

# MANUAL DE RECOMENDACIONES AL ALTA EN URGENCIAS

HOSPITAL DE JEREZ  
AGS NORTE DE CÁDIZ





© MANUAL DE RECOMENDACIONES AL ALTA EN URGENCIAS · Hospital de Jerez. AGS Norte de Cádiz.

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud · 2018

Coordinadores:

José María Fernández González.

*Médico Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urgencias Generales Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

María José Rodríguez Rodríguez.

*Supervisora Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urgencias Generales Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

ISBN: 978-84-948336-1-8

Depósito legal: CA-425/2018

Impreso en España.

Diseña, maqueta e imprime: EDITORIAL DIDÁCTICA TECNOLÓGICA S.L.



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

# MANUAL DE RECOMENDACIONES AL ALTA EN URGENCIAS

HOSPITAL DE JEREZ  
AGS NORTE DE CÁDIZ

## COORDINADORES:

**José María Fernández González**

*Médico Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urgencias Generales  
Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**María José Rodríguez Rodríguez**

*Supervisora Unidad de Gestión Clínica (UGC) Urgencias Generales  
Área de Gestión Sanitaria (AGS) Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*



*A mis compañeros, Dirección y Jefes por el esfuerzo y colaboración en este proyecto que sería imposible sin ellos.*

*Agradecer y resaltar el entusiasmo y buen hacer de cada uno de los autores, mis compañeras y amigas, facilitando desde el minuto uno esta idea.*



Desde el Servicio de Urgencias del Hospital de Jerez y para mí como Directora, es un placer poder realizar la introducción de este Manual de Recomendaciones al alta en Urgencias, el cual supondrá en la práctica clínica, una ayuda para el paciente y a su vez para profesionales de nuestro medio.

Los capítulos de esta guía están estructurados por patologías, y dentro de cada uno, las distintas recomendaciones al alta dependiendo de la enfermedad que haya presentado el enfermo en ese momento.

Los protocolos van dirigidos al paciente para mejorar la calidad asistencial, dando a conocer su afectación, síntomas y recomendaciones tras el alta, con la intención de mejorar el servicio prestado.

Esta guía ha sido fruto de un trabajo en equipo por profesionales de nuestro Servicio de Urgencias, reforzando con ello la implicación de estos en su trabajo por el paciente y Unidad Clínica. Resaltar la implicación de la Dirección del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz en la publicación de dicha obra, desde el primer minuto que se presentó en proyecto.

Queremos conseguir que se puedan difundir y aplicar en todos los Servicios de Urgencias, tanto intra como extra-hospitalarios de nuestro Área Sanitaria, constituyendo una herramienta de ayuda para la labor diaria y mejorar las condiciones de seguimiento de los pacientes.

Desde aquí gracias a todos los profesionales autores y colaboradores de este manual, haciendo especial mención a Dr. José M<sup>a</sup> Fernández y M<sup>a</sup> José Rodríguez como coordinadores de la obra, por su dedicación y esfuerzo en este fin.

Enhorabuena por vuestra dedicación, trabajo y ayuda a los pacientes.

**Mónica Dormido Sánchez**  
**Directora de la UGC de Urgencias**  
**Hospital de Jerez**  
**Junio, 2018**



Índice de autores ..... 12

**CAPÍTULOS**

**Capítulo 1. Recomendaciones en alergia..... 13**

1.1 Alergia a medicinas.....15  
 1.2 Alergia alimentaria .....17  
 1.3 Urticaria .....19  
 1.4 Bibliografía .....21

**Capítulo 2. Recomendaciones en angioedema y anafilaxis ..... 22**

2.1 Reacciones anafilácticas o anafilaxis .....23  
 2.2 Angioedema.....25  
 2.3 Auto-inyectores de epinefrina .....27  
 2.4 Bibliografía .....29

**Capítulo 3. Recomendaciones en patología otorrinolaringológica I..... 30**

3.1 Sinusitis en adulto .....31  
 3.2 Otitis .....33  
 3.3 Rotura de tímpano .....35  
 3.4 Bibliografía .....37

**Capítulo 4. Recomendaciones en patología otorrinolaringológica II ..... 38**

4.1 Disfagia.....39  
 4.2 Disfonía .....41  
 4.3 Sangrado nasal .....43  
 4.4 Bibliografía .....45

**Capítulo 5. Recomendaciones en patología hematológica ..... 46**

5.1 Anemia por deficiencia de hierro .....47  
 5.2 Anticoagulantes directos orales .....49  
 5.3 Bibliografía .....51

**Capítulo 6. Recomendaciones en patología neurológica I ..... 52**

6.1 Ataque Isquémico Transitorio .....53  
 6.2 Epilepsia .....55  
 6.3 Demencia.....57  
 6.4 Bibliografía .....59

**Capítulo 7.Recomendaciones en patología neurológica II ..... 60**

7.1 Traumatismo craneoencefálico .....61  
 7.2 Vértigo .....63  
 7.3 Parálisis facial.....65  
 7.4 Cefalea .....67  
 7.5 Bibliografía .....69

|   |            |
|---|------------|
| <b>Capítulo 8. Recomendaciones en patología digestiva I .....</b>         | <b>70</b>  |
| 8.1 Dolor abdominal .....   | 71         |
| 8.2 Sangre en heces .....   | 73         |
| 8.3 Estreñimiento .....   | 75         |
| 8.4 Bibliografía .....  | 77         |
| <b>Capítulo 9. Recomendaciones en patología digestiva II .....</b>        | <b>78</b>  |
| 9.1 Gastroenteritis .....   | 79         |
| 9.2 Gases e hinchazón abdominal .....                                     | 81         |
| 9.3 Enfermedad por reflujo gastro-esofágico.....                          | 83         |
| 9.4 Bibliografía .....  | 85         |
| <b>Capítulo 10. Recomendaciones en patología quirúrgica .....</b>         | <b>86</b>  |
| 10.1 Fisura anal .....  | 87         |
| 10.2 Absceso y fístula anal .....   | 89         |
| 10.3 Cálculos biliares.....   | 91         |
| 10.4 Hemorroides.....   | 93         |
| 10.5 Bibliografía .....   | 95         |
| <b>Capítulo 11. Recomendaciones en patología cardíaca I .....</b>         | <b>96</b>  |
| 11.1 Fibrilación auricular .....  | 97         |
| 11.2 Dolor torácico.....  | 99         |
| 11.3 Insuficiencia cardíaca .....   | 101        |
| 11.4 Bibliografía .....   | 103        |
| <b>Capítulo 12. Recomendaciones en patología cardíaca II.....</b>         | <b>104</b> |
| 12.1 Pericarditis .....   | 105        |
| 12.2 Síncope.....   | 107        |
| 12.3 Hipertensión arterial .....  | 109        |
| 12.4 Bibliografía .....   | 111        |
| <b>Capítulo 13. Recomendaciones en curas, heridas y mordeduras.....</b>   | <b>112</b> |
| 13.1 Mordeduras de animales y humanos.....                                | 113        |
| 13.2 Heridas suturadas.....   | 115        |
| 13.3 Cuidados de las quemaduras.....                                      | 117        |
| 13.4 Bibliografía .....   | 119        |
| <b>Capítulo 14. Recomendaciones en vías respiratorias superiores.....</b> | <b>120</b> |
| 14.1 Gripe.....   | 121        |
| 14.2 Tos, catarro común.....  | 123        |
| 14.3 Bibliografía .....   | 125        |
| <b>Capítulo 15. Recomendaciones en vías respiratorias inferiores.....</b> | <b>126</b> |
| 15.1 Bronquitis .....   | 127        |
| 15.2 Neumonía .....   | 129        |
| 15.3 Asma .....   | 131        |
| 15.4 EPOC .....   | 133        |
| 15.5 Bibliografía .....   | 135        |

