Estos síntomas remiten a las pocas horas.
- Informar de la efectividad del tratamiento:
 - 95% de eficacia si se toma antes de 24h
 - 85% de eficacia si se toma entre 25-48h
 - 58% de eficacia si se toma entre 49-72h.
- Informar de que si vomita antes de 2 h ha de volver a la consulta para tomar nueva dosis
- En caso de lactancia: explicar que el Levonorgestrel se excreta con la leche materna debe tomar los comprimidos inmediatamente después de una toma y esperar al menos 8 h. a la siguiente toma
- Instruir en cómo debe reanudar la anticoncepción regular después de utilizar la AE
- Explicar que a partir de la toma de un AE oral, en el caso de retraso menstrual de más de 3 semanas, se debería hacer un test de embarazo
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 5622 Enseñanza: relaciones sexuales seguras

Actividades

- Comentar las consideraciones religiosas, culturales, del desarrollo, socioeconómicas e individuales referentes a la elección de la protección sexual, si procede
- Instruir sobre los métodos anticonceptivos disponibles y como obtenerlos: preservativo, método anticonceptivo hormonal combinado, píldora de sólo gestágenos, implante subcutáneo
- Si elige ACO informarle de que no será eficaz por lo que debe usar método adicional durante los períodos 7 días (combinados) 9 días (Qlaiva) 2 días píldoras solo gestágenos.
- Ofrecer la realización de analítica de ITS incluido el VIH

NIC: 2390 Prescribir medicación (Protocolo prescripción enfermera)

Actividades

- Levonorgestrel 1,5 mg

NIC: 8100 Derivación

Actividades

- Derivar a la matrona:
 - Si el tiempo transcurrido desde el coito es mayor de 72 h
 - Si solicita la píldora repetidamente como método anticonceptivo habitual es un indicador de que necesita asesoramiento sobre la conveniencia de un método para uso habitual.
 - Test de embarazo positivo
 - Si existen criterios de actuación compartida
 - Otras situaciones por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Administración de medicación vía oral
- Extracción de muestra: sangre venosa
- Test de embarazo

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Si vomita antes de 2 h. ha de volver para tomar nueva dosis
- Si no tiene menstruación en 21d, es necesario hacer la prueba del embarazo
- Si hay riesgo de ETS

Definición

El cólico del lactante (CL) es un síndrome caracterizado por llanto excesivo y repentino, de predominio vespertino, aunque esto es variable, sin causa identificable, entre las 2 semanas y los 4 meses de edad, que ocurre en un lactante sano, independientemente del tipo de lactancia (materna o fórmula).

Se manifiesta con periodos recurrentes y prolongados de irritabilidad, incomodidad o llanto que explican los padres. Los síntomas aparecen y se resuelven espontáneamente sin síntomas que evidencien ninguna patología.

El CL se produce normalmente a partir de las 2-3 semanas y tiende a aumentar en la sexta semana. Se resuelve en la gran mayoría de los casos en torno a los 3-4 meses de vida. El curso clínico es siempre favorable pero causa considerable angustia a los padres. Se manifiesta de muy diversas formas y con variabilidad en la duración del llanto.

Es una alteración benigna y autolimitada y una de las principales causas de consulta pediátrica en la primera parte de la vida². Hay que tener siempre presente la convicción de que el niño está sano.

Características

- A pesar de que el CL es una perturbación común en los bebés, tanto sus causas como las posibles pautas de tratamiento son poco conocidas.

El llanto se acompaña con signos como:

- Enrojecimiento
- Meteorismo
- Movimientos agitantes en las piernas
- Distensión abdominal
- Cara sin pena y con el ceño fruncido
- Puños apretados y arqueado de la espalda

Esta condición produce ansiedad en los padres y falta de confianza en la capacidad de cuidado infantil.

- **El llanto del lactante debe cumplir cuatro criterios:**
 - **Paroxístico:** cada episodio de "cólico" tiene un principio y un final claro y sin relación con lo que el niño estaba haciendo previamente. Sin causa identificable.
 - **Cualitativamente diferente del llanto normal:** suele ser un llanto más intenso y con tono más alto.
 - **Hipertonía:** se produce una contracción tónica generalizada en salvas.
 - **Inconsolable:** el lactante es imposible de consolar

Etiología

Actualmente, las causas del CL son desconocidas, se han realizado numerosos estudios pero con escasa evidencia. Todos los estudios consultados coinciden en que probablemente su etiología sea una interacción compleja de varios factores predisponentes como pueden ser hábitos alimentarios, ciertos alimentos como las proteínas de la leche de vaca, la microflora intestinal y la exposición a la nicotina materna entre otros. Todo ello sobre un subgrupo de lactantes predispuestos que podrían tener una desregulación intestinal o dismotilidad, con una respuesta hipersensible al medio que les rodea.

La etiología del cólico es **multifactorial**. Se han atribuido múltiples factores pero con escasa evidencia científica:

- Factores gastrointestinales relacionados con la inmadurez y/o alteración de la motilidad intestinal, aumento del meteorismo o reflujo gastrointestinal silente.
- Factores dietéticos: alergia o intolerancia a la proteína de la leche de la vaca (PLV)
- Depresión materna pre y postparto o tabaquismo materno

En ninguno de estos casos hay grandes evidencias que puedan relacionar estas circunstancias con la aparición del CL, pero cualquiera de ellas puede ser un factor más en las causas que lo producen.

Diagnóstico

No existen pruebas complementarias ni estudios analíticos que nos puedan dar el diagnóstico de cólico del lactante. En el momento actual, el diagnóstico es retrospectivo, puesto que debe permanecer la clínica cierto tiempo (una a tres semanas) y por exclusión de otras causas de llanto prolongado en el lactante.

Hay enfermedades que presentan episodios de cólicos o se confunden con estos como son las diarreas, las otitis, la invaginación intestinal, el reflujo gástrico, las alergias alimentarias, etc. Si el niño presenta un cuadro de dolor que no cede debe ser evaluado por el pediatra. Los cólicos del lactante son un proceso normal y que necesitan de mucha paciencia para enfrentarlos y aceptarlos.

Valoración

- **Cuándo y cómo se produce el llanto, y cuánto tiempo dura**

En el CL, el llanto se produce de forma súbita, no coincide con las tomas de alimentación ni con ninguna actividad que realice el lactante, con una duración de más de tres horas al día (es variable), sin aerocolia y con deposiciones normales.

- **Qué hacen los padres cuando el lactante llora**

Puede suceder que realicen técnicas inadecuadas o perjudiciales para el niño como mostrar irritabilidad o dar alimentación cada vez que llora.

- **Qué toma, cómo es el ritmo intestinal y cuáles son los patrones de sueño del lactante**

Puede aparecer en niños que tomen tanto leche materna como artificial, los patrones de sueño no difieren con el lactante normal y el ritmo intestinal es normal.

- **Cómo se alimenta el lactante**

Se debe descartar la subalimentación, que no es causa del CL, no así la sobrealimentación que puede ser la causa.

- **Cómo afecta a la dinámica familiar el llanto del niño**

La interacción del CL y la dinámica familiar es muy compleja. Es posible que la causa del CL sea la alteración de la dinámica o viceversa.

- **A qué causas atribuyen los padres el llanto del niño**

Es conveniente que los padres nos cuenten que causas del llanto temen. Debemos informar de la benignidad y la autolimitación de los síntomas. Se recomienda dar una hoja de instrucciones, explicando los síntomas y las medidas que se deben tomar.

Consultar en la historia clínica la exploración pediátrica para descartar otro diagnóstico o causas que pudieran provocar el llanto.

Tratamiento

A pesar de que existen multitud de trabajos y publicaciones sobre el CL, las recomendaciones terapéuticas están basadas en un escaso nivel de evidencia.

La evolución clínica del CL es favorable (la mayoría de los bebés están libres de síntomas a la edad de 4-5 meses) pero muchos padres buscan ayuda médica. La gestión de un cólico infantil sigue siendo un problema frustrante para los padres y profesionales sanitarios.

- **Fármacos**

Los fármacos estudiados (Diclomida y Simeticona) tienen graves efectos secundarios o no se ha demostrado su eficacia.

- **Lactancia materna**

La leche materna cambia su composición entre el día y la noche. Por la noche se alcanzan los picos más altos de triptófano (ayuda a conciliar el sueño) y melatonina (induce sueño) siendo útil para mejorar el sueño y disminuir el cólico.

- **Masajes suaves**

El masaje infantil también ha demostrado numerosos efectos positivos para el bebé como mejor desarrollo neurosensorial, aumento del tono vagal y movilidad gástrica, efectos analgésicos, mejor organización del sueño, descenso de hormonas del estrés, recepción precoz de alimentos por vía oral y una interacción madre e hijo positiva. Tranquilizan al lactante y mejoran la actitud de los padres. No modifican el aspecto orgánico.

Son de uso muy extendido y aceptado. En realidad no es una forma de tratamiento, pero el hecho del contacto de la mano sobre el abdomen del niño puede ayudar a relajarle, a facilitarle la expulsión de pequeñas cantidades de gas intestinal, e incluso bienestar por la liberación de endorfinas. El momento de realizar estos masajes no es en los episodios de llanto, en los que el lactante está demasiado rígido, sino en otros momentos como tras el baño o tras los cambios de pañal. A pesar de ello, no hay evidencia para este tipo de tratamiento.

- **Suplementos de hierbas**

Los tés de hierbas que contienen mezclas (verbena, manzanilla, hinojo, melisa, regaliz y bálsamo de limón) se ha demostrado que disminuyen el llanto en los bebés con cólico a través de su actividad antiespasmódica, calman al bebé y amortiguan la distensión abdominal.

Sin embargo, la gran cantidad de productos existentes a base de hierbas, la falta de estandarización de la dosis, y de la potencia de su efecto y la posible interferencia con la alimentación normal (puede llevar a una menor ingesta de leche), hace necesario que los padres sean advertidos sobre su uso.

- **Educación a los padres**

El primer paso en el tratamiento de un niño con cólico infantil es dar consejos generales y tranquilidad a los padres, es importante informarles de que el cólico infantil no es una enfermedad, ni se debe a algo que los padres hayan hecho o dejado de hacer. Informar con seguridad, tranquilidad y de forma correcta. Explicar que el lactante está sano, que el cuadro desaparecerá en el tercer o cuarto mes y que no deja secuelas.

En segundo lugar, se debe educar a los padres para que den respuestas más adecuadas a sus bebés, incluyendo menos sobreestimulación y más calma. Intentar que la conducta de los padres sea tranquila y paciente. En muchas ocasiones los bebés se calman cuando sus padres cambian la forma de responder al llanto.

Es importante educar a los padres sobre las pautas para relajar a los bebés, intentando estar relajados ellos mismos para no llegar a estados de ansiedad.

Al mismo tiempo, los padres deben ser advertidos de lo importante que es que no se agoten ellos mismos.

- **Disminución de estímulos**

Se debe indicar a los padres que jamás sacudan al bebé. Un 5,6% de los padres de bebés de 6 meses de edad han realizado esa maniobra alguna vez, la cual puede ser causante del síndrome del bebé sacudido, pudiendo derivar en un problema neurológico e incluso en muerte.

Se recomienda disminuir diferentes estímulos: bajar la luz de la habitación, reducir ruidos, oscilar suavemente al bebé y de noche amamantar con luz baja para optimizar la melatonina en la leche materna.

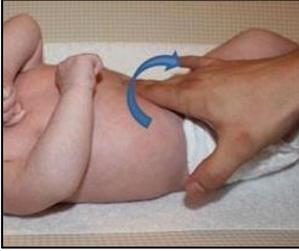
Se aconseja colocar al bebé en decúbito prono, bajo vigilancia ya que la presión sobre el abdomen calma al bebé.

No se recomienda el uso de probióticos, prebióticos, remedios homeopáticos, tratamientos herbolarios, dicalomina, metilescopolamina, leche pobre en lactosa, ni preparados de soja.

Pronóstico

Es excelente. Se resuelve con o sin tratamiento hacia los tres o cuatro meses de edad. Tienen un crecimiento y desarrollo normal y no hay secuelas a largo plazo. El ayudar al niño con cólico es una cuestión de experiencia, tranquilizar a los padres, reforzar su paciencia, instaurar o no algún tipo de tratamiento y sobre todo darle tiempo al tiempo, ya que esta situación también pasará.

Masajes para los cólicos del lactante



Paso 1. Círculos en el abdomen

Con la palma hacia abajo, realizamos círculos en el sentido de las agujas del reloj en el abdomen del bebé, entre el ombligo y la cadera, presionando suavemente.



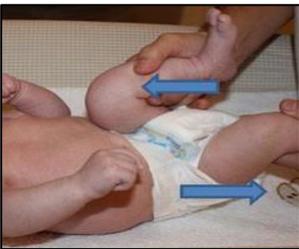
Paso 2. Hacia abajo

Con las palmas hacia abajo recorrer el abdomen del bebé desde la terminación de las costillas hasta el pubis alternando las dos manos y presionando ligeramente.



Paso 3. De derecha a izquierda

Con las palmas hacia abajo, recorrer el abdomen del bebé desde el lado derecho al izquierdo, presionando con suavidad.



Paso 4. Flexión de piernas alterna

Flexionar las rodillas del bebé hacia el abdomen alternándolas, primero una y luego la otra.



Paso 5. Flexión de rodillas

Flexionar ambas rodillas a la vez hacia el abdomen y mantener unos segundos en esa posición.



Paso 6. Piernas cruzadas

Flexionar ambas rodillas a la vez, cruzando las piernas, mientras realizamos una presión suave en el abdomen con la otra mano



Paso 7. Torsión suave

Traccionar suavemente el abdomen en dirección contraria al movimiento que realizamos de la cadera



Paso 8. En brazos

Con el bebé en brazos realizar círculos en el abdomen de su derecha a su izquierda.

3. Cólico del lactante PAUTAS DE ACTUACIÓN

El cólico del lactante (CL) es un síndrome caracterizado por llanto excesivo y repentino, de predominio vespertino, aunque esto es variable, sin causa identificable, entre las 2 semanas y los 4 meses de edad, que ocurre en un lactante sano, independientemente del tipo de lactancia (materna o fórmula)¹.

Valoración focalizada

- Edad del bebe
- Medicación habitual
- Antecedentes personales
- Alergias / Intolerancias
- Características del llanto:
 - Tiempo de evolución
 - Duración del llanto
 - Horario en el que aparece
 - Frecuencia
 - Lloro intenso e inconsolable
- Exploración del abdomen
- Tipo de lactancia y pautas: frecuencia, técnica, cantidad...
- Deposiciones: número, consistencia y características
- Temperatura
- *Patología de riesgo
- *Clínica asociada
- Evolución ponderal
- Necesidades de cuidados

*Patología de riesgo y etiología más frecuente

- Patologías que presentan episodios de cólicos o se confunden con estos. **Las más frecuentes** son:
 - Gastroenteritis
 - Otitis
 - Invaginación intestinal
 - Reflujo gástrico
 - Alergias alimentarias
 - Alergia/intolerancia a la proteína de la leche de vaca
 - Transgresiones alimentarias que causan dolor abdominal y diarrea

*Clínica asociada

- Afectación del estado general:
 - Deshidratación
 - Hipotonía
 - Somnolencia
 - Alteración de la coloración
- Meteorismo
- Rechazo del alimento mantenido
- Vómitos
- Diarrea
- Presencia de sangre en heces
- Febrícula o hipertermia
- Dolor abdominal
- Abdomen rígido y sin ruidos

Criterios de actuación autónoma

- No hay *patología de riesgo
- No hay *clínica asociada
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia/pediatría

- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *clínica asociada
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5510 Educación para la salud

Actividades

- Instruir en signos y síntomas de alarma que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, vómitos, hipotonía, sangre en las deposiciones, somnolencia, diarreas, rechazo mantenido del alimento...
- Explicar a los padres que el bebé está sano, que es una situación transitoria, que desaparecerá en el 3-4 mes de vida y que no deja secuelas
- Fomentar una conducta de tranquilidad: educar a los padres para que den respuestas más adecuadas a sus bebés, incluyendo menos sobreestimulación y más calma, que su conducta sea tranquila y paciente
- Proporcionar pautas para relajar al bebé: intentar estar relajados ellos mismos para no llegar a estados de ansiedad.
- Instruir en técnicas de masaje manual simple para inducir la relajación del lactante
- Comentar si hay sentimientos de culpabilidad: no se debe a algo que los padres hayan hecho mal o hayan dejado de hacer
- Explicar la importancia de que no se agoten ellos mismos
- Indicar a los padres que nunca sacudan al bebé para prevenir el síndrome del bebé sacudido
- Recomendar disminuir diferentes estímulos: bajar la luz de la habitación, reducir ruidos, oscilar suavemente al bebé y de noche amamantar con luz baja para optimizar la melatonina en la leche materna.
- aconsejar colocar al bebé en decúbito prono, bajo vigilancia, ya que la presión sobre el abdomen calma al bebé
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas).

NIC: 5244 Asesoramiento en la lactancia

Actividades

- Ayudar a establecer y mantener una lactancia materna satisfactoria.
- Reforzar la técnica de lactancia y eliminación de gases., en caso de lactancia artificial valorar cambio de biberón
- Repasar la alimentación materna
- Explicar que los suplementos de hierbas pueden ser efectivos pero no deben producir una menor ingesta de leche
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas).

NIC: 1160 Monitorización nutricional

Actividades

- Recoger y analizar los datos referentes a la ingesta nutricional.
- Evaluar pérdidas o ganancias anormales de peso recientes
- Evaluar cambios en el apetito del lactante
- Revisar la historia clínica relativa al estado nutricional incluyendo las alergias e intolerancias (PLV)

NIC: 8100 Derivación

Actividades

- Derivar a médico de familia/ pediatría:
 - Si existen criterios de actuación compartida
 - Otras situaciones por criterio de la enfermera

Criterios de revisión en consulta programada

- Explicar que debe volver a la consulta si aparecen:
 - Fiebre
 - Vómitos
 - Diarrea
 - Hipotonía
 - Sangre en las deposiciones
 - Somnolencia
 - Rechazo mantenido del alimento
- Otros a criterio de la enfermera

4. Cuidados del ombligo CONCEPTOS BÁSICOS

Tras el nacimiento el cordón **se desprende en torno a los 7 días de vida** y, hasta ese momento, atraviesa una fase de secado y momificación. En este proceso influyen la exposición al aire ambiental, la degradación mediada por células fagocíticas y la colonización por bacterias exógenas.

El tejido desvitalizado del muñón constituye un medio propicio para la colonización y el crecimiento de bacterias patógenas que, finalmente, pueden desembocar en el desarrollo de una **onfalitis**. El germen más frecuentemente implicado es el *Staphylococcus aureus*, seguido de los propios del canal del parto. La onfalitis puede complicarse con una celulitis, una fascitis necrosante o una infección diseminada que comprometa la vida del neonato.

Existen otras complicaciones en relación con la cicatrización del cordón umbilical cuya incidencia puede variar en función del tipo de cura. Entre ellas se encontrarían el **sangrado, el granuloma, el retraso en la caída y la presencia de secreción**.

La Comisión de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología publicó en 2009 sus recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. Como parte de estas medidas, se recomienda realizar el **cuidado en seco** del cordón umbilical **en entornos con una higiene adecuada** (con un nivel de evidencia B según los criterios de la clasificación adoptada por el Center for Evidence-Based Medicine y las recomendaciones de la Canadian Task Force on Preventive Health Care).

Esta Comisión ha actualizado sus recomendaciones en base al análisis de la evidencia disponible hasta la fecha. En esta actualización se revela que persiste la **variabilidad de criterios de actuación** de los profesionales sanitarios respecto al cuidado del ombligo y a las recomendaciones que se proporcionan a los cuidadores. En este sentido los criterios de los profesionales se basan más en la experiencia que en una evidencia que los respalde.

Los **resultados** de esta revisión concluyen que:

- La **cura en seco** del cordón umbilical continúa siendo la estrategia más adecuada en entornos como nuestro país, en los que la tasa de onfalitis es baja (grado de recomendación B).
- El uso rutinario de clorhexidina está indicado en entornos con tasas elevadas de onfalitis y de muertes neonatales relacionadas.
- Desde la perspectiva de los cuidadores, la aplicación de clorhexidina no confiere una sensación de seguridad mayor ni es percibida como más sencilla que la cura en seco. Por todo esto, resulta razonable **restringir el uso de clorhexidina a aquellas situaciones en las que esté realmente indicado**.

Otra revisión de la evidencia realizada por Ars Pharmaceutica llega a las mismas conclusiones.

Los cuidados y manipulación tras el parto pueden alterar el tiempo de su caída, prolongar el riesgo de entrada de bacterias y aumentar la posibilidad de infección.

Onfalitis

La **onfalitis** o infección de la herida o cicatriz umbilical, es una complicación postnatal que ocurre en una proporción menor al 1% en países desarrollados y entre el 2-3% en países en vías de desarrollo¹. Suele presentarse con **eritema umbilical, edema y secreción maloliente**. La zona del ombligo se puede contaminar fácilmente debido a la presencia de orina y/o heces en el pañal del bebé. Normalmente suele estar provocada por un solo microorganismo y responde bastante bien al tratamiento antibiótico². Puede además aparecer sangrado como resultado de la tardía obliteración de los vasos umbilicales y se presenta generalmente entre el **3° y 4° día de vida**.

- **Clínica**

Se caracteriza por exudado purulento del cordón y signos de infección local asociados (eritema y edema), además pueden aparecer síntomas sistémicos como decaimiento, fiebre, irritabilidad y succión pobre que sugieren complicación grave.

Es una infección polimicrobiana que incluye *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, y bacterias Gram negativas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, y *Proteus mirabilis*. Las infecciones más frecuentes son por *Staphylococcus aureus* y la incidencia de sepsis es muy baja.

- **Prevención**

Para prevenir la onfalitis la mejor intervención es el **correcto cuidado de la herida** después del nacimiento. Por ello, es importante explicar con detalle a la familia del recién nacido, cómo debe de cuidar la zona durante este tiempo.

- Son **factores de riesgo** el bajo peso al nacer, partos prolongados, partos en domicilio, anomalías del sistema inmunitario y rotura prematura de membrana o corioamnionitis.

- **Tratamiento**

Las pautas a seguir son, la toma de **muestra para cultivo** del exudado (previa al inicio del tratamiento con antibióticos) y tratamiento **con antibióticos**.

Granuloma

Otra patología frecuente del ombligo es el granuloma. Se forma en las primeras semanas de vida por el exceso de persistencia de tejido tras la caída del cordón. Corresponde a un **pequeño nódulo o de tejido que persiste tras la caída del cordón**. Aparece en el lecho del ombligo con una superficie lisa o irregular, frecuentemente de color rosado y puede tener secreción, sensibilidad y eritema alrededor de la piel. **Su tamaño varía entre 1 mm y 1 cm** y está conformado por tejido de granulación con fibroblastos y abundantes capilares.

Su tratamiento en general consiste en aplicaciones tópicas de **nitrate de plata al 75%**, una o dos veces a la semana durante el tiempo que se requiera hasta que haya epitelización. Si no responde tras 2 o 3 aplicaciones con nitrato de plata o es de color rojo cereza debe sospecharse un pólipo o seno y pueden requerir la resección quirúrgica. Si son de gran tamaño pueden necesitar extirpación y cauterización de la base.

Recomendaciones terapéuticas generales

Una revisión Cochrane realizada en 2013, evaluó todos los estudios que examinaron los antisépticos aplicados de forma tópica al cordón umbilical para determinar si reducen el riesgo de infección del cordón umbilical. Los antisépticos examinados más comúnmente en los estudios incluidos fueron alcohol al 70%, colorante triple y clorhexidina. Los estudios realizados en ámbitos no hospitalarios evaluaron la efectividad de la aplicación tópica de clorhexidina y los resultados combinados indicaron que la clorhexidina redujo el riesgo de infección del cordón entre un 27% a un 56%, de acuerdo a la gravedad de la infección. La aplicación tópica de clorhexidina puede aumentar el tiempo de separación del cordón en alrededor de 1,7 días, lo cual, sin embargo, no aumenta el riesgo posterior de infección del cordón. Son muchos los productos que se han empleado a lo largo del tiempo para el cuidado del cordón umbilical: soluciones antisépticas tópicas (clorhexidina 4%, alcohol 70°, sulfadiazina de plata, etc.), antibióticos tópicos (bacitracina, mupirocina).

El **uso de soluciones antisépticas o antibióticas tópicas** se recomienda en aquellas situaciones en las que la atención neonatal y las **medidas higiénicas sean deficitarias**. En los países desarrollados donde existe una adecuada atención neonatal y buenas medidas higiénicas, no se ha visto que estos métodos sean mejores que simplemente limpiar el cordón umbilical con agua y jabón y secarlo bien después.

El empleo de antisépticos y antibióticos locales o tópicos **puede retrasar la caída del cordón**, porque interfiere con el proceso normal de cicatrización.

Recomendaciones para los cuidados básicos del cordón umbilical sano:

- Lavarse las manos.
- Limpiar la zona del cordón con agua tibia y jabón neutro y secarlo bien.
- Mantener seco el cordón con una gasa limpia que lo envuelva y cambiar la gasa con los cambios de pañal.
- Cambiar frecuentemente los pañales del bebé.

Signos y síntomas de alarma:

- Enrojecimiento o inflamación de la zona del ombligo.
- Cordón húmedo con secreción amarilla maloliente.
- Sangrado a nivel del cordón umbilical. A veces, puede producirse un pequeño sangrado normal con la caída del cordón umbilical o el roce del mismo con el pañal.
- Retraso en la caída del cordón después de los 15 días de vida (el cordón suele desprenderse entre el 5° y 15° día de vida).

4. Cuidados del ombligo PAUTAS DE ACTUACIÓN

Son las intervenciones que realiza la enfermera/o para mantener el ombligo en condiciones adecuadas y prevenir las infecciones o la colonización de patógenos externos así como para identificar los factores de riesgo de infección o signos incipientes de la misma

Valoración focalizada

- Edad
- Hábitos higiénicos
- Habilidades en la realización de la cura: explicación detallada de como realiza la cura
- Temperatura
- Aspecto externo: signos de infección, granuloma...
- *Clínica asociada
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Clínica asociada

- Signos de infección:
 - Supuración purulenta
 - Mal olor
 - Enrojecimiento de la piel
 - Hipertermia
- Sangrado activo
- Granuloma
- Ombligo que persiste 15 días después del nacimiento

Criterios de actuación autónoma

- No hay *clínica asociada
- Precisa tratar granuloma
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia/matrona

- Existencia de *clínica asociada
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/ tratamiento

Actividades

- Instruir en la técnica de realización de la cura (prevención de la infección):
 - 1º Lavarse las manos antes de la cura
 - 2º Limpiar la zona con agua tibia, jabón neutro y secar bien
 - 3º Colocar una gasa limpia y seca que lo envuelva
- Si se observan condiciones higiénicas deficitarias instruir en la técnica de realización de la cura (prevención de la infección):
 - 1º Lavarse las manos antes de la cura
 - 2º Limpiar la zona con agua tibia, jabón neutro y secar bien
 - 3º Aplicar Clorhexidina 4%
 - 4º Colocar una gasa limpia y seca que lo envuelva
- En el caso de precisar tratamiento antibiótico instruir en la técnica de realización de la cura: proceder de la misma forma sustituyendo el antiséptico por el antibiótico
- Explicar que se debe cambiar frecuentemente el pañal si procede
- Instruir en la forma de bañar al bebé:
 - Hasta la caída del cordón realizar baño corto y después asegurar que está bien seco
 - El baño será normal cuando se haya caído el cordón
- Instruir en la pauta de las curas: en todos los casos realizar la cura después del baño y tras el cambio de pañal. En el caso de precisar antibiótico especificar la pauta que esté indicada.
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 6550 Protección contra las infecciones

Actividades

- Comprobar si hay signos de infección localizada en el ombligo o granuloma.
- Instruir acerca de los signos y síntomas de infección y que debe comunicar al profesional sanitario: supuración purulenta, mal olor, enrojecimiento de la piel, hipertermia, sangrado...
- Instruir en la evolución favorable esperada: el cordón se caerá aproximadamente a los 7 días del nacimiento y antes de los 15 días. Si persiste más de 15 días debe comunicarlo a los profesionales sanitarios
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo de prescripción enfermera)

Actividades

- Clorhexidina 4%
- Nitrato de plata tópico al 75%

NIC: 8100 Derivación

Actividades

- Derivar al médico de familia o pediatra según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Cura seca del muñón: limpieza con suero fisiológico y jabón neutro, secar bien y envolver con gasa seca
- Cura del muñón con Clorhexidina al 4%: limpieza con suero fisiológico, aplicar Clorhexidina y envolver con gasa seca
- Cura del muñón con antibiótico: limpieza con suero fisiológico, aplicar el antibiótico según pauta prescrita y envolver con gasa seca
- Cura del granuloma con nitrato de plata: aplicaciones tópicas según pauta prescrita
- Administración de medicación tópica
- Toma de muestra exudado: cultivo, si hay signos de infección

Criterios de revisión en consulta programada

- Volver a la consulta si aparecen:
 - Supuración purulenta
 - Mal olor
 - Enrojecimiento de la piel
 - Hipertermia
 - Sangrado...
 - Retraso de más de 15 días en la caída del muñón
- Tratamiento de granuloma
- Otros a criterio de la enfermera

5. Dermatitis atópica CONCEPTOS BÁSICOS

Definición

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel crónica o recidivante, de tipo inflamatorio y muy pruriginosa, con una expresión morfológica que varía con la edad del paciente, pero con un predominio de formas eccematosas. Aparece con más frecuencia en individuos con historia personal o familiar de enfermedades atópicas.

Se produce en personas de todas las edades aunque es más común en niños (se trata de la enfermedad inflamatoria crónica más frecuente entre los niños de los países industrializados). El 50% se resuelve en la adolescencia y en los adultos puede persistir hasta en el 20% de los casos.

Produce un **deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes y sus familias**. En más del 75% de los casos se resuelve a lo largo del tiempo y mejora después de la pubertad pero hasta que esto ocurre, los pacientes sufren los síntomas durante muchos años. No obstante, hay casos que no consiguen esta mejoría o que en los primeros años de la vida alcanza niveles de severidad que afectan de forma importante la salud y el desarrollo social de los pacientes.

Etiología

La causa sigue siendo desconocida, intervienen factores genéticos y una combinación de factores alérgicos (en el 80% de los pacientes se encuentran niveles elevados de IgE) y no alérgicos.

- **Factores genéticos:** el asma, rinitis alérgica y DA muestran agrupación familiar. Los hijos de padres con DA tienen un riesgo mayor de desarrollarla.
- **Alergias.**
- **Alteraciones de la función barrera:** son un factor determinante porque permiten la entrada de alérgenos a través de la piel.
- **Alteraciones inmunológicas:** las inmunodeficiencias hacen a la persona más susceptible de padecer enfermedades infectocontagiosas. Distintos microorganismos, como virus del herpes, hongos y, fundamentalmente bacterias pueden complicar la evolución de estos pacientes. La colonización cutánea por *S. aureus* es la más frecuente.

- **Factores extrínsecos:**

- **Alimentación**

La influencia de la dieta en la DA es muy controvertida, es posible que exista una tolerancia progresiva a los distintos alimentos que, en un momento determinado, fueron capaces de relacionarse con la enfermedad. Los alimentos pueden producir **irritación local** con escozor en los labios o irritación de las zonas del cuerpo si contactan con el alimento. No pueden tomar fundamentalmente frutas y ácidos. Es un fenómeno asociado a la propia sensibilidad cutánea de la persona frente a sustancias irritantes. Pueden aparecer **reacciones alérgicas** a determinados alimentos.

Para algunos autores la dieta tiene una pobre, si no nula, influencia en la DA. Los resultados de los estudios son muy variables, no obstante sugieren tenerla en cuenta, en casos de alimentos puntuales, cuando existe una sospecha clínica o hay pruebas que abogan hacia una **intolerancia determinada**, pero no se deben hacer restricciones de forma irracional si no se demuestra su efectividad sobre el cuadro cutáneo.

- **Otros factores que influyen negativamente:**

- Cambios bruscos de temperatura. sequedad excesiva, humedad y periodo invernal.
- Determinadas profesiones: trabajos en ambientes húmedos, con irritantes químicos o mecánicos.
- La labilidad emocional producida en algunas etapas del desarrollo, como en la pubertad.

Clínica

Las manifestaciones clínicas constituyen la base del diagnóstico, ya que no existen cambios microscópicos ni de laboratorio específicos.

Cursa en brotes de lesiones eccematosas, papulovesiculosas, exudativo-costrosas y papulosas muy pruriginosas que se entremezclan con signos de rascado y fenómenos de liquenificación.

Se puede clasificar en tres fases:

1. Fase del lactante

Se inicia entre los 2 y 6 meses de vida, prolongándose hasta los 2 años. Se producen lesiones eritematosas y vesículo-exudativo-costrosas que aparecen en mejillas y cuero cabelludo aunque pueden extenderse al resto de la cara (casi siempre respetando el triángulo nasolabial) y posteriormente a tronco y caras extensoras de miembros. La zona del pañal no suele estar afectada.

2. Fase infantil

Puede ser el progreso de la fase del lactante o comenzar de nuevo. Aparece entre los 2 y 10 años. Existe una sequedad cutánea marcada. Se produce prurito intenso con un gran componente de inquietud e hiperactividad. Las lesiones se producen con más frecuencia en las grandes flexuras (fosa ante cubital, hueco poplíteo, pliegue de muñecas), la nuca y el dorso de las manos y los pies. Las lesiones de la cara suelen curar o hacerse menos intensas salvo alrededor de la boca. La morfología característica es el eczema subagudo y la rápida liquenificación debido al prurito importante lo que predispone a sobreinfección bacteriana, vírica o fúngica.

3. Fase del adulto y adolescente

Menos del 10% de los pacientes debutan después de los 10 años. Remite a los 20 años el 80%. Se caracteriza porque la piel seca es casi constante, sobre todo en invierno. Las localizaciones más frecuentes son la cara (frente, párpados, zona perioral), la nuca, el pecho, los hombros, las fosas antecubitales, los huecos poplíteos y el dorso de las manos. Predominan las lesiones papulosas y de liquenificación sobre una base de intensa xerosis.



- **Características de las lesiones**

- Primero se forma una **pápula folicular** y después aparecen **placas eccematosas** que van cambiando de apariencia en el tiempo.
- **Lesiones agudas:** la placa eccematosa se caracteriza por zonas de eritema, edema, vesiculación, exudación (serosa muy pruriginosa) y costra.
- **Casos subagudos:** las placas están pobremente definidas con escamas delgadas. Hay descamación y excoriaciones.
- **Casos crónicos:** la liquenificación es lo característico con placas engrosadas, recorridas por surcos que delimitan áreas romboidales brillantes, resultado del rascado y fricción. Hay engrosamiento de la piel y acentuación de los pliegues.

Las distintas fases pueden coexistir en el tiempo. Todo ello sobre una piel seca. **El prurito** es el síntoma guía, puede ocurrir durante el día, pero empeora durante las mañanas o las noches, es sensible a los cambios de estación y temperatura, así como al sudor y al calor excesivo. Tiene una relación directa con el estado emocional y se convierte en un síntoma intratable que conduce a trastornos de la conducta, del sueño y se hace difícil de controlar.

- **Clínica asociada más frecuente**

- Sobreinfecciones: principalmente por *Staphylococcus aureus*
- Trastornos oculares: blefaritis, conjuntivitis. cataratas subcapsulares
- Asma
- Rinitis
- Alteraciones gastrointestinales
- Retraso en el crecimiento

- **Signos de sospecha**

- Piel seca, pequeñas fisuraciones en el pliegue del lóbulo de la oreja, de los dedos de manos y pies, enrojecimiento y descamación del dorso de los dedos de los pies o las queilitis angulares. Con frecuencia, se observa hiperlinealidad palmar, alopecia en la cola de las cejas, pitiriasis alba, lengua geográfica, queratosis pilar.
- Los rasgos que definen la cara atópica son el pliegue infraorbitario de Dennie-Morgan, las ojeras oscuras y la palidez facial.
- Pueden presentarse alteraciones oculares, como la catarata subcapsular anterior que, aunque poco frecuente, debe considerarse en la segunda década de la vida y es específica de esta enfermedad.

Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la clínica, los criterios clínicos más utilizados son los postulados por el Reino Unido y por la Academia Americana de Pediatría por su operatividad. No existen cambios microscópicos ni de laboratorio específicos de esta patología.

Criterios diagnósticos del Reino Unido	
Presente en todos los casos	Más de tres de los siguientes criterios
Prurito	<ol style="list-style-type: none">1. Historia de compromiso de pliegues o mejillas.2. Historia personal o familiar de atopia.3. Historia de piel seca en el último año.4. Eczema flexural visible o en mejillas, frente, extremidades distales en menores de cuatro años.5. Inicio de la enfermedad antes de los dos años.

Tratamiento

EDUCACION SANITARIA

- Una vez diagnosticada la DA, es imprescindible **informar al paciente y a su familia sobre el curso tórpido de la enfermedad**. Una correcta información al inicio del diagnóstico puede **favorecer un mejor control de los brotes** y una mejor tolerancia de la enfermedad.
- Aportando la información necesaria se puede evitar que los brotes sucesivos generen ansiedad y preocupación que pueden empeorar la percepción subjetiva de los síntomas. La DA alterna periodos asintomáticos con fases de actividad por lo que es necesario que el paciente conozca los factores agravantes para que pueda realizar las medidas preventivas oportunas y participar activamente en el control de su enfermedad.
- La piel tiende a estar seca y áspera lo que produce una necesidad imperiosa de rascado. El objetivo del tratamiento es **romper el ciclo picor-rascado**. En todas las fases del tratamiento la clave para conseguir una piel hidratada y suave son las medidas tópicas.
- Evitar irritantes como ciertos alimentos o ropa y mantener una correcta higiene cutánea.

MEDIDAS HIGIÉNICAS

• Baño

- **Será** diario, corto (de 5 a 10 minutos) y con agua templada. Utilizar jabones de composición diferente según el momento de mayor o menor exacerbación. Usar jabones con mínima actividad desgrasante y ph cercano al de la piel lo menos irritante y espumoso posible. Los syndets son los más adecuados.
- Realizar el secado a palmaditas, sin frotar, para evitar la irritación.
- Para la prevención, después del baño son recomendables los humectantes que evitan la evaporación y mejoran la sequedad de la piel.

TRATAMIENTO TÓPICO

• Nutritivo

- Es imprescindible elegir el vehículo adecuado según la localización anatómica de las lesiones y el tipo de lesión predominante en cada momento:
- En lesiones crónicas secas utilizar pomadas y cremas emolientes.
- En lesiones húmedas cremas
- En lesiones que se cubrirán con ropa usar cremas
- En cuero cabelludo lociones, geles y cremas
- En la cara cremas
- En pliegues, líquidos, cremas y polvos
- En palmas y plantas usar pomada y unguento
- Se recomienda que las cremas y sustancias emolientes contengan **urea del 5 al 15%** pero su empleo debe evitarse en áreas exudativas.
- Si predominan las zonas con queratosis o liquenificadas se utiliza alquitrán y queratolíticos pero no se recomiendan en la fase aguda.

Con el empleo rutinario de estas medidas se consigue proteger la barrera cutánea, evitar la evaporación y mantener una buena hidratación evitando la sequedad.

• Limpieza de la cara

- Evitar productos que resequen en exceso:
- Usar un aceite limpiador al agua (solución). Aplicar sobre la cara previamente humedecida de forma que el aceite forma una "leche", que ayuda a arrastrar las impurezas. Aclarar con abundante agua y secar con una toallita suave sin frotar

- Por la noche se puede aplicar leche revitalizante limpiadora (emulsión leche) y después se elimina con algodón empapado en tónico.
- Para calmar el prurito son útiles las lociones que contienen mentol, fenol o alcanfor.

MEDIDAS GENERALES

• Recomendaciones sobre la ropa

- La ropa puede actuar como irritante o favorecer la aparición de brotes por calor, frío, etc.
- Se recomienda vestir con ropa suelta y transpirable, utilizar prendas de hilo o de algodón al 65% y poliéster al 35%. Son irritantes los tejidos sintéticos como el nylon o poliéster, la seda y los tejidos ásperos como lana virgen o lana shetland. Se pueden utilizar camisetas de algodón para evitar el contacto de la piel con tejidos irritantes.
- El calor y la sudoración pueden desencadenar brotes por lo que se debe evitar el exceso de ropa. También se debe evitar la ropa ajustada y los colchones o almohadas de tipo gomaespuma por la escasa transpiración.
- Se puede lavar a máquina y también se puede utilizar lejía pero es necesario un buen aclarado. No se recomienda el uso de suavizantes.

• Evitar irritantes

Son numerosos los estímulos que provocan reagudizaciones del proceso. Se pueden tomar algunas medidas de prevención:

- Evitar el acúmulo de polvo en el domicilio o el trabajo.
- Limpiar a fondo colchones, alfombras o moquetas
- Emplear guantes cuando se vaya a tener contacto con sustancias irritantes (disolventes, detergentes, barnices...) después lavar bien las manos y aplicar crema hidratante.
- Evitar el contacto con animales que tengan mucho pelo o pluma.
- Utilizar humidificadores y ventilar bien las habitaciones para contrarrestar los ambientes excesivamente secos que son potenciales precipitantes de brotes.
- Antes de los baños en la piscina o el mar usar crema hidratante y después del baño aclararse bien y aplicar nuevamente cremas emolientes.

• Recomendaciones en la alimentación

- Los ácidos grasos esenciales aseguran a la piel cohesión y suavidad manteniendo su hidratación. Sin embargo, el aporte extra de ciertos ácidos grasos no ha demostrado que produzca beneficios, por lo que no se puede recomendar una dieta determinada.

- Se ha comprobado que ciertos alimentos, como las fresas o el marisco, pueden producir picor. Otros como el tomate crudo, melocotón, limón, naranja, pomelo o kiwi, pueden causar irritación peri bucal. Bebidas excitantes como el café, el cacao y el alcohol pueden aumentar el picor.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

• Tratamiento tópico

- **Antisépticos** para prevenir la sobreinfección de las lesiones.
- **Antibióticos** para tratar la sobreinfección. Se pueden asociar a un corticoide tópico ya que se potencia su efecto.
- **Corticoides.** La DA se inicia en la infancia por lo que debe evitarse el uso prolongado de corticoides tópicos por los efectos secundarios que producen (atrofia cutánea, estrías).
Son la piedra angular del tratamiento por su actividad antiinflamatoria, antiprurítica y vasoconstrictora.
- El tratamiento con **antihistamínicos H1 tópicos** están contraindicados por su efecto fotosensibilizante.

• Tratamiento sistémico

- Los **antihistamínicos** están indicados para controlar el prurito. Los H1 clásicos son más sedantes y producen más efectos secundarios. Los de segunda generación son seguros y efectivos para tratar los síntomas y carecen de efectos sedativos pero algunos tienen efecto cardiológico.
- Los **corticoides orales** producen intensa mejoría pero se utilizan solo en cuadros generalizados de mala evolución por sus efectos secundarios.
- **Antibióticos sistémicos.** Su uso es recomendable para controlar los brotes.

5. Dermatitis atópica (DA) PAUTAS DE ACTUACIÓN

La dermatitis atópica (DA) es una enfermedad de la piel crónica o recidivante, de tipo inflamatorio y muy pruriginosa, con una expresión morfológica que varía con la edad del paciente, pero con un predominio de formas eccematosas. Aparece con más frecuencia en individuos con historia personal o familiar de enfermedades atópicas.

Produce un deterioro importante de la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Se produce en personas de todas las edades aunque es más común en niños. En más del 75% de los casos se resuelve a lo largo del tiempo y mejora después de la pubertad.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Antecedentes familiares de atopia y/o problemas respiratorios
- Alergias e intolerancias alimentarias y farmacológicas
- Cambios o introducción de alimentos
- Hábitos higiénicos: frecuencia y duración del baño, tipo de ropa que utiliza
- Tiempo de evolución de la DA
- Número de brotes y en que temporadas
- Impacto en la calidad de vida
- Recursos que ha utilizado para resolver el problema (lociones, cremas...) y respuesta a tratamientos previos
- Características de la lesión y localización: pápulas, vesículas, piel descamativa y placas eritemato-descamativa, intensidad del prurito...
- Entorno laboral: manipulación de sustancias irritantes, ambiente con polvo...
- *Clínica asociada
- *Patología asociada
- Criterios de diagnóstico del Reino Unido
- Necesidades de cuidados

*Patología de riesgo

- Alergias
- Inmunodeficiencias
- Rinitis
- Asma
- Problemas respiratorios

*Clínica asociada

- Sobreinfección cutánea
- Prurito grave
- Vesiculación
- Exudación
- Alteraciones oculares (conjuntivitis, cataratas...)
- Otros síntomas

Criterios de actuación autónoma

- No hay *clínica asociada
- No hay *patología de riesgo
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia/pediatra

- Existencia de *clínica asociada
- Existencia de *patología de riesgo
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

Actividades

- Instruir en la evolución tórpida de la enfermedad: que cursa a brotes y suele desaparecer en edad adulta.
- Instruir en la prevención de brotes: evitar los factores agravantes, mantener la piel hidratada
- Enseñar a identificar los brotes y como tratarlos
- Instruir en la evolución favorable esperada: mejoría en 72 h con el tratamiento
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: aumento del prurito, signos de sobreinfección cutánea, aparición de vesículas

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/ tratamiento

Actividades

- Instruir en la técnica de aplicación de tratamiento tópico (lociones y cremas) y pauta prescrita
- Instruir en la medicación oral que debe tomar y pauta
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 5510 Educación para la salud

Actividades

- **Instruir en medidas de cuidados de la piel**
 - El cuidado diario de la piel puede reducir la necesidad de medicamentos
 - Hidratación cutánea: aplicación continuada de cremas hidratantes o aceites (2-3 aplicaciones cada 24 h si precisa)
 - Baño: con agua tibia evitando el uso de jabones, en caso de utilizar los que sean de ph ácido o de avena.
 - Evitar el rascado de la piel: uñas bien cortas, usar guantes por la noche si el rascado es un problema.
 - Añadir aceites naturales en el agua. Es importante mantener la piel suave e hidratada para reducir el picor.
 - Aplicar las cremas y lociones emolientes después del baño y siempre que se note la piel seca, incluso si no existe picor o esté roja
 - Vestirse con tejidos naturales como algodón y/o lino. Evitar tejidos irritantes como lana o lanolina
- **Instruir en higiene ambiental**
 - Evitar ambientes con mucho polvo, tejidos de lana, moquetas.
 - Aspirar y ventilar el hogar diariamente
 - Evitar ambientes secos producidos por calefacciones o aire caliente y cambios bruscos de temperatura
 - Puede ayudar el uso de humidificador en el hogar
 - Evitar situaciones que provoquen estrés
- **Instruir en los alimentos** que no debe tomar para evitar el prurito: frutos secos, frutos rojos, marisco, huevo, etc.) y en los que debe evitar porque producen irritación local (frutas y ácidos)
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)

Actividades

- En fase aguda: corticoterapia, antihistamínicos, emolientes.
- De mantenimiento: emolientes, inmunomoduladores (Protopic, elidel), ácidos grasos esenciales.
- Valorar corticosteroides tópicos: Lactisona® loción, Adventan® crema, Peitel® crema
- Valorar antihistamínicos vía oral: Polaramine®, Atarax® o Loratadina
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación**Actividades**

- Derivar al médico de familia/pediatra según los criterios de actuación compartida
- Otros por criterio de la enfermera

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Si no mejora en 72 h con tratamiento
- Empeoramiento del proceso
- Nueva valoración de la evolución con tratamiento
- Otros a criterio de la enfermera

6. Dermatitis del pañal no complicada **CONCEPTOS BÁSICOS**

Definición

La dermatitis del pañal es un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.) que se producen en la zona cubierta por el pañal durante un periodo muy concreto de la edad del individuo.

Clínicamente se puede observar eritema, fisuras, erosiones y descamación en la región glútea, periné, porción inferior del abdomen y parte superior de los muslos.

Etiología

Se desconoce la causa específica. La hipótesis más aceptada en la actualidad admite que la fricción y la maceración favorecen el inicio de la erupción. La inflamación se complica y se mantiene por la presencia de componentes de la orina, de las deposiciones y por productos de la degradación microbiana. El resultado final es el daño a la epidermis, con la consiguiente pérdida de la función barrera de la piel y una mayor susceptibilidad a la irritación cutánea.

Existen varios factores que influyen en la aparición del proceso:

- **La excesiva humedad, la fricción y la oclusión del pañal:** En el contacto prolongado con el pañal húmedo la piel es muy susceptible de ser dañada por la fricción constante a la que está sometida. Esta fricción provoca la maceración del estrato córneo por el agua de la orina y de las heces, lo que hace que la función barrera de la piel se altere y se vuelva más sensible a la acción de los irritantes. La humedad permanente favorece la proliferación de microorganismos.
- **Falta de higiene:** la escasa frecuencia en el cambio de pañal provoca una maceración de la piel, la falta de aire, la humedad y el aumento de temperatura favorece la maceración e irritación de la zona.
- **La capacidad irritante de las orinas y las heces:** las enzimas fecales lesionan la piel de forma directa, incrementan la permeabilidad del área ocupada por el pañal y la hacen más susceptible a la acción de otros irritantes.

- **El aumento del pH en la piel.** El pH de las heces varía en función de la alimentación y la flora intestinal propia del niño. Un pH muy alcalino o muy ácido añade un factor más de irritación
- **Cuidados cosméticos incompletos e incorrectos:** algunas sustancias contribuyen a afectar la integridad de la piel : jabones, detergentes, antisépticos, tratamientos por vía tópica etc.
- **Uso de antimicrobianos de amplio espectro:** Amoxicilina, macrólidos, quinolonas y determinadas cefalosporinas están relacionadas con un aumento de *Candida albicans* en el área gastrointestinal y en la piel de la zona del pañal.
- **Antecedentes de dermatitis atópica**
- **La alimentación:** los niños que siguen una lactancia natural están menos predispuestos a padecer dermatitis del pañal ya que la alcalinidad de la orina y de las heces es menor. En niños mayores y adultos, la dieta determina el pH (como son por ejemplo, las dietas hiperproteicas que aumentan la acidez de las heces).
- **Condiciones de salud del niño y del adulto:** las infecciones del tracto respiratorio, la fiebre y la diarrea aumentan la incidencia de dermatitis.

Clínica

Existen una serie de afecciones de la piel (que también pueden aparecer en la zona en contacto con el pañal) que presentan un aspecto similar a las lesiones producidas por la dermatitis del pañal, y por ello es necesario hacer un diagnóstico diferencial para determinar si el niño tiene una dermatitis irritativa, u otro problema. **En este documento se contemplan las más frecuentes y menos complicadas que se pueden tratar en la consulta CARE** o que es necesario identificarlas para derivar al paciente al médico de familia.

DERMATITIS IRRITATIVA

- **De las zonas convexas**

Aparecen lesiones cutáneas en las áreas que tienen un contacto más directo con el pañal, como son los genitales externos, las nalgas y las zonas perineales. Se distinguen:



- **Eritema «en W»:** eritema en regiones glúteas, genitales y superficies convexas de los muslos, dejando libre generalmente el fondo de los pliegues.



- **Eritema confluente:** eritema más vivo e intenso, con afectación de los pliegues y signos de exudación.



- **Dermatitis erosiva ('sífiloides de Jacquet')**: ulceraciones superficiales en sacabocados, salpicadas, en número reducido

- **Lateral**

Es muy frecuente, muestra afectación en la zona lateral de las nalgas, en las áreas que corresponden a la parte del pañal que carece de material absorbente, y en la que se produce un contacto directo y prolongado de la piel con el material plástico.



- **Por químicos:** se produce una irritación cutánea primaria por la aplicación de sustancias antisépticas, detergentes, cáusticos o perfumes en la zona del pañal.



- **Dermatitis irritativa perianal**
Se debe a la irritación de la zona anal y perianal por el contacto prolongado o repetido con las heces y/o la fricción excesiva con productos de higiene (toallitas, jabones, etc.).



- **Dermatitis amoniacal**

Es la más frecuente en el adulto. El factor desencadenante es la presencia y acumulación de amoníaco debido a la degradación de la urea presente en la orina. Los cambios en la dieta y el aumento en la ingestión de proteínas aumentan la acidez de las heces e incrementa el factor de irritación. La

clínica es variable, puede ir desde un leve eritema de las zonas convexas o evolucionar, produciendo descamación en láminas y dando lugar a formas papuloerosivas graves

Complicaciones

La dermatitis del pañal es una afección benigna, que se resuelve fácilmente. Sin embargo, es frecuente que se produzcan ciertas complicaciones, en especial si no se actúa de manera adecuada en los primeros estadios de la afección.

Las más habituales son de tipo infeccioso:

- **La sobreinfección por *Candida albicans***

Se manifiesta clínicamente como eritema intenso de tinte rojo violáceo con formación de pápulas y pápulo-pústulas de extensión periférica.



- **Sobreinfección por bacterias**

Especialmente por *Staphylococcus aureus*. En una situación en la que la piel está irritada, como ocurre en la dermatitis del pañal, donde además confluyen humedad y calor, es muy fácil que estas bacterias se desarrollen muy rápido en la zona afectada, produciendo una infección superficial de la propia dermatitis. En este caso es muy común en la piel del bebé aparezcan lesiones de un color dorado, parecidas a las producidas por el impétigo.



- **Granuloma glúteo infantil**

Es una complicación de una dermatitis del pañal asociada a la utilización de corticoides tópicos de alta potencia, caracterizada por la aparición de nódulos violáceos o purpúreos de hasta 2 o 3 cm de diámetro. Las complicaciones más importantes que pueden aparecer son las cicatrizaciones de las pequeñas úlceras o lesiones y la pérdida de color de la piel afectada.

Diagnóstico

El diagnóstico es **eminente** clínico, y no hay ninguna prueba de laboratorio que lo confirme. En casos de sobreinfección candidiásica o bacteriana debe tomarse cultivo de las lesiones sospechosas.

El área del pañal es una zona especialmente propensa al desarrollo de **otras enfermedades**, que deben diferenciarse de la dermatitis irritativa. En este caso **se derivará al médico de familia** para hacer un **diagnóstico diferencial** de otras patologías como pueden ser la dermatitis seborreica o la psoriasis del pañal entre otras.

Prevención

La prevención y el tratamiento sintomático de las lesiones son los factores a considerar en el abordaje integral de la dermatitis del pañal.

Basado en la experiencia clínica, la manera más efectiva de prevenir la dermatitis irritante del pañal pasa por realizar medidas generales de cuidado de la piel: minimizar el contacto directo de la piel con la orina y las heces por medio del cambio frecuente del pañal, la limpieza suave del área del pañal con agua tibia, exposición al aire, elección de pañales y uso de preparaciones como barrera tópica.

- Realizar una buena higiene de la zona: limpieza de la piel después de cada cambio de pañal con agua tibia y jabón suave (ph ácido o neutro) con propiedades humectantes, desaconsejándose los perfumes. Las toallitas húmedas pueden resultar irritantes.

- Secar completamente la piel antes de colocar un nuevo pañal
- Realizar cambios frecuentes de los pañales
- En cada cambio de pañal, después de la limpieza y secado, aplicar preparados protectores que contengan sustancias hidratantes y emolientes, un producto protector que aisle la piel del contacto con el pañal. Para este fin, son adecuadas las pastas o pastas al agua con óxido de zinc. Pueden administrarse como fórmulas magistrales o como productos envasados comercialmente. Se han comercializado igualmente pastas con óxido de zinc que llevan sustancias que inhiben la acción de las enzimas fecales.
- Las preparaciones de barrera, bloquean físicamente los irritantes químicos y la humedad del contacto con la piel y minimizan la fricción. Las pastas y ungüentos generalmente son mejores barreras que las cremas y lociones, que son poco adherentes, mínimamente oclusivas y pueden contener fragancias y conservantes. El uso de ungüentos y pastas de barrera tópica para el tratamiento se basa en una experiencia clínica de larga duración. Existen algunos ensayos aleatorios de mala calidad que comparan estos fármacos con placebo o entre sí.
- Las barreras tópicas de venta libre más comunes contienen vaselina, óxido de cinc, o ambas (por ejemplo vaselina [vaselina blanca], Desitina, Triple Pasta, A & D Pomada y Balmex). Algunos también contienen lanolina, parafina, o dimeticona (aceite de silicona). El Sucralfato, un medicamento de prescripción marcado para el tratamiento de úlceras duodenales en los Estados Unidos, también actúa como una barrera física a los irritantes y tiene actividad antibacteriana. Se ha informado que la aplicación tópica de sucralfato es útil en el tratamiento de la dermatitis irritante severa o recalcitrante del pañal.
- Se deben evitar barreras tópicas o medicamentos que contengan fragancias, conservantes y otros ingredientes con potencial irritante o alérgico (p. Ej., Neomicina). Los productos que contienen ácido bórico, alcanfor, fenol, benzocaína y salicilatos también deben evitarse debido al potencial de toxicidad sistémica y / o metahemoglobinemia. Estos agentes están contenidos en algunos productos disponibles comercialmente para la dermatitis de pañal.
- Para prevenir la maceración utilizar óxido de zinc.
- No se utilizarán de modo profiláctico los corticoides, antifúngicos ni antibióticos tópicos, antiinflamatorios ni antihistamínicos por el riesgo de sensibilización.
- Utilizar pañales desechables extra-absorbentes que poseen una capacidad de tampón que reduce el pH elevado de la zona del pañal, que permitan la transpiración y no oclusivos, lo suficientemente grandes y procurando que el roce sea mínimo.
- Cuando la dermatitis está establecida resulta útil quitar el pañal y dejar la zona expuesta al aire todo el tiempo posible.

- Si las lesiones no ceden en un tiempo aproximado de una semana siguiendo un tratamiento con productos emolientes y protectores y una correcta higiene, derivar al médico de familia/ pediatría.

Tratamiento

El tratamiento de la dermatitis del pañal consiste en la aplicación tópica de un preparado después de cada cambio de pañal.

Existen dos tipos de productos:

1. **Los utilizados de forma preventiva**, que contienen fundamentalmente sustancias protectoras, emolientes y antisépticas
2. **Los productos curativos**, empleados en aquellos casos en los que se produce alguna complicación.

1. PREPARADOS PARA LA PREVENCIÓN

Son preparados emolientes, antisépticos y protectores dérmicos.

Deben utilizarse diariamente después de cada cambio de pañal a modo profiláctico, es decir, que la aplicación se realiza varias veces al día.

- Las **sustancias emolientes** que contienen estos preparados relajan y ablandan las partes inflamadas formando una capa grasienta que impide que el agua de la superficie se evapore.
- **Las protectoras** se suman a la superficie de la piel evitando la irritación por el aire y el roce, y limitando el crecimiento bacteriano.
- **Las antisépticas** tienen cierta acción bacteriostática y fungistática. Estos productos se presentan en forma de cremas, pomadas, pastas, ungüentos, polvos o jabones
- **El óxido de cinc** es un excelente protector, astringente débil y con ciertas propiedades antisépticas. La mayoría de las preparaciones que existen en el mercado actual contienen, además, alguna de las sustancias anteriormente citadas.
- En ocasiones se incorporan **agentes enzimáticos** (antilipasa y antiproteasa) que inhiben la actividad de las enzimas contenidas en las deposiciones, factor desencadenante de la dermatitis del pañal.
- **El pantenol** es un derivado vitamínico actualmente muy utilizado. Sus propiedades reparadoras y el efecto suavizante y atenuante de la sensación de prurito que produce lo convierten en una sustancia muy indicada en la dermatitis del pañal.

- **Los antisépticos** que suelen incorporarse en este tipo de preparados son derivados o complejos de ácido bórico que evitan su absorción sistémica, el ácido salicílico, el cloruro de benzalconio y el clorhidrato de clorhexidina

2. PREPARADOS CURATIVOS

Se reservan únicamente para **casos complicados**, en caso de que la dermatitis del pañal persista más de una semana con el cumplimiento de las medidas preventivas. El tratamiento a seguir, ya sea por vía tópica o sistémica, debe ser establecido por el **médico de familia/pediatra**.

6. Dermatitis del pañal no complicada PAUTAS DE ACTUACIÓN

Es un tipo de dermatitis de contacto irritativa inflamatoria de la piel cubierta por el pañal secundaria al amoniaco (resultante de la reacción química entre la ureasa de la orina y los restos fecaloideos en contacto con la celulosa de los pañales) y posible colonización saprofita de *Candida albicans*, estafilococo o estreptococo del grupo B.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Alergias
- Antecedentes de dermatitis
- Tiempo de evolución de la dermatitis
- Hábitos higiénicos
- Frecuencia de cambios del pañal
- Cambios y/o introducción de alimentos
- Cambios en el patrón deposicional y/o en las características de las deposiciones
- Recursos que ha utilizado para mejorar el problema
- Características de las lesiones y localización
- Signos de infección
- Fase de la dermatitis: inicial o seca, exudativa o ulcerada
- *Clínica asociada
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Clínica asociada

- Sobreinfección cutánea
- Eritema intenso con placas brillantes
- Ulceraciones
- Exudado
- Otros

Criterios de actuación autónoma

- No hay *clínica asociada
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia/pediatra

- Existencia de *clínica asociada
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa muestra para cultivo
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

Actividades

- Instruir en la evolución favorable esperada: mejoría en 72 h con el tratamiento
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: aumento del enrojecimiento, signos de sobreinfección cutánea, aparición de vesículas, ulceraciones o exudado...

NIC: 5510 Educación para la salud

Actividades

- Explicar que los cambios de pañal han de ser más frecuentes
- **Fase seca inicial.** Instruir en medidas de cuidados de la piel:
 - Limpiar con agua, no utilizar jabones ni toallitas
 - Utilizar aceites o crema barrera. Los productos a base de óxido de zinc o vaselina ayudan a mantener la humedad lejos de la piel y se aplican sobre piel completamente limpia y seca. No usar talco.
 - Siempre que sea posible mantener la piel al aire
 - Utilizar pañales súper absorbentes y cambiarle con frecuencia el pañal.
- **Fase exudativa.** Instruir en medidas de cuidados de la piel:
 - Realizar la higiene sin frotar la piel
 - Enseñar la aplicación de tratamiento tópico y pauta: zona de aplicación y limpieza antes de cada aplicación.
 - Si hay eritema intenso con placas rojas brillantes: instruir en la aplicación del antifúngico y pauta prescrita por su médico (Clotrimazol® crema dos veces al día durante 7 días)
 - Si hay supuración y costras amarillentas: instruir en la aplicación de crema barrera con antibiótico y pauta prescrita por su médico (Mupirocina® 2 o3 veces al día durante 5 a 10 días)
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas).

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)

Actividades

- En **fase seca inicial**
 - Prescribir aceites o crema barrera: productos a base de óxido de zinc o vaselina
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación

Actividades

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

Técnicas

- Toma de muestra exudado: cultivo

Crterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Si no mejora en 72 horas con tratamiento
- Empeoramiento del proceso
- Nueva valoración de la evolución con tratamiento
- Informar sobre el resultado del cultivo

Definición

La diarrea aguda es un cuadro de menos de dos semanas de evolución caracterizado por ≥ 3 deposiciones de menor consistencia que la habitual en 24 horas. que puede o no ir acompañado de náuseas, vómitos, dolor abdominal y/o fiebre o una deposición de menor consistencia con presencia de sangre macroscópica, en un periodo de 24 horas.

En la edad infantil esta definición puede ser imprecisa, por la variabilidad en el volumen, frecuencia y consistencia de deposiciones. Hay que tener en cuenta la edad del niño, ya que la frecuencia de las deposiciones es más alta en niños menores de tres meses, y que el ritmo intestinal puede cambiar con el tipo de alimentación. Hay escasos datos de referencia del volumen fecal a las distintas edades.

En los adultos sanos la diarrea suele ser un problema intrascendente, de corta duración. Sin embargo, en las **personas mayores**, puede originar complicaciones, llegando en algunos casos a constituir causa de muerte; por las pérdidas de agua y electrolitos.

Un 50% de las gastroenteritis se suelen presentar en personas mayores de 75 años. Esto hace que debamos extremar las precauciones para corregirlas o detectarlas lo antes posible. **En el anciano** aparecen con frecuencia cuadros de diarrea, entendida ésta como un **aumento significativo del número de deposiciones** que habitualmente realizan. Es común que ese aumento del número de deposiciones vaya acompañado de una **variación en la consistencia de las heces**, con deposiciones menos consistentes o incluso líquidas.

La diarrea se considera aguda cuando no supera las dos semanas de duración, persistente cuando rebasa las dos semanas y crónica las 4 semanas, sea como manifestación de una enfermedad sistémica o de un trastorno primario del tracto gastrointestinal. La diarrea debe distinguirse de dos entidades: la **pseudodiarrea**, que consiste en la realización de deposiciones pequeñas y frecuentes (síndrome del intestino irritable, proctitis actínica), y la **incontinencia intestinal**, en la que se evacúa de forma involuntaria.

Etiología de la diarrea aguda

En la diarrea aguda la etiología más frecuente, en un 90% de los casos, es la infecciosa. El 10% restante es de origen medicamentoso o por ingestión de sustancias tóxicas.

La causa principal de diarrea crónica es el síndrome de intestino irritable, seguido por la enfermedad inflamatoria intestinal y los síndromes de malabsorción.

Se asume que la mayoría de diarreas agudas son de origen vírico, ya que, en la mayoría de series de casos publicados, en el 30 y 40% de los episodios los cultivos de heces resultan positivos. Los virus implicados más frecuentes son rotavirus, virus Norwalk, adenovirus entéricos y astrovirus. La diarrea por parásitos es poco frecuente.

Las principales causas de diarrea aguda son:

- Infección (bacterias, virus, protozoos, parásitos)
- Intoxicación por alimentos
- Alergias por alimentos
- Trastornos absorción/digestión: déficit de lactasa, déficit de sacarasa-isomaltasa
- Fármacos: laxantes, antibióticos...
- Presentación inicial de una diarrea crónica

DIARREA AGUDA INFECCIOSA

Las personas mayores suelen tener el sistema inmunológico más débil y son más sensibles a este tipo de infecciones.