|  |            |
|--|------------|
| <b>Capítulo 16. Recomendaciones en patología urológica .....</b>     | <b>136</b> |
| 16.1 Hematuria .....   | 137        |
| 16.2 Cálculos renales.....   | 139        |
| 16.3 Infecciones vías urinarias .....                                | 141        |
| 16.4 Sondaje urinario .....  | 143        |
| 16.5 Bibliografía .....  | 145        |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 17.Recomendaciones en patología ocular .....</b>         | <b>146</b> |
| 17.1 Conjuntivitis.....  | 147        |
| 17.2 Orzuelo .....   | 149        |
| 17.3 Bibliografía .....  | 151        |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 18. Recomendaciones en patología vascular .....</b>      | <b>152</b> |
| 18.1 Trombosis venosa profunda .....                                 | 153        |
| 18.2 Varices.....  | 155        |
| 18.3 Bibliografía .....  | 157        |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 19. Recomendaciones en patología traumática I .....</b>  | <b>158</b> |
| 19.1 Esguince de tobillo .....                                       | 159        |
| 19.2 Contusión y fractura costal.....                                | 161        |
| 19.3 Esguince cervical .....   | 163        |
| 19.4 Bibliografía .....  | 165        |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 20. Recomendaciones en patología traumática II .....</b> | <b>166</b> |
| 20.1 Inmovilizaciones .....  | 167        |
| 20.2 Omalgia .....   | 169        |
| 20.3 Artrosis de rodilla .....                                       | 171        |
| 20.4 Lumbalgia.....  | 173        |
| 20.5 Bibliografía .....  | 175        |
| <br>   |            |
| <b>Capítulo 21. Miscelánea.....</b>                                  | <b>176</b> |
| 21.1 Fiebre.....   | 177        |
| 21.2 Paciente encamado.....  | 179        |
| 21.3 Trastorno ansiedad generalizado .....                           | 181        |
| 21.4 Uso de insulina.....  | 183        |
| 21.5 Gota.....   | 185        |
| 21.6 Bibliografía .....  | 187        |

**A. Acosta Rodríguez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A.C. Gil Acosa**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A.R. Mancilla González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz Hospital de Jerez.*

**C. Gómez Enríquez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz Hospital de Jerez.*

**I. Farach Barroso**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Malvido Nieves**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Martín Muñoz**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**J.M. Fernández González**

*Médico UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.A. Aragón Leal**

*Médica UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.C. Huerta Montado**

*Enfermera U.G.C. Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.D. Chueca González**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**M.J. León Martínez**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Crugeiras Suárez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Rodríguez Rodríguez**

*Supervisora UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**M.S. Vera Piñero**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.T. Chueca González**

*Logopeda. UGC ORL. AGS Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**P. Capa Sánchez**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R.M. Asensio Regidor**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R. García Contreras**

*Enfermera. UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Ríos Gómez**

*Enfermera Servicio de Urgencias de Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.*

**S. Casado Prieto**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**S.M. Carrillo Medina**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz. Hospital de Jerez.*

**T. Dolarea Recio**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

# CAPÍTULO 1

## RECOMENDACIONES EN ALERGIA

---

**M.D. Chueca González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R.M. Asensio Regidor**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Martín Muñoz**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---



# 1.1 ALERGIA A MEDICINAS

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es una alergia a medicina?*

Todos los medicamentos, sean de venta libre, recetados o a base de hierbas, pueden producir alergia. Sin embargo, existen ciertos medicamentos que provocan alergia con mayor probabilidad.

Una alergia a medicina (también se conoce como hipersensibilidad a medicinas) es una reacción negativa a un fármaco que ocurre cuando el sistema inmunitario del organismo responde ante una medicina como si se tratara de un invasor peligroso e intenta combatirlo.



La alergia a los medicamentos no es lo mismo que un efecto secundario, que es la posible reacción conocida que se enumera en la etiqueta de los medicamentos.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más frecuentes son conocidos como “**alergia retardada**”, es mucho más común. Este tipo de alergia no es muy grave y por lo general afecta a la piel, produce enrojecimiento, un sarpullido que empieza unos días después de tomar una medicina. Este sarpullido con frecuencia ocupa gran parte de la piel.

Algunas veces produce picor, pero otras veces no. Por lo general, tampoco empeora ni afecta a ninguna otra parte del organismo aparte de la piel.

Acuda a su médico que le prescribirá tratamiento si fuese necesario para aliviar los síntomas.

El cuadro más grave es la “**alergia inmediata**”, conocida como anafilaxia, suele comenzar antes de los 30 minutos de la toma del medicamento con síntomas progresivamente graves desde picor, urticaria, edema, dificultad respiratoria, asma grave, hipotensión y finalmente mareo y pérdida de conciencia (shock).

Este cuadro necesita tratamiento urgente e inmediato ya que puede poner en peligro la vida del paciente (ver tema anafilaxis).

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Evite los alimentos, medicamentos u otras sustancias que puedan volver a desencadenar una reacción alérgica.
- Anote siempre el nombre del fármaco que haya producido síntomas, y los tolerados posteriormente. (Si puede guarde el/los envases o la cajas).
- Consulte con su médico cualquier reacción adversa.
- Comunique las alergias que padece a todo el personal sanitario que le trate.
- Porte en zona visible un colgante o una tarjeta en el que conste su/s alérgeno/s.
- Ponga en conocimiento de sus familiares, amigos y compañeros de trabajo su condición de alérgico, para que actúen de manera adecuada en caso necesario.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 1.2 ALERGIAS ALIMENTARIAS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es una alergia alimentaria?