Se distinguen 5 grupos de personas con unas características que hacen predominar ciertos tipos de gérmenes:

- 1. En viajeros** (“diarrea del viajero”), la etiología más frecuente es *Escherichia coli* y a continuación le siguen *Campylobacter*, *Shigella* y *Salmonella*.
- 2. En consumiciones especiales** (después de fiestas, banquetes o restaurantes), la diarrea es generalmente secundaria a *Salmonella*, *Campylobacter* o *Shigella* en pollo, *E. coli* en hamburguesas poco hechas, *Bacillus cereus* en frituras de arroz, *Staphylococcus aureus* o *Salmonella* en mayonesas o natas, *Salmonella* en huevos y *Vibrio* o *Salmonella* en mariscos crudos.
- 3. En pacientes inmunodeficientes** están implicados fundamentalmente *Mycobacterium*, citomegalovirus, virus del herpes simple, adenovirus, *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, *Microsporidia*, *Blastocystis hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum* y *Chlamydia* en contacto sexual rectal (proctocolitis).
- 4. En guarderías**, los gérmenes más frecuentes son *Shigella*, *Giardia*, *Cryptosporidium* y rotavirus.
- 5. En residencias y centros de cuidados crónicos** el más frecuente es *Clostridium difficile*.

DIARREA AGUDA POR FARMACOS

Entre las causas de diarrea aguda, tras la causa infecciosa, los medicamentos ocupan el segundo lugar. Entre la gran cantidad de fármacos disponibles en la actualidad, suelen estar implicados algunos antibióticos, colchicina, prostaglandina E, antihipertensivos, tiroxina, digital, quinidina, propranolol y laxantes. Si consideramos sólo los pacientes mayores de 50 años, la colitis isquémica ocupa el segundo lugar en incidencia con diarrea primero líquida y luego sanguinolenta.

La diarrea secundaria a la toma de antibióticos se produce por dos mecanismos distintos:

1. Alteración del metabolismo de los carbohidratos secundaria a la modificación de la flora bacteriana del colon
2. Sobrecrecimiento de *Clostridium difficile* que libera toxinas.

Clínica de la diarrea aguda

La gran pérdida de líquidos y electrolitos en la diarrea aguda, puede derivar en un cuadro de **deshidratación**. Esto es más frecuente en el niño pequeño y el anciano que en el adulto,

Los pacientes con **diarrea aguda infecciosa** presentan de forma característica **náuseas, vómitos, dolor abdominal, fiebre y diarrea**.

EN EL NIÑO

- Hay mayor **riesgo nutricional**, por una gran respuesta catabólica frente a las infecciones y una depleción de las reservas nutricionales más rápida que en el adulto. Otros factores que influyen en la afectación nutricional son la disminución de la ingesta calórica, por la hiporexia concomitante y la posible existencia de malabsorción de nutrientes secundaria a la lesión intestinal.
- Aunque, en general, se trata de un **proceso leve y autolimitado la principal complicación es la deshidratación**.
- Ocasionalmente se puede desarrollar una **diarrea prolongada** como consecuencia de:
 - Intolerancia a la lactosa.
 - Sensibilización a las proteínas de la leche de vaca.
 - Sobrecrecimiento bacteriano, por la contaminación bacteriana de los tramos altos del intestino delgado. Puede contribuir al mantenimiento de la diarrea por acción directa de las bacterias sobre la mucosa.

EN EL ANCIANO

- La presencia de heces blandas o líquidas es más común en las personas mayores, por lo que a veces es difícil identificar un caso de diarrea. En los mayores resulta más complicado detectarlas debido a que producen heces más líquidas, presentan síntomas larvados atípicos y tienen menor percepción del problema, especialmente las que presentan déficits cognitivos, sospechando ante cambios en el estado general.
- **Cambios en el estado general:**
 - Apatía
 - Decaimiento
 - Postración o debilidad generalizada
 - Desorientación
 - Caídas
 - Debilidad
 - Disminución de la diuresis
 - Sequedad de piel y mucosas
 - Ojos hundidos...
- **El mayor riesgo asociado a la diarrea es el de la deshidratación.** En el caso de personas mayores puede ser mucho más grave que en el resto de la población y puede conducir incluso a cuadros graves si no se trata de forma temprana. La deshidratación provoca la pérdida de agua y minerales como el potasio, el sodio, el calcio, el fósforo, el hierro o el magnesio, esenciales en la nutrición. La falta de estos elementos puede afectar al funcionamiento de diversos órganos y, si no se soluciona a tiempo, provocar serios problemas de salud e incluso la muerte.
- **En función de su gravedad, la diarrea aguda en el anciano puede ser de tres tipos:**
 - 1. DIARREA AGUDA LEVE**
 - No hay más de 3 deposiciones al día.
 - No hay dolor abdominal o es poco intenso.
 - No hay fiebre, deshidratación o sangrado rectal.
 - 2. DIARREA AGUDA MODERADA**
 - Entre 3 y 5 deposiciones diarias.
 - Si existe, el dolor abdominal es moderado.
 - La fiebre no supera los 38 °C.
 - Aparecen signos de deshidratación débil o ésta no existe.

3. DIARREA AGUDA GRAVE O SEVERA

- Más de 5 deposiciones por día.
- Hay dolor abdominal moderado o severo.
- Puede haber heces con sangre.
- Fiebre superior a 38 °C.
- Hay síntomas de deshidratación claros e inmunodepresión.

La **diarrea crónica en las personas mayores** se prolonga durante más de 3 semanas y sus causas no son infecciosas: mala absorción de alimentos grasos, medicamentos o lactosa, inflamaciones intestinales (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn), alteraciones en la motilidad intestinal o abuso de laxantes.

DESDE EL PUNTO DE VISTA CLÍNICO SE DISTINGUEN:

DIARREA NO INFLAMATORIA

- Generalmente producida por virus, toxinas bacterianas o por patógenos capaces de adherirse al intestino (Bacillus cereus, S. aureus, Vibrio cholerae, E. colienterotoxígena, Giardia, criptosporidiosis, helmintos, Klebsiella).
- Se suele caracterizar por deposiciones líquidas de abundante volumen (más de 1 litro/día), pero sin sangre ni pus.
- El paciente suele aquejar retortijones, el dolor abdominal intenso y sostenido es poco usual y no suele haber fiebre.

DIARREA INFLAMATORIA

- Secundaria a infección por microorganismos enteroinvasivos (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Clostridium difficile, Yersinia, E. coli enteroinvasora, Entamoeba histolytica).
- Puede tener también un origen no infeccioso y, en este caso, las causas más comunes son enfermedad inflamatoria intestinal, colitis isquémica, colitis actínica o diverticulitis.
- Se caracteriza por deposiciones muy frecuentes de escaso volumen, con presencia de moco y/o sangre, y puede acompañarse de tenesmo, fiebre o dolor abdominal grave.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS SEGÚN LA ETIOLOGÍA

DIARREA DE ORIGEN VÍRICO

- El período de incubación es corto de 1 a 3 días.

- El cuadro se presenta de forma aguda con diarrea sin productos patológicos, en general autolimitada, aunque puede prolongarse por espacio de una semana, y acompañarse a veces de vómitos, fiebre y postración.
- Si la diarrea está provocada por citomegalovirus, generalmente en pacientes inmunodeprimidos, el cuadro suele tener una mayor gravedad, con aparición de diarrea con sangre y manifiesta repercusión sistémica.

DIARREA POR PARÁSITOS

- La infección por Giardia tiene un período de incubación de 1-3 días y se manifiesta por una diarrea con alto componente de malabsorción, sin sangre ni presencia de leucocitos en las heces, que puede persistir semanas o meses si no se trata.

DIARREA POR TOXINAS

- Los pacientes que han ingerido toxinas o con infecciones toxigénicas presentan típicamente náuseas y vómitos como síntomas predominantes, y no suelen tener fiebre elevada. La presencia de síntomas sistémicos puede orientar en la etiología de la diarrea.

DIARREA POR BACTERIAS

- La infección por Shigella y E. coli enterohemorrágica se asocia a síndrome hemolítico-urémico, sobre todo en ancianos o niños.
- La infección por Yersinia puede acompañarse de síndrome de Reiter (artritis, uretritis y conjuntivitis), tiroiditis, pericarditis o glomerulonefritis.

Exploración física

En los pacientes previamente sanos y con un episodio de diarrea aguda común, la exploración física puede ser normal o revelar simplemente una mínima **distensión abdominal y aumento del peristaltismo intestinal**. Cuando el volumen de la diarrea es alto o se prolonga su evolución, pueden detectarse **signos clínicos de deshidratación, como hipotensión, taquicardia y sequedad de piel y mucosas**.

VALORACIÓN DEL ESTADO DE HIDRATACIÓN

El dato clínico más exacto del grado de deshidratación es el **porcentaje de pérdida ponderal**, que representa el déficit de líquidos existente. La deshidratación se considera según esta pérdida como:

- **Leve o ausencia de deshidratación:** pérdida de menos del 3% del peso corporal.
- **Moderada:** pérdida del 3-9% del peso corporal.
- **Grave:** pérdida de más del 9% del peso corporal. Habitualmente no se dispone de un peso previo.

En la historia clínica el dato más relevante respecto a la ausencia de deshidratación es una diuresis normal.

- **Signos clínicos asociados a deshidratación**, los más significativos son:
 - Pérdida de turgencia cutánea
 - Respiración anormal
 - Relleno capilar lento
 - Mucosa oral seca
 - Ausencia de lágrimas
 - Alteración neurológica.

Diagnóstico

La gravedad de la diarrea está en relación con el grado de **deshidratación**, por lo que es fundamental una valoración lo más exacta posible de ésta, para evitar tanto un retraso en el tratamiento como intervenciones innecesarias.

En la diarrea aguda no es necesario realizar estudio etiológico, excepto en determinadas situaciones, mientras que en la diarrea crónica siempre hay que investigar la causa.

El diagnóstico de diarrea aguda **es exclusivamente clínico**, pero es útil orientar su naturaleza. El primer paso ante un síndrome diarreico agudo es realizar una correcta anamnesis y exploración física con el objetivo de diferenciar entre diarrea inflamatoria y no inflamatoria.

- **Parámetros orientativos de diarrea bacteriana**
 - fiebre alta
 - Presencia de sangre en heces
 - Dolor abdominal o afectación neurológica.

- Otros datos, como comienzo brusco de la diarrea, ausencia de vómitos, presencia de leucocitos en heces, aumento de proteína C reactiva o edad mayor de 3 años, tienen un menor valor predictivo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Tras anamnesis y exploración física, el segundo paso es valorar la necesidad de pruebas complementarias, dado que la mayoría de episodios de diarrea son autolimitados.

- **Se recomiendan pruebas complementarias si se presenta alguno de los siguientes criterios:**
 - Fiebre mayor de 38,5º C
 - Realización de más de 5 deposiciones diarias o duración mayor de 48 horas sin mejoría
 - Dolor abdominal severo
 - Diarrea profusa con signos de hipovolemia
 - Diarrea inflamatoria
 - Uso reciente de antibióticos o pacientes hospitalizados
 - Ancianos (más de 70 años) e inmunodeprimidos.
- **Analítica básica.** En ocasiones es recomendable solicitar analítica sanguínea (hemograma, bioquímica con iones), que permite valorar la repercusión clínica de la diarrea.
- **Cultivos.** En los casos en que se sospeche un patógeno invasivo debe practicarse recogida de heces para coprocultivo y/o examen en fresco de parásitos. De igual forma, es recomendable la realización de coprocultivo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal para descartar infección subyacente, en diarreas inflamatorias graves y en pacientes inmunodeprimidos o con comorbilidades que comprometan el pronóstico. La obtención de cultivos para parásitos o examen de huevos en heces se debe realizar en caso de diarrea persistente, y no tanto en la diarrea aguda.
- Dado que el conocimiento del agente causal no va a influir la mayoría de las veces en el abordaje terapéutico de la diarrea, no está indicado **el estudio microbiológico de rutina.**

Solamente habría que considerarlo en los casos de:

- Inmunodeficiencias
- Diarrea mucosanguinolenta
- Ingreso hospitalario
- Diagnóstico dudoso
- Diarrea prolongada
- Sospecha de toxiinfección alimentaria
- Viaje reciente fuera del país.

- El estudio microbiológico habitual incluye coprocultivo (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Aeromonas) y detección de antígeno de rotavirus del grupo A, adenovirus y astrovirus.

Tratamiento

La diarrea aguda debe tratarse con **medidas de soporte**, la mayoría de pacientes no precisan tratamiento específico y sólo en casos concretos se plantea el tratamiento antibiótico.

- En más del 50% de los pacientes con diarrea aguda, esta se autolimita en un período de 2-3 días. Por ello, **la mayoría de pacientes no requerirá ningún tratamiento específico** y, sólo en casos concretos, deberá plantearse un tratamiento antibiótico.
- **Los pacientes ancianos**, inmunodeprimidos, con enfermedades de base o criterios de gravedad (fiebre de más de 38,5°C, signos de hipovolemia, dolor abdominal intenso, más de 5 deposiciones diarias o 87rectorragia) deben ser remitidos al hospital.

No existe un tratamiento específico como tal. El principal objetivo en el manejo terapéutico de este proceso es la corrección de la deshidratación y, una vez realizada ésta, la recuperación nutricional.

HIDRATACION Y MEDIDAS DE SOPORTE

- **Ante cualquier diarrea** son aconsejables las medidas encaminadas a **reponer las pérdidas hídricas y electrolíticas**. Aunque en casos de diarrea grave o persistente (especialmente en niños), en pacientes inmunodeprimidos o con enfermedades de base, la hidratación deberá hacerse por vía parenteral, en la mayoría de casos la rehidratación oral será suficiente.
- En casos de **diarrea grave**, deben utilizarse **preparados específicos** con aporte bien equilibrado de glucosa y electrolitos, como la recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el año 2002, la OMS disminuyó la concentración de sodio en dichos preparados para evitar el riesgo de hipernatremia.
- No existen evidencias científicas que avalen el beneficio de suspender la alimentación oral en la diarrea aguda. Por ello, **debe mantenerse la ingesta evitando especialmente la leche y otros productos lácteos a excepción del yogur**, ya que tanto los virus como las bacterias patógenas suelen provocar un déficit transitorio de lactasa en el intestino. Disminuir e incluso eliminar alimentos que contengan lactosa, bebidas con cafeína y productos dietéticos con edulcorantes.

- Los pacientes con diarrea aguda sin síntomas de gravedad o complicaciones, no deben someterse a tratamiento antibiótico
- Se puede considerar el uso de agentes **probióticos** como ciertas bacterias de la cepa lactobacilos GG para el tratamiento de la diarrea modifican la flora del colon, estimulan la inmunidad local y aceleran la resolución de la diarrea del viajero, la asociada a antibióticos y la infantil.

REHIDRATACIÓN ORAL EN EL NIÑO

La disponibilidad actual de **soluciones de rehidratación** oral adecuadas hace que su administración sea el **método de elección en el tratamiento de la deshidratación**. Es importante hacer notar que estas soluciones tienen distintas formas de reconstitución. La presentación de la mayoría son sobres que hay que disolver en diferentes cantidades de agua según el preparado, lo que puede llevar a errores. Así, el sobre de Sueroral Hiposódico® se diluye en 1 litro de agua; El de Citorsal® en 500 ml y el de Isotonar® en 250 ml. En este sentido son más ventajosas, por no necesitar manipulación, las **soluciones de presentación líquida**.

- **La pauta de administración oral de la solución de rehidratación sería:**
 - **Para la prevención**, si no hay signos de deshidratación: 10 ml/kg por deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para reponer las pérdidas mantenidas, añadido a la dieta habitual del paciente.
 - **Si la deshidratación es leve:** 30-50 ml/kg (déficit) durante 4 horas + pérdidas mantenidas (10 ml/kg por deposición líquida).
 - **Si la deshidratación es moderada:** 75-100 ml/kg durante 4 h + pérdidas (reposición déficit + pérdidas mantenidas)
 - La rehidratación se realiza durante 4 horas, se aconseja la administración del líquido de forma fraccionada en pequeñas cantidades cada 2-3 minutos, para una mejor tolerancia.

ALIMENTACION EN EL NIÑO

Las dos cuestiones fundamentales son: cuándo iniciar la alimentación y con qué tipo de alimentos ha de reiniciarse.

- **Realimentación precoz en el niño**
 - Se ha observado que la **instauración de la alimentación completa habitual** tras 4 horas de rehidratación oral conduce a una mayor ganancia de peso y no conduce a una mayor duración de la diarrea o más incidencia de intolerancia a la lactosa. Además aumenta el bienestar del niño al poder comer libremente, sin ser sometido a dietas restrictivas,

hipocalóricas y poco apetecibles. Los alimentos deben ser nutritivos, de fácil digestión y absorción.

- **Lactancia materna.** La evidencia científica disponible establece la necesidad de mantenerla, sin ninguna restricción. La buena tolerancia es debida a varias razones, entre ellas una menor osmolaridad y un mayor contenido en enzimas que la leche de vaca y el aportar factores hormonales y antimicrobianos.
- **Dietas mixtas.** En niños con una alimentación variada hay que **mantener dicha dieta**, pues existe una adecuada absorción de macronutrientes. Se deben **evitar alimentos** con alto contenido en **azúcares** elementales, que pueden empeorar la diarrea por su efecto osmótico. Habrá que estimular de alguna forma la ingesta ofreciendo alimentos de sabor agradable, habituales en la alimentación del niño y, probablemente, de consistencia más líquida. Son mejor tolerados ciertos alimentos como hidratos de carbono complejos (trigo, arroz, patatas, pan y cereales), carnes magras, yogur, frutas y vegetales.
- **Probióticos. Tienen efectos positivos en la prevención o tratamiento** de la diarrea infecciosa. Modifican la composición de la flora colónica y actúan contra los agentes enteropatógenos. La revisión de los estudios realizados en los últimos años muestran un beneficio clínico moderado de algunos probióticos en el tratamiento de la diarrea aguda acuosa, principalmente por rotavirus y en lactantes y niños pequeños **y no es útil en la diarrea invasiva bacteriana.**
- Según la evidencia científica existente, las **recomendaciones de actuación en nuestro medio frente a niños menores de 5 años** con un cuadro de diarrea aguda, sin enfermedades de base, serían:
 - **Rehidratación** oral durante 3-4 horas en niños con deshidratación leve-moderada, seguida de una reintroducción rápida de la alimentación habitual junto con suplementos de solución rehidratante para compensar las pérdidas mantenidas
 - En los niños con diarrea sin deshidratación: mantenimiento de la **alimentación habitual**, asegurando suplementos de solución rehidratante para compensar pérdidas mantenidas.
 - Mantenimiento de la **lactancia materna** en todos los casos.
 - **No utilización**, en la mayoría de los niños, de una **leche sin lactosa** o de un hidrolizado de proteínas de leche de vaca.
 - En general, **no es necesario el uso de fármacos** para el tratamiento de la diarrea aguda.

REHIDRATACION Y ALIMENTACIÓN EN PERSONAS MAYORES

- El objetivo fundamental es **evitar la deshidratación**, que puede acarrear otros problemas que dificulten aún más el tratamiento. Para ello, en los casos de diarrea aguda habrá que

suspender el consumo de alimentos sólidos y garantizar la ingesta de entre 1,5 y 2 litros de agua al día, en pequeños sorbos cada 15 minutos y a un ritmo de unos 200 mililitros cada 2 horas, sola o con sales de rehidratación. Si la persona mayor presenta dificultades para tragar (disfagia) se pueden usar gelatinas o también sueros intravenosos.

- **No administrar** bebidas con gas, café, bebidas con cacao ni alcohol.
- **Si las deposiciones superan las 3-4 al día**, es recomendable no administrar alimentos durante las primeras 12 horas o hasta que se observe que el número de deposiciones disminuye. Una vez que se alcance este momento, pueden administrarse alimentos líquidos o blandos, como arroz blanco, puré de zanahorias, patatas, cebolla y apio, pan blanco tostado, huevo duro o en tortilla, caldo de pollo sin piel, pollo hervido o a la plancha, pescado blanco magro hervido o a la plancha, jamón cocido, yogur, manzana asada o rallada, membrillo, plátano maduro. Tras su administración, deberemos observar cómo los tolera la persona mayor.
- **Evitar** alimentos con lactosa (salvo yogur o requesón), frutas y hortalizas crudas o ricas en fibra, frutos secos, pan negro, alimentos ricos en grasas, embutidos, pescados grasos, conservas, mariscos, fritos y picantes, dulces ni productos con sorbitol o manitol.
- **El empleo de antidiarreicos** (loperamida, difenoxilato con atropina, subsalicilato de bismuto) proporciona alivio sintomático temporal y es eficaz en diarreas resistentes, pero frenan el peristaltismo y el vaciamiento intestinal, pudiendo prolongar la enfermedad, ya que los microorganismos y las toxinas permanecen durante más tiempo en contacto con la mucosa intestinal. Por tanto, **deben restringirse bajo supervisión médica y, a menudo, estarán contraindicados.**
- **En la diarrea leve:** son muy pocos los medicamentos que actualmente se utilizan para tratar la diarrea leve en fase aguda, lo más importante y esencial en esta fase es la reposición de líquidos y electrolitos.
- **En la diarrea de grado moderado:** sin fiebre ni sangre en heces, además de las medidas de reposición de líquidos y electrolitos, se pueden utilizar medicamentos según sea la causa de la misma. En tal sentido se pautará la loperamida, que es un inhibidor de la motilidad intestinal o el racecadotril, que inhibe la secreción intestinal, este último sin acción sobre el sistema nervioso central a diferencia de la loperamida bajo prescripción médica.
- **Está indicado el Paracetamol** para el tratamiento del dolor, malestar general o fiebre.
- **Recomendaciones para la prevención de la diarrea en las personas mayores**
 - **Instruir en medidas higiénico-sanitarias:** es esencial la higiene alimentaria, el consumo de productos adecuadamente conservados y elaborados y una manipulación correcta de los mismos: tomar todas las medidas necesarias de higiene en la preparación, lavado correcto de los utensilios utilizados, correcto lavado de las manos de la persona mayor y de las

personas que preparan los alimentos. La higiene de manos de los manipuladores, cuidadores y de las propias personas mayores es esencial en la prevención, así como una vez que acontece el proceso para evitar su progresión y remisión.

- **Controlar el uso de laxantes.**
- **Controlar los efectos de la medicación** habitual y esporádica como suplementos vitamínicos o antiácidos...
- **Prevenir la deshidratación:** instruir en la ingesta de líquidos y sales que repongan o superen las pérdidas.
- Debe tomar preferentemente agua o bebidas electrolíticas, en forma de preparados comerciales de sales para rehidratación oral. Beber lentamente a cada 15 minutos, a pequeños sorbos (a cada 2 horas debe tomar al menos un vaso de 200 mililitros) para favorecer su asimilación, hasta un total de 1,5-2 litros al día.
- No debe tomar bebidas gaseosas ni alcohólicas. A veces ante problemas deglutorios se precisa recurrir a gelatinas o preparados.
- **Reposo digestivo:** Instruir en la ingesta adecuada si las deposiciones superan las 3-4 al día.
- No tomar alimentos durante las primeras 8-12 horas, solo rehidratar, sin forzar.
- Tras superar esta primera fase, una vez que realicen menos de 3-4 deposiciones/día, se introducirá gradualmente la dieta, inicialmente líquida, después alimentos blandos o triturados y finalmente sólidos, en pequeñas cantidades, fraccionando las tomas para comprobar así la tolerancia a la misma.
- Iniciar con alimentos astringentes el arroz blanco cocido o la manzana.
- Evitar los alimentos que resulten más irritantes como la leche y derivados (excepto el yogur), los fritos, picantes, precocinados, etcétera.
- La dieta se mantendrá como promedio unas 48-72 horas según la evolución del ritmo intestinal y la consistencia de las deposiciones.

7. Diarrea aguda

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Heces líquidas o de menor consistencia de la habitual y/o aumento del número de deposiciones al día (≥ 3) con una duración inferior a dos semanas, utilizando de referencia el patrón deposicional habitual de la persona.

En este protocolo se considera de competencia autónoma la diarrea aguda leve con una duración igual o inferior a 3 días.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Tratamientos previos con hierro, clavulánico, laxantes, colchicina...
- Comprobar si el uso de laxantes es adecuado
- Constantes vitales
- Alergias
- Embarazo/ lactancia
- Patrón habitual de evacuación intestinal
- Hábitos tóxicos (consumo abusivo de alcohol)
- *Patología de riesgo
- Tiempo de evolución de la diarrea
- Número de deposiciones diarias
- Características de las deposiciones: color y consistencia (líquidas, blandas, con moco sangre o pus...)
- Tipo de alimentación y existencia de disfagia
- *Clínica asociada
- Factores psicológicos: ansiedad, estrés
- Contexto epidemiológico: viajes recientes, múltiples casos (bodas, restaurantes...)
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Patología de riesgo y etiología más frecuente

- Toxiinfección alimentaria
- Alergia alimentaria
- Insuficiencia cardíaca
- Inmunodepresión
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Colitis isquémica
- Trastorno del tracto gastrointestinal: intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal, síndrome de malabsorción...
- Intolerancia a la lactosa
- Presentación inicial de una diarrea crónica
- Fármacos
- Diverticulitis
- Otros

*Clínica asociada

- Hipertermia ($T^a > 38^{\circ}C$)
- Dolor abdominal (EVA)
- Tenesmo
- Signos de deshidratación: sequedad de piel y mucosas, pérdida de la turgencia cutánea, hipotensión, taquicardia...
- Disminución de la diuresis
- Distensión abdominal
- Factores psicológicos: ansiedad, estrés
- Intolerancia a líquidos y/o alimentos: náuseas, vómitos.
- Afectación del estado general: astenia, cansancio somnolencia disminución del tono muscular, apatía...
- Alteraciones en la palpación abdominal: abdomen rígido y/o dolor a la palpación
- Deposiciones con sangre, moco y/o pus.

Criterios de actuación autónoma

- Evolución no superior a 3 días
- No hay *patología de riesgo
- No hay *clínica asociada
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia

- Evolución superior a 3 días
- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *clínica asociada
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

ACTIVIDADES

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente
- Evaluar la medicación habitual por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Comprobar si el uso de laxantes es adecuado

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Enseñar la evolución esperada del proceso en cada caso
- Instruir en signos y síntomas de alarma por los que debe volver a consulta: fiebre, heces con moco, sangre o pus, dolor abdominal, náuseas o vómitos, afectación del estado general (mareos, debilidad...), si persisten signos y síntomas de diarrea más de 72 h.
- Proporcionar la información escrita que precise (evitar abreviaturas)

NIC: 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

ACTIVIDADES

- En el caso de precisar tratamiento farmacológico (por prescripción médica) con antibióticos, antidiarreicos, antieméticos u otros, instruir en las pautas de administración
- Si precisa Paracetamol para el dolor abdominal o la fiebre, instruir en la pauta de administración: 500mg-1g/6-8h vía oral
- Proporcionar la información escrita que precise (evitar abreviaturas)
- Si la causa del cuadro diarreico es por el abuso de laxantes, instruir en el uso correcto de los mismos.

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Monitorizar las características del dolor abdominal: ,agudo, punzante, constante o a la palpación
- Prescribir analgesia

NIC: 0460 Manejo de la diarrea

ACTIVIDADES

- Considerar el tiempo de evolución de la diarrea y la edad del paciente
- Instruir en la ingesta de líquidos necesaria para favorecer la rehidratación o prevenir la deshidratación.: soluciones de rehidratación oral e instruir en la correcta dilución para evitar errores.
- Pauta de administración oral de solución de rehidratación:
En el niño el niño con diarrea aguda sin enfermedad de base
 - Para la prevención, si no hay signos de deshidratación: 10 ml/kg por cada deposición líquida y 2 ml/kg por vómito para reponer las pérdidas mantenidas, añadido a la dieta habitua
 - Si la deshidratación es leve: 30-50 ml/ kg de déficit durante 4 horas y 10ml/ kg por cada deposición líquida
 - Si la deshidratación es moderada: 75/100 ml/kg durante 4 horas
 - Realizar la administración de la solución oral durante 4 horas de forma fraccionada para favorecer la tolerancia.**En personas mayores**
 - Si las deposiciones superan las 3-4 al día, suspender la ingesta de alimentos sólidos y recomendar la rehidratación con 1,5 a 2 litros de agua al día, en pequeños sorbos cada 15 minutos y a un ritmo de 200 ml cada 2 horas, sola o con sales de rehidratación
 - Si presenta disfagia recomendar gelatinas o espesantes
 - No recomendar bebidas con gas, cafeína, cacao o alcohol
- Instruir en la alimentación adecuada a su situación
En el niño con diarrea aguda sin enfermedad de base
 - Sin deshidratación: mantener la alimentación habitual junto con suplementos rehidratantes
 - Con deshidratación leve-moderada Instaurar la alimentación completa habitual junto con suplementos rehidratantes tras las 4 horas de rehidratación
 - No recomendar dietas restrictivas o hipocalóricas
 - Recomendar alimentos nutritivos, de fácil digestión para estimular la ingesta y la tolerancia, que sean habituales en la alimentación del niño, de consistencia blanda o líquida: arroz, patata, pan, cereales, yogur, carnes magras, frutas y vegetales
 - Evitar los azúcares elementales
 - Mantener la lactancia materna sin ninguna restricción
 - Los probióticos están indicados en la diarrea aguda acuosa vírica, no en la diarrea invasiva bacteriana**En personas mayores**
 - Si las deposiciones superan las 3-4 al día, suspender la ingesta de alimentos sólidos durante 12 horas mínimo hasta que no superen las 3-4 al día.
 - Llegado el momento deberá iniciar la ingesta con alimentos líquidos o blandos. Instruir en los alimentos que puede tomar: arroz blanco, puré de zanahorias, patatas, cebolla y apio, pan blanco tostado, huevo duro o en tortilla, caldo de pollo sin piel, pollo hervido o a la plancha, pescado blanco magro hervido o a la plancha, jamón cocido, yogur, manzana asada o rallada, membrillo, plátano maduro,
 - Si hay nauseas o vómitos, recomendar suspender los alimentos que no tolere.
 - La dieta se mantendrá unas 48-72 horas según la evolución
 - Instruir en alimentos que debe evitar: los que lleven lactosa excepto yogur o requesón, frutas y hortalizas crudas o ricas en fibra, frutos secos, pan negro, alimentos ricos en grasas, embutidos, pescados grasos, conservas, mariscos, fritos, picantes y dulces.
 - No prescribir antieméticos ni antidiarreicos. Solo se recomiendan por prescripción médica.
 - En el caso de que sea necesario dieta absoluta comprobar en la historia clínica si hay antecedentes desnutrición (si tolera la ingesta no precisa dieta absoluta)
 - Instruir en la incorporación progresiva de los alimentos en la dieta
 - Proporcionar información escrita de los alimentos y líquidos que puede tomar y los que debe evitar así como de la pauta.

NIC: 5510 Educación para la salud**ACTIVIDADES**

- Instruir en medidas higiénico-dietéticas: lavado de manos, mantener la higiene alimentaria con el lavado adecuado de los alimentos, conservar adecuadamente los alimentos procesados, conservas y alimentos elaborados, medidas de higiene en la preparación, lavado correcto de los utensilios...

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)**ACTIVIDADES**

- Si fiebre o febrícula: Paracetamol 500mg-1g/6-8h vía oral
- Si dolor abdominal: Paracetamol 500mg-1g/6-8h vía oral
- Soluciones rehidratantes

NIC: 8100 Derivación**ACTIVIDADES**

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Toma de tensión arterial
- Toma de temperatura
- Toma de frecuencia cardíaca
- Administración de medicación vía oral
- Extracción para analítica
- Toma de muestra para coprocultivo

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Si no mejora en 72 h con tratamiento
- Empeoramiento del proceso, si aparece: fiebre, heces con moco, sangre o pus, dolor abdominal, náuseas o vómitos, afectación del estado general (mareos, debilidad...)
- Nueva valoración de la evolución con tratamiento
- Informar del resultado de cultivo y/o analítica
- Precisa ILT

Definición

Se define como la salida de sangre al exterior de origen endonasal, retronasal o extranasal por vía anterior o posterior, causada por la rotura de los elementos vasculares que garantizan la irrigación de las fosas nasales (senos perinasales y la nasofaringe).

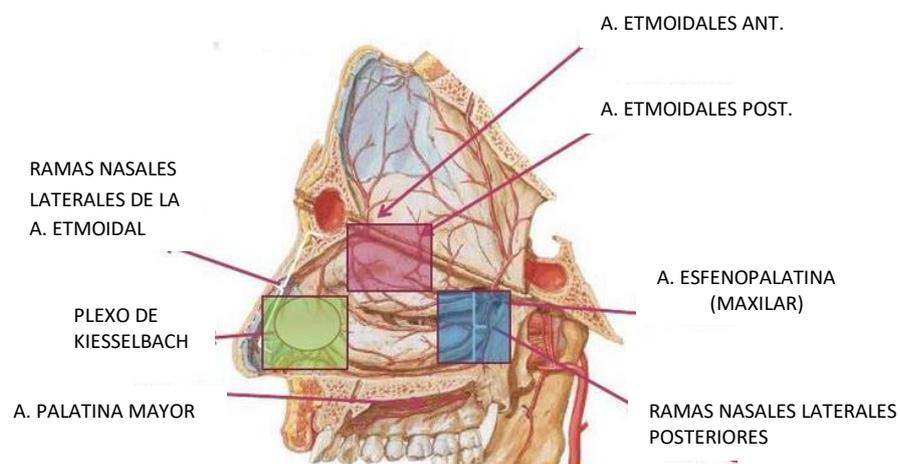
En general se trata de un proceso banal y autolimitado por lo que puede ser tratado desde Atención Primaria, pero en ocasiones puede ser signo de un proceso grave llegando a comprometer el estado general del paciente, sobre todo si es muy abundante y si se produce en personas mayores.

La vascularización de las fosas nasales (así como la de los senos paranasales) depende tanto de la arteria **carótida externa** como de la arteria **carótida interna** y de sus análogos venosos correspondientes.

La arteria carótida externa hace su aporte sanguíneo a través de la arteria facial para la porción nasal externa, y de la maxilar interna para la porción homónima. La rama principal de esta última es la arteria esfenopalatina.

La arteria carótida interna realiza el suministro vascular a través de la arteria oftálmica y sus ramas etmoidales anteriores y posteriores, respectivamente.

Aproximadamente el 90% de las epistaxis se producen por hemorragia en el llamado **locus de Kiesselbach en el tabique nasal**. Es un plexo relativamente superficial formado por anastomosis de vasos procedentes tanto de ramas de la arteria carótida externa como de la interna.



SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

1. Epistaxis anterior:

- La hemorragia sale al exterior por los orificios nasales, originándose en los pequeños vasos situados en la zona anterior de las fosas generalmente del plexo de Kiesselbach (o de Little).
- En la mayoría de los casos la hemorragia es de leve a moderada cuantía.
- Generalmente se puede visualizar el punto sangrante o bien apreciarse una hemorragia en sábana por toda la mucosa, lo que dificultaría su control.
- Es la más frecuente y las causas suelen ser locales.
- Son fáciles de solucionar y de buen pronóstico.
- **Las causas más frecuentes son:**
 - La **desección de la mucosa de la nariz** es habitual en el transcurso de un catarro de vías altas, cuando la humedad atmosférica es baja o con el abuso de descongestionantes nasales. En estas condiciones es fácil que el paciente se friccioné el área desecada y desgarre la mucosa hipervasculada, con el consiguiente sangrado.
 - **Los traumatismos nasales** causan hemorragias nasales profusas, pero autolimitadas.
 - Ante toda epistaxis anterior **hay que descartar** de igual modo la enfermedad de Rendu-Osler o teleangiectasia hemorrágica hereditaria, caracterizada por la presencia en varios miembros de una familia de teleangiectasias cutáneas y en mucosas.

2. Epistaxis posterior:

- El origen de la hemorragia procede de los vasos de la zona posterior que son de mayor calibre. suele originarse en las áreas vascularizadas por la arteria esfenopalatina y arterias etmoidales. La sangre proviene de la parte posterior de las fosas nasales, y es difícil visualizar el sitio de la hemorragia.
- El punto sangrante es de difícil apreciación, lo que dificulta su control.
- La sangre es expulsada hacia la orofaringe y orificios nasales anteriores indistintamente.
- Su control es más problemático y las causas suelen ser generales. La solución es más compleja.
- **Causas:**
 - Pueden observarse durante **crisis hipertensivas** o raramente en el contexto de algunos trastornos de la coagulación. Otras causas infrecuentes de epistaxis posterior son las neoplasias faríngeas y sinusales o la rotura de aneurisma de carótida interna.

En este protocolo se va a considerar como competencia autónoma de enfermería la epistaxis anterior. Si se trata de epistaxis posterior se deriva al médico de familia.

SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Según la causa las epistaxis pueden ser **locales o sistémicas**.

1. Locales

Representan la tercera parte de todos los cuadros de epistaxis. Su origen se encuentra generalmente en el área de Kiesselbach, zona anterior expuesta a traumatismos.

- **Idiopáticas:** procede de los vasos del área de Little, es la causa más frecuente de epistaxis. Se atribuye su inicio a mínimos traumatismos, a desecación u otras causas, pero ninguna certera y segura.
- **Traumáticas:** la pirámide nasal es objeto frecuente de golpes. A veces un traumatismo mínimo o la manipulación digital a través del orificio nasal pueden provocar la epistaxis. Otras, más graves, son las fracturas de los huesos propios de la nariz, sobre todo si son abiertas (internas) o del cartílago y de los senos, y las de la base de cráneo en las que la sangre puede estar mezclada con líquido cefalorraquídeo.
- **Cuerpos extraños:** pueden alterar la mucosa protectora erosionándola y haciendo susceptible el sangrado.
- **Factores ambientales:** las grandes alturas tienen un ambiente seco y también una presión atmosférica más baja y pueden dar lugar a costras y hemorragia. Las habitaciones con aire acondicionado también pueden producir sequedad.
- **Rinitis inespecíficas:** el motivo es de carácter inflamatorio. La rinitis seca y la atrófica son causas infrecuentes, pero la sinusitis o las adenoides en los niños pueden producir hemorragias de poca cuantía.
- **Neoplásicas:** los tumores benignos o malignos de fosas, senos paranasales o cavum pueden manifestarse como sangrado nasal.
- **Destacan** también el pólipo sanguíneo del tabique, irritantes tóxicos y malformaciones vasculares.

2. Sistémicas

Son las más frecuentes, representando las dos terceras partes del total de los cuadros de epistaxis. Las causas son múltiples, pero las podemos agrupar en cinco:

- **Infeciosas:** Las inflamaciones de la nariz por causa infecciosa, ya sea vírica o bacteriana, alteran la capa mucosa y permiten el sobrecrecimiento de cepas virulentas que dan lugar a sequedad, costras y hemorragia.

- **Cardiovasculares:**
 - Por **aumento de la presión arterial**, transitoria o permanente. Se debe a diversas causas como arteriosclerosis, nefropatía, embarazo, etc.
 - Por **aumento de la presión venosa**, como en los trastornos cardíacos o pulmonares, entre los que cabe destacar la neumonía.
- **Enfermedades de la sangre y de los vasos sanguíneos** como coagulopatías, vasculopatías y trombotopatías. Destacan la leucemia, la hemofilia, la púrpura, la anemia falciforme, las deficiencias de vitamina C y K...
- **Endocrinológicas:** Se relacionan con la menstruación vicariante o con situaciones o patologías productoras de un aumento en la presión arterial como el embarazo, el feocromocitoma o distintas causas endocrinológicas de nefropatía.

Etiología

EN LA INFANCIA

- **Inflamación de la mucosa:** los procesos inflamatorios pueden producir hemorragia nasal. EL catarro común, el sarampión, la escarlatina y la rubéola son los más frecuentes.
- **Cuerpos extraños:** los cuerpos extraños presentes en las fosas nasales pueden causar cuadros hemorrágicos poco abundantes, pero repetidos, sobre todo, los cuerpos extraños orgánicos, que aumentan de volumen al hidratarse.
- **Los traumatismos:** fundamentalmente por maniobras de rascado de la zona vascular de Kiesselbach.
- **Epistaxis esencial:** crisis frecuentes de hemorragias sin causa aparente. Generalmente sangra el área de la mancha vascular. No es raro que se trate de una predisposición hereditaria.
- **Epistaxis de la pubertad:** En la pubertad aparecen cuadros hemorrágicos ligados a alteraciones endocrinas.
- **Enfermedad de Werloff:** coincide siempre con un síndrome de metrorragias más o menos manifiesto.

EN EL ADULTO

- **Causas generales más frecuentes:**
 - **Hipertensión arterial:** es responsable de gran número de epistaxis recidivantes. Causa cuadros graves, generalmente originados en la parte posterior de las fosas nasales. Es la forma de hemorragia que ocasiona los problemas terapéuticos más importantes.

- **El embarazo:** generalmente durante los primeros meses, es frecuente la rinitis congestiva y la epistaxis. Las crisis son frecuentes y desaparecen espontáneamente después del parto.
- **Causas locales más frecuentes:**
 - **Úlcera trófica y perforación del tabique nasal:** sangra discretamente, pero en forma repetida. Sus causas más frecuentes son la cirugía sobre el tabique nasal, los parásitos (leishmaniasis), colagenosis (granulomatosis de Wegener), tóxicas (plomo, metales pesados), inhalantes (cocaína), entre otras.
 - **Cuerpos extraños:** pueden provocar secreción sanguinolenta y pequeñas epistaxis de repetición.
 - **Tumores:** todos los tumores malignos del tabique nasal, nasosinuales y rinofaríngeos pueden ser causa de epistaxis, en general escasas, pero repetidas. Si observamos una rinorrea mucopurulenta fétida, acompañada de estrías de sangre, se debe descartar un proceso neoplásico nasosinusal.

EN TODAS LAS EDADES

- **Enfermedades hemorrágicas:** en estos casos las maniobras locales de inspección deben ser mínimas por el riesgo de provocar o agravar el proceso creando nuevas zonas sangrantes. Su etiología puede ser variada (distintos procesos de la hemostasia, vascular, plaquetario o propio de la coagulación).
- **Síndrome vasculopático:** generalmente se debe a malformaciones congénitas, como la telangiectasia hemorrágica hereditaria o enfermedad de Rendú-OslerWeber.
- **Síndrome trombocitopénico-trombocitopático:** está representado por los cuadros de púrpuras (leucemias agudas, reticulosis, aplasias medulares, la enfermedad de Werloff y reacciones medicamentosas, fundamentalmente, la aspirina, las sulfamidas y los antiinflamatorios).
- **Síndrome coagulopático:** déficit de coagulación de carácter hereditario (hemofilia), o adquirido (déficit de vitamina K, secundario a tratamientos anticoagulantes o a enfermedades hepáticas).

Diagnóstico

Se realiza por simple observación. El punto de origen de la hemorragia, que ya desde un principio nos orientará hacia el factor etiológico, puede determinarse mediante el examen directo de las fosas nasales o con el empleo de un rinoscopio, aunque en ocasiones es difícil.

- Ante todo es preciso **evaluar la gravedad del proceso**. Generalmente se podrán considerar **epistaxis benignas**:
 - Aquellas que afectan a personas con buen estado general, fundamentalmente niños y adultos jóvenes.
 - Aquellas que fluyen por un único orificio nasal.
- Las **epistaxis graves** engloban:
 - Las hemorragias de carácter intenso o que acontecen de forma frecuente.
 - Las que se exteriorizan por ambas fosas nasales y por la boca, pudiéndose acompañar de vómitos de sangre deglutida.
 - Aquellas que afecten al estado general (palidez, sudación, pulso débil y acelerado, deterioro del estado de consciencia, etc.).

Tratamiento de la epistaxis anterior

El tratamiento anterior de la epistaxis debe iniciarse con medidas conservadoras y realizarse gradualmente hasta lograr la hemostasia.

1. **Examen físico de las fosas nasales:** cavidades anexas y rinofaringe
2. **Examen físico general:** principalmente de los signos vitales (tensión arterial y frecuencia cardíaca).
 - **Si hay compromiso hemodinámico** es necesario estabilizar con reposición de volumen, localizar el área sangrante, actuar de inmediato sobre ella e identificar la causa (derivar al médico de familia).
 - **Si no hay compromiso hemodinámico:** localizar el área sangrante, actuar de inmediato sobre ella e identificar la causa.

MEDIDAS GENERALES

- Tranquilizar al paciente, explicándole el procedimiento a seguir.
- Colocar al paciente sentado, ligeramente inclinado hacia delante y con la boca abierta, procurando que la mayor parte del sangrado sea expulsado por la nariz, con la finalidad de ingerir la menor cantidad de sangre y así hacernos una idea de la cuantía de la hemorragia.
- Cubrir al paciente con una sábana y colocar la batea debajo de la barbilla.
- Con ayuda de una gasa o pañuelo, hacer sonar fuertemente cada orificio nasal independientemente para facilitar el vaciado de contenido mucoso y/o coágulos de sangre.

- Tomar la presión arterial del paciente y administrar tratamiento si procede.
- Aplicar compresas de hielo en el cuello, en la nuca y en el dorso de la nariz, junto con la masticación concomitante de hielo una vez realizado el tratamiento.
- Una vez retirado el taponamiento se aconseja la aplicación de pomada reepitelizante de forma tópica sobre la mucosa nasal durante unos diez días.

TIPOS DE TRATAMIENTO

- A veces las hemorragias nasales anteriores menores se resuelven solo con un **taponamiento inicial mediante compresión manual**
 - El primer paso ante cualquier hemorragia nasal es la **compresión directa** del ala de la fosa nasal sangrante de forma digital durante cinco minutos aproximadamente, hasta que ceda el sangrado. Si no cede se valorará la aplicación de otro tipo de tratamiento.
 - El paciente debe limpiarse la nariz para extraer la sangre y los coágulos.
 - Aplicar una sola dosis de oximetazolina 0,05% en los orificios nasales.
 - El paciente debe apretar el ala de la nariz firmemente contra el septo y mantener la presión durante 10-15 minutos.
 - Otras maniobras incluyen hacer que el paciente se incline hacia delante a la altura de la cintura, mientras está sentado (para evitar tragar sangre), colocar un tapón de algodón o una compresa en la fosa nasal sangrante (a veces recubierta con ungüento antibiótico). Estas maniobras deben enseñarse a los pacientes para su uso en el hogar.
- **Cauterización (con sangrado puntiforme)**
 - La nariz debe ser examinada con un espéculo nasal. Si se ve una fuente de sangrado anterior, se sugiere cauterizar con nitrato de plata o electrocauterización.
 - Ambos lados del tabique no deben ser cauterizados al mismo tiempo, para evitar la necrosis septal
 - Introducir el rinoscopio por la fosa nasal y localizar el punto sangrante.
 - Aplicar algodón impregnado en agua oxigenada o en una solución de anestésico tópico (tetracaína al 1%) con vasoconstrictor (adrenalina al 1/1.000) durante unos cinco minutos.
 - A continuación situar el bastoncillo de Argenpal® sobre el punto sangrante (unos treinta segundos) hasta que en la mucosa nasal se forme una costra amarilla superficial o de necrosis superficial.
 - Colocar haciendo compresión sobre la zona cauterizada un poco de algodón impregnado en vaselina a modo de tapón.
 - Ayudándonos con el depresor lingual visualizaremos la orofaringe para comprobar que no exista sangrado posterior.

- El algodón se podrá retirar a las doce horas de su colocación (no es necesario dar antibióticos).
- Evitar hacer esfuerzos físicos bruscos y/o maniobras de Valsalva en las siguientes doce horas.
- Hay que tener en cuenta que nunca debe realizarse la cauterización química de ambos lados en una sola sesión y en puntos homónimos por el peligro de perforación septal. Debemos utilizar bastoncillos con una superficie caustificante reducida y, en líneas generales, haremos cauterizaciones puntiformes. Nunca debe emplearse algodón de cloruro férrico por el peligro de producir una lesión de la mucosa y originar una perforación septal.
- Si la cauterización no tiene éxito, el siguiente paso es el taponamiento nasal. [Se sugiere el uso de tampones nasales o catéteres de balón nasales en lugar del taponamiento nasal de gasa.
- **Con esponja para taponamiento nasal (tipo Merocel®).**
 - Se inserta aplicando un anestésico tópico (p. Ej. Lidocaína al 2%) y un vasoconstrictor tópico (p. Ej. Oximetazolina) sobre la mucosa nasal sangrante durante unos cinco minutos. Se debe cubrir el tampón con ungüento de bacitracina No tenemos tampoco en la farmacia de AP para facilitar la colocación y posiblemente disminuir el riesgo de síndrome de shock tóxico
 - Impregnaremos la esponja con vaselina y lo introduciremos en la fosa nasal en sentido horizontal (a ras del suelo de la fosa nasal) con ligera inclinación hacia abajo, de forma suave y lentamente (se recortará el trozo sobrante).
 - Aplicaremos sobre la esponja unos 10 ml de suero fisiológico, consiguiendo así que se dilate y tapone la fosa nasal.
 - Ayudándonos con el depresor lingual visualizaremos la orofaringe para comprobar que no exista sangrado posterior.
 - El taponamiento se mantendrá durante 48 horas.
 - No es necesario dar antibióticos.
- **Con venda de gasa.**
 - Aplicaremos anestesia tópica sobre la mucosa nasal sangrante durante unos cinco minutos.
 - Ayudándonos del rinoscopio dilataremos el orificio nasal y con las pinzas en bayoneta se irá introduciendo la venda de gasa de 5 cm de ancho (previamente la habremos empapado en vaselina) en forma de acordeón, de atrás hacia delante o de arriba hacia abajo. El cabo distal lo acercaremos lo más posible a las coanas, evitando que se caiga hacia la orofaringe (podemos atar un hilo de seda al cabo distal e ir tirando hacia nosotros mientras introducimos el resto de la gasa).

- Introducir la venda de gasa hasta que haga tope, facilitando así la compresión sobre el punto sangrante.
- Con el depresor lingual visualizar la orofaringe para comprobar que no exista sangrado posterior.
- Se retirará el taponamiento a las 48 horas.
- No es necesario asociar antibióticos.
- **Espumas y geles trombogénicos**
 - Promueven la trombogénesis para el tratamiento de la epistaxis:
 - Quixil® es un pegamento de fibrina, es seguro, y probablemente tan efectivo como la cauterización y el taponamiento.
 - Floseal® es un gel de trombina de origen bovino; se asoció con una tasa absoluta de nuevas hemorragias un 26% más baja en comparación con el taponamiento nasal y fue más fácil de insertar y se consideró más satisfactorio por los proveedores y los pacientes en un ensayo aleatorizado de 70 pacientes con hemorragias nasales anteriores agudas.
 - Surgicel®, Gelfoam® y Avitene®, son materiales hemostáticos descritos en revisiones o pequeñas series de casos como útiles en el sangrado nasal. Estos materiales pueden recortarse a un tamaño adecuado con una tijera y luego aplicarse directamente a la fuente de sangrado. Una vez aplicado, el material debe mantenerse en su lugar con una presión firme durante aproximadamente un minuto para garantizar la adherencia.

Cuidados postaponamiento nasal

- Inspeccionar de la orofaringe: valorar si hay sangrado posterior
- Instruir en los síntomas que debe comunicar al profesional sanitario: si hay nuevo sangrado o si aparecen fiebre, dolor intenso cefalea, sequedad de boca, epifora, líquido nasal sanguinolento o dificultad respiratoria.
- Prescribir analgesia si hay dolor e instruir en la pauta prescrita
- Si hay prescripción de antibiótico, instruir en la pauta prescrita
- Evitar el ejercicio intenso
- La alimentación y el baño serán a temperatura no caliente
- Recomendar no sonarse la nariz y estornudar con la boca abierta
- Dormirá con el cabecero elevado a 30°

- Si la causa es la sequedad de la mucosa nasal: recomendar humidificación ambiental y local con pomadas intranasales vaselinizadas con o sin vitamina A o con ácido hialurónico.
- Para evitar traumatismo digital recomendar llevar las uñas cortas y limadas
- Retirada del taponamiento
 - Si es de algodón, retirar a las 24 h
 - Si es de gasa o esponja, retirar a las 48-72 horas
 - Si el taponamiento es reabsorbible: lavados nasales durante 48 -72 horas
- Si hay cauterización nasal: recomendar pomadas vaselinizadas con vitamina A o con ácido hialurónico durante 2-4 semanas
- Proporcionar pautas a realizar si se repite el sangrado: Taponar con algodón impregnado o no con agua oxigenada, comprimir las alas nasales 5- 10 minutos, mantener la cabeza flexionada hacia adelante.

8. Epistaxis

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Se define como la salida de sangre al exterior de origen endonasal, retronasal o extranasal por vía anterior o posterior, causada por la rotura de los elementos vasculares que garantizan la irrigación de las fosas nasales (senos perinasales y la nasofaringe).

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual: principalmente los anticoagulantes/antiagregantes, antihipertensivos
- Alergias
- Antecedentes: historia previa de epistaxis, trastorno de la coagulación, HTA, enfermedad de Rendu-Osler...
- Constantes vitales: T/A, Fc, tª
- Comprobar si existen cuerpos extraños en la cavidad nasal, si hay erosiones en la mucosa...
- Localizar el sangrado: anterior o posterior y si es por una o ambas fosas nasales y por la boca
- Tiempo de evolución del sangrado
- Cantidad del sangrado: aprox. 1gr=1ml, una gasa 10 x 10 empapada=60 ml y una compresa 30x30= 140 ml
- Frecuencia de los sangrados
- *Patología de riesgo y etiología
- *Clínica asociada
- Estado general
- Estado vacunal: antitetánica
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Patología de riesgo y etiología más frecuente

- Local:
 - Erosión
 - Traumatismo
 - Contusión
 - Cuerpos extraños
 - Sequedad de la mucosa
 - Irritantes tóxicos
 - Rinitis
 - Resfriado
 - Neoplasias faríngeas o sinusales
 - Tumores en fosas, senos paranasales o cavum
- Sistémica
 - Inflamación de la mucosa por infección
 - Trastorno de la coagulación
 - Aumento de la presión arterial
 - Enfermedades de la sangre o vasos sanguíneos: deficiencias de vitamina C y K, anemia, leucemia, hemofilia...
 - Tratamiento con anticoagulantes/antiagregantes
 - Causas endocrinológicas: embarazo, nefropatía...

*Clínica asociada

- Afectación del estado general: cefalea, palidez, sudoración, pulso débil y acelerado, dolor, deterioro del nivel de consciencia, elevación de la tensión arterial, fiebre...

Criterios de actuación autónoma

- Cuando las causas de la epistaxis anterior son:
 - Desecación de la mucosa por rinitis o catarro de vías altas
 - Sequedad ambiental
 - Fricción con desgarro de la mucosa hipervascularizada
 - Contusión
 - Abuso de descongestivos nasales
 - Manejo inadecuado de anticoagulantes y/o antiagregantes plaquetarios o antihipertensivos
- No hay *patología de riesgo sistémica
- No hay *clínica asociada
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida con el médico de familia

- Existencia de *patología de riesgo sistémica o neoplasias faríngeas o sinusales, tumores en fosas o senos paranasales o cavum...
- Existencia de *clínica asociada
- Sospecha de epítasis posterior (se observa sangrado por faringe que precisa exploración por el médico)
- Sangrado bilateral
- Sangrado intenso y frecuente
- Precisa cauterización
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Otros criterios por decisión de la enfermera
- Precisa ILT

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente
- Si está tomando anticoagulantes y /o antiagregantes: comprobar la pauta prescrita y si el paciente los está tomando según la pauta
- Realizar nuevo control de anticoagulación si es necesario
- Si está tomando fármacos antihipertensivos: comprobar la pauta prescrita y si el paciente los está tomando según la pauta

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: repetición del sangrado nasal, cefalea, alteración de las cts. vitales, dolor, fiebre, epifora, líquido nasal sanguinolento o dificultad respiratoria
- Instruir en la prevención de un nuevo sangrado:
 - Evitar el ejercicio intenso
 - Alimentación y baño a temperatura no caliente
 - No sonarse la nariz
 - Estornudar con la boca abierta
 - Dormir con el cabecero elevado a 30°
 - Evitar la sequedad ambiental (utilizar humidificador)
 - Evitar la sequedad local de la mucosa nasal con pomadas intranasales vaselinizadas con o sin vitamina A o con ácido hialurónico
 - Llevar las uñas cortas y limadas

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES

- Instruir en las pautas a seguir si se repite el sangrado:
 - Taponar con algodón impregnado o no con agua oxigenada
 - Comprimir las alas nasales durante 10 minutos
 - Mantener la cabeza flexionada hacia adelante evitando la posición horizontal
- Si precisa aplicación de gel, pomadas o lavados nasales instruir en la técnica y pauta de aplicación
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)
- Retirar taponamiento, Meroceel 48 -72 horas humedeciéndolo con suero previamente.

ACTIVIDADES

- Identificar la causa de la hemorragia
- Identificar la localización del sangrado
- Comprobar la ausencia de sangrado posterior con la inspección de la orofaringe
- Tranquilizar al paciente, explicándole el procedimiento a seguir
- Monitorizar la cantidad de la pérdida de sangre: aproximadamente 1gr=1ml, una gasa 10 x 10 empuñada=60 ml y una compresa 30x30= 140 ml
- Tomar las constantes vitales
- Colocar al paciente con la barbilla inclinada hacia el pecho (evitar la posición horizontal)
- Limpieza y eliminación de coágulos existentes, mediante sonado nasal enérgico: indicar al paciente que se suene la nariz o aspirar si fuera necesario
- **Taponamiento inicial mediante compresión manual:**
 - Aplicar una dosis de oximetazolina 0,005% en los orificios nasales
 - Comprimir las alas nasales contra el septo 5-10 minutos con algodón o compresa (a veces recubierta de pomada antibiótica) con o sin algodón impregnado con H₂O₂ o vasoconstrictor
 - El taponamiento de algodón se retira a las 24 h
- **Cauterización en sangrado puntiforme con nitrato de plata o electrocauterización cuando fracasa la compresión manual:**
 - Introducir el rinoscopio en la fosa nasal y localizar el punto de sangrado anterior
 - Si se visualiza el punto sangrante: aplicar algodón impregnado en agua oxigenada o en una solución de anestésico tópico (tetracaína al 1%) con vasoconstrictor (adrenalina al 1/1.000) durante 5 minutos.
 - Aplicar el nitrato de plata con un bastoncillo sobre el punto sangrante (nunca bilateral) unos 30 segundos hasta que en la mucosa nasal se forme una costra amarilla superficial o de necrosis superficial.
 - En la zona cauterizada hacer compresión con un poco de algodón impregnado en vaselina a modo de tapón.
 - Con ayuda de un depresor lingual visualizar la orofaringe y comprobar que no hay sangrado posterior.
 - El algodón se puede retirar a las 12 horas de su colocación (no es necesario dar antibióticos)
 - Tras la cauterización se recomiendan pomadas nasales con vitamina A o ácido hialurónico durante 2-4 semanas
 - Si no se visualiza el punto sangrante o no se controla el sangrado, realizar taponamiento anterior con tampones de esponja, con tira de gasa o catéteres de balón.
- **Taponamiento con esponja cuando fracasa la cauterización**
 - Aplicar un anestésico tópico (Lidocaína 2%) y un vasoconstrictor tópico (Oximetazolina) sobre la mucosa nasal sangrante durante unos 5 minutos
 - Cubrir el tampón con pomada de bacitracina para facilitar la colocación y disminuir el riesgo de síndrome de shock tóxico
 - Impregnar la esponja con vaselina e introducirlo en la fosa nasal en sentido horizontal (a ras del suelo de la fosa nasal) con ligera inclinación hacia abajo, de forma suave y lentamente (se recortará el trozo sobrante)
 - Aplicar sobre la esponja unos 10 ml de suero fisiológico para que se expanda el tampón.
 - Con ayuda de un depresor lingual visualizar la orofaringe y comprobar que no hay sangrado posterior.
 - El taponamiento se mantiene durante 48-72 horas
 - No es necesario dar antibióticos
 - Si es reabsorbible: lavados nasales durante 48-72 horas
- **Taponamiento con venda de gasa cuando fracasa la cauterización**
 - Aplicar un anestésico tópico sobre la mucosa nasal sangrante durante 5 minutos
 - Dilatar el orificio nasal con el rinoscopio y con las pinzas en bayoneta introducir la venda de gasa (de unos 5 cm de ancho, previamente impregnada en vaselina.
 - Introducirla en forma de acordeón, de atrás hacia delante. El cabo distal se acerca lo más posible a las coanas evitando que se caiga a la orofaringe
 - Introducirla hasta que haga tope para facilitar la compresión en el punto sangrante
 - Con ayuda de un depresor lingual visualizar la orofaringe y comprobar que no hay sangrado posterior.
 - El taponamiento se mantiene durante 48-72 horas
 - No es necesario dar antibióticos

NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales**ACTIVIDADES**

- Recoger y analizar los datos de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

NIC: 2380 Manejo de la medicación**ACTIVIDADES**

- Comprobar la capacidad del paciente/cuidador para tomar adecuadamente la medicación
- Determinar el conocimiento del paciente /cuidador sobre la medicación.
- Determinar con el paciente/cuidador los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito.
- Enseñar al paciente /cuidador el método de administración de los fármacos, según corresponda.
- Explicar al paciente /cuidador la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación
- Facilitar los cambios de medicación con el médico de familia, si procede.
- Proporcionar al paciente/cuidador información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 6530 Manejo de la inmunización/vacunación**ACTIVIDADES**

- Profilaxis antitetánica, si es necesario

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo**ACTIVIDADES**

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Administrar la analgesia prescrita
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)**ACTIVIDADES**

- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h
- Anestésico tópico (Lidocaína 2%, tetracaína al 1%)
- Vasoconstrictor tópico (Oximetazolina, adrenalina al 1/1.000)
- Bacitracina
- Gel hidratante para la mucosa nasal pauta
- Pomadas intranasales vaselinizadas con o sin vitamina A o con ácido hialurónico
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación**ACTIVIDADES**

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Taponamiento nasal
- Toma de tensión arterial
- Toma de temperatura
- Toma de frecuencia cardíaca
- Toma de frecuencia respiratoria
- Administración de medicación vía oral
- Administración de medicación vía tópica
- Cauterización

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Empeoramiento del proceso, si aparece: repetición del sangrado nasal, cefalea, alteración de la tensión arterial, dolor, fiebre, epifora, líquido nasal sanguinolento o dificultad respiratoria.
- Retirada de tapón
- Precisa ILT

Definición

Se define la **herida aguda** como aquella que es causada generalmente por un traumatismo o por una intervención quirúrgica. Sigue un proceso de cicatrización ordenado y predecible en el tiempo, con restablecimiento anatómico y funcional. Se caracterizan por ser de corta duración (cicatrización inferior a 10 semanas), no tener patología subyacente que modifique o altere su cicatrización y no presenta complicaciones.

Las más frecuentes son las heridas traumáticas de partes blandas, se trata un proceso "predecible", "prevenible" y "tratable"; y su disminución (mediante la concienciación social y estrategias educativas de prevención) es uno de los principales desafíos para la salud pública en el siglo XXI.

La herida traumática es una lesión ocasionada por un agente traumático externo, cuya violencia puede dar lugar a laceraciones, heridas incisas, punzantes, contusas y abrasiones, con o sin fracturas.

En este protocolo se utiliza el término "herida traumática" para referirnos a aquella lesión producida por un agente mecánico, generalmente externo, localizado en partes blandas con afectación y/o deterioro de la integridad cutánea.

Factores predisponentes

Generalmente, el traumatismo simple ocurre inesperadamente, es causado por la falta de conocimiento y/o descuido, falta de entrenamiento apropiado y reconocimiento de que un riesgo existe.

Por su naturaleza, las caídas sin consecuencia (sin secuelas complicadas como laceraciones y hematomas leves) son el grupo de heridas traumáticas más habitual. Los miembros superiores, la zona abdominal y la cara son las regiones anatómicas más afectadas en la mayoría de los casos.

- **La mayor parte de los traumatismos simples están ocasionados por causas imprevistas como:**
 - Golpes fortuitos
 - Caídas casuales, accidentes de tránsito (bicicleta, automóviles, peatones,...).
 - Accidentes laborales (cortes y precipitaciones)
 - Accidentes domésticos
 - Estados de fragilidad (niños y ancianos)
 - Comorbilidades (mareos y vértigos)
 - Condiciones atmosféricas extremas (golpes de calor, lluvia, hielo), etc.
- **En menor medida se dan otros mecanismos relacionados con:**
 - Agresiones
 - Violencia
 - Situaciones de abuso o maltrato (violencia infantil, de género...)
 - Lesiones deportivas no intencionadas (deportes que no son de contacto).
- **Atendiendo a la edad**, la mayoría de las heridas se producen:
 - En niños entre 0 a 15 años: relacionadas con su intensa actividad física y juegos
 - En los adultos menores de 40 años: son el grupo que más sufre las heridas traumáticas (debidas principalmente a accidentes de tráfico y laborales), seguido de los ancianos institucionalizados.
 - En ancianos con problemas de movilidad (> 65 años) se producen un gran número de golpes y caídas. Las enfermedades, la toma de medicación y el déficit de visión son factores que inciden en las personas ancianas.

Cerca del 40-50% de los traumatismos que se ven en centros sanitarios generalmente está involucrado el abuso de bebidas alcohólicas.

Clasificación

La levedad o gravedad de una herida está condicionada al compromiso que representa para la salud del individuo y por la percepción de gravedad individual de cada persona.

Son numerosas las clasificaciones publicadas sobre las heridas. Para este protocolo se ha seleccionado la que nos ayudará posteriormente, a decidir el tratamiento: según el aspecto macroscópico, complejidad, profundidad y relación.

SEGÚN EL ASPECTO MACROSCOPICO

- **Limpias**

Son toda herida no infectada, con menos de 6 horas de evolución (salvo en regiones específicas como la cara, donde el periodo puede aumentar a 12 horas) con fondo sangrante, inexistencia de cuerpos extraños ni necrosis.