Una alergia alimentaria se produce cuando el sistema inmunitario (el sistema de defensa que lucha contra las infecciones) de una persona reacciona como si determinado alimento fuera peligroso y le hiciera daño al cuerpo.

Si la persona come o toca ese alimento, puede tener una reacción alérgica. En algunos casos, como en el de los cacahuets, aspirar fragmentos diminutos del alimento también puede producir una reacción.

La mayoría de las reacciones alérgicas ocurren entre 5 minutos y 1 hora después de comer o tocar el alimento.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los signos y síntomas de una reacción alérgica son:

- Urticaria: que son zonas de piel roja e inflamada que producen mucha picazón.
- Hinchazón de la cara, los párpados, las orejas, boca, manos y pies.
- Inflamación de la lengua.
- Lagrimeo.
- Picor nasal, estornudos y secreción nasal (rinorrea).
- Dificultad para respirar, respiración ruidosa (pitidos) o tos.
- Náuseas, vómitos o diarrea.
- Mareo y desmayo.
- Muerte en los casos más graves.

Los alimentos que más frecuentemente producen alergias son:

- La leche y los derivados lácteos.
- Los huevos.
- El trigo y el gluten.
- La soja.
- Los frutos secos.
- El pescado.
- Los mariscos.



### **¿Qué hacer en caso de alergia?**

Si los síntomas que se presentan son leves como reacciones cutáneas, como rojeces e hinchazón alrededor de los labios, se aconseja ir al Centro de Salud para administrar fármacos antihistamínicos y corticoides, de esta forma se disminuyen los signos y síntomas que se producen.

También es necesario que haya una vigilancia posterior de posibles complicaciones. En estos casos no se debe ir solo al hospital.

En caso de tomar algún alimento que contenga el alérgeno de los que se tenga un diagnóstico previo lo primero que se debe de realizar es la administración de la adrenalina (o epinefrina) en caso de tenerla a mano, y avisar al 112 diciendo que es un caso de alergia alimentaria y esperar que venga el equipo sanitario para traslado hospitalario.

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Siempre consulte sobre los ingredientes cuando coma en restaurantes o cuando coma alimentos preparados por familiares o amigos.
- Lea atentamente las etiquetas de los alimentos. En España se exige que los principales alérgenos alimentarios se informen en lenguaje común (leche, huevos, pescado, mariscos, nueces, trigo, cacahuete y soja).
- Lleve consigo adrenalina o epinefrina autoinyectable y antihistamínicos, y sabiendo usarlos por si surgieran reacciones de emergencia.
- Enseñe a los miembros de la familia y a otras personas cercanas cómo usar la adrenalina.
- Use una pulsera de identificación o placa de alerta médica que describa su alergia. Si se produce una reacción, alguna persona debe llevarlo a un hospital, aunque los síntomas disminuyan.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 1.3 URTICARIA

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la urticaria?*

La lesión típica se caracteriza por la presencia de erupción o habones que desaparecen a la presión, y se puede acompañar o no de angioedema y picor. El angioedema representa la misma reacción en la dermis profunda, el tejido subcutáneo o el submucoso.

Las causas pueden ser tales como:

- Alimentos (mariscos, pescados, legumbres, huevo, leche y derivados, fresas, tomates, frutos secos y aditivos...).
- Medicamentos (aspirina, antiinflamatorios, hormonas...).
- Sustancias de contacto o inhaladas.
- Desencadenantes físicos como el ejercicio.
- Picaduras de insectos.
- Frio, calor, presión, sol, agua.
- Lana, látex u otros materiales.
- Causa hereditaria e incluso vascular o por parásitos.
- Enfermedades autoinmunes e infecciones víricas...



## SÍNTOMAS Y MANEJO

### **Medidas generales:**

En caso de conocer la causa se evitará la misma e iniciará el tratamiento que el médico le haya prescrito.

Si no se conoce la causa, deberá evitar posibles agravantes de la sintomatología como alcohol, estrés, excesivo calor/frío, fármacos (antiinflamatorios, codeína, algunos fármacos para tensión...) y alimentos como las conservas, fresas, chocolate, plátano, mariscos, quesos fermentados y aditivos alimentarios.

En el manejo, habitualmente su médico pautará antihistamínicos, con necesidad de corticoides en algunas ocasiones.

Seguir el tratamiento y las recomendaciones de su médico y una higiene personal adecuada ayudará a reducir la sintomatología de la urticaria crónica.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Recomendaciones para la piel:

- Evitar rascarse, puede formar heridas e infecciones más graves. Se aconseja frotarlas con las yemas de los dedos o manoplas de algodón especiales.
- Hay tratamientos que contienen alcanfor, mentol, difenhidramina o pramoxina que alivian el picor y el escozor.
- Debe tener cuidado con los detergentes y productos que se usan para lavar la ropa, ya que también pueden irritar la dermis.
- Revisar cremas y productos que se usan, utilizar solo aquellos recomendados por un dermatólogo.
- Haga ingesta correcta de líquidos, 2 litros al día.
- Evitar zonas de ambiente caluroso o realizar ejercicio físico intenso que producen sudoración profusa, es recomendable evitar realizar actividad física tras las comidas.
- Cuidado con los cambios bruscos de temperatura.
- Debe evitar la toma de aspirina y los preparados que lo pueden contener, en general no debe tomar analgésicos ni antiinflamatorios. Tampoco debe tomar codeína ni opiáceos. En caso de dolor una alternativa puede ser el paracetamol (consulte con su médico).
- En algunos casos es necesario controlar la ansiedad y el estrés.
- En el caso de los antihistamínicos estos deben mantenerse al menos durante 48h.
- Debe tomar medidas para evitar picaduras de insectos tales como mosquiteras, repelentes, antiparasitarios de perros y gatos, insecticidas...

### Cuando acudir a urgencias:

- Compromiso respiratorio (dificultad para respirar).
- Palpitaciones.
- Mareos, vómitos con dolor abdominal.
- Reacción cutánea muy exagerada.
- Tos persistente.
- Dolor torácico (pecho).
- Si no remiten síntomas con medicación.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 1.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Alergia a medicamentos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Urticaria aguda y angioedema [actualizada el 11 de enero de 2011; acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Greaves MW, Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. New York: Marcel and Dekker Inc; 2004
4. Fisterra.com, Información para pacientes sobre la alergia a alimentos [actualizada el 26 de marzo de 2006; acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Alergia alimentaria (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 30 mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
6. Plaza-Martin AM. Alergia alimentaria en la edad pediátrica, conceptos actuales. An Pediatría. 1 de julio de 2016;85(1):50.e1-50.e5
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Urticaria (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Comité Nacional de Alergia. Alergia alimentaria en pediatría: recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Arch Argent Pediatr 2018;116 Supl 1:S1-S19. Arch Argent Pediatr [Internet]. 1 de febrero de 2018 [citado 21 de mayo de 2018];116(1). Disponible en: <http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2018/v116n1a44s.pdf>
9. Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg134/chapter/Patient-centred-care>.