- **Contaminadas**

Entre 6 y 12 horas de evolución

- **Sucias**

Cuerpos extraños, tejidos desvitalizados o más de 12 horas de evolución.

SEGÚN EL GRADO DE COMPLEJIDAD

- **Complicadas**

Afectan a estructuras internas (tendones, nervios, arterias, etc.). Afectan a la dermis e hipodermis. Son extensas y profundas.

- **Simples**

Afectan sólo a la epidermis, ej.: arañazo o cortes superficiales.

SEGÚN LA PROFUNDIDAD

- **Arañazo**

Con pérdida de sustancia, desolladura.

- **Superficiales**

Afectan a piel y tejido celular subcutáneo (**laceraciones**).

- **Profundas**

Afectan más allá del tejido celular subcutáneo (músculos, vasos, nervios...)

EN RELACION CON LAS CAVIDADES CORPORALES

- **No penetrantes**

No provocan lesiones en órganos internos.

- **Penetrantes**

Pueden provocar lesiones de órganos internos e incluso comprometer la vida del paciente (hemorragias, neumotórax, etc.).

OTRAS CLASIFICACIONES

- **Heridas de alto riesgo**

Son aquellas con más de 6 horas de evolución, anfractuosas, con una profundidad de más de un centímetro, con tejido no viable y contaminante (cuerpos extraños, saliva, tierra, abonos), las producidas por armas de fuego, quemaduras, congelación, asta de toro...

- **Heridas de bajo riesgo**

Son aquellas con menos de seis horas de evolución, producidas por corte limpio, incisivas, con menos de 1 cm de profundidad, de fondo sangrante y sin presencia de cuerpos extraños.

- **Heridas agudas**

Se produce la curación completa en el tiempo previsto y sin complicaciones.

Según el mecanismo que las produce pueden ser:

- **Cortantes o incisivas:** producidas por objetos afilados como vidrios, cuchillos, bisturí... Pueden ser de bajo riesgo o pueden seccionar músculos, tendones y nervios. Los bordes de las heridas son limpios y lineales, la hemorragia puede ser escasa, moderada o abundante. Las heridas producidas en una intervención quirúrgica serán heridas agudas.
- **Contusas:** producidas por impacto de un instrumento romo como por ejemplo por piedras, palos, puñetazos o con objetos duros. Hay dolor y hematoma; estas heridas se presentan por la resistencia que ofrece el hueso ante el golpe, ocasionando la lesión de los tejidos blandos.
- **Punzantes:** Son producidas por objetos puntiagudos, como clavos, agujas, anzuelos o mordeduras de serpientes. La lesión es dolorosa pero la hemorragia suele ser escasa y el orificio de entrada es poco aparente. Se considera la más peligrosa porque puede ser profunda, haber perforado vísceras y provocar hemorragias internas, teniendo en este caso mayor peligro de infección porque no hay acción de limpieza producida por la salida de sangre al exterior.

El tétanos es una de las complicaciones de este tipo de heridas.

- **Raspaduras, escoriaciones o abrasiones:** Producidas por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. Hay pérdida de la capa más superficial de la piel (epidermis), dolor, tipo ardor que cede pronto y escasa hemorragia. Se infecta con frecuencia. A veces también se denominan quemaduras por fricción.
- **Avulsivas:** Son aquellas donde se separa y se rasga el tejido del cuerpo del paciente. Una herida cortante o lacerada puede convertirse en avulsiva. El sangrado es abundante, por ejemplo mordedura de perro.
- **Magulladuras:** son heridas cerradas producidas por golpes. Se presenta como un hematoma.

- **Por aplastamiento:** cuando las partes del cuerpo son atrapadas por objetos pesados. Pueden incluir fracturas óseas, lesiones a órganos externos y a veces hemorragia externa e interna abundante.
- **Las quemaduras y mordeduras** se tratarán en otros protocolos.

Valoración

- Preguntar por **alergias medicamentosas** principalmente anestésicos locales, antibióticos, analgésicos y antiinflamatorios.
- **Antecedentes personales de interés** principalmente los que aumenten la probabilidad de problemas en la cicatrización e incremento de infección de la herida: diabetes, toma de inmunosupresores, portadores de gérmenes resistentes, etc.
- Averiguar el estado de **vacunación antitetánica**.
- **El condicionamiento y el mecanismo de producción** juega un papel fundamental para el abordaje posterior de la herida. El lugar y en qué condiciones se ha producido, si ha sido un lugar limpio o sucio, con características de alto riesgo tetanígeno o gran cantidad de material que puedan contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado lo que abre la posibilidad de vacunación del individuo.
- **Valorar:**
 - Si hay hemorragia
 - Localización anatómica de la herida
 - Forma, extensión y longitud de la herida
 - Aspectos de los bordes, limpios o contusos
 - Profundidad: posibles afectaciones de estructuras como nervios tendones o ligamentos
 - Grado de suciedad, cuerpos extraños, grado de contaminación, por el tipo del agente traumático y el tiempo transcurrido desde la lesión hasta el tratamiento
- Establecer el **tiempo de evolución de la herida**, lo que condiciona la actitud a seguir:
 - Valorar si es **herida limpia**: se puede realizar sutura primaria, tiene menos de 6 horas de evolución (no infectada) salvo en regiones específicas como la cara, donde el periodo se podrá incrementar hasta las 12 horas.
 - Valorar si es una **herida contaminada**: la evolución es de entre 6 y 12 horas y se podría realizar sutura primaria o no. Si se decide realizar cierre primario, precisarán un control más

estrecho, por la mayor incidencia de complicaciones. En la cara se considera hasta 24 h de evolución y no debe cerrarse. No hay signos clínicos de una infección local.

- Valorar **si la herida está infectada**: la evolución es mayor a 12 horas, no se realizará, en general, sutura primaria, precisando cierre por segunda intención. Necesitarán antibioterapia. En este caso pueden aparecer eritema, edema, calor, dolor, rubor y exudado purulento evidencian la existencia de una reacción de los microorganismos en el huésped.
- Valorar la **sensibilidad y la movilidad de las zonas distales** de la herida para descartar sección tendinosa o nerviosa.
- Realizar **exploración neurovascular previa a la anestesia local**. Tras el bloqueo anestésico debemos explorar con minuciosidad las heridas para valorar afectación de planos profundos. En estos casos derivar al médico de familia.
- **Dolor** previo a la exploración

La explicación de todo el procedimiento será de vital importancia para el paciente, además del aporte de seguridad que le vamos a dar.

Prevención de la infección

- Actualmente, el profesional de enfermería se enfrenta a diario a diferentes situaciones relacionadas con las heridas agudas; sin duda, la infección es una de ellas e indudablemente de las de mayor impacto. La lucha por la infección se debe plantear con un abordaje interdisciplinar, haciendo especial hincapié en el exhaustivo lavado de manos, adecuado instrumental a utilizar así como la correcta realización de los distintos procedimientos con las medidas asépticas adecuadas y abordaje de la herida, sin olvidar la cura adecuada y el material idóneo.
- El correcto seguimiento de todos estos procesos en el cuidado de la herida va a reducir las tasas de infección y sus complicaciones. La infección de una herida supone un retraso del proceso de cicatrización de la misma. Además, las infecciones locales sin control pueden derivar en situaciones mucho más graves y complejas, incluso comprometiendo la vida. De ahí, la importancia del adecuado tratamiento de las heridas y de hacer un buen uso de antisépticos y desinfectantes.
- Las heridas agudas, a diferencia de las heridas crónicas tienen un proceso de reparación dinámico, ordenado y escalonado que concluye con la restauración continua de la integridad de la piel, pero hay elementos que pueden interferir en el proceso de cicatrización.

- El profesional de enfermería debe conocer que el proceso de cicatrización no es igual en todos los pacientes y que varía de acuerdo con la vulnerabilidad a reacciones indeseables, las cuales dependen de un grupo de factores locales y generales; además, debe aplicar los principios importantes en el cuidado de las heridas, que le guiarán en la atención al paciente al poder seleccionar la alternativa terapéutica conveniente en el tratamiento local y cuidados posteriores.

HERIDAS CON MAYOR TENDENCIA A LA INFECCION	HERIDAS CON MENOR TENDENCIA A LA INFECCION
<ul style="list-style-type: none"> • El periodo de latencia es mayor a 6 horas • Son en desgarro o estrelladas • Superan 1 cm. de profundidad • Son producidas por: traumatismos, congelaciones, quemaduras o arma de fuego • Tienen tejido necrótico • Están contaminadas por suciedad 	<ul style="list-style-type: none"> • El periodo de latencia es menor a 6 horas • Son lineales • Su profundidad es menor de 1 cm. • Se producen por objetos afilados (cristal, cuchillo). • No tienen tejido necrótico • Están limpias

Proceso de cicatrización

La cicatrización de las heridas sigue habitualmente una secuencia previsible, pero en algunos casos se prolonga o no llega a conseguirse nunca. El proceso de la cicatrización es el resultado de una interacción compleja entre los factores del paciente y de la herida.

Solo mediante una valoración inicial meticulosa y una evaluación repetida del tratamiento se pueden identificar los factores que contribuyen a diagnosticar la complejidad de una herida y evaluar el estado potencial de las mismas.

- Cuando la profundidad de la herida afecta solo a las capas más superficiales de la piel (epidermis y dermis superficial), las lesiones se cierran por regeneración del tejido epitelial (no queda ningún tipo de cicatriz). El tejido resultante presenta exactamente las mismas características que el tejido original previo a la lesión.
- Si la herida es más profunda y afecta a la dermis, vasos sanguíneos y demás estructuras internas, la curación ya no podrá ser por regeneración, sino que ha de realizarse a través de una cicatriz.

- Los mecanismos que conllevan la solución de una herida leve son la **limpieza adecuada de la herida y el buen uso de los antisépticos** que facilitan el proceso de cicatrización mediante la prevención de la infección.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CICATRIZACION

El proceso biológico normal para la curación de heridas, se consigue en cuatro fases precisas y programadas: hemostasia, inflamación, proliferación y remodelación. Para que una herida se cure correctamente, las cuatro fases deben producirse en la secuencia adecuada y dentro de un tiempo determinado; esta secuencia biológica establecida intenta devolver la integridad anatómica, funcional y estética de los tejidos lesionados, dejando finalmente una cicatriz.

Locales	Sistémicos
<ul style="list-style-type: none"> • Infección • Aporte sanguíneo en el tejido • Exudado • Ph tisular • Temperatura • Deshidratación • Tratamiento inadecuado • Edemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Peso • Factores que influyen en el sistema vascular • Exudado • Nutrición • Inmunidad • Enfermedades sistémicas • Fármacos • Tabaco y alcohol • Radioterapia

Hay **factores que pueden interferir** con una o más fases de este proceso, causando así la curación de heridas de manera inadecuada o dañada:

- Los factores locales influyen directamente en las características de la herida, mientras que los factores sistémicos se relacionan con el estado general de salud o estado de la enfermedad del individuo y que afectan a su capacidad de curación.
- Ambos están relacionados ya que los sistémicos influyen en los locales afectando así a la cicatrización de las heridas.
- **En los ancianos**, la circulación suele estar deteriorada por arteriosclerosis y una función cardiaca limitada. Sus reservas de energía son bajas, y con frecuencia su hidratación y estado nutricional deficientes. La epidermis es más fina y su renovación más lenta, disminuyendo la resistencia al traumatismo.

- **El estado nutricional** tiene un gran efecto en el proceso de cicatrización. Las proteínas son fundamentales en la formación de nuevo tejido. Las deficiencias proteínicas retrasan la vascularización, la formación de linfáticos, la proliferación de fibroblastos, la síntesis de colágeno y la remodelación de la herida.
- **Determinadas enfermedades** como las autoinmunes, anemia y trastornos sanguíneos causan insuficiencia vascular donde se disminuye la resistencia del paciente y aumenta la posibilidad de infección.

TIPOS DE CICATRIZACIÓN

Según la evolución clínica del proceso de reparación celular de una herida se pueden dar tres tipos de cicatrización:

- **La Cicatrización por primera intención**

Ocurre cuando se aproximan los bordes de la herida, normalmente a través de sutura quirúrgica o tiras de aproximación. El proceso de reparación (cicatriz) tiene lugar en un mínimo espacio de tiempo (unos 8 -10 días), por lo que suele ser un proceso más fácil, rápido y estético. Disminuir las manipulaciones y cambios de apósito, se relaciona con disminución del riesgo de infección y optimización del tiempo de cicatrización.

- **La cicatrización por segunda intención**

Ocurre cuando los bordes de la herida permanecen separados. En estos casos debe crecer tejido conectivo (granulación) desde los bordes y lecho de la herida, y luego se cubre por epitelio. Es un proceso más lento, propenso a complicaciones y con peores resultados estéticos y funcionales (aspecto crónico). La mayor parte de heridas que se suturan y posteriormente se infectan, acaban teniendo que cicatrizar por esta vía, con el consiguiente aumento de riesgos (cronificación, evolución tórpida...).

- Se puede decir que un **proceso de cicatrización normal** es cuando se produce una cicatriz estéticamente aceptable y que se restaura la integridad anatómica y funcional sin complicaciones.
- El **proceso de cicatrización es patológico**, cuando esa integridad es insuficiente (las heridas se vuelven inestables o se cronifican), o cuando la reparación es excesiva, produciendo una sobreproducción de tejido cicatrizal.

Cicatrización por 1ª intención	Cicatrización por 2ª intención	Cicatrización por 3ª intención
<ul style="list-style-type: none"> • Sucede en heridas limpias. • En estas heridas se procede a la aproximación de los bordes de la herida mediante sutura. • Produce una cicatriz lineal en aproximadamente 8- 10 días. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucede en heridas de espesor total, sin una correcta aproximación de bordes, o incluso con restos hemorrágicos, cuerpos extraños o tejidos desvitalizados. • La herida permanece abierta y el tejido de granulación va creciendo hasta rellenar lentamente la pérdida de sustancia. • Si se suturan se formaría un seroma debajo, con la posibilidad de acumular bacterias e infectarse la herida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sucede en heridas contaminadas o con presencia de algún cuerpo extraño y en ellas se aplican los dos tipos anteriores. • Cuando se observa tejido de granulación limpio se cierra mediante intervención quirúrgica
		

Tratamiento y cuidados

El principal objetivo de cuidado de la herida es crear condiciones óptimas para su curación, permitiendo la recuperación de la integridad cutánea y preservando y restableciendo la función de la zona lesionada, además de la estética. Para ello, se debe:

- Promover el bienestar del paciente
- Corregir factores que inhiban la cicatrización, disminuyendo así el tiempo de curación.
- Controlar la hemorragia
- Prevenir complicaciones.

POSICION DEL PACIENTE

Siempre se debe realizar el tratamiento con el paciente acostado sobre una camilla. Aunque la herida se encuentre en una zona anatómica de fácil acceso donde el paciente pueda estar sentado, no se aconseja realizar el lavado y cierre de herida en dicha posición.

LIMPIEZA DE LA HERIDA

• Irrigación

Es muy importante para disminuir la incidencia de infecciones, sobre todo en las heridas sucias o complicadas.

- Se recomienda el uso de solución fisiológica ya que no interfiere con el proceso normal de cicatrización. Se puede utilizar agua de grifo entre 30-35º, la cual puede ser tan buena como otros métodos como el agua estéril o el agua salina, y es más costo-efectiva.
- En este paso de limpieza de la herida la asociación de agua o solución salina con povidona yodada, no mejora la tasa de infección con respecto al agua/solución salina sin asociar anti-séptico.
- La irrigación con polihexanida (PHMB) muestra alta eficacia en la prevención de infección en heridas de tejidos blandos traumáticos comparados con la povidona yodada, pero sólo la supera significativamente en las infecciones superficiales.
- **La presión de la irrigación** con jeringa debe ser moderada o directamente con el recipiente de 500 cc de suero salino sobre la herida.
- Si se trata de una herida sucia o contaminada por cuerpos extraños (hierba, tierra...), tras la anestesia local, se debe repetir la acción de irrigación y limpieza mediante cepillo quirúrgico y **extracción instrumental de cuerpos extraños.**
- Si la herida supura, recoger **cultivos de exudado.**

RASURADO

No será preciso realizar rasurado de la zona perilesional excepto que se necesite mejorar la visualización de la herida para proceder a la sutura. Es preferible cortar con tijera o con maquinilla eléctrica antes que realizar rasurado.

LAVADO DE MANOS

Seguir los pasos de lavado de manos con agua y jabón o con soluciones hidroalcohólicas.

GUANTES ESTERILES

La manipulación de la zona de la piel con solución de continuidad, como es el caso de las heridas traumáticas, hace necesario la utilización de guantes estériles.

ANTISEPSIA DE LA HERIDA

Siguiendo las últimas recomendaciones publicadas, debemos preparar la piel limpiando los bordes de la herida con los siguientes antisépticos:

- Polihexanida (PHMB): muy recomendada, como opción terapéutica para traumatismos agudos/heridas.
- Combinación 0,1% octedine hidroclicida + fenoxietanol (OCTENISEPR® solución): adecuada para heridas agudas, contaminadas y traumáticas, incluyendo heridas colonizadas por MRSA (estafilococo aureus resistente a la meticiclina), debido a su acción profunda.
- Hipoclorito (NaOCl o NaOCl/HOCl): de primera elección para limpieza antiséptica intensiva simple o repetitiva de heridas traumáticas contaminadas.
- Povidona yodada No existe evidencia para el uso de PVP-I como solución de limpieza en la prevención de infección en lesiones traumáticas agudas de tejidos blandos. Sin embargo, en combinación con alcohol, el PVP-I sigue siendo el agente de primera elección para la prevención de infecciones en puñaladas agudas, cortes, mordeduras o heridas de bala debido a su capacidad de penetración profunda en las heridas.

PAÑO ESTERIL

En heridas limpias y que no sea preciso un nuevo lavado, se colocará campo estéril, mediante un paño fenestrado o 2-3 paños sin fenestrar.

- Si la herida es sucia o se encuentra contaminada por cuerpos extraños, tras la anestesia local, se necesitará una nueva irrigación y antisepsia de los bordes de la herida, tras lo cual se procederá a la colocación del campo estéril.

ANESTESIA LOCAL

- En la mayoría de las ocasiones se utilizará anestesia local **para proceder a la sutura** de las heridas traumáticas.
- En algunas circunstancias (niños, reparación de heridas complejas...) en lugar de infiltración local, se necesitarán bloqueo anestésico regional, sedación o anestesia general y deberá ser derivado al médico de familia.

- Los anestésicos locales (AL) actúan mediante inhibición del impulso nervioso, consiguiendo la pérdida de sensación dolorosa. Según su composición química, los AL **se clasifican en 2 grupos**:

Grupo I: Ésteres	Grupo II: Amidas
Restringido al uso de formas tópicas o en caso de alergia a los AL del grupo amida	AL más habituales en la práctica clínica
<ul style="list-style-type: none"> - Benzocaína - Cloroprocaína - Cocaína - Procaína - Proparacaína - Tetracaína 	<ul style="list-style-type: none"> - Articaína - Bupivacaína - Levobupivacaína - Cibucaína - Etidocaína - Lidocaína - Mepivacaína - Prilocaína - Ropivacaína

- Tanto la lidocaína como la mepivacaína tienen un inicio de acción rápido (entre 2 y 5 minutos) y una vida media intermedia (entre 40-60 minutos). Sin embargo, la bupivacaína tarda 10 minutos en comenzar la acción y su duración media es de aproximadamente 4 horas.
- **La asociación de vasoconstrictor** (epinefrina 1:1000/ 1:2000) **y AL** retrasa la absorción sistémica por lo que disminuye su concentración plasmática, mejorando así la seguridad, disminuye la hemorragia local y el inicio de acción es más rápido y la duración mayor. Los estudios publicados en la actualidad demuestran que se puede utilizar **epinefrina en zonas distales** como dedos, pene, nariz o pabellón auricular.
- **Están contraindicados** los AL cuando hay sospecha de alergia y, en heridas grandes y/o múltiples, donde la dosis necesaria de AL esté próxima a la dosis máxima permitida.
- **En niños**, para heridas superficiales sin complicaciones, algunos autores aconsejan el uso de anestésicos tópicos LET® tópicos (lidocaína, epinefrina, tetracaína).
- **Técnica de infiltración.** Se puede realizar de dos formas:
 1. **Directa en la lesión:** se puede utilizar en heridas limpias o superficiales. Se realiza la punción a través del borde de la herida.
 2. **Fuera de la lesión:** bloqueo del campo perilesional. Se debe utilizar en heridas contaminadas o abscesos. La punción de la aguja se realiza a través de la piel limpia en el margen de la herida contaminada.

ANTIBIOTERAPIA

- La mejor forma de **prevenir la infección** de la herida es una adecuada limpieza de forma precoz, con extracción de cuerpos extraños y profundo desbridamiento de los tejidos desvitalizados.
- No hay evidencia de que la profilaxis antibiótica en heridas no complicadas proteja de la infección pero un alto porcentaje de profesionales la sigue utilizando en este tipo de heridas. Probablemente esto sea secundario a que no existen estudios adecuados que nos aclaren suficientemente este punto.
- Queda demostrado en la literatura que las laceraciones simples de piel, lengua e intraorales no se benefician de profilaxis antibiótica cuando no se asocian a fracturas.
- Pueden existir algunas **situaciones donde la antibioterapia sea apropiada:**
 - Paciente inmunodeprimido
 - Heridas por punción o aplastamiento
 - Fracturas abiertas o heridas intraarticulares, o que afecten a bursa
 - Heridas que afecten a tendones o cartílagos
 - Heridas contaminadas que no se han podido limpiar adecuadamente
 - Mordeduras
 - Heridas con retraso en el tratamiento significativo (>12 h)
- Si estamos ante el caso de utilizar antibiótico debemos seguir estas **pautas:**
 - No utilizar antibiótico tópico
 - Mejor intravenoso
 - Dosis única
 - Dosis más alta recomendada
 - Lo antes posible tras el trauma.
 - Si pérdida sanguínea mayor de 1 litro o más de 4 horas, nueva dosis
 - **Se deriva al médico de familia**

PROFILAXIS ANTITETANICA

- **Heridas potencialmente tetanígenas**
 - Heridas o quemaduras con importante grado de tejido desvitalizado
 - Herida punzante (particularmente si hubo contacto con suelo o estiércol)
 - Heridas contaminadas con cuerpo extraño
 - Lesiones cutáneas ulceradas crónicas, especialmente en diabéticos.
 - Fracturas abiertas.

- Mordeduras
- Heridas por congelación
- Heridas que precisen intervención quirúrgica y que se atrase más de 6 horas
- Heridas que se presenten en pacientes con sepsis.
- **Heridas tetanígenas de alto riesgo**
 - En caso de **inmunodeprimidos** y personas adictas a drogas por vía parenteral (ADVP), se administrará una dosis de Inmunoglobulina ante heridas potencialmente tetanígenas con independencia del estado de vacunación.
 - Aquellas heridas **potencialmente tetanígenas contaminadas** con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado recibirán una dosis de inmunoglobulina.
 - **La dosis de inmunoglobulina** debe inyectarse en lugar anatómico distinto al de la vacuna. En general 250UI, pero si han transcurrido más de 24 horas y el paciente tiene un peso mayor de 90 kg (en heridas de alto riesgo de contaminación o quemadura, fracturas o heridas infectadas) se administrará una dosis de 500 UI.

Cierre de las heridas

SUTURA

Tras la limpieza exhaustiva de la herida, se debe decidir el tratamiento adecuado: sutura (primaria o primaria diferida) o cicatrización por segunda intención.

Consiste en aproximar y mantener unidos los bordes de la herida con la ayuda de un material adecuado hasta que el proceso de cicatrización establezca una unión definitiva.

- **La sutura primaria** acorta el tiempo de reparación (se produce una cicatrización por primera intención), disminuye el riesgo de infección secundaria, quedando cicatrices más estéticas y funcionales. Por lo que siempre que sea posible, la sutura primaria será de elección.
- **Contraindicaciones:** son aquellas donde existe alta probabilidad de contaminación:
 - Intensa contaminación y **cuerpos extraños**.
 - **Trayectos irregulares** y/o gran componente contuso y/o atrición tisular.
 - Sospecha de **gérmenes muy patógenos** (p.ej. mordeduras) o en paciente **inmunodeprimidos**.
 - **Tratamiento demorado** (>6-8 horas) (12 horas para zonas muy vascularizadas) contraindicación dudosa según las últimas revisiones.
 - Asociación con **isquemia** (sección vascular asociada o síndrome compartimental)

- Cuando **no se puede vigilar** la evolución de las heridas.

En estos casos de contraindicación de sutura primaria, se puede decidir una **cicatrización por segunda intención** (donde la herida se deja abierta, permitiendo el crecimiento del tejido de granulación y posteriormente la epitelización) o realizar una **sutura primaria diferida** (cicatrización por tercera intención), donde inicialmente la herida queda abierta cubierta con apósito estéril, y tras un periodo (3-5 días), si no existen signos infecciosos, se realiza la sutura.

- **Precauciones:**

- Técnica estéril.
- Zona limpia y seca.
- Valorar al paciente con alteración de la función sensorial para evitar posibles complicaciones.
- Valorar si es necesaria la extracción de la sutura/ grapa total o parcialmente, dependiendo del estado de la incisión y su cicatrización.
- Cuidados de la piel peri-incisional.
- Vigilar posibles signos de infección.

- **Materiales de sutura:**

- **Pegamentos tisulares:** Las suturas son significativamente mejores que los adhesivos tisulares para minimizar la dehiscencia, pero existe la posibilidad de utilizar este tipo de adhesivos en laceraciones (heridas superficiales) sin tensión en niños, debido a la rapidez de su aplicación y a que es menos agresiva que la sutura. Entre los adhesivos tisulares butilcianoacrilato (Histoacryl®) y el octcianoacrilato (Dermabond®) no se ha encontrado diferencia significativa en cuanto a estética, dolor, tiempo de procedimiento o complicaciones en laceraciones faciales pediátricas.
- **Españoles quirúrgicos** (tipo Steri-strip®): se pueden utilizar en laceraciones lineales sin tensión, o como apoyo a otro tipo de suturas (por ejemplo, sutura intradérmica).
- **Grapas:** fáciles de usar, se precisa menor tiempo y no producen reacción tisular.
- **Hilos de sutura:** debemos diferenciar entre absorbibles y no absorbibles. Y dentro de los absorbibles existen distintos tipos según el tiempo que tardan en absorberse. En general se utilizan los absorbibles para tejidos profundos y no absorbibles para piel. Se pueden utilizar hilos absorbibles a nivel cutáneo en heridas que no precisen soporte a corto plazo 7-10 días (Vicryl Rapide® - poliglactine), pero nunca se deben utilizar este tipo de suturas en ligaduras.

DRENAJES

- **En la mayoría de las heridas traumáticas no será preciso colocar un drenaje.** El sistema de drenaje es un cuerpo extraño para los tejidos, y como tal se comporta, empeorando la resistencia tisular a las agresiones. También favorece la difusión retrógrada de contaminantes desde la piel.

Estaría **indicado en aquellas heridas con alto riesgo de infección**, amplio despegamiento tisular para evitar acumulación de seroma o hematomas, y en aquellas con posibilidades de **abundante sangrado** por dificultad para realizar una hemostasia adecuada.

Complicaciones

- Seroma- hematoma
- Infección
- Dehiscencia
- Granuloma
- Necrosis
- Queloides

Recomendaciones

CUIDADOS POSTERIORES

- Se le darán al paciente las **recomendaciones acerca del cuidado de la propia herida**. Las curas se realizarán y espaciarán dependiendo de la evolución de la herida, vigilancia del tipo de apósito y la aparición de fiebre o escalofríos, enrojecimiento de la zona así como diferentes pautas de actuación.
- **Enseñanza del uso de los medicamentos y productos sanitarios** dispensados así como del **manejo de la herida**, asegurándose de que han sido comprendidos y de que el demandante puede hacer frente a la situación con garantías suficientes de éxito.

Se define la herida aguda como aquella que es causada generalmente por un traumatismo o por una intervención quirúrgica. Sigue un proceso de cicatrización ordenado y predecible en el tiempo, con restablecimiento anatómico y funcional. Se caracterizan por ser de corta duración (cicatrización inferior a 10 semanas), no tener patología subyacente que modifique o altere su cicatrización y no presenta complicaciones.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual : inmunosupresores anticoagulantes/antiagregantes,
- Alergias
- Constantes vitales: T/A, Frecuencia cardíaca, Tª y Sat O2
- Estado general
- Estado vacunal: antitetánica
- Antecedentes: problemas de cicatrización, factores que favorecen la infección, caídas, profesión...
- Dolor (escala EVA)
- Agente causal de la herida
- Lugar y condiciones en que se ha producido
- Tiempo de evolución y fecha de la herida
- Localización anatómica
- Extensión, profundidad, longitud y forma
- Sangrado leve o extenso (1gr=1ml, una gasa 10 x 10 empapada=60 ml y una compresa 30x30= 140 ml)
- Aspecto de los bordes, limpios o contusos
- Presencia de cuerpos extraños
- Signos de infección
- Tipo de herida:
 - Limpia: menos de 6 horas de evolución
 - Contaminada: entre 6 y 12 horas
 - Sucia: más de 12 horas de evolución
 - Simple: afecta solo a la epidermis
 - Complicada: afecta a estructuras internas (vasos, nervios, músculos...)
 - Superficial
 - Profunda (menor o mayor de 1 cm)
 - No penetrante
 - Penetrante
- Sensibilidad y movilidad de las zonas distales
- *Factores de riesgo
- *Clínica asociada
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Factores de riesgo

- Generales
 - Estados de fragilidad: niños y ancianos
 - En ancianos: arterioesclerosis, inestabilidad, función cardíaca limitada, baja resistencia de la piel, hidratación y nutrición deficiente, confusión...
 - Comorbilidades: mareos y vértigos
 - Desconocimientos de riesgos
- Que afectan a la cicatrización
 - Infección
 - Trastorno de la coagulación
 - Isquemia
 - Edemas
 - Peso
 - Deshidratación
 - Desnutrición
 - Enfermedades vasculares
 - Enfermedades sistémicas
 - Tratamiento con inmunosupresores
 - Tabaco y alcohol
 - Radioterapia

*Clínica asociada

- Signos de shock: TA < 90/60, FC > 100
- Febrícula o hipertermia
- Afectación del estado general: debilidad, cansancio, pérdida o disminución del nivel de consciencia
- Infección de la herida
- Hemorragia extensa
- Parestesias
- Dificultad motora
- Dolor
- Pérdida importante de tejido (o herida anfractuosa)
- Presencia de otras lesiones: afectación tendinosa, fracturas, contusiones
- Otras complicaciones

Criterios de actuación autónoma

- No hay *factores de riesgo sistémicos que afectan a la cicatrización
- No hay comorbilidades
- No hay *clínica asociada
- Dolor leve o moderado(EVA inferior o igual a 7)
- Precisa educación sanitaria

Criterios de actuación compartida

- Existencia de *factores de riesgo sistémicos que afectan a la cicatrización
- Existencia de comorbilidades
- Existencia de *clínica asociada
- Localización de la lesión en cara, cuello, tendones, articulaciones o genitales
- Heridas profundas (más de 1 cm.)
- Dolor intenso (EVA superior a 7)
- Cuando precisa parte de lesiones (la causa es una agresión o accidente)
- Sospecha de maltrato
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Otros criterios por decisión de la enfermera
- Precisa ILT

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

ACTIVIDADES

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente
- Comprobar si toma medicación que pueda interferir en la evolución de la herida: inmunosupresores anticoagulantes /antiagregantes...

NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES

- Aplicar sustancias tópicas (antisépticos) en función de las características de la herida para promover la integridad de la piel, minimizar la pérdida de la solución de continuidad y prevenir complicaciones

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en la evolución favorable esperada en función de las características de la herida
- Instruir en signos y síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, aumento del dolor, supuración, inflamación...

NIC: 3660 Cuidados de las heridas

ACTIVIDADES

- **Monitorizar las características de la herida:**
 - la localización anatómica de la herida
 - Mecanismo que las produce y entorno; caída, objeto afilado, accidente laboral, impacto de un objeto romo, objeto puntiagudo, fricción, hematoma ...
 - Aspecto de los bordes: limpios o contusos
 - Herida de alto riesgo: más de 6 horas de evolución, anfractuosa, más de 1 cm de profundidad, con cuerpos extraños o tejido contaminante o hay afectación de estructuras internas
 - Herida de bajo riesgo: menos de 6 horas de evolución (en la cara hasta 12 h), limpias, incisas, con menos de 1 cm de profundidad, de fondo sangrante y sin presencia de cuerpos extraños ni afectación de estructuras internas
 - La forma, extensión y longitud
 - Hemorragia
 - Signos de infección o evolución mayor de 12 h
- **Realizar cura:**
 - Heridas superficiales limpias:**
 - Lavar la herida con solución fisiológica
 - Irrigar con una presión moderada
 - Aplicar antiséptico: polihexanida
 - Herida sucia o contaminada por cuerpos extraños**
 - Lavar la herida con solución fisiológica
 - Administrar anestesia local: la lidocaína y la mepivacaína tienen un inicio de acción rápido (entre 2 y 5 minutos) y una vida media intermedia (entre 40-60 minutos). La bupivacaína tarda 10 minutos en comenzar la acción y su duración media es de aproximadamente 4 horas.
 - Realizar otra irrigación con solución fisiológica y antisepsia de los bordes de la herida: antiséptico: 0,1% octedine hidrocliclorida + fenoxietanol (OCTENISEPR®) solución para heridas agudas, contaminadas y traumáticas. El Hipoclorito (NaOCl o NaOCl/HOCl) es de primera elección para limpieza antiséptica intensiva simple o repetitiva de heridas traumáticas contaminadas. La Povidona yodada, en combinación con alcohol es el agente de primera elección para la prevención de infecciones en puñaladas agudas, cortes, mordeduras o heridas de bala
 - Extracción instrumental de cuerpos extraños y desbridamiento de tejidos desvitalizados
- Realizar sutura primaria si está indicado: cuando la herida es limpia y tiene menos de 6 h de evolución

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Prescribir Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h o si dolor
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES

- Valorar la capacidad de la persona en el desarrollo de habilidades para realizar la cura
- Enseñar la técnica de la cura prescrita y la pauta:
 - Lavado de la zona con solución salina y aplicar el tratamiento prescrito con antiséptico según la pauta prescrita
- Recomendar la protección de la lesión evitando los roces o golpes. Explicar la pauta de medicación prescrita
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 6530 Manejo de la inmunización/vacunación**ACTIVIDADES**

- Comprobar en HCE el estado de inmunización/vacunación
- Administrar profilaxis antitetánica si precisa

NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales**ACTIVIDADES**

- Recoger y analizar los datos de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)**ACTIVIDADES**

- Polihexanida
- Lidocaína
- Mepivacaína
- Bupivacaína
- 0,1% Octedine hidrocloída + Fenoxietanol (OCTENISEPR®)
- Hipoclorito (NaOCl o NaOCl/HOCl)
- Povidona yodada en combinación con alcohol
- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h

NIC: 8100 Derivación**ACTIVIDADES**

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Cura de heridas agudas: tratamiento
- Toma de tensión arterial
- Toma de temperatura
- Toma de frecuencia cardíaca
- Administración de medicación vía oral
- Administración de medicación vía tópica
- Sutura

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Volver a citar en 24-48 h para valoración de la evolución de la herida o realización de cura si es necesario
- Realizar seguimiento dependiendo de la gravedad de la lesión y de la capacidad de autocuidado del paciente/cuidador en la realización de la cura/ tratamiento
- Precisa ILT

Definición

El término micción dolorosa hace referencia de manera general a las molestias al orinar. El dolor puede originarse en la vejiga, la uretra o el periné.

La micción dolorosa es un signo frecuente de las infecciones bacterianas o de una inflamación de las vías urinarias. El dolor, el ardor o pinchazos son los signos característicos de infección urinaria pero también pueden indicar diferentes afecciones clínicas.

El dolor o molestias al orinar pueden estar causados por una inflamación de cualquiera de los órganos de las vías urinarias: en la uretra, la vejiga, los uréteres o los riñones.

Signos y síntomas de infección urinaria

La inflamación o el estrechamiento de la uretra causan dificultad para iniciar la micción y ardor durante ésta. La irritación del trigono vesical causa contracción de la vejiga, lo que genera micciones frecuentes y dolorosas. Con frecuencia, la disuria se produce por una infección del tracto urinario inferior, pero también puede estar causada por una infección urinaria alta. El deterioro de la capacidad de concentración del riñón es el principal motivo de las micciones frecuentes en las infecciones urinarias superiores.

- La infección de las vías urinarias por la **entrada de gérmenes en el tracto urinario inferior** (uretra y vejiga) se caracteriza por:
 - Dolor o escozor al orinar
 - Sensación permanente de ganas de orinar (incluso al terminar)
 - Orinar con mucha frecuencia pero poca cantidad
 - Dolor suprapúbico.
 - Puede haber presencia de sangre en la orina (visible o detectable en el análisis de orina), fiebre y dolor lumbar

En las mujeres y niñas la uretra es más corta lo que la hace más susceptible a la proliferación de bacterias en las vías urinarias.

- **En los ancianos y en pacientes con vejiga neurogénica o sondas permanentes**, las infecciones urinarias pueden causar cuadros clínicos de sepsis y delirio, sin síntomas que remitan al tracto urinario. Cuando aparecen síntomas, pueden no correlacionarse con la infección del tracto urinario debido a que hay una considerable superposición.

Se pueden considerar:

- **Uretritis**, los síntomas principales son la disuria y la secreción uretral. Las secreciones pueden ser purulentas, de color blanquecino o mucoides.
- **Cistitis** cursa típicamente con polaquiuria, tenesmo vesical y ardor o dolor en la micción, son micciones frecuentes y de poca cantidad. Es común la nicturia, con dolor suprapúbico y a veces lumbar. La orina a menudo es turbia, y puede aparecer hematuria microscópica (o rara vez macroscópica) y febrícula.
- **Pielonefritis aguda**, los síntomas pueden ser los mismos que los de la cistitis. Un tercio de los pacientes presenta polaquiuria y disuria. En general, en la pielonefritis se incluyen: escalofríos, fiebre, dolor lumbar, dolor abdominal en cólicos, náuseas y vómitos. Si no hay defensa abdominal o ésta es leve, a veces es posible palpar un riñón sensible y de tamaño aumentado. En el lado afectado, suele presentarse sensibilidad a la percusión en el ángulo costovertebral.

Factores de riesgo

- **Los factores de riesgo para el desarrollo de infecciones urinarias son:**
 - Administración de antibióticos que alteran la flora vaginal
 - Antecedentes de infecciones urinarias recurrentes
 - Primera infección urinaria a edad temprana
 - Incontinencia fecal
 - Anomalías anatómicas, estructurales y funcionales que ocasionan reflujo vesiculoureteral que se presenta en el 30 a 45% de los niños pequeños con infecciones urinarias sintomáticas.
 - Cálculos y tumores que pueden comprometer el flujo de orina.
 - Disfunción neurogénica, embarazo, prolapso uterino, cistocele e hiperplasia prostática pueden disminuir el vaciamiento de la vejiga.

Evaluación

- **Antecedentes de infección urinaria:**
 - Duración de los síntomas, y recurrencias. infecciones urinarias previas (incluso las ocurridas durante la niñez) y cualquier anomalía conocida del tracto urinario, incluso los antecedentes de litiasis renal.
 - Al igual que cualquier otra enfermedad infecciosa, son importantes los antecedentes de un estado de inmunodepresión (incluido el HIV/sida) o de ingresos recientes en el hospital.
- **Síntomas acompañantes de alarma:**
 - Fiebre, molestia o dolor lumbar, secreciones uretrales o vaginales y síntomas de irritación vesical (polaquiuria, tenesmo o urgencia miccional) o de obstrucción dificultad para iniciar la micción, goteo posmiccional).
- **Preguntar al paciente:**
 - Si la orina es sanguinolenta, turbia o maloliente, y las características de cualquier otra secreción (p. ej., acuosa y líquida, o espesa y purulenta).
 - Si el ha tenido recientemente relaciones sexuales sin protección,
 - Si ha sido sometido a una instrumentación urinaria reciente (p. ej., citoscopia, sondaje, cirugía) o si, en el caso de una mujer en edad fértil, puede estar embarazada.
- **Búsqueda de síntomas de una posible causa:**
 - Dolor de espalda o en las articulaciones e irritación ocular (trastorno del tejido conectivo).
 - Síntomas gastrointestinales, como diarrea (artritis reactiva).
- **Evaluación de los signos vitales**, en especial, determinar la presencia de fiebre.
- **Identificar si existen:**
 - Lesiones en la piel, las mucosas y las articulaciones que pueden indicar artritis reactiva (p. ej., conjuntivitis, úlceras bucales, lesiones vesiculares o costras en las palmas de las manos, las plantas de los pies o alrededor de las uñas, dolor a la palpación en las articulaciones).
 - Percutir el flanco y la espalda para detectar dolor sobre el área de los riñones (puñopercusión).
 - La palpación del abdomen permite evaluar el dolor vesical.
- **Ante la sospecha de afecciones ginecológicas:**
 - Remitir a la matrona o médico de familia para realizar un examen ginecológico y poder detectar inflamación o lesiones del periné y secreciones vaginales o cervicales en mujeres.

- Es aconsejable obtener muestras para las pruebas de detección de enfermedades de transmisión sexual y para la realización de frotis en fresco, en lugar de realizar luego un segundo examen.
- A los hombres también se les debe derivar al médico de familia para realizar una inspección externa y poder detectar lesiones y secreciones en el pene; debe examinarse el área debajo del prepucio. Los testículos y el epidídimo se palpan para detectar dolor o hinchazón. El examen rectal permite evaluar el tamaño, la consistencia y la sensibilidad de la próstata.

Diagnóstico

- Las infecciones en el tracto urinario inferior se diagnostican principalmente por los síntomas descritos.
- Es posible que sea necesario hacer un primer análisis con tiras reactivas de análisis de orina en el momento de la consulta, o bien un cultivo, que servirá para identificar la bacteria que ha producido la infección.
- Una prueba de nitrito positiva **con tiras reactivas** en una muestra de orina reciente (la replicación bacteriana en el recipiente resta confiabilidad a este resultado si la muestra no se analizó de inmediato) es muy específica de una infección urinaria, pero no es una prueba muy sensible. La prueba de esterasa leucocitaria es muy específica para la presencia de > 10 leucocitos/ μL y es bastante sensible. En mujeres adultas con infección urinaria no complicada y síntomas típicos, se considera suficiente para el diagnóstico el resultado positivo de la observación microscópica y de la tira reactiva. En estos casos, dados los posibles patógenos, los resultados del urocultivo probablemente no modificarán la terapia.
- En general, se recomienda realizar **urocultivo** en pacientes cuyas características y síntomas sugieren una infección urinaria complicada o una indicación para el tratamiento de la bacteriuria: mujeres embarazadas, posmenopausia, hombres, prepúberes, pacientes con anomalías del tracto urinario o instrumentación reciente, inmunodeprimidos, con comorbilidades importantes o con infecciones urinarias recurrentes (≥ 3 al año).
- No se recomienda realizar pruebas ni tratar la bacteriuria asintomática excepto en las embarazadas, los pacientes inmunodeprimidos, o antes de un procedimiento urológico invasivo.

INTERPRETACIÓN DE LOS HALLAZGOS

- Las mujeres jóvenes y sanas con disuria y síntomas de irritación vesical muy probablemente presenten una cistitis.
- Las secreciones visibles uretrales o cervicales indican una posible ETS.
- Las vaginitis y las lesiones ulcerantes de la infección por el virus herpes simple suelen ser visibles en la inspección.
- En los varones, una próstata muy sensible a la palpación indica una prostatitis, y esa sensibilidad en el epidídimo sugiere epididimitis.
- Otros signos también son de ayuda, aunque no sean diagnósticos; p. ej., las mujeres con signos de vulvovaginitis pueden tener también una infección urinaria u otra causa de disuria.
- El diagnóstico de infección urinaria basado en los síntomas es menos preciso en los ancianos.
- Los signos que indican infección son más preocupantes en los pacientes con signos de alarma. La fiebre y el dolor lumbar pueden indicar una pielonefritis acompañante.
- Los antecedentes de infección urinaria frecuentes deben hacer sospechar una anomalía anatómica subyacente o un compromiso del estado inmunitario.
- Las infecciones después de una internación o instrumentación pueden indicar la presencia de un patógeno atípico o resistente.

Tratamiento

- Las infecciones de orina las causan bacterias por lo que el tratamiento de elección son los antibióticos.
- En el caso de infecciones no complicadas será suficiente con un tratamiento de 2 o 3 días, pero si la infección es complicada, se deriva al médico de familia y el tratamiento podrá durar una o dos semanas según la causa y el germen responsable de la infección. En cualquier caso es muy importante que se complete el tratamiento. Habitualmente se recomiendan las monodosis.
- Si se prescribe fenazopiridina en la disuria aguda e intolerable debida a cistitis se explicará que este fármaco otorga a la orina un color rojo-anaranjado y no se confunda con infección progresiva o con hematuria.

Prevención

- Beber abundantes líquidos a diario (8 vasos de agua al día), y consumir alimentos ricos en vitamina C para acidificar la orina.
- No retrasar la micción e intentar vaciar la vejiga completamente.
- Mantén una higiene adecuada de los genitales. En mujeres siempre de adelante hacia atrás y evitar los jabones íntimos, que pueden irritar la uretra. En hombres retirando el prepucio para la higiene del glande.
- Mejor ducharse que bañarse y secarse bien.
- Usar ropa interior de algodón y prendas holgadas.
- Orinar antes y después de mantener relaciones sexuales.
- El uso de diafragmas, condones sin lubricante y espermicidas, favorecen la proliferación de bacterias.
- **En las mujeres que experimentan ≥ 3 infecciones urinarias al año**, si estas medidas no tienen éxito, debe tenerse en cuenta la profilaxis con antibióticos

La micción dolorosa es un signo frecuente de las infecciones bacterianas o de una inflamación de las vías urinarias. El dolor, el ardor o pinchazos son los signos característicos de infección urinaria pero también pueden indicar diferentes afecciones clínicas.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Alergias
- Embarazo/lactancia
- Menopausia/premenopausia
- Antecedentes: historia previa de trastorno de la
- Constantes vitales: T/A, Fc, t^a
- Tiempo de evolución
- Recurrencias
- Instrumentación urinaria reciente: citoscopia, sondaje o cirugía.
- Realizar test con tiras reactivas de orina ante sospecha de infección urinaria
- Enfermedad de transmisión sexual
- Características de la orina:
- * Etiología y patología de riesgo sanguinolenta, turbia, maloliente, purulenta o acuosa.
- Relaciones sexuales recientes sin protección
- *Clínica asociada
- *Factores de riesgo
- Estado general
- Necesidades de cuidados: educación sanitaria

*Factores de riesgo

- Procedimientos instrumentales recientes
- Cirugía reciente
- Radioterapia
- Sondaje vesical permanente
- Incontinencia fecal
- Antibióticos que alteran la flora vaginal
- Relaciones sexuales sin protección
- Uso de productos irritantes de higiene genital

*Etiología y Patología de riesgo

- Infecciones urinarias
- Inmunodepresión
- Anormalidad estructural o funcional de vías urinarias
- Tumores
- Diabetes mal controlada
- Cálculos renales
- Retención urinaria
- Enfermedad renal crónica
- Vejiga neurogénica
- Cistitis
- Prostatitis
- Uretritis
- Infecciones de transmisión sexual
- Pielonefritis aguda
- Artritis reactiva

*Clínica asociada

- Signos y síntomas leves
 - Dolor o escozor al orinar (EVA ≤ 5)
 - Sensación permanente de ganas de orinar
 - Polaquiuria
 - Dolor suprapúbico
 - "Globo vesical"
 - Disminución de la diuresis
- Signos y síntomas de alarma
 - Tenesmo
 - Dolor abdominal en cólicos (EVA > 5)
 - Náuseas
 - Vómitos
 - Obstrucción del flujo de orina
 - Secreción uretral
 - Fiebre
 - Hematuria
 - Dolor lumbar o costovertebral a la percusión
 - Afectación del estado general
 - Lesiones en la piel mucosas y articulaciones

Criterios de actuación autónoma

- Escasas recurrencias < 3 al año
- No hay *patología de riesgo
- No hay *signos y síntomas de alarma
- No hay antecedentes de cirugía reciente o tratamiento con radioterapia

Criterios de actuación compartida

- Recurrencias frecuentes (≥3 episodios al año)
- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *signos y síntomas de alarma
- Sospecha de infecciones ginecológicas
- Antecedentes de cirugía reciente o tratamiento con radioterapia
- Precisa urocultivo
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en la evolución favorable esperada: disminución de las molestias/escozor al orinar en 48-72 horas con tratamiento o recomendaciones.
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, afectación del estado general, dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor lumbar o los síntomas no desaparecen

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES

- Si precisa urocultivo, instruir en la técnica de recogida de la orina
- Instruir en la dosis, el intervalo de administración y la duración del tratamiento de la medicación prescrita: Monurol 3gr (en ≥ de 12 años) o 2 gr (en < de 12 años)
- Instruir en la pauta de medicación oral prescrita por su médico de familia
- Instruir en cuidados de sondaje vesical si es necesario
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 6540 Control de infecciones

ACTIVIDADES

- Proporcionar recomendaciones para la prevención de molestias y escozor en la micción:
 - Beber abundantes líquidos a diario (8 vasos de agua al día) y consumir alimentos ricos en vitamina C para acidificar la orina
 - No retrasar la micción e intentar vaciar la vejiga completamente
 - Realizar la higiene genital de forma adecuada. En las mujeres de adelante hacia atrás y evitar los jabones íntimos que pueden irritar la uretra. En los hombres mantener la higiene del glande retirando el prepucio.
 - Priorizar la ducha al baño y secarse bien para evitar el exceso de humedad.
 - Usar ropa interior de algodón y prendas holgadas.
 - Orinar antes y después de mantener relaciones sexuales.

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo**ACTIVIDADES**

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Prescribir Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h o si dolor
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 0620 Cuidados de la retención urinaria**ACTIVIDADES**

- Realizar una evaluación miccional (diuresis, patrón de eliminación urinaria, función cognitiva y problemas urinarios anteriores).
- Colocar sondaje vesical permanente o de evacuación si es necesario
- Instruir a la familia en el manejo del sondaje

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)**ACTIVIDADES**

- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h
- Monuro: 2 gr en menores de 12 años, 3 gr en mayores de 11 años (monodosis).
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación**ACTIVIDADES**

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Test reactivos: determinación en orina
- Obtención de muestra: urocultivo
- Obtención de muestra: cultivo de secreciones (vaginal, uretral)
- Temperatura
- Sondaje vesical permanente
- Sondaje vesical intermitente

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Volver a la consulta:
 - Si no remiten los síntomas en 48-72 h.
 - Si aparece fiebre, afectación del estado general, dolor abdominal, nauseas, vómitos, dolor lumbar u otros síntomas de empeoramiento.
- Citar para comunicar resultados de cultivos
- Precisa urocultivo tras el tratamiento con antibióticos para comprobar que la infección ha desaparecido.
- Precisa ILT

Definición

Un orzuelo es un bulto rojo y doloroso que aparece en el exterior o interior del párpado y que puede verse como un grano o una espinilla. Los orzuelos suelen contener pus y usualmente se forman en el folículo de la pestaña (orzuelo externo) o, con menor frecuencia, en las glándulas de Meibomio (orzuelo interno). Se trata de una infección aguda principalmente producida por estafilococos procedentes de la flora normal de la piel (*Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus aureus*).

No suele ser grave pero sí puede llegar a resultar muy molesto: provoca escozor, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, sensibilidad a luz e incluso dolor.

Etiología

- A menudo están relacionados:
 - Con otras patologías oculares como la blefaritis (inflamación del borde palpebral), la triquiasis (alteración en la dirección de crecimiento de las pestañas) o el ectropión cicatrizal (eversión del párpado hacia afuera).
 - Con enfermedades de la piel, como el acné y la rosácea
 - También pueden aparecer como reacción al estrés y a los cambios hormonales
 - En otras ocasiones se originan sin causa aparente.

Tipos

EXTERNOS

La mayoría de los orzuelos son externos y se originan por la obstrucción e infección del folículo de una pestaña y las glándulas pilosebáceas de Zeiss y en las glándulas sudoríparas de Moll. Ambas se encuentran localizadas en el borde libre de los párpados, en la base de las pestañas.

- El orzuelo externo es superficial.
- En 1 a 2 días suele iniciarse dolor, sensación de cuerpo extraño, enrojecimiento inflamación, y sensibilidad a la palpación del borde palpebral
- Evoluciona con la formación de una pequeña induración redondeada y dolorosa, con zona amarillenta a lo largo del proceso patológico (que indica que terminará supurando). Puede acompañarse de lagrimeo y fotofobia.
- El absceso suele acabar rompiéndose al cabo de 2 a 4 días de forma espontánea, con la salida de material (segregando pus), alivio del dolor y resolución de la lesión.

INTERNOS

En este caso, las glándulas afectadas son las de Meibomio, que se encuentran en la zona anatómica del tarso ocular por lo que los pacientes refieren más dolor que con los orzuelos externos. Se derivarán al médico de familia.

- Los síntomas de un orzuelo interno son: dolor, enrojecimiento y edema localizado en la superficie interior del párpado o en la superficie posterior de la conjuntiva tarsal.
- La inflamación en la conjuntiva tarsal puede ser grave, a veces con fiebre y escalofríos.
- La inspección de las conjuntivas tarsales muestra una pequeña elevación o área amarilla en el sitio de la glándula afectada.
- Posteriormente se forma un absceso. La rotura espontánea es poco frecuente; sin embargo, cuando ocurre, generalmente aparece en el lado conjuntival del párpado y a veces emerge a través de la piel.
- Las recidivas son frecuentes
- A veces se asocia con celulitis

Tratamiento

ORZUELO EXTERNO

- **El orzuelo externo**, en la mayoría de los casos comenzará a desaparecer de forma espontánea en 2 a 3 días.
- Mientras tanto, se pueden tomar medidas para aliviar el dolor o la molestia aplicando calor sobre el párpado.
- El calor ayuda a acelerar el proceso al favorecer la dilatación de las glándulas de los párpados inflamadas y, con ello, el drenaje del orzuelo. Por esta razón, **se recomienda el masaje y la limpieza palpebral con compresas tibias durante 5-10 minutos 2 o 3 veces al día en la zona,**

que pueden complementarse con pomadas antibióticas y con esteroides prescritas por el médico.

- El orzuelo externo que **no responde a las compresas calientes se deriva al médico de familia** para su valoración.
- Aunque no es lo habitual, esta infección puede extenderse hacia otras glándulas y tejidos oculares y puede llegar a cronificarse y a convertirse en un quiste llamado chalazión. En estos casos severos y resistentes se deriva al médico de familia.

ORZUELO INTERNO

- Es insuficiente La evidencia sobre la efectividad de las intervenciones no quirúrgicas para el tratamiento del orzuelo interno, refiriéndose a antibióticos orales y tópicos, gasas calientes, toallitas exfoliantes para párpados y corticosteroides tópicos.
- Muchos casos presentan resistencia a la Terramicina (antibiótico tópico comúnmente utilizado para estos casos).
- En la mayoría de los casos se trata de un proceso patológico auto limitado, y desaparecerá espontáneamente en una o dos semanas, sin necesidad de ningún tipo de tratamiento, mientras que en otros casos es necesaria una intervención quirúrgica que consiste en incisión y drenaje
- El tratamiento de un orzuelo interno consiste en antibióticos orales e incisión con drenaje si es preciso. Los antibióticos tópicos suelen ser ineficaces.

Recomendaciones

- Explicar al paciente que en la mayoría de las ocasiones, los orzuelos son procesos patológicos auto resolutivos y que si sobrepasa las dos semanas de duración debe comunicarlo al profesional sanitario por las complicaciones que podrían generarse como problemas de visión, blefaritis o rosácea.
- Recomendar que, bajo ningún concepto, intente drenar las glándulas infectadas, por peligro de provocarse daños mayores y que se extienda la infección.
- Lava delicadamente el párpado afectado con un jabón suave y agua.
- Para aliviar el dolor, mojar una gasa o compresa limpia con agua tibia y ponerla sobre el ojo cerrado. Volver a humedecerla cuando pierda calor. Sigue haciéndolo 5 a 10 minutos. Luego

- masajear el párpado delicadamente. Repetir eso dos o tres veces al día puede hacer que el orzuelo se drene por sí mismo.
- Mantener limpio el ojo. No usar maquillaje para los ojos hasta que el orzuelo haya sanado.
- No utilizar lentes de contacto. Las lentes de contacto pueden estar contaminadas con las bacterias asociadas al orzuelo.
- Consultar con el profesional sanitario si no comienza a mejorar en dos días.
- Para la prevención de recidivas recomendar:
 - Mantener una higiene palpebral cuidadosa, especialmente aquellas personas susceptibles a padecerlos.
 - No tocarse los ojos sin tener las manos limpias. Esto ayudará a minimizar el riesgo de infección, producida por la bacteria *Staphylococcus aureus*.

Un orzuelo es un bulto rojo y doloroso que aparece en el exterior o interior del párpado y que puede verse como un grano o una espinilla. Los orzuelos suelen contener pus y usualmente se forman en el folículo de la pestaña (orzuelo externo) o, con menor frecuencia, en las glándulas de Meibomio (orzuelo interno). Se trata de una infección aguda principalmente producida por estafilococos procedentes de la flora normal de la piel (*Staphylococcus epidermidis* y *Staphylococcus aureus*).

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Alergias
- Embarazo/ lactancia
- *Patología de riesgo
- *Clínica asociada
- Evolución de la lesión: tiempo de aparición,
- Temperatura
- Recurrencias
- Localización de la lesión: externo o interno
- Características del dolor (EVA)
- Hábitos higiénicos
- Necesidades de cuidados

*Patología de riesgo

- Patologías oculares como:
 - Blefaritis (inflamación del borde palpebral)
 - Triquiasis (alteración en la dirección de crecimiento de las pestañas)
 - Ectropión cicatrizal (eversión del párpado hacia afuera).
- Enfermedades de la piel, como el acné y la rosácea
- Pueden aparecer como reacción al estrés y a los cambios hormonales
- Todas aquellas patologías que debiliten el sistema inmunitario
- En ocasiones se originan sin causa aparente.

*Clínica asociada

Orzuelos Externos

- Escozor, sensación de cuerpo extraño
- Lagrimeo, sensibilidad a luz
- Dolor
- Enrojecimiento
- Inflamación
- Induración redondeada
- Zona amarillenta
- Lagrimeo
- Fotofobia

Orzuelos internos

- Dolor intenso (EVA \geq 7)
- Enrojecimiento y edema en la superficie interior del párpado
- Enrojecimiento y edema en la superficie posterior de la conjuntiva tarsal.
- Absceso o área amarilla en la superficie interior del párpado o en la conjuntiva tarsal
- Fiebre o escalofríos
- Malestar general
- Celulitis
- Presencia de otras lesiones cutáneas

Criterios de actuación autónoma

- Evolución inferior a 3-4 días
- Escasas recidivas (1 o 2 episodios al año)
- No hay *patología de riesgo
- No hay *clínica de orzuelo interno

Criterios de actuación compartida

- Evolución > 15 días
- Recidivas frecuentes (2-3 episodios al año)
- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *clínica asociada a orzuelo interno
- Precisa drenaje del absceso
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en la evolución favorable esperada: disminución del dolor y de la inflamación, drenaje espontáneo en 48-72 horas con o sin tratamiento.
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, afectación del estado general, aumento de la inflamación, aumento del dolor, aparición de otras lesiones cutáneas, no se produce el drenaje espontáneo, no mejora antes de 2-3 días

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES

- Enseñar la técnica de la cura prescrita y la pauta :
 - Limpiar el párpado y aplicar calor local con compresas tibias durante 5-10 minutos 2 o 3 veces al día.
 - Masajear suavemente
- Explicar cómo aplicar la pomada complementaria prescrita y la pauta
- Explicar la pauta de medicación oral prescrita

NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES

- Realizar la cura del orzuelo con el tratamiento indicado:
 - Limpiar el párpado
 - Aplicar calor local
 - Masajear suavemente
- Aplicar la pomada complementaria, si está indicado
- A su vez, mostrar al paciente cómo se realiza

NIC: 1650 Cuidados de los ojos

ACTIVIDADES

- Recomendaciones para el paciente:
 - Explicar que no intente drenar el pus ya que puede provocarse otras lesiones
 - No usar maquillaje para los ojos hasta que el orzuelo haya sanado.
 - No utilizar lentes de contacto. Las lentes de contacto pueden estar contaminadas con las bacterias asociadas al orzuelo
- Instruir en medidas de prevención de recidivas:
 - Mantener una higiene palpebral cuidadosa
 - No tocarse los ojos sin tener las manos limpias. Para minimizar el riesgo de infección, producida por la bacteria *Staphylococcus aureus*

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)

ACTIVIDADES

- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h
- Pomada tópica con antibiótico: Cloranfenicol, Terramicina, Tobramicina, otras.
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 8100 Derivación

ACTIVIDADES

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Cura de heridas agudas: tratamiento
- Toma de temperatura
- Administración de medicación vía tópica

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Volver a citar en 48-72 h para valoración de la evolución
- Volver a citar si aparecen: fiebre o escalofríos, aumento del dolor, no hay drenaje espontáneo de la colección de pus o aparecen otras lesiones cutáneas
- Realizar seguimiento dependiendo de la gravedad de la lesión y de la capacidad de autocuidado del paciente/cuidador en la realización de la cura/ tratamiento
- Precisa ILT

Definición

La paroniquia es la infección de los tejidos periungueales. Afecta tanto a los tejidos de los dedos de las manos, como de los pies. Suele ser aguda aunque puede haber casos crónicos. La paroniquia aguda causa rubor, calor y dolor en el borde de la uña y puede limitar la realización de algunas actividades.

También puede aparecer secreción y afectar a las partes blandas del dedo, sin importar la extensión ni la profundidad.

Etiología

- El hábito de morderse las uñas (onicofagia), la práctica de la manicura (quitarse las cutículas), el mal cortado de las uñas, llevar calzado ajustado, higiene deficiente, etc. son factores que favorecen la aparición de panadizos (conocidos popularmente como uñeros).
- También se presenta como consecuencia de una astilla, espina, algún corte o herida leve que derive en una infección local.
- Entre los agentes irritantes, se menciona el contacto excesivo con agua, sobre todo caliente, cloro, alquitranes, productos de limpieza del hogar y personal (quitaesmaltes, aceites y jabones alcalinos) y por calor o frío extremo o excesiva humedad.
- Afecciones como la diabetes y otras condiciones que debilitan su sistema inmunológico pueden aumentar el riesgo. Algunos ejemplos son el cáncer de la piel, psoriasis, eccemas de contacto, enfermedad vascular periférica VIH y lupus entre otras.
- Las alergias a ciertos alimentos, esmalte de uñas o látex pueden causar inflamación y aumentar su riesgo de contraer paroniquia.
- Los microorganismos ingresan por un defecto en la epidermis causado por un un traumatismo en el pliegue de la uña, pérdida de la cutícula o irritación crónica (p. ej., con agua y detergente).
- La causa puede ser bacteriana o micótica por lo que para indicar el tratamiento adecuado en algunas ocasiones se requiere una prueba de laboratorio para cultivo del exudado.
- El agente causal de infección más frecuente es el *Staphylococcus aureus* o los estreptococos y, con menos frecuencia, especies de *Pseudomonas* o *Proteus*.

- Cuando la causa es bacteriana, suele manifestarse de manera súbita; mientras que cuando es micótica tiene a presentarse progresivamente. Sin embargo, se puede padecer una infección micótica y bacteriana al mismo tiempo.

Tipos

SUPERFICIALES

- La infección se encuentra en cualquiera de las capas de la piel y de las uñas.
- Si afecta a la zona periungueal suele ser la consecuencia de un pinchazo o una grieta alrededor de la uña, el arrancamiento de un padrastro, la introducción de una astilla o un pinchazo. En el pie se suelen producir porque el borde de una uña penetra en la piel y en muchas ocasiones produce dolor e infección (uña incarnata). Se forma una flictena (bolsa de pus) alrededor de la uña, fundamentalmente en la zona de la cutícula.
- Las paroniquias superficiales que forman flictenas duelen mucho pero el dolor desaparece por completo cuando se abren y drena el contenido purulento.

PROFUNDAS

- Suelen darse como consecuencia de complicaciones de las superficiales y afectan a las articulaciones de los huesos, tendones y ligamentos, así como zonas musculares. Son todas ellas de mayor complejidad y requieren un control rápido. Serán derivados al médico.
- La causa más habitual es una infección vírica del pulpejo de los dedos, provocada habitualmente por el herpes simple. El virus entra a través de una herida en la piel.
- En la infección por herpes simple el pulpejo del dedo está dolorido e hinchado, aunque no tan endurecido. En los dedos aparecen unas ampollas minúsculas llenas de líquido (vesículas), pero a veces aparecen 2 o 3 días después de que empezara el dolor.
- El diagnóstico se basa en la presencia de vesículas y en la falta de firmeza.

Clínica

Lo que para algunas personas la paroniquia es un problema menor y olvidable, para quienes tienen enfermedades sistémicas de base (como la diabetes, edemas de miembros, inmunodeprimidos o dermatosis de manos, pies o uñas), puede ser sinónimo de complicaciones.

El mismo riesgo tienen quienes consumen algunos medicamentos, como antineoplásicos o los usados para tratamiento del VIH/sida.

Muchas son las patologías que afectan el estado de salud basal del paciente tales como malnutrición, alcoholismo, enfermedades autoinmunes y VIH. Sin embargo, la enfermedad más prevalente con inmunosupresión asociada es la diabetes mellitus.