# CAPÍTULO 2

## RECOMENDACIONES EN ANGIOEDEMA Y ANAFILAXIA

---

**M.D. Chueca González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R.M. Asensio Regidor**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A. Acosta Rodríguez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 2.1 REACCIONES ANAFILACTICAS O ANAFILAXIS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es una reacción anafiláctica?

La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal.

Puede ocurrir anafilaxia tras:

- Comer un alimento al que sea alérgico.
- Tomar una medicina que le produce alergia.
- Sufrir la picadura de un insecto al que sea alérgico.
- Tocar algo hecho de látex siendo alérgico a éste.

Muchas personas que han tenido anafilaxia pueden llevar una vida normal, pero es posible que usted deba hacer algunos cambios en su vida.

Necesitará evitar las cosas que puedan causarle anafilaxia. Es posible que deba llevar medicinas con usted por si tiene una reacción alérgica.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los signos y síntomas de una reacción anafiláctica son:

- Urticaria: que son zonas de piel roja e inflamada que producen mucha picazón.
- Angioedema: se produce hinchazón, generalmente en la cara, los párpados, las orejas, la boca, las manos o los pies.
- Enrojecimiento o picazón en la piel (sin urticaria).
- Inflamación o picazón en los ojos.
- Secreción nasal.
- Inflamación de la lengua, labios y úvula.
- Dificultades para respirar, sibilancia o cambios en la voz.
- Vómitos o diarrea.
- Mareos o desmayos.
- Hipotensión, síncope e incontinencia urinaria.

Debe consultar a un médico o enfermero si cree que tiene anafilaxia, ¡actúe con rapidez! Si tiene un autoinyector de epinefrina, úselo inmediatamente. Luego, **pida una ambulancia** urgentemente al equipo de emergencias 112.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- NUNCA IR SOLO POR SUS MEDIOS AL HOSPITAL puede existir riesgo de pérdida de conciencia o dejar de respirar.
- Colóquese en el suelo con las piernas en alto (para favorecer el flujo sanguíneo al corazón y la cabeza).
- En caso de náuseas o vómitos debe colocarse de lado con la cabeza sobre el brazo del mismo lado y la pierna contraria sobre la pierna del lado en el que se está acostado.
- Si se produce por la picadura de un insecto buscar el punto de la picadura y retirar el aguijón.
- En casos de anafilaxia por alimentos retirar de la boca el alimento que estuviera comiendo en ese momento pero no hay que provocar el vómito.
- Volver a urgencias en caso de notar nueva aparición de síntomas.
- Aprender sobre los síntomas de la anafilaxia para saber cuándo pedir ayuda.
- Evitar los alimentos, las medicinas o los insectos que le producen alergia.
- Usar un brazalete o placa de alerta médica para que las demás personas sepan que es alérgico.
- Llevar un autoinyector de adrenalina con usted en todo momento.
- Enseñar a reconocer signos y síntomas de reacción anafiláctica a su entorno.
- Enseñar a los miembros de la familia y a otras personas cercanas cómo usar la adrenalina.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 2.2 ANGIOEDEMA

### INTRODUCCIÓN

#### *¿Qué es el angioedema?*

**El angioedema** es una hinchazón de zonas laxas de la piel que aparece más a menudo en los párpados y región peribucal pudiendo deformar completamente la cara incluso afectando lengua y glotis. También puede afectar la vejiga e incluso intestinos y genitales. La piel es de aspecto normal o enrojecida y tiende a producir una sensación de quemazón e incluso dolor sin tener que ir asociado a urticaria.

El angioedema puede estar inducido por exposición a diversas sustancias, ser adquirido u hereditario con origen genético.

El pronóstico de esta enfermedad es variable. Una vez los brotes comienzan, generalmente continúan durante toda la vida dependiendo de situaciones como infecciones, factores psicológicos, hormonales, etc.



### SÍNTOMAS Y MANEJO

#### **Medidas generales:**

Se puede llevar una vida normal, sin embargo es fundamental evitar o disminuir la aparición de crisis y evitar su aparición ante situaciones de riesgo con una buena prevención y una profilaxis a corto y largo plazo.

Su médico le explicará el tratamiento adecuado en su caso para tratar las situaciones urgentes y de crisis así como el tratamiento que debe seguir de continuo para prevenir la aparición de las mismas.

Advierta de su enfermedad y de los medicamentos que esté tomando (antihipertensivos, antidiabéticos, hormonas...) al personal sanitario.

Lleve una alerta médica en forma de medalla o similar junto con un informe clínico actualizado. Cuando viaje, lleve sus tratamientos incluido el de urgencias y rescate.

Ante la sospecha de que el angioedema sea producido por alguna sustancia o medicamento consulte con su médico y suspéndalo si procede.

En cuanto al angioedema adquirido, al ser una enfermedad lo que lo ha inducido, mejora tratando la enfermedad, sin embargo el angioedema hereditario no es curable y hay que tratarlo de forma más específica.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Recomendaciones cuando hay una crisis:

La inflamación de la lengua o la glotis puede dificultar la respiración y requerir atención inmediata en un servicio de Urgencias por riesgo de asfixia. Por esto es importante estar atento a síntomas como:

- Opresión o sensación de cuerpo extraño en la garganta o laringe o dificultad para tragar.
- Cambios en la voz como ronquera o afonía parcial.
- Ruidos respiratorios extraños como “estridor”.
- Aparición de palpitaciones, mareos, vómitos, cólico...

### Ante una crisis que le dificulte respirar:

- Calma, siga las instrucciones proporcionadas por su médico.
- Avise a algún adulto que pueda ayudarle a explicar lo que le ocurre.
- Prepare el informe clínico que su médico le ha proporcionado.
- Póngase el tratamiento de rescate o emergencia según instrucciones.