- La paroniquia se manifiesta en el transcurso de horas o días. Comienza con una simple hinchazón y, si se demora la consulta y la atención profesional, puede derivar en una infección que suele requerir tratamiento para calmar el dolor y drenar el pus que se haya acumulado.
- Cuando la infección se extiende, los síntomas son: fiebre y escalofríos, aparición de marcas rojas en la piel, sensación de malestar general y dolor en las articulaciones y en los músculos. La infección se puede extender al pulpejo del dedo, y en raras ocasiones, la infección penetra profundamente en el dedo y, en estos casos, puede causar una tenosinovitis flexora infecciosa.



ESTADIOS

Suelen clasificarse según su estadio, de 1 a 3,

- **Primer estadio**
 - Aparece solo enrojecimiento, calor y edema. El pliegue de la uña se encuentra enrojecido, caliente, inflamado o doloroso
 - El dolor está presente sobre todo por contacto, pero no es continuo ni provoca fiebre. En esta etapa puede remitir o evolucionar hacia el segundo estadio.
 - En ocasiones, se comienza a observar pus acumulado alrededor de la uña o al aplicarle presión. La punta del dedo se inflama, se calienta y se enrojece, lo que podría indicar una acumulación de pus espesa y blanca.
- **Segundo estadio**
 - Los dolores son más fuertes, de manera intermitente a modo de latidos.
 - Se observa pus acumulado alrededor de la uña.
 - La uña se aparta de su pliegue ungueal e incluso podría caerse.

- **Tercer estadio**

- Las complicaciones ya se han presentado: fiebre, afectación de los ganglios linfáticos, la inflamación se extiende a otras zonas y la bacteria podría ocasionar problemas en articulaciones y huesos.
- En estos casos, derivar a la consulta médica y valorar los estudios de laboratorio que permiten determinar la bacteria que provoca la infección para poder tratarla correctamente.

Diagnóstico

El examen físico y la clínica determinan el diagnóstico. En algunos casos es necesario el análisis de laboratorio para determinar el germen causal de la infección.

Tratamiento

El tratamiento depende del estadio:

PRIMER ESTADIO

- Se recomienda tratamiento conservador con agua caliente o una mezcla al 50% con agua oxigenada, o preparaciones antisépticas tipo povidona yodada en solución jabonosa y clorhexidina.

SEGUNDO ESTADIO

- Se mantiene el mismo tratamiento que en el primer estadio y se añade tratamiento antibiótico tópico ya que la evolución natural de la paroniquia es que drene espontáneamente, o bien, se proceda al drenaje mediante incisión superficial de la piel afectada.

TERCER ESTADIO

- Ante cualquier signo de complicación derivar a consulta médica.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- **Antibióticos tópicos** como la mupirocina
- **Esteroides tópicos**
- **Antimicóticos tópicos**
- **Analgésicos** como el Paracetamol.

Recomendaciones para la prevención

Las principales medidas de prevención se centran fundamentalmente en la higiene de manos y pies con los lavados adecuados y con la higiene y cuidado de las uñas.

- Evitar al máximo las lesiones en las uñas y la piel que las rodea. Las uñas crecen despacio. Cualquier lesión que las afecte puede requerir un tiempo para que se recupere.
 - No morderse las uñas ni estirar de las cutículas que las rodean.
 - No cortar las uñas demasiado cortas. El mejor momento para cortarse las uñas es después darse una ducha o un baño, cuando las uñas están más blandas.
 - En los pies, cortar las uñas rectas limando ligeramente las esquinas.
 - No manipular las cutículas, al dañar las cutículas, se da a las bacterias la oportunidad de entrar en tu piel y causar infecciones.
- Evitar la humedad utilizando guantes de goma forrados de algodón o 2 pares de guantes de goma si se realiza un trabajo con alimentos o agua. Los guantes protegen el pliegue ungueal.
- Evitar sustancias químicas y alérgenos que pueden lesionar la piel y uñas. Esto incluye los jabones, detergentes para la ropa y productos de uñas.
- Mantener buenos hábitos higiénicos (manos y pies limpios y secos).
- Mantener la piel hidratada, utilizar crema hidratante en manos y pies.
- Evitar el calzado excesivamente ajustado.
- Las personas diagnosticadas de diabetes mellitus y de otras enfermedades vasculares periféricas, deben tener especial seguimiento en las paroniquias localizadas en los dedos de los pies por el riesgo de celulitis o de una infección más grave. Indicar al paciente que no debe manipular la lesión.

La paroniquia es la infección de los tejidos periungueales. Afecta tanto a los tejidos de los dedos de las manos, como de los pies. Suele ser aguda aunque puede haber casos crónicos. La paroniquia aguda causa rubor, calor y dolor en el borde de la uña y puede limitar la realización de algunas actividades.

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Alergias
- Profilaxis antitetánica
- Embarazo/ lactancia
- Tiempo de evolución
- *Patología de riesgo
- *Clínica asociada
- Temperatura
- Recurrencias
- *Identificar la causa
- Extensión y profundidad de la lesión: Borde periungueal, afecta a todo el pulpejo o sobrepasa la interfalángica distal
- Características del dolor (EVA)
- Necesidades de cuidados

*Etiología más frecuente

- Maniobras de manicura reiterada o eliminación de cutículas, padrastrós o mordeduras ungueales.
- Calzado excesivamente ajustado
- Corte o herida leve que deriva en infección local
- Agentes irritantes: exceso de humedad, cloro, alquitrán, Productos de higiene personal y de limpieza del hogar (quitaesmalte, aceites, químicos...)
- Calor o frío extremos

*Patología de riesgo

- Alergias al látex, alimentos irritantes, o productos de limpieza e higiene personal
- Diabetes Mellitus
- Psoriasis
- Eccemas de contacto
- Dermatitis de manos, pies, o uñas
- Enfermedad vascular periférica
- VIH
- Lupus
- Neoplasias
- Linfadenectomía
- Todas aquellas patologías que debiliten el sistema inmunitario

*Clínica asociada

- **Leve:**
 - Dolor, calor y rubor en la zona periungueal
 - Flictena alrededor de la uña o signos de infección
- **Indicios de complicación**
 - Dolor en articulaciones y músculos
 - Febrícula o fiebre
 - Afectación del pulpejo del dedo
 - Afectación del estado general
 - Edema
 - Irritación crónica de la piel
 - Crepitación
 - Celulitis
 - Linfangitis en la extremidad
 - Presencia de lesiones vesiculares u otras lesiones cutáneas
 - Infección herpética

Criterios de actuación autónoma

- Evolución aguda inferior a 3-4 días
- Escasas recidivas (1 o 2 episodios al año)
- No hay *patología de riesgo
- No hay *indicios de complicación
- **Clínica asociada leve:** dolor leve o moderado (EVA \leq 7), eritema, edema, drenaje espontáneo, colección fluctuante
- **Causa probable:** traumatismos mínimos, maniobras de manicura reiterada o eliminación de cutículas, padrastros o mordeduras ungueales, exposición a agentes irritantes.
- Precisa cuidados

Criterios de actuación compartida

- Evolución crónica (>2 semanas)
- Recidivas frecuentes (2-3 episodios al año, descartar micosis)
- Existencia de *patología de riesgo
- Existencia de *clínica asociada que indica complicaciones en la extremidad
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

ACTIVIDADES

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente

NIC: 5602 Enseñanza proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en la evolución favorable esperada: disminución del dolor y de la inflamación, drenaje espontáneo en 48-72 horas
- Instruir en signos o síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, afectación del estado general, aumento de la inflamación, aumento del dolor, aparición de otras lesiones cutáneas, dolor en músculos o articulaciones...

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento

ACTIVIDADES

- Enseñar la técnica de la cura prescrita y la pauta :
 - Aplicar calor local con compresas tibias 3-4 veces al día
 - Lavado de la zona con agua y jabón y aplicar el tratamiento prescrito con Clorexidina o pomada tópica según la pauta prescrita
- Recomendar la protección de la lesión evitando los roces o golpes y recomendar evitar zapatos y calcetines excesivamente ajustados
- Explicar la pauta de medicación oral prescrita
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES

- Monitorizar el estado de la lesión: tamaño, zona afectada, edema, eritema, signos de infección y clínica asociada.
- Realizar cura:
 - Lavado con agua, jabón y Clorhexidina, solución acuosa al 4% con detergente corporal
 - Aplicar Mupirocina al 2% o Acido Fusídico al 2% según la pauta prescrita
 - Si es necesario realizar drenaje: hay fluctuación o se visualiza pus, no es necesario realizar incisión cutánea, se coloca entre la uña y el pliegue ungueal, una pinza hemostática, separador de Freer u hoja de bisturí y se coloca un drenaje grueso durante 24 o 48 horas.
 - Oclusión con cura seca utilizando gasas o hidrofibras

NIC: 1680 Cuidados de las uñas

ACTIVIDADES

- Recomendaciones para la prevención de recurrencias:
 - Mantener la higiene de manos y pies y la higiene en uñas de manos y pies así como de la piel que las rodea
 - Evitar morderse las uñas y no estirar piel que las rodea.
 - Cortar rectas las uñas de pies limando ligeramente las esquinas y evitar el calzado demasiado ajustado
 - No cortar las uñas demasiado cortas
 - Evitar la humedad utilizando guantes
 - Evitar el contacto con sustancias químicas o irritantes y alérgenos que pueden irritar la piel y las uñas (jabones, detergentes...)
 - Mantener hidratada la piel de las manos y pies

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo

ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Prescribir Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h o si dolor
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)

ACTIVIDADES

- Mupirocina al 2% o Acido Fusídico al 2% (1 aplicación/8h durante 10 días)
- Clorhexidina
- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h

NIC: 6530 Manejo de la inmunización/vacunación

ACTIVIDADES

- Comprobar en HCE el estado de inmunización/vacunación
- Administrar profilaxis antitetánica si precisa

NIC: 8100 Derivación

ACTIVIDADES

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Cura de heridas agudas: tratamiento
- Cura de heridas con drenaje: tratamiento
- Drenaje de dermis y epidermis: colocación, mantenimiento y control
- Toma de tensión arterial
- Toma de temperatura
- Toma de frecuencia cardíaca
- Administración de medicación vía oral
- Administración de medicación vía tópica

Crterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Volver a citar en 48-72 h para valoración de la evolución o retirada del drenaje
- Realizar seguimiento dependiendo de la gravedad de la lesión y de la capacidad de autocuidado del paciente/cuidador en la realización de la cura/ tratamiento
- Precisa ILT

Definición

Una quemadura es una lesión en la piel u otros órganos causada por traumatismos físicos y/o químicos, que produce la desnaturalización de las proteínas tisulares y conduce a una alteración del tegumento superficial hasta la total destrucción de los tejidos implicados.

Son muy variables en cuanto a gravedad ya que pueden ser leves lesiones de la piel o causar una total destrucción del tejido

Etiología

Se pueden producir por causas térmicas, productos químicos, fricción, radiación o electricidad.

TERMICAS

- Producidas por un líquido caliente (escaldaduras), por fuego, por contacto de superficies calientes y/o por frío que se producen cuando la temperatura es inferior a 0°C.

QUIMICAS

- Se producen por agentes químicos, que pueden ser ácidos o álcalis fuertes, los álcalis tienden a penetrar más profundamente que los ácidos.
- Este tipo de quemaduras pueden ser engañosas porque pueden parecer superficiales cuando han dañado gran parte del grosor de la piel, por lo que deben ser consideradas dérmicas profundas o de espesor total.

FRICCIÓN

- Se producen por el roce de la piel con superficies duras o ásperas.

RADIACION

- Se producen por exposición a radiaciones, pueden ser radiaciones ultravioletas, radioterapia o rayos UVA
- Se caracterizan por eritema, picazón y hormigueo y estos síntomas pueden aparecer varios días posteriores a la exposición.

ELECTRICAS

- Son causadas por el paso de corriente eléctrica a través del organismo.
- Se caracterizan por pequeñas heridas pero que afectan a una gran superficie de tejido profundo, pudiendo afectar a músculos y provocar una parada cardíaca.

Mecanismos más frecuentes de producción de las quemaduras

MECANISMO	PRODUCCION
Líquido caliente	Producidas normalmente por agua (escaldadura) o aceite.
Llama	Producidas por fuego.
Sólido caliente	Producidas por contacto con superficies calientes (planchas, hornos, estufa, tubo de escape)
Electricidad	Producidas por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo
Productos Químicos	Producidas en la piel y/o tejidos por un agente químico (ácidos, álcalis o sustancias orgánicas).
Frío	Producidas por hipotermia (eritema pernio, pie de trinchera o pie de inmersión) o congelación (temperatura inferior a 0° C)
Radiación	Producidas por exposición a otras energías (Rayos UVA/UVB o Radioterapia)

Fisiopatología

Cuando se produce una quemadura se ponen en marcha en el organismo una serie de respuestas locales y sistémicas.

RESPUESTAS LOCALES

- **Fase de coagulación:** se encuentra en el lugar más dañado de la quemadura, aparece justo después de la lesión.

- **Zona de estasis:** es la zona de la periferia de la zona de coagulación, esta zona tiene la perfusión disminuida, por lo que puede producirse necrosis si no se recupera la perfusión al tejido.
- **Zona de hiperemia:** es la más periférica de todas, esta zona presenta vasodilatación. El tejido de esta zona es fácil que recobre su función a menos de que se produzca infección o hipoperfusión.

RESPUESTAS SISTEMICAS

Cuando la quemadura **es mayor del 30%** de la superficie corporal total se produce una liberación de citocinas y mediadores inflamatorios.

- **Se producen cambios y alteraciones en el organismo** que afectan principalmente al sistema circulatorio, endocrino, nervioso y renal.
 - Aumento de la permeabilidad capilar que produce edema
 - Destrucción tisular que puede originar un shock hipovolémico.
 - Destrucción de hematíes con hemoconcentración al inicio y anemia posteriormente
 - Disminución del gasto cardíaco
 - Infección
 - Alteración pulmonar por inhalación de humos.

Cicatrización

Se produce en cuatro fases

FASE DE COAGULACION

- La función de esta fase es proteger el sistema vascular con la formación del coagulo para evitar la hemorragia y poner en marcha las posteriores etapas. Dura aproximadamente 15 minutos.

FASE DE INFLAMACION

- Se produce autolisis intentando eliminar los agentes que interfieren en la producción y formación de nuevo tejido. Esta fase dura aproximadamente 6 días.

FASE DE PROLIFERACION

- En esta fase se produce una migración de fibroblastos que protegen a las heridas para que no entren agentes infecciosos y favorecen la migración celular y la formación de matriz extracelular. Su duración es entre 15 a 20 días.

FASE DE MADURACION

- En esta fase se forma la cicatriz por lo que el tejido adquiere resistencia. Puede durar entre 1 a 2 años.

Estas fases pueden alterarse dependiendo de factores internos y externos. También puede variar la duración de cada una de las fases dependiendo del tipo de lesión.

Clasificación

- El 60% de las quemaduras ocurren en el ámbito doméstico; de ellas, un 65% están producidas por escaldaduras, un 20% por sólidos calientes y un 8% por llama o explosión. En el medio laboral ocurren entre el 10% y el 15%; causadas en primer lugar por llama, seguido de quemaduras eléctricas y químicas.
- Existen diferentes sistemas de clasificación de las quemaduras:

SEGÚN LA PROFUNDIDAD

• Primer grado

- Son las **epidérmicas o superficiales**. La lesión afecta a la epidermis, produciendo eritema, piel caliente, roja y dolor. También produce edema, en los días posteriores la piel se descama y el tejido es sustituido por el estrato basal, se conserva la integridad de la piel. Este tipo de lesiones no dejan cicatrices en la piel, normalmente se produce curación espontánea en unos 4- 5 días.
- Las causas más habituales son de **origen solar o por escaldadura de agua**

• Segundo grado

- Quemaduras **dérmicas superficiales**: dañan toda la epidermis y el tercio superior de la dermis, Dañan el estrato dérmico de forma parcial, afectando sólo dermis papilar. Con frecuencia aparecen flictenas o ampollas intactas de color claro como resultado del edema

subyacente. Son también dolorosas ya que quedan expuestas las terminaciones nerviosas. y de aspecto rosáceo y si se retiran las flictenas la imagen es clásicamente descrita como un “rocío hemorrágico” (exudativas e hiperémicas). El folículo piloso no se altera y puede curar con tratamiento en 10-20 días, quedando cicatriz de ellas.

- **Quemaduras dérmicas profundas:** lesiones que afectan a toda la epidermis y casi toda la capa de la dermis (llega hasta la dermis reticular). Son poco o nada dolorosas ya que las terminaciones nerviosas han sido destruidas. Presenta flictenas y ampollas, la diferencia entre estas dos es que la flictena mide menos de 0,5 cm y la ampolla más de 0,5 cm, que presenta un color pálido a púrpura. A esta profundidad la lesión suele afectar a la circulación por lo que puede existir riesgo de infección. Su curación es lenta normalmente entre 3-7 semanas, quedando cicatriz de ellas.

- **Tercer grado**
 - **Son las subdérmicas, hipodérmicas o de espesor total.** Afectan a todo el grosor de la piel, pudiendo llegar al tejido conectivo el musculo y/o hueso. Presenta un aspecto como una concha de color nacarado, amarillo y marrón. No son dolorosas por la destrucción total de las terminaciones nerviosas, los vasos sanguíneos se encuentran trombosados por lo que su curación es dificultosa tardando de 1 a 3 meses y requiriendo en ocasiones extirpación o amputación del área afectada
 - La valoración de las quemaduras de tercer grado en niños pequeños y ancianos difiere de forma notable con respecto de la de los adultos, tienen una serie de características que nos pueden inducir a error a la hora de clasificar la profundidad de sus lesiones. Pueden presentar un color rojo intenso (rojo frambuesa) por lo que podrían parecer de segundo grado; sólo en raras ocasiones se aprecian las típicas lesiones blancas o en pergamino.

La profundidad de las quemaduras puede evaluarse mediante los hallazgos clínicos o través de tecnología con flujometría por láser Doppler y videomicroscopía.

Características de los distintos tipos de quemaduras

TIPO Y GRADO	ASPECTO	SENSIBILIDAD	CURACION	AGENTE CAUSAL
Primer grado Epidérmicas superficiales	- Eritema - Edema mínimo - No exudativa - No flictenas o ampollas	Muy dolorosas	- Espontánea - 4-5 días - No cicatriz	- Sol - Fogonazo menor - Líquidos
Segundo grado Dérmicas superficiales	- Rosada hasta rojo brillante - Sí flictenas o ampollas intactas blanquecinas - Folículo pilosebáceo no alterado - Exudativas - Edema subyacente	Muy dolorosas	- Con tratamiento - 10-20 días - Queda cicatriz	- Líquidos calientes - Deflagración o llama - Exposición a sustancias químicas diluidas
Segundo grado Dérmicas profundas	- De Pálido y moteado a purpura - Sí flictenas y ampollas - Exudativas - A veces conserva el folículo pilosebáceo	Hipoalgesia	- Curación lenta 3 a 7 semanas o más - Sí cicatriz - Pérdida de vello - Puede precisar cirugía	- Líquidos calientes - Deflagración o llama - Exposición prolongada a Sustancias químicas
Tercer y cuarto grado Espesor total	- 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

SEGÚN LA SUPERFICIE CORPORAL AFECTADA

Para **calcular la SCQ** existen diversos métodos. Los más usados son el de Lund Browder, sobre todo para niños por su mayor precisión; la regla de los 9, y la regla de la palma de la mano.

En quemaduras poco extensas y en cualquier edad, el método más utilizado es la **regla de la palma de la mano** se basa en medir con la mano teniendo en cuenta que esta es un 1% de la superficie corporal.

- **Leve:** cuando la superficie corporal quemada (SCQ) es inferior al 15%
- **Grave:** cuando supera este porcentaje.
 - Implican mayor gravedad aquellas que se producen en la cara, manos, pies, genitales, cuello y zonas de flexión.



Tabla 1

QUEMADURAS QUE PRECISAN SER ATENDIDAS EN HOSPITALES ESPECÍFICOS	QUEMADURAS QUE PUEDEN SER ATENDIDAS EN ATENCION PRIMARIA
<ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras de segundo o tercer grado y SCQ mayor al 20% a cualquier edad y con SCQ mayor al 10% en menores de 10 años y mayores de 50. • Quemaduras en zonas críticas: manos, cara y/o pies, genitales, periné o zonas de flexión. • Lesiones en el tracto respiratorio. • Quemaduras eléctricas y químicas • Lesiones de tejidos blandos. • Quemaduras de 2º y SCQ entre 10-20%. • Quemaduras de 3º y SCQ menos del 10%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quemaduras de primer grado. • Quemaduras de 2º grado superficial con SCQ menos del 15% y menos de 10% en niños • Quemaduras de 2º grado profundas y con SCQ menos del 2%. • Quemaduras de 3º grado con SCQ menos del 2%.

Valoración de la quemadura

- **Determinar la extensión** (% de superficie corporal quemada).
 - Utilizar la regla del 1 o regla de la palma de la mano para superficies poco extensas
 - En grandes superficies quemadas utilizar la regla de los 9 de Wallace y las cartas de Lund-Browder para la edad pediátrica.
- **Determinar el grado de profundidad**
 - Utilizar la clasificación de las quemaduras, primer grado, segundo grado superficial y profundo y tercer grado.
- **Localización**
 - Las quemaduras conllevan mayor gravedad en zonas de riesgo, como son: cara, cuello, manos, pies, genitales, zona perianal, y todas las zonas de flexión. Cualquier posible lesión sobre éstas, implica un mayor riesgo de secuelas estéticas y funcionales. Además las quemaduras que afecten a manos, pies, genitales, y zona perianal, tienen mayor riesgo de infectarse debido a la colonización bacteriana existente en la zona.

- **Infección**

Las consecuencias de la infección de la herida en los pacientes con quemaduras incluyen efectos locales como la interrupción de la epitelización de la herida y agravamiento de la profundidad de la lesión.

Signos locales de infección:

- Cambios de color (decoloración local).
- Cambios de la superficie quemada: Un exudado amarillento intenso que destruye rápidamente el tejido de granulación es típico de gérmenes estafilococicos (gérmenes Gram. +), en cambio un color verdoso en los vendajes y secreciones que pueden producir necrosis del tejido es característico de las pseudomonas (gérmenes Gram. -)
- Profundización de la quemadura de espesor parcial a total.
- Degeneración del tejido de granulación y formación de una nueva escara.
- Separación rápida de la escara.
- Lesiones vesiculares en zonas epitelizadas.
- Retraso en la curación.

El **diagnóstico** se efectúa mediante el cultivo del exudado

Tratamiento

En general, la mayoría de las lesiones son atendidas en **Atención Primaria**. Concretamente, está **protocolizado que se atiendan las descritas en la tabla 1**.

- En la clasificación y el tratamiento de pacientes quemados hay que prestar atención e **individualizar** en función de:
 - Si presentan patologías concomitantes
 - Si son personas mayores de 60 años
 - Si son niños y niñas menores de 5 años
 - Pacientes que presenten otras lesiones además de la quemadura
 - En función de su etiología

Existe una amplia gama de tratamientos para las quemaduras que precisan cuidados en Atención Primaria.

En una revisión sistemática realizada por Rocío Jiménez Serrano y Francisco Pedro García Fernández en 2018 se analizan las evidencias de los tratamientos utilizados en quemaduras de 1º

y 2º grado en Atención Primaria, el efecto en la cicatrización de las quemaduras de los diferentes tratamientos recogidos en la literatura especializada y los efectos secundarios de los tratamientos utilizados en AP según las evidencias científicas. El desarrollo de este protocolo se fundamenta en las conclusiones de dicha revisión.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS DE PRIMER GRADO SUPERFICIALES

- No necesitan apósito, la curación es espontánea.
- Se puede utilizar analgesia
- El tratamiento son cremas hidratantes o antimicrobianos tópicos como bacitracina si hay riesgo de infección.
- El tiempo medio de cicatrización de las quemaduras de primer grado es 5,33 días, comprende un rango entre 3 a 10 días (aprox una semana).
- **Limpiar** la piel quemada o retirar restos de productos (cremas, ceras, etc.) con agua destilada o suero salino a temperatura ambiente.
- **Secar** la piel sin frotar la zona lesionada Tras el lavado se procederá al secado minucioso con toques, nunca se frotará para no dañar los tejidos.
- **Hidratar** la piel para restaurar la humedad.
 - Aportar sustancias para la recuperación y el mantenimiento de la hidratación, evitando con esto la sequedad de la piel que es la causante del prurito o picores.
 - Las sustancias empleadas podrán ser cremas, emulsiones o geles y deben contener glicerina, propilenglicol, sorbitol, urea, ceras, vitaminas liposolubles (Vit A, y E) y colágeno.
- **Retirar apósitos**, gasas y vendajes por capas
 - Si se ha aplicado algún tipo de apósito, la retirada debe hacerse de forma minuciosa y empleando la mínima fuerza mecánica.
 - Humedecer las gasas y así se evitará que se adhieran y produzcan efectos no deseados como lesiones, desprendimientos de islotes de piel, sangrados y dolor innecesario.
- Estas quemaduras presentan **muy poco riesgo de infección**, normalmente depende más de los factores concomitantes de la persona con quemaduras que de la propia lesión, por tanto no es recomendable el uso de quimioterápicos tópicos de forma preventiva ya que no mejoran su pronóstico y además puede ser causa de efectos secundarios importantes.

TRATAMIENTO DE QUEMADURAS DE SEGUNDO GRADO

- Las quemaduras de 2^o grado se pueden tratar de diferentes formas. Uno de los tratamientos que pueden utilizarse es la cura en ambiente húmedo, controlando el exudado de la herida con los diferentes tipos de apósitos.
- El tiempo medio de cicatrización es de 16.11 días, comprende un rango de 7 a 28 días.
- Si se realiza un tratamiento basado en cura en ambiente húmedo mediante la utilización de apósitos, el tiempo medio de cicatrización es 19,18 días, comprendiendo un rango de 7 a 35 días.
- **Limpieza y desbridamiento**
 - **Irrigar** con agua destilada a temperatura ambiente (no agua fría)
 - **Limpiar** la piel con agua destilada o suero salino
 - En las **primeras fases** de curación usar clorhexidina como antiséptico de elección como coadyuvante en la descontaminación y en la eliminación del tejido desvitalizado presente. Proporciona protección frente a gérmenes Gram + y Gram -, posee muy baja absorción sistémica y escaso poder sensibilizante. Es necesario un **lavado posterior** para eliminar los restos del antiséptico, evitando efectos secundarios como el dolor y el prurito.
 - **Secar** la piel sin frotar la zona lesionada.
 - **Retirar el vello** que rodea la quemadura cortándolo con tijeras en vez de rasurar. Es conveniente retirar el vello de toda la zona afectada por la quemadura para facilitar las curas y favorecer la correcta evolución de la herida, la mejor opción es cortar el vello (no afeitar ya que puede producirse mayor dolor y microheridas que facilitarían la colonización bacteriana). Se recomienda dejar sin vello toda la zona quemada y al menos 2.5 cm más desde el borde exterior de la quemadura. Una excepción a esta norma lo constituye la eliminación del vello de las cejas.
 - **Retire apósitos**, gasas y vendajes por capas de la misma forma que en las de primer grado.
 - **Desbridar ampollas o flictenas con un diámetro mayor a 6 mm** para la disminución de infecciones y de complicaciones en la herida, presentan una mayor probabilidad de riesgo de ruptura. Las ampollas o flictenas con un diámetro **menor a 6 mm** deben mantenerse íntegras excepto si interfieren con el movimiento y son molestas para el paciente. El riesgo de ruptura es poco probable.

- **Tratamiento tópico**

Objetivo: limitar el crecimiento de los microorganismos que colonizan la quemadura, evitando posibles infecciones y favoreciendo la epitelización.

- **La utilización de apósitos o pomadas dependerá de:**

- Las características de cada quemadura en cuanto a extensión, profundidad, localización y mecanismo de producción.
- Riesgo inherente de infección en el paciente quemado.
- Proceso evolutivo que presente la quemadura.
- Adaptabilidad a la zona quemada.
- Necesidad de higiene y curas frecuentes.

- **Tratamiento tópico en las quemaduras de segundo grado sin riesgo de infección**

- **Agentes tópicos antimicrobianos**

Prescindir de ellos en aquellos pacientes sin patología concomitante que padezcan quemaduras sencillas (segundo grado superficial) sin riesgo ni signos de infección.

En quemaduras dérmicas superficiales muy extensas o en el caso de áreas como cara, periné, etc., es práctica habitual el empleo de antimicrobianos tópicos

- **Tratamiento en ambiente húmedo**

Para la **elección** del mismo valoraremos:

- El nivel de exudado,
- La localización
- La adaptabilidad
- La piel perilesional

Los apósitos con mayor adaptabilidad, mayor fijación menor adherencia a la piel lesionada y menor adhesión en los bordes **disminuyen el dolor y mejoran la piel perilesional.**

- **En quemaduras superficiales no extensas:**

- Los apósitos **hidrocoloides** gestionan de manera eficiente el exudado. Ejercen un efecto de absorción y mantenimiento del exudado suficiente para el manejo de este tipo de quemaduras. Crean un medio favorable a la epitelización. No se aconseja su utilización en quemaduras profundas.
- Los apósitos **hidrocelulares o espuma de poliuretano** han demostrado mayor capacidad de absorción y una mayor facilidad en la retirada proporcionando mayor confort a la persona quemada. Son igual de efectivos que los hidrocoloides.

- En quemaduras en fase de epitelización y con escaso nivel de exudado, se pueden utilizar apósitos extrafinos hidrocoloides o hidrocelulares.
 - Los **apósitos con silicona** protegen la piel perilesional y piel ya epitelizada.
 - El **tul no adherente** bien solo o junto a otros apósitos, evita la adherencia al lecho lesional respetando las zonas colindantes ya epitelizadas. Recomendado en quemaduras **en fase de granulación**
- **En quemaduras profundas no extensas:**
 - **Desbridantes enzimáticos:** facilitan la cicatrización de la quemadura. Se utiliza la colagenasa para la eliminación de tejido desvitalizado y necrótico (zonas blanquecinas). Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la zona quemada para potenciar su acción con solución salina o hidrogeles, o bien utilizar apósitos secundarios que favorezcan la cura en ambiente húmedo. La acción de la colagenasa puede ser neutralizada por metales pesados y antisépticos como la povidona yodada
 - La **Sulfadiazina Argéntica** se caracteriza por:
 - Amplio espectro frente a Gram +, Gram – y candidas.
 - Posee gran capacidad exfoliante y limpiadora.
 - Son necesarias curas cada 24 horas.
 - No tiene poder de penetración en las escaras.
 - No está indicado su uso en mujeres embarazadas y niños.
 - Sus efectos secundarios son importantes
 - Es fotosensible a la luz natural adquiriendo una tonalidad gris o negra y el aspecto “pseudopurulento” no significativo de infección al levantar las gasas o compresas.
 - **Los apósitos liberadores de plata:** son una opción de **gran utilidad** en cuanto a seguridad clínica. Están indicados en el tratamiento de la carga biológica de la lesión. Reducen el riesgo de infección invasiva al disminuir la colonización bacteriana de las lesiones.
 - Es el agente que nos aporta mayor seguridad y evidencia en cuanto a efectividad clínica pues presenta una eficacia antimicrobiana de amplio espectro con muy pocas resistencias bacterianas.
 - Se aconseja su uso en zonas no extensas.
 - Permiten distanciar las curas entre sí (tres días o más), Lo que hace que disminuya la manipulación de las heridas/quemaduras y por tanto el riesgo de infección nosocomial.
 - Utilizado en población infantil, por la baja tolerancia para el dolor y la escasa cooperación, mejorando la comodidad al reducir la frecuencia de los cambios de apósitos.

- Disminuyen el dolor en las curas en comparación a la Sulfadiazina Argéntica.

VENDAJE

- **En manos o pies** se hará uno a uno para prevenir la adherencia entre ellos. **Se realizará individualmente**, interponiendo una gasa en la zona interdigital para evitar dos superficies quemadas en contacto y mantener la separación adecuada, favoreciendo la funcionalidad y evitando secuelas posteriores
- Se debe tener en cuenta la **funcionalidad y dificultad para movilizar** piernas, brazos y articulaciones con objeto de no limitar ni impedir la autonomía ni la actividad.
- Se cubrirá con gasa cada dedo de la mano de manera firme pero no compresiva, la gasa debe ser de espesor mediano que permita los ejercicios, proteja de traumatismos, contenga el exudado y facilite la expansión del edema, la adaptabilidad y facilidad de colocación y la retirada.

Efectos secundarios

Existe unanimidad en que la SAg es el tratamiento base de quemaduras de grosor parcial. . Queda demostrada la eficacia de la actividad antimicrobiana de la SAg frente a todas las bacterias pero presenta **múltiples efectos secundarios**.

- El mayor efecto adverso es que puede causar microorganismos resistentes.
- Puede añadir peso a la herida decolorándola
- Dificulta su evaluación por la decoloración y retrasa la cicatrización a causa de los cambios constantes.
- El uso mantenido de la SAg puede provocar toxicidad renal, hepática y leucopenia si se prolonga en el tiempo.
- Por eso, **la SAg solo debería utilizarse en quemaduras infectadas y como último escalón terapéutico**, empleando en primer lugar apósitos, dependiendo del exudado de la quemadura, y en caso de que esta se infectase, utilizar apósitos de plata o cadexómero yodado. Si la quemadura siguiera infectada, se utilizaría la SAg en último lugar.