### Recomendaciones específicas:

- Los golpes y deportes de contacto pueden producir inflamación. Consulte si requiere cambios en su actividad y tratamiento.
- En intervenciones que impliquen sobre todo cuello y cara debe hacer un tratamiento previo profiláctico.
- Trate precozmente infecciones sobre todo de boca y faringe por el riesgo de angioedema.
- Estrés y ansiedad pueden ser el desencadenante de un ataque.
- Informe de su enfermedad y tratamientos y siga las indicaciones de su especialista en caso de embarazo, fertilización in vitro o toma de ACO (anticonceptivos orales).
- Acuda a las consultas concertadas con su enfermero o médico y especialista según proceda para su correcto seguimiento aportando un informe actualizado. Todas las recomendaciones e información aquí expuesta no suplen el criterio que un sanitario cualificado le dará en su caso.
- Disponga de al menos una dosis de su tratamiento de urgencias y rescate para su uso inmediato en caso de ser necesario. Verifique su caducidad de forma periódica.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 2.3 AUTOINYECTORES DE EPINEFRINA

### INTRODUCCIÓN

#### ¿Qué es la epinefrina?

La epinefrina se usa, junto con el tratamiento médico de emergencia, para tratar reacciones alérgicas graves o para prevenir el shock anafiláctico que ponga en peligro la vida, que pueden ser producidas por mordeduras, picaduras de insectos, alimentos, medicamentos, látex u otros alérgenos.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Antes del uso de este medicamento, es necesario que informe al personal sanitario de puntos tales como:

- Si es alérgico a la epinefrina o alguno de los ingredientes o a cualquier otro medicamento.
- Una lista de todo medicamento que esté tomando recetado o no.
- Si tiene o ha tenido dolor de pecho, ritmo cardíaco irregular, presión arterial alta, o enfermedad del corazón o del tiroides, asma, diabetes, tumor, depresión u otras enfermedades mentales o enfermedad de Parkinson.
- Si está embarazada, planea quedar embarazada o está amamantando.

#### Debe inyectar la inyección de epinefrina tan pronto cuando padezca:

- El cierre de las vías respiratorias con sibilancias (silbidos de los pulmones), con dificultad para respirar.
- Urticaria, picazón, inflamación, enrojecimiento de la piel grave.
- Ritmo cardíaco rápido o pulso débil.
- Confusión mental, pérdida del control de la orina o de los movimientos intestinales, desmayos o pérdida del conocimiento.

#### Como usar el autoinyector de epinefrina.

Su médico y/o sus colaboradores le enseñarán a usarla. Siga las instrucciones impresas en el paquete y haga todas las preguntas que necesite.

#### En resumen, los pasos a seguir son:

- Saque el auto-inyector de su paquete.
- Agarre la jeringa fuertemente por la zona intermedia, con el pulgar al lado de la tapa de seguridad y el extremo de la aguja



apuntando siempre hacia la parte externa del muslo. Puede aplicar la inyección a través de la ropa o sobre la piel desnuda.

- Con la otra mano quite la tapa de seguridad.
- Clávelo con un golpe seco y enérgicamente en la parte externa del muslo, de manera que el autoinyector forme un ángulo recto con la pierna.
- Una vez que presione el autoinyector contra el muslo ha de oír o sentir funcionar el mecanismo (escuchará un clic). Tiene que esperar unos diez segundos.
- Retire el autoinyector del muslo y masajee suavemente diez segundos.
- Acuda al centro médico más próximo.

### **Recomendaciones del autoinyectable.**

- Mantenga su aparato con usted o disponible en cualquier momento.
- No deje que nadie más use su medicamento.
- Revise la caducidad grabada en el aparato, así como la solución que contiene el aparato. Si está decolorada o contiene partículas, debe obtener un nuevo aparato de inyección.
- Mantenga este medicamento en el tubo de plástico original.
- Guárdelo a temperatura ambiente y lejos de la luz, del exceso de calor y de la humedad.

### **RECOMENDACIONES TRAS LA AUTOINYECCION**

Siempre que necesite recurrir al uso de este medicamento, avise al centro de emergencia más próximo.

La inyección de epinefrina puede causar efectos secundarios como:

- Enrojecimiento de la piel, inflamación, calor o sensibilidad en el sitio.
- Dificultad para respirar o respiración rápida.
- Cambios del ritmo cardíaco.
- Náusea y/o vómitos.
- Sudoración, debilidad, confusión o dificultad repentina en el habla.
- Mareos, nerviosismo, ansiedad y/o inquietud.
- Temblor incontrolable, debilidad repentina u hormigueo de una parte del cuerpo.
- Piel pálida, fría.
- Dolor de cabeza.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 2.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Greaves MW, Kaplan AP. Urticaria and Angioedema. New York: Marcel and Dekker Inc; 2004
2. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Anafilaxia (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 30 de enero de 2006]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
3. Anaphylaxis: assessment and referral after emergency treatment | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg134/chapter/Patient-centred-care>.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Angioedema (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Frank MM, Jiang H. New therapies for hereditary angioedema: Disease outlook changes dramatically. *J Allergy Clin Immunol*. 2008; 121(1): 272-80.
6. Zuberbier T, Asero R, Bindslev-Jensen C, Walter Canonica G, Church MK, Giménez-Arnau AM et al. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline: management of urticaria. *Allergy*. 2009; 64(10): 1427-43
7. Frank MM, Jiang H. New therapies for hereditary angioedema: Disease outlook changes dramatically. *J Allergy Clin Immunol*. 2008; 121(1): 272-80.
8. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Autoinyectores de epinefrina (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
9. Simons FER, Gu X, Simons KJ. Epinephrine absorption in adults: Intramuscular versus subcutaneous injection. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108: 871-873
10. Sampson A. Adverse reactions to foods. En: Middleton E et al (eds). *Allergy: Principles and Practice*. Mosby 1998 (5ª edición): pág. 1162-82

# CAPÍTULO 3

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS I

---

**T. Dolarea Recio**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A.C. Gil Acosa**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A.R. Mancilla González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 3.1 SINUSITIS EN ADULTOS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la sinusitis en adultos?

La sinusitis aguda provoca la inflamación de las cavidades que rodean las fosas nasales (senos). Esto obstaculiza el drenaje y causa acumulación de mucosidad.

En condiciones normales, el moco que se produce drena a la fosa nasal, pero cuando se padece un catarro o un proceso alérgico, la mucosa de los senos paranasales se inflama e impide el drenaje del moco. Esto conlleva la congestión y la infección.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más habituales:

- Secreción amarilla o verdosa de la nariz o desde abajo de la parte posterior de la garganta.
- Congestión u obstrucción nasal que provoca dificultades para respirar por la nariz
- Dolor, dolor con la palpación, hinchazón y presión alrededor de los ojos, las mejillas, la nariz o la frente que empeora con los movimientos.

La causa más frecuente de inflamación de los senos paranasales y fosas nasales es el resfriado común, habitualmente debido a una infección viral. Las sinusitis agudas bacterianas generalmente van precedidas de un catarro de la vía respiratoria alta o un proceso alérgico o de cualquier tipo de irritación ambiental (humos, gases, vapores...).

### Acuda a su médico si:

- Síntomas que no mejoran en pocos días o que empeoran.
- Fiebre persistente.
- Antecedentes de sinusitis crónica o recurrente.
- Dolor ocular a la movilización.
- Cefalea importante.



Los gérmenes responsables más frecuentes son víricos, se realiza tratamiento sintomático con descongestivos, analgésicos, mucolíticos, corticoides en aerosol nasal y antihistamínicos. En algunas ocasiones son bacterianas con necesidad de tratamiento antibiótico.

En algún caso, son necesarias intervenciones más agresivas: drenaje de los senos paranasales o incluso cirugía. Esta última también será útil en el caso de que la sinusitis fuese causada por desviación del tabique nasal, pólipos, etc.

El tratamiento a tiempo de la sinusitis aguda previene, el daño permanente de la mucosa, la sinusitis crónica y la aparición de complicaciones serias tales como celulitis orbitaria, neuritis óptica, trombosis del seno cavernoso y absceso subdural.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- No fume y evite el humo del tabaco.
- Beba mucho agua (hace que el moco sea más fluido).
- Si usted tiene alergia, evite el contacto con las sustancias a las que es alérgico (polvo, pólenes, etc.).
- Realice vahos con eucalipto, mentol o simplemente con agua caliente.
- Lavados nasales con suero fisiológico o con agua con sal.
- Los descongestionantes nasales, que se venden sin receta, son útiles, pero su uso más de tres días puede empeorar.
- No permanezca acostado demasiadas horas al día, porque esto aumenta la congestión nasal.
- Sí usa gafas, evite que le aprieten.
- El clima húmedo es el peor, por lo que los deshumidificadores pueden ser útiles.
- También los cambios de presión pueden empeorar los síntomas (antes de una tormenta, en los viajes en avión).
- Las personas alérgicas pueden beneficiarse de un tratamiento a largo plazo para prevenir la aparición de episodios de sinusitis.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 3.2 OTITIS EXTERNA

### INTRODUCCIÓN

Otitis externa es el nombre que le damos a la inflamación de la parte externa del oído. El canal auditivo externo es un conducto cilíndrico que comienza en la oreja y termina en la membrana timpánica.

La propia anatomía de la oreja es una protección, pues cubre parcialmente el canal auditivo, dificultando la entrada de objetos extraños. La presencia de pelos en la región más externa del canal auditivo también funciona como barrera.

La producción de cerumen también es esencial, pues inhibe el crecimiento de hongos y bacterias.

El oído es un órgano que «se limpia a sí mismo». La piel del canal auditivo crece de adentro hacia fuera, lo que naturalmente va empujando la suciedad, el exceso de cera y la descamación de la piel hacia fuera del oído.

La otitis externa suele surgir cuando alguno de los sistemas de protección se rompe.

La exposición al agua es un factor de riesgo con respecto a la otitis externa. El exceso de humedad conlleva a la maceración de la piel y a la ruptura de la barrera de cerumen, favoreciendo el crecimiento de bacterias que causan la otitis.

Traumas, tales como limpieza excesiva (o agresiva) del oído, no sólo remueven el cerumen, sino también pueden crear excoriaciones a lo largo de la fina capa de piel del canal auditivo, permitiendo que las bacterias tengan acceso.

Además, una parte de un bastoncillo puede soltarse y pueden causar una reacción cutánea grave, produciendo infección.

La otitis externa puede surgir en cualquier edad, pero es más común en niños entre 7-12 años.



### SÍNTOMAS Y MANEJO

El síntoma principal de la otitis externa es el dolor, que se debe a la inflamación del conducto, puede acentuarse al tragar o con los movimientos de la cabeza. Otro síntoma bastante habitual es la sensación de taponamiento, junto con la supuración.

En muchos casos la capacidad auditiva puede verse disminuida. En los casos más graves puede aparecer fiebre.

Acuda a su médico si presenta estos síntomas.

La prescripción de medicamentos en gotas para el oído sirve para reducir el dolor y la hinchazón a causa de la otitis externa. Esas gotas normalmente contienen una combinación de corticoides, antifúngicos y/o antibióticos.

No use medicamentos por cuenta propia.

La aplicación correcta de la gota es esencial para que éstas alcancen el canal del oído.

- Acuéstese de lado o incline la cabeza hacia el hombro opuesto.
- Llene el canal del oído con gotas.
- Acuéstese de lado por 20 minutos y no coloque bolas de algodón para taponarlo ya que podrían adherirse restos al oído.

Usted debería comenzar a sentirse mejor dentro de 36-48 horas después de iniciado el tratamiento. Si su dolor empeora o no hubiese señales de mejoría en este periodo de tiempo, acuda nuevamente a su médico. Analgésicos o antiinflamatorios en comprimidos pueden ser usados para el alivio del dolor.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA.**

- Evitar la humedad, secándose bien los oídos tras el baño con una toalla.
- No usar bastoncillos para la limpieza de los oídos.
- No introducir objetos para rascarse el oído.
- Terminar el tratamiento aunque perciba mejoría en las primeras 24-48 horas, para evitar complicaciones.
- Consultar con su médico el uso de gotas por cuenta propia.
- Evitar el uso de dispositivos (auriculares, audífonos) durante el proceso.
- Seguir las instrucciones para la administración de las gotas.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 3.3 ROTURA DE TÍMPANO

### INTRODUCCION

El tímpano es un fragmento de tejido tan fino como la piel que discurre apretadamente, como si se tratara de la piel de un tambor, sobre la abertura que conecta el conducto auditivo externo con el oído medio.

Una perforación de tímpano es una rotura o agujero en la membrana timpánica.

La perforación timpánica puede ser causada por una serie de factores:

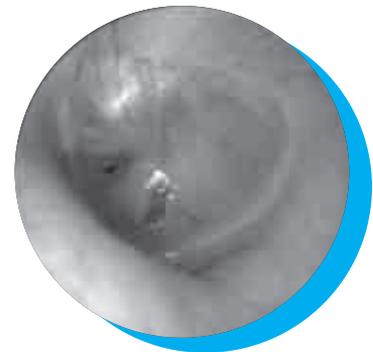
- La fuerte presión contra la membrana, causado por el golpe de un beso fuerte en la oreja o incluso cambios en la presión del aire (barotraumatismo)
- Inserción de objetos puntiagudos en el oído.
- Chorros de agua o aire a presiones muy fuertes.
- Una infección en el oído medio o infecciones del oído repetidas, con la acumulación progresiva del pus.
- Explosión de sonido alto o música muy elevada, conocido como el trauma acústico, ya que pueden dañar el tímpano.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

El dolor de oído puede disminuir de manera repentina, inmediatamente después de una ruptura del tímpano.