Recomendaciones para la práctica

Desde la creación de la cura en ambiente húmedo, mediante la utilización de apósitos que controlen el exudado de la herida, este tratamiento se ha extendido y es uno de los más utilizados para la curación de estas afecciones, proponiendo tratamientos antimicrobianos solo en las heridas infectadas, con la obtención de buenos resultados en cuanto cicatrización y sin causar efectos secundarios.

- Se recomienda la utilización de apósitos de plata como antimicrobiano frente a la Sulfadiazina Argéntica (SAg) con buenos resultados clínicos
- En quemaduras infectadas, se recomiendan antimicrobianos tópicos como los apósitos de plata y el cadexómero yodado, como alternativa a los apósitos de plata.
- El tratamiento con hidrogeles o espuma para exudado moderado ha demostrado buena efectividad.
- Atendiendo a la facilidad en el uso y la capacidad de absorción el uso de apósitos de espuma de poliuretano sin plata para el manejo de las quemaduras ha demostrado buenos resultados clínicos. Se propone este tratamiento en varias fases:
 - En la primera fase de la herida, (fase catabólica) usar placa de alginato
 - En la fase de granulación, utilizar malla de poliéster hidrófobo, proponiendo un uso combinado de productos basados en la cura en ambiente húmedo.
- La Sulfadiazina de plata solo debería utilizarse en quemaduras infectadas y como último escalón terapéutico.
- El primer escalón deberían ser los apósitos basados en la cura en ambiente húmedo, seleccionándolos en función del exudado de la quemadura.
- En el caso de que la quemadura se infectase, se recomienda utilizar apósitos de plata o cadexómero yodado; si la quemadura siguiera infectada, se utilizaría la sulfadiazina de plata en último lugar, ya que es eficaz frente a todas las bacterias y se evitarían así los múltiples efectos secundarios que tiene por la continua aplicación de este tratamiento.

Prevención y factores de riesgo

La prevención de las quemaduras es difícil ya que el comportamiento de la población suele estar sujeto a determinantes específicos, que están marcados por sus tendencias culturales, ocio, situación geográfica e industria, por lo tanto, por sus propios factores de riesgo.

La promoción de la salud, prevención de la enfermedad y la educación para la salud deben estar enfocadas y ajustadas a la cultura local.

Los accidentes se clasifican en dos grandes grupos: en el ámbito doméstico y en el lugar de trabajo, por lo que la prevención comienza por todo lo que nos rodea, el hogar es el ambiente más inmediato que nos circunscribe y el de mayor incidencia.

Las actividades son de **prevención primaria** en la población general ya sea en el ámbito doméstico, escuelas, lugar de trabajo y protección de quemaduras solares.

Al tratarse de una lesión cutánea grave, ocasionada accidentalmente, cualquier persona es sensible a padecerla, es conveniente tener en cuenta, que tanto la infancia como la vejez son poblaciones con características especiales a la hora de enfrentarse a este tipo de accidentes.

- **El principal factor de riesgo es la edad**, los **niños y ancianos** desarrollan con mayor frecuencia infecciones de la herida, tienen la piel más delgada lo que favorece que se produzcan quemaduras de mayor profundidad, presentan una mayor inmunosupresión y generalmente presentan comorbilidad que agravan la quemadura

13. Quemaduras

PAUTAS DE ACTUACIÓN

Una quemadura es una lesión en la piel u otros órganos causada por traumatismos físicos y/o químicos, que produce la desnaturalización de las proteínas tisulares y conduce a una alteración del tegumento superficial hasta la total destrucción de los tejidos implicados.

Son muy variables en cuatro a gravedad ya que pueden ser leves lesiones de la piel o causar una total destrucción del tejido

Valoración focalizada

- Edad
- Medicación habitual
- Alergias
- Embarazo
- Constantes vitales y ECG (en quemadura eléctrica)
- Vacunas: profilaxis antitetánica
- Tiempo de evolución: hora aprox en que se ha producido la lesión
- *Etiología /mecanismo de producción
- *Clínica asociada
- *Factores de riesgo
- Aspecto de la lesión: eritema, exudado, flictenas o ampollas...
- Localización anatómica: más graves en cara, manos, pies, genitales, zona perianal y zonas de flexión
- Profundidad: epidermis superficial (1^{er} grado), dermis superficial o profunda (2^o grado), afectación de todo el grosor de la piel, tejido conectivo, músculo... (3^{er} grado)
- Extensión de la lesión: leve (SCQ < 15%) o grave (SCQ > 15%). Regla de la palma de la mano.
- Características del dolor (EVA)
- Necesidades de cuidados

*Etiología/ mecanismo de producción

- Líquido caliente: escaldaduras con agua, aceite...
- Llama: producidas por fuego
- Sólido caliente: por contacto con superficies calientes como planchas, estufas, hornos, tubo de escape...
- Electricidad: por el paso de la corriente eléctrica a través del organismo
- Productos químicos: álcalis, ácidos o sustancias orgánicas
- Fricción con superficies duras o ásperas
- Radiación: solar, rayos UVA, radioterapia

*Clínica asociada

- Afectación del estado general
- Problemas respiratorios por inhalación de humos
- Signos de shock: hipotermia, palidez, sudoración, frío, sed, ansiedad, inquietud, náuseas...
- Alteración de las cts. vitales: tensión arterial < de 90/60, frecuencia cardíaca > de 100
- Dolor (escala EVA)
- Hormigueos, picor
- Signos de infección en la lesión: exudado amarillento o verdoso, degeneración del tejido de granulación (nueva escara), lesiones vesiculares en zonas epitelizadas

*Factores de riesgo

- Edad: niños y ancianos
- Embarazo
- Patologías de riesgo: diabetes, EPOC, neoplasias, inmunodepresión
- Escasas habilidades o conocimientos en medidas para la prevención de las quemaduras

Criterios de actuación autónoma

- Quemaduras de primer grado con SCQ menos del 20%
- Quemaduras de 2º grado superficial con SCQ menos del 15% y menos de 10% en niños
- Quemaduras de 2º grado profundas y con SCQ menos del 2%.
- Quemaduras de 3º grado con SCQ menos del 2%.
- No hay *factores de riesgo (excepto la necesidad de desarrollo de habilidades o conocimientos en medidas para la prevención que son de competencia autónoma)
- *Clínica asociada leve: dolor leve o moderado (EVA ≤ 6), signos de infección leve o superficial...
- Precisa educación sanitaria para la prevención de quemaduras

Criterios de actuación compartida

- Quemaduras de primer grado con SCQ mayor del 20%
- Quemaduras de 2º grado superficial con SCQ mayor del 15% y mayor de 10% en niños
- Quemaduras de 2º grado profundas y con SCQ mayor del 2%.
- Quemaduras de 3º grado con SCQ mayor del 2%.
- Localizadas en: en ojos, oídos, orejas, cara, cuello, mano, pies, periné o genitales.
- Quemaduras en zonas de flexoextensión/articulación/pliegue o asociadas a traumatismo
- Quemaduras químicas
- Quemaduras eléctricas
- Existencia de *factores de riesgo: diabetes, EPOC, neoplasias, inmunodepresión
- Existencia de *clínica asociada grave: afectación del estado general, problemas respiratorios, signos de shock, alteración de las cts. vitales...
- Dolor intenso (escala EVA > 6)
- Quemadura intencionada (sospecha de maltrato) y precisa parte de lesiones
- Precisa fármacos no incluidos en protocolo de prescripción enfermera
- Precisa ILT
- Otros criterios por decisión de la enfermera

Gestión de cuidados

NIC: 2395 Control de la medicación

ACTIVIDADES

- Comparar la medicación que el paciente toma en casa con la medicación prescrita para asegurar la exactitud y la seguridad del paciente
- Comprobar si toma medicación que pueda interferir en la evolución y/o cicatrización de la quemadura: inmunosupresores anticoagulantes /antiagregantes...

NIC: 3584 Cuidados de la piel: tratamiento tópico

ACTIVIDADES

- Aplicar sustancias tópicas (antisépticos, pomadas, apósitos) en función de las características de la herida para promover la integridad de la piel, minimizar la pérdida de la solución de continuidad y prevenir complicaciones

NIC: 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad

ACTIVIDADES

- Instruir en la evolución favorable esperada en función de las características de la quemadura:
 - **Primer grado, epidérmicas o superficiales:** no dejan cicatriz, son dolorosas y curan en 4-5 días
 - **Segundo grado, dérmicas superficiales:** dejan cicatriz, son dolorosas y curan con tratamiento en 10-20 días
 - **Segundo grado, dérmicas profundas:** dejan cicatriz, no son dolorosas, tienen más riesgo de infección. Su curación con tratamiento es lenta, entre 3 y 7 semanas
 - **Tercer grado:** dejan cicatriz, no son dolorosas, tienen más riesgo de infección. Su curación con tratamiento es dificultosa, entre 1 y 3 meses
- Instruir en signos y síntomas de empeoramiento que debe comunicar al profesional sanitario: fiebre, aumento del dolor, supuración, inflamación...

NIC: 3661 Cuidados de las heridas: Quemaduras

ACTIVIDADES

- **Monitorizar las características de la herida:**
 - La **localización** anatómica de la quemadura
 - **Mecanismo que la ha producido:** líquido caliente, llama, sólido caliente, electricidad, productos químicos, frío, radiación
 - **Grado de profundidad:**
 - Primer grado: afectan a epidermis
 - Segundo grado superficial: afectan a la epidermis y tercio superior de la dermis
 - Segundo grado profundo: afectan a casi toda la capa de la dermis llegando a la dermis reticular
 - Tercer grado: afectan a todo el grosor de la piel llegando al tejido conectivo, el músculo y /o hueso.
 - **Extensión:**
 - Leve: la superficie corporal quemada (SCQ) es inferior al 15%
 - Grave: la SCQ supera el 15%
 - **Aspecto:** color, presencia de ampollas o flictenas, edema, eritema, signos de infección...
- **Realizar cura:**
 - **Quemaduras de primer grado superficiales**
 - Limpiar la piel quemada y los restos de productos (cremas, ceras, etc.) con agua destilada o suero salino a temperatura ambiente
 - Secar la piel sin frotar la zona lesionada
 - Hidratar la piel con cremas, emulsiones o geles y deben contener glicerina, propilenglicol, sorbitol, urea, ceras, vitaminas liposolubles (Vit A, y E) y colágeno.
 - Si hay apósitos, gasas o vendajes, retirarlos por capas con la mínima fuerza mecánica y humedeciendo las gasas.
 - No es recomendable el uso de quimioterápicos tópicos (Sulfadiazina) de forma preventiva
 - Si hay riesgo de infección aplicar bacitracina
 - **Quemaduras de segundo grado**
 - **Limpieza y desbridamiento:**
 - Irrigar con agua destilada a temperatura ambiente (no agua fría)
 - Limpiar la piel con agua destilada o suero salino
 - En las primeras fases de curación usar clorhexidina como antiséptico de elección. Es necesario un lavado posterior para eliminar los restos del antiséptico
 - Secar la piel sin frotar la zona lesionada
 - Retirar el vello que rodea la quemadura cortándolo con tijeras
 - Retirar apósitos, gasas y vendajes por capas igual que en las de primer grado.
 - Desbridar ampollas o flictenas con un diámetro mayor a 6 mm, con diámetro menor a 6 mm deben mantenerse íntegras excepto si interfieren con el movimiento y son molestas para el paciente

ACTIVIDADES

- **Aplicación de agentes tópicos antimicrobianos**
 - Indicados en quemaduras dérmicas superficiales muy extensas, en el caso de áreas como cara, periné, etc., y en pacientes sin patología concomitante
 - Contraindicados en que padezcan quemaduras sencillas (segundo grado superficial) sin riesgo ni signos de infección.
- **Tratamiento en ambiente húmedo**
 - Seleccionar el apósito en función del nivel de exudado, la localización, la adaptabilidad y la piel perilesional
 - Los apósitos con mayor adaptabilidad, mayor fijación menor adherencia a la piel lesionada y menor adhesión en los bordes disminuyen el dolor y mejoran la piel perilesional.
 - Los apósitos **hidrocoloides**:
 - Están indicados en quemaduras de segundo grado, superficiales no extensas
 - Gestionan de manera eficiente el exudado
 - Crean un medio favorable a la epitelización.
 - No se aconseja su utilización en quemaduras profundas.
 - Los **apósitos hidrocelulares o espuma de poliuretano**:
 - Están indicados en quemaduras de segundo grado, superficiales no extensas
 - Mayor capacidad de absorción
 - Mayor facilidad en la retirada
 - Proporcionando mayor confort a la persona quemada
 - Son igual de efectivos que los hidrocoloides.
 - **Apósitos extrafinos hidrocoloides o hidrocelulares**:
 - Indicados en fase de epitelización y en quemaduras con escaso nivel de exudado
 - Los **apósitos con silicona** protegen la piel perilesional y piel ya epitelizada.
 - **El tul no adherente bien solo o junto a otros apósitos**:
 - Evita la adherencia al lecho lesional respetando las zonas colindantes ya epitelizadas.
 - Recomendado en quemaduras en fase de granulación
 - **Desbridantes enzimáticos**:
 - Indicados en quemaduras profundas no extensas
 - Facilitan la cicatrización de la quemadura
 - Se utiliza la colagenasa para la eliminación de tejido desvitalizado y necrótico (zonas blanquecinas).
 - Se recomienda aumentar el nivel de humedad en la zona quemada con solución salina o hidrogeles.
 - La acción de la colagenasa puede ser neutralizada por metales pesados y antisépticos como la povidona yodada
 - **Los apósitos liberadores de plata**:
 - Indicado en zonas no extensas
 - Su eficacia antimicrobiana es de amplio espectro con muy pocas resistencias bacterianas.
 - Permiten distanciar las curas entre sí (3 días o más).
 - Indicados en niños porque disminuyen el dolor, mejorando la comodidad y reducen la frecuencia de los cambios
 - **En caso de infección**:
 - Utilizar apósitos de plata o cadexómero yodado.
 - Si la quemadura siguiera infectada, se utilizaría la SAg en último lugar por los múltiples efectos secundarios que tiene en la continua aplicación de este tratamiento

NIC: 5618 Enseñanza procedimiento/tratamiento**ACTIVIDADES**

- Valorar la capacidad de la persona en el desarrollo de habilidades para realizar la cura
- Enseñar la técnica de la cura prescrita y la pauta
- Recomendar la protección de la lesión evitando los roces o golpes. Explicar la pauta de medicación prescrita
- Proporcionar la información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 1410 Manejo del dolor agudo**ACTIVIDADES**

- Evaluar el nivel de dolor con la escala EVA
- Prescribir Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h o si dolor
- Siempre que sea posible, utilizar tratamientos que alivien el dolor
- Proporcionar información escrita (evitar abreviaturas)

NIC: 6680 Monitorización de los signos vitales**ACTIVIDADES**

- Recoger y analizar los datos de la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda.

NIC: 2390 Prescribir medicación (protocolo prescripción enfermera)**ACTIVIDADES**

- Emulsiones o geles y deben contener glicerina, propilenglicol, sorbitol, urea, ceras, vitaminas liposolubles (Vit A, y E) y colágeno
- Bacitracina
- Clorhexidina
- Apósitos hidrocoloides
- Apósitos hidrocelulares
- Espuma de poliuretano
- Apósitos con silicona
- Apósitos liberadores de plata
- Cadexómero yodado
- Apósitos de placa de alginato
- Malla de poliéster hidrófobo
- Tul no adherente
- Colagenasa
- Hidrogel
- Sulfadiazina argéntica
- Paracetamol 500mg-1gr/6-8 h

NIC: 6530 Manejo de la inmunización/vacunación**ACTIVIDADES**

- Comprobar en HCE el estado de inmunización/vacunación
- Administrar profilaxis antitetánica si precisa

NIC: 8100 Derivación

ACTIVIDADES

- Derivar al médico de familia según los criterios de actuación compartida o por criterio de la enfermera

TECNICAS

- Cura de quemaduras: tratamiento
- Toma de tensión arterial
- Toma de temperatura
- Toma de frecuencia cardíaca
- Toma se Sat. O₂
- Administración de medicación vía oral
- Administración de medicación vía tópica
- Vendaje
- Recogida de muestra para cultivo

Criterios de revisión y seguimiento en consulta programada

- Volver a citar en 24-48 h para valorar la evolución de la quemadura o realización de cura si es necesario
- Realizar seguimiento dependiendo de la gravedad de la lesión y de la capacidad de autocuidado del paciente/cuidador en la realización de la cura/ tratamiento
- Precisa ILT

Intervenciones generales comunes en todos los casos

NIC: 8180 Consulta por teléfono

- Facilitar la consulta telefónica para dar respuesta a las dudas y preocupaciones del paciente.

NIC: 7920 Documentación

- Registrar los datos pertinentes del paciente en su historia clínica

NIC: 6574 Identificación del paciente

- Verificar la identidad del paciente y cuidador

NIC: 7980 Informe de incidencias

- Notificar por escrito o verbalmente cualquier suceso en el proceso de cuidados del paciente que sea discordante con los resultados esperados o con las actividades rutinarias del centro sanitario.

NIC: 7960 Intercambio de información de cuidados de salud

- Proporcionar información sobre la atención del paciente a otros profesionales sanitarios

NIC: 7330 Intermediación cultural

- Emplear estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario

NIC: 7880 Manejo de la tecnología

- Usar un equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida

NIC: 5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria

- Ayudar a las personas con capacidad limitada para obtener, procesar y comprender la información relacionada con la salud y la enfermedad

NIC: 7400 Orientación en el sistema sanitario

- Facilitar al paciente y familia/cuidador la información necesaria para la localización y utilización de los servicios sanitarios.
- Realizar un seguimiento adecuado

NIC: 2390 Prescribir medicación

- Prescribir medicación para un problema de salud según los protocolos autorizados en la prescripción enfermera

NIC: 6240 Primeros auxilios

- Proporcionar los cuidados iniciales en casos que precisan atención inmediata en procesos agudos leves

NIC: 7460 Protección de los derechos del paciente

- Proteger los derechos sanitarios de un paciente, sobre todo si es menor, discapacitado o incapacitado legalmente y no puede tomar decisiones

BIBLIOGRAFIA

- Bonet R., Garrote A. Aftas bucales. Farmacia Profesional [Revista en Internet]. 2015 Ene [citado 2020 Mar 17]; 29 (2): 27-31. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucales-X0213932415727469>
- Rioboo Crespo M., Bascones Martínez A.. Aftas de la mucosa oral. Av Odontoestomatol [Internet]. 2011 Abr [citado 2020 Abr 19]; 27(2): 63-74. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852011000200002&lng=es.
- Bonet R., Garrote A. Estomatitis aftosa recidivante. Offarm [Revista en Internet]. 2011 Ene [citado 2020 Mar 25]; 30 (1): 40-45. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estomatitis-aftosa-recidivante-tratamiento-X0212047X1191138X>
- MedlinePlus. Aftas. Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000998.htm>
- Bonet R, Garrote A. Aftas. Farmacia Profesional. Elsevier (29- 1). 2015. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-aftas-bucales-X0213932415727469>
- Anticoncepción de emergencia. Protocolo de dispensación. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/ProtocoloAnticoncepcionEmergencia.pdf>
- Medicamentos. Información y evaluación de novedades terapéuticas. Informe 10. Unidad de Farmacología Clínica. Hospital General Universitario de Alicante. Dirección General para la Prestación Farmacéutica. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/docs/medicamentos/f10.pdf>
- Alonso Llamazares M.J. Protocolos SEGO/SEC. Anticoncepción de urgencia. Unidad de Gestión Clínica Prevención y Promoción de Salud. Dispositivo de Apoyo Centro de Orientación Sexual para Jóvenes. Distrito Sanitario Málaga--Guadalhorce. Málaga. Servicio Andaluz de Salud. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf
- Guía de Práctica Clínica de Anticoncepción Hormonal e Intrauterina. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/06/gpc_585_anticoncepcion_iacs_compl.pdf
- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor
- Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente
- Código Penal. Título VIII: Los Delitos Contra la Libertad e Indemnidad Sexual. (Capítulos I y II)
- Calvo Romero C. Aspectos actuales en nutrición infantil. La prevención y el tratamiento del cólico del lactante: Mesa Redonda. Boletín de la Sociedad Española de Pediatría de Asturias, Cantabria, Castilla León.2010; 50: 197-202. Disponible en: https://www.sccalp.org/documents/0000/1634/BolPediatr2010_50_197-202.pdf

- Cuendias Fernández P. Etiología y tratamiento del cólico del lactante: Revisión bibliográfica. RqR Enfermería Comunitaria (SEAPA). 2017 Noviembre; 5(4): 24-34. Disponible en: [file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-EtiologiaYTratamientoDelColicoDelLactante-6224481%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Dialnet-EtiologiaYTratamientoDelColicoDelLactante-6224481%20(1).pdf)
- Ortega Páez E., Barroso Espadero D. Cólico del lactante. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2013 Jun [citado 2020 Abr 4]; 15(Suppl 23): 81-87. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322013000300009
- Leante Castellanos J L, Pérez Muñuzuri A, Ruiz Campillo CW, Sanz López E, Benavente Fernández I, Sánchez Redondo MD, Rite Gracia S, Sánchez Luna M. Recomendaciones para el cuidado del cordón umbilical. An Pediatr (Barc). 2019;90(6):401.e1-401.e5. Disponible en: [file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/S1695403319300700%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/victo/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/S1695403319300700%20(3).pdf)
- Díaz Gutiérrez M J. Cuidados del cordón umbilical en el recién nacido: revisión de la evidencia científica. Ars Pharm [Internet]. 2016 Mar [citado 2020 Abr 27]; 57(1): 5-10. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2340-98942016000100001&lng=es
- Araneda Piña L, Astudillo Manosalva C, Rostion Allel C. Patología del ombligo. Rev. Ped. Elec. [Internet] 2015; 1(12). Disponible en: https://www.revistapediatria.cl/volumenes/2015/vol12num1/pdf/PATOLOGIA_OMBLIGO.pdf
- Imdad A, Bautista RMM, Senen KAA, Uy MEV, Mantaring JB, Bhutta ZA. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 5. Art. No.: CD008635. DOI: 10.1002/14651858.CD008635.pub2. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008635.pub2/full/es>
- Méndez-Cabeza Velázquez J., Alache Zúñiga H., Cerrada Cerrada E. Manejo de la dermatitis atópica en Atención Primaria. Medifam [Internet]. 2003 Feb [citado 2020 Mayo 02]; 13(2): 23-32. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200003&lng=es
- Garnacho-Saucedo G, Salido-Vallejo R, Moreno-Giméne J. C.. Actualización en dermatitis atópica. Propuesta de algoritmo de actuación. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition), Volume 104, Issue 1, January–February 2013, Pages 4-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731012001093>
- Institutos Nacionales de la Salud. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Dermatitis atópica. 2018 MEDLINE PLUS. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000853.htm>
- Jacqueline J. Cabanillas-Becerra, Leonardo Sánchez-Saldaña. Dermatitis atópica. Rev Educación médica continua. Dermatol Peru 2012; vol 22 (3). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v22_n3/pdf/a08v22n3.pdf
- Sendagorta Cudós E., de Lucas Laguna R. Tratamiento de la dermatitis atópica. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 Jun [citado 2020 Mayo 02]; 11(Suppl 15): 49-67. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000300004&lng=es
- Rueda López Justo, Guerrero Palmero A., Segovia Gómez T., Muñoz Bueno A. M., Bermejo Martínez M., Rosell Moreno C. Dermatitis irritativa del pañal: Tratamiento local con productos barrera y calidad de vida. Gerokomos [Internet]. 2012 Mar [citado 2020 Mayo 16]; 23(1): 35-41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100007>

- Suárez Sanz Susana. Dermatitis del pañal. Abordaje eficaz. Farmacia Profesional [Internet]. 2002 Dic [citado 2020 Mayo 16] ; 11 (16): 52-57 Disponible en: - <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-dermatitis-del-panal-abordaje-eficaz-13041486>
- Saldaña M, Escandón-Pérez S, Tirado-Sánchez A, Arellano I, Bonifaz A. ¿Qué tiene en común la dermatitis del pañal en niños con la de adultos y ancianos? Dermatología [Internet]. 2017 May [citado 2020 Mayo 16]; 61(3):264-266. Disponible en: <https://dermatologiarevistamexicana.org.mx/article/que-tiene-en-comun-la-dermatitis-del-panal-en-ninos-con-la-de-adultos-y-ancianos/>
- Palomar Llatas F , Fornes Pujalte B, Sierra Talamantes C, Landete Belda L, Díez Fornes P, Castellano Rioja E, Fernández-García D, Bonías López J, Moreno Hernández A, Murillo Escutia A, Seller Arias M. Estudio del uso de dispositivos absorbentes en pacientes incontinentes institucionalizados aplicando una escala de valoración de dermatitis de pañal por humedad. Enfermería Dermatológica [Internet]. 2013 [citado 2020 Mayo 16]; 20: 14-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4789128>
- Guía Práctica de la Organización Mundial de Gastroenterología. Diarrea aguda en adultos y niños: una perspectiva mundial. Feb 2012. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/acute-diarrhea/acute-diarrhea-spanish>
- Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. Revista médica clínica Las Condes. May 2014; [3 \(25\)](#) 463-472. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401470063X>
- Enriqueta Román Riechmann, Josefa Barrio Torres, M^a José López Rodríguez. Diarrea aguda. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres. Disponible en: file:///C:/Users/victo/Desktop/Nueva%20carpeta/PROTOCOLOS%20CARE/DIARREA/diarrea_ag.pdf
- Asenjo Mota, J.L. Lledó Navarro, P. López Serrano R. Medicine. Síndrome diarreico en el adulto. Tratamiento de la diarrea. 2008;10(4):215-22. Disponible en: <https://aprenderly.com/doc/2908591/síndrome-diarreico-en-el-adulto.-tratamiento-de-la>
- ¿Cuáles son las recomendaciones para el tratamiento anterior de la epistaxis en adultos? Murciasalud, 2019. Disponible en: <http://www.murciasalud.es/preevit/22962#>
- Pinilla Urraca Mayte. Tratamiento de la epistaxis en Atención Primaria. Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria. 2014. Disponible en: http://archivos.fapap.es/files/639-1052-RUTA/07_TRATAMIENTO_EPISTAXIS.pdf
- Moreno Rajadel R. E., Figueroa Hernández A. J., Díaz González A. Trabajos de revisión Epistaxis. Consideraciones sobre el tratamiento clínico y terapéutico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2007;23(4). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v23n4/mgi07407.pdf>
- Morales Gómez-Cambronero, Isabel María. Epistaxis: atención de enfermería. Revista científica de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias; 20, 2011. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio2011/pagina7.html>

- J A. Martínez Vidal, A M. Garrido Calvo, N. Martínez Velasco, P J. Pinós Laborda, I. Gil Romea, A. García Guzmán. Actuación ante una epistaxis. Rev Medicina Integral 2000;7(35) 295-301. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-actuacion-ante-una-epistaxis-11691>
- Muñoz Rodríguez A, Escanciano Pérez I. Ballesteros Úbeda MV, Polimón Olibarrieta I, Díaz Ramírez C, González Sánchez J, Aparicio Martín A, Sánchez Morantes A, Caballero Romero MA, Búa Ocaña S, López Hernández R. Manual de protocolos y procedimientos en el cuidado de las heridas. Comisión de curas. SALUD Madrid.2014. Disponible en: <https://gneaupp.info/manual-de-protocolos-y-procedimientos-en-el-cuidado-de-las-heridas/>
- Ameneiro-Romero L, Arantón-Areosa L, Sanmartín-Castrillón R. Actualización clínica en heridas traumáticas de partes blandas. Enferm Dermatol. 2019; 13(37): 11-24. DOI: 10.5281/zenodo.3408557. Disponible en: <file:///C:/Users/victo/Downloads/Dialnet-ActualizacionClinicaEnHeridasTraumaticasDePartesBl-7088019.pdf>
- Eliya Masamba MC, Banda GW. Primary closure versus delayed closure for non bite traumatic wounds within 24 h ours post injury. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, Issue 10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21901725/>
- Christian Salem Z, Juan Antonio Pérez P, Enrique Henning L, Fernando Uherek P, Carlos Schultz O, Jean Michel Butte B, Patricio González F. Heridas. Conceptos generales. Cuad. Cir. 2000; 14 (1): 90-99. Disponible en: <http://revistas.uach.cl/html/cuadcir/v14n1/body/art15.htm>
- García González R. Fernando, Gago Fornell Manuel, Chumilla López Sol, Gaztelu Valdés Victoriana. Abordaje de enfermería en heridas de urgencias. Gerokomos [Internet]. 2013 Sep [citado 2020 Jul 31]; 24(3): 132-138. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000300007&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300007>
- Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Guíasalud. Consejería de Salud - Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud (SAS); 2011. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/guia-de-practica-clinica-para-el-cuidado-de-personas-que-sufren-quemaduras/>
- Aliaga Pérez AM, Camps Miró M, Hidalgo T, Tiemblo Ferreté C. Guía de antisepsia. Atención Farmacéutica en las heridas leves. Laboratorios Salvat S.A. 2005. 1ª Edición. Disponible en: <https://docplayer.es/13509382-Guia-de-antisepsia-atencion-farmaceutica-en-las-heridas-leves.html>
- Erica Roth. AARP. Enciclopedia médica. Micción dolorosa. Health Referencel Library. Disponible en: <https://healthtools.aarp.org/es/health/miccion-dolorosa>
- Salud Navarra. Molestias al orinar. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Que+hacer+ante/Molestias+al+orinar/
- Anuja P. Shah. David Geffen. Disuria. Manual MSD. Versión para profesionales. 2019. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/s%C3%ADntomas-de-los-trastornos-urogenitales/disuria>
- Talha H. Imam. Infecciones urinarias (IU) bacterianas. Manual MSD. Versión para profesionales. 2018. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-urogenitales/infecciones-urinarias/infecciones-urinarias-iu-bacterianas>

- Lindsley K, Nichols JJ, Dickersin K. Non-surgical interventions for acute internal hordeolum. Database of Systematic Reviews 2017, Issue 1. Art. No.: CD007742. DOI: 10.1002/14651858.CD007742.pub4. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007742.pub4/full/es>
- Farmaciencia, farmacia. Guía de indicación basada en la evidencia. Oftalmología; 4 abril, 2019. Tratamiento del orzuelo. Disponible en: <http://farmaciencia.org/tratamiento-del-orzuelo>
- Mercé Piera Fernández. Pequeñas afecciones y urgencias oftalmológicas .Actuación inmediata. 2001, 4 (15) 74-79. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-pequenas-afecciones-urgencias-oftalmologicas-actuacion-12003986>
- Mayo Clinic Family. Orzuelo. Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.ª edición. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/sty/diagnosis-treatment/drc-20378022>
- James Garrity. Chalación y orzuelo. Manual MSD. Versión para profesionales. Última actualización 2019. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/professional/trastornos-oft%C3%A1lmos/trastornos-palpebrales-y-lagrimales/chalaci%C3%B3n-y-orzuelo>
- IMO Instituto de Microcirugía ocular. Barcelona 2016. EL ORZUELO, UNA INFECCIÓN DEL PÁRPADO QUE PUEDE PREVENIRSE Y QUE NO SUELE PASAR DE UNA MOLESTA INFLAMACIÓN. Disponible en: <https://www.imo.es/sites/default/files/4ndp-orzuelos.pdf>
- Chris G. Adigun, MD, Paroniquia aguda. Dermatology & Laser Center of Chapel Hill Last full review/revision February 2017 by Chris G. Adigun, MD. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/SearchResults?query=Paroniquia+aguda&icd9=681.11%3b681.02>
- André Víctor Baldin, José E Telich Tarriba, Federico Iñigo Arroyo, Yusef Jiménez Murat, Armando Apellaniz Campo. Diagnóstico y tratamiento de las infecciones agudas de mano. Acta Médica Grupo Ángeles. 2018, 1 (16). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am181t.pdf>
- Emilio Suarez. Panadizo del dedo, tratamiento. El médico en casa. 2015. Disponible en: <https://www.elmedicoenlacasa.com/panadizo-como-tratarlo/>
- Jiménez Serrano Rocío, García Fernández Francisco Pedro. Manejo de las quemaduras de primer y segundo grado en atención primaria. Gerokomos [Internet]. 2018 [citado 2020 Sep 18]; 29(1): 45-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000100045&lng=es Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2011. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/470/pdf/Guia_QUEMADOS.pdf
- García Collado F, Álvarez Millán S, Ramírez Pizano A M, Rivera Fernández C, García Murillo M, Franco García E M. Quemaduras dérmicas superficiales: pautas de actuación con apósito primario único de hidrofibra ag en Atención primaria. Enferm Dermatol. 2014; 8(22). Disponible en: <file:///C:/Users/victo/Downloads/Dialnet-QuemadurasDermicasSuperficiales-5014760.pdf>
- Howard K. Butcher, Gloria M. Bulechek, Joanne M. Dochterman, Cheryl M. Wagner. Séptima edición. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