Después de la ruptura, usted puede presentar:

- Secreción del oído (puede ser clara, con pus o sangre).
- Ruido/zumbido en el oído.
- Molestia o dolor de oído.
- Hipoacusia en el oído afectado (es posible que no sea una pérdida auditiva total).
- Debilidad facial o vértigo (en los casos más graves).



La ruptura de tímpano tiende a recuperarse por sí sola en dos meses. El médico puede proponer antibióticos para prevenir o tratar la infección y analgésicos para aliviar el dolor. También se puede aplicar calor para aliviar las molestias.

El tratamiento quirúrgico está indicado en casos de pacientes muy sintomáticos y/o nadadores.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Durante un **vuelo en avión**, es posible proteger los oídos mediante el uso de tapones para los oídos que compensan la presión o mascando una gominola o chicle durante el despegue o el aterrizaje del vuelo. Además, cuando se tiene resfriado o una congestión hay que evitar volar.
- Proteger los oídos de los **ruidos fuertes**. Para ello pueden ponerse tapones para los oídos o auriculares contra el ruido. Reducir el volumen de la música o de la televisión. Hay que evitar el uso prolongado de los auriculares. Evitar los conciertos y la discoteca.
- **Evitar el agua en el oído**. Si el tímpano está perforado o se está curando, se debería evitar que entre agua en el oído.
- **Evitar introducir jabón y champú en el oído**. Usar un gorro de ducha sobre los oídos o colocar suavemente una bola de algodón en el oído afectado al ducharse.
- **No zambullirse y evitar los buceos**.
- **Usar los tapones en los oídos** para ir a nadar mientras el tímpano se está curando. Una opción alternativa es tomar un baño en el mar o en la piscina con una bola de algodón llena de vaselina introducida en el oído.
- Es posible colocar una **toalla caliente** o una compresa caliente sobre el oído para reducir el dolor o la molestia.
- **No limpiar los oídos** hasta que el médico indique que es posible hacerlo. Esto es muy importante ya que podría causar daños durante el proceso de curación.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 3.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Bleeckx D. *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Ed Mc Graw-Hill, Interamericana.
2. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: sinusitis (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
3. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl.* 2012;50(Supl 23):1-298.
1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: rotura de tímpano (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. R.M. Rosenfeld, L. Culpepper, K. Doyle, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 130 (5) (2004)S95-S1187
3. Pfaff JA, Moore GP. Otolaryngology. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2014: chap 72
4. Castejón L .Prevenición de disfonías funcionales en el profesorado universitario: tres niveles de acción preventiva. Universidad de Oviedo, España. 2012
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Infección oído externo (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

# CAPÍTULO 4

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍAS OTORRINOLARINGOLÓGICAS II

---

**M.C. Huerta Montado**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.T. Chueca González**

*Logopeda UGC ORL, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Farach Barroso**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la disfagia?*

Es la alteración o dificultad para tragar o deglutir los alimentos (sólidos y líquidos) e incluso la saliva.

La deglución tiene una fase voluntaria para tragar, y parte involuntaria para que el alimento pase desde la faringe al esófago y de éste a nuestro estómago sin producirnos problemas.

Hay enfermedades que producen una alteración de la función cerebral o de alguno de los nervios y músculos que utilizamos para tragar provocándonos disfagia.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Las personas que sufren este problema, pueden presentar una serie de signos y/o síntomas que nos pueden ayudar a identificarlo.

- Tos y/o carraspeo persistente durante o después de las comidas, que suele ser más habitual con la toma de líquidos.
- Atragantamientos frecuentes.
- Cambios en la calidad/tono de la voz (ronquera/afonía).
- Necesidad de tragar varias veces para poder tomar una misma cucharada.
- Babeo frecuente.
- Mantener la comida en los carrillos.
- Comer mucho más despacio de lo habitual.
- Desinterés por comer.
- Cambios en los hábitos alimenticios, rechazando ciertos alimentos.

### *¿Cuáles pueden ser sus complicaciones?*

La disfagia trae consigo problemas para la salud de las personas que la padecen, ya que el paciente puede dejar de comer y beber de manera suficiente.

También puede presentar atragantamientos importantes y paso de alimento hacia los pulmones que le puede producir un deterioro en la salud de los mismos, así como infección respiratoria grave.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Entorno:

- Evite reír o conversar mientras come o bebe.
- Evite en lo posible distraerse con la televisión, música...
- Procurar no dejar sola comiendo a la persona con dificultades para tragar.

### Medidas posturales:

- Siéntese correctamente con la espalda y cabeza rectas.
- Incline la cabeza hacia abajo en el momento de tragar.
- Manténgase incorporado después de comer. Al menos durante 30 minutos después.
- Bocados pequeños, coma lentamente, utilice cucharas pequeñas.

### Evitar:

- Evite los líquidos (agua, café, zumos). Tómelos con espesantes en polvos.
- No utilice pajitas para sorber agua.
- Evitar alimentos que se desmenuzan y forman pequeñas bolas en la boca, galletas, pan tostado, bastoncitos de pan, patatas chips, arroz suelto, guisantes, magdalenas, bizcocho....
- Evitar también los alimentos pegajosos (frutos secos, puré de patata muy seco, pan de molde, polvorón...) y consistencias mixtas (sopa con fideos, pasta o arroz, yogur con trozos de fruta, naranjas, mandarinas, uvas etc.).

### RECOMENDAMOS:

- Mezclar los alimentos sólidos y/o secos con salsas, leche, caldo, etc.
- No debemos mezclar una consistencia líquida con una sólida, ya que éstas se dispersan en la boca y son más difíciles de controlar.
- Mantener una buena higiene oral (dientes, lengua, encías y paladar).
- Fijar bien la dentadura postiza antes de las comidas.
- Controlar el peso. En caso de bajar mucho consultar a su médico.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

### INTRODUCCIÓN

#### *¿Qué es la disfonía?*

Una disfonía es una alteración en cualquiera de las características acústicas de la voz: intensidad, tono y timbre. Es una alteración en la capacidad de expresarse que deteriora la comunicación social y profesional.

Puede ser temporal o permanente y es causada por una alteración de los mecanismos de adaptación y coordinación de las diferentes estructuras que intervienen en la producción de la voz.

El sonido generador de la voz se origina por la vibración de las cuerdas vocales. Esta vibración se produce por el paso del flujo aéreo proveniente de los pulmones.

El sonido es originado por las cuerdas vocales y es modulado por los espacios aéreos situados en la laringe supraglótica, faringe y cavidad oral denominadas cavidades de resonancia.



### SÍNTOMAS Y MANEJO

Las alteraciones de la voz son consideradas como una de las patologías que producen mayor número de invalidez en los profesionales de la voz y dentro de estos, los profesores son los que más problemas o alteraciones vocales presentan.

Estos problemas vocales tienen diversas causas, siendo las más frecuentes las conductas fono-traumáticas asociadas al abuso y mal uso vocal.

### RECOMENDACIONES AL ALTA

- No gritar, evitar hablar de una habitación a otra de la casa, reducir el ruido de fondo de televisión y radio
- Evitar reír demasiado fuerte, cambiar la voz, etc.
- No hablar con voz susurrada. Hablar sólo con aire requiere esfuerzo muscular
- En una conversación:
  - » Situarse en el centro para que se nos escuche sin aumentar el esfuerzo.
  - » Mantener el reposo de voz mientras se escucha.
  - » No use la voz hablada fuera de su tono habitual.
  - » Hable articulando correctamente (abriendo la boca)

- Reducir el tiempo de habla.
- Haga reposo sobre todo cuando se padezcan infecciones de las vías respiratorias altas (faringitis, laringitis, etc.).
- Reduzca las largas conversaciones telefónicas.
- La voz se resiente mucho con la falta de sueño. Duerma al menos 8 horas
- Evitar los agentes irritantes laríngeos (tabaco, alcohol, mentol, ambientes de humo, aire acondicionado, productos irritantes como tiza, pinturas, ambientadores, lejía, amoníaco, etc.).
- Evitar las bebidas excesivamente frías y calientes.
- Tenga cuidado con las cenas copiosas o muy especiadas, en especial si es tarde y se acuesta enseguida.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura.
- Evitar la tos y el carraspeo improductivo.
- Manténgase bien hidratado (beba 2 litros).
- No usar emisiones de voz forzada.
- SI LA DISFONIA DURA MAS DE 15 DÍAS CONSULTAR CON SU MÉDICO.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 4.3 SANGRADO NASAL

### INTRODUCCIÓN

#### ¿Qué es el sangrado nasal o epístaxis?

Es toda hemorragia con origen en las fosas nasales. Es un problema común, que se presenta hasta en el 60% de la población y es el motivo de consulta más frecuente en otorrinolaringología.

La mayoría de los episodios no son serios ni presentan complicación, ocurren en la parte delantera de la nariz, y paran en pocos minutos

El taponamiento de la nariz es un procedimiento en el que se coloca dentro de la misma una gasa especial o un globo inflable de látex, para que haga presión contra el vaso sanguíneo y pare el sangrado dentro de la nariz.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

El signo cardinal de la epístaxis lo constituye la expulsión de sangre a través de los orificios nasales anteriores. En las epístaxis posteriores es frecuente que el paciente expulse sangre por la boca, lo cual debe plantear el diagnóstico diferencial con las hematemesis o hemoptisis.

#### Las causas más frecuentes de la epístaxis son:

- **Causas locales:** Idiopáticas, microtraumatismos (rascado de fosas nasales), resfriado común, rinitis, sinusitis, factores ambientales (sequedad ambiental, humedad, altura, humo del tabaco), traumatismos, cuerpos extraños (piercings, etc.), tumores (neoplasias, pólipos, fibromas).
- **Causas sistémicas:** Fármacos (abuso de descongestionantes, toma de AAS y anticoagulantes/antiagregantes), oxigenoterapia, enfermedades infecciosas (gripe...), cardiovasculares (HTA, arterioesclerosis), hematológicas (coagulopatías, leucemia, anemia aplásica), endocrinas (gestación, diabetes, feocromocitoma), renales (nefritis) y miscelánea (abuso de drogas como cocaína).

El primer paso ante cualquier hemorragia nasal corresponde a 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.

Se procederá taponamiento, Merocel® con vaselina en la fosa nasal en sentido horizontal con ligera inclinación hacia abajo.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Mantener la calma, una vez tranquilos inclinarse ligeramente hacia adelante presionando con el pulgar la parte carnosa de la nariz sobre el lado que sangra durante al menos 15 minutos. No se debe inclinar la cabeza hacia atrás ya que con esto sólo conseguiremos tragar la sangre sin que ceda el problema.
- Disminuir la temperatura corporal mediante la colocación de un cubito de hielo en la zona, envuelto en una compresa. Además se puede tomar un helado, lo cual permitirá mantener la temperatura corporal baja durante más tiempo.
- Si se dispone de agua oxigenada o algún spray descongestionante (oximetazolina) impregnar un algodón e introducirlo en la nariz sangrante intentando comprimir el vaso para que cese el sangrado.
- Evite hacer esfuerzos bruscos como sonarse la nariz, agacharse, inclinar la cabeza hacia abajo o cargar peso. Si va a estornudar, con la boca abierta.
- Evite los ambientes secos (aire acondicionado o calefacción).
- Evitar el consumo de alcohol y tabaco durante las primeras 72 horas.
- Cuando se acueste, mantenga una postura semi-incorporada. Le ayudará a respirar con más comodidad.
- Controle su tensión arterial durante los próximos 5 días.
- Debe seguir el tratamiento médico de forma estricta (anti-alérgicos, antibióticos).
- A los 5-7 días, deberá acudir al otorrino para retirar el taponamiento nasal. Al retirarlo puede sangrar un poco.
- Si antes del taponamiento tomaba algún anti-coagulante, debe consultar con su médico de familia la conveniencia de reiniciar el tratamiento.
- En caso de sangría abundante de nariz o boca, o dolor muy intenso que no cede con analgesia y/o fiebre, acudir a un Servicio de Urgencias.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 4.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Clavé P, Arreola V. “Método de Exploración Clínica Volumen-Viscosidad (MECV-V) para la detección de la disfagia orofaríngea”. Novartis Medical Nutrition, editor. 2006. Ref Type: Serial (Book, Monograph).
2. González C et al .Guía de Nutrición para personas con Disfagia. IMSERSO 2012
3. CORES M.C. 2010.Guía Clínica de terapia para Pacientes con Disfagia.
4. Del Burgo González de la Aleja G. *Rehabilitación de problemas de deglución en pacientes con daño cerebral sobrevenido*. Instituto de orientación psicológica .EOS, 2004.
5. Bleeckx D. *Disfagia. Evaluación y reeducación de los trastornos de la deglución*. Ed Mc Graw-Hill, Interamericana.
6. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol J, Bachert C, Alobid I, Baroody F, et al. European Position Paper on rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinol Suppl.* 2012;50(Supl 23):1-298.
7. R.M. Rosenfeld, L. Culpepper, K. Doyle, et al. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg.*, 130 (5) (2004)S95-S118
8. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: sangrado nasal (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
9. Pfaff JA, Moore GP. Otolaryngology. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. *Rosen’s Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Mosby; 2014: chap 72
10. Cobeta, I; Núñez F; Fernández, S., (2013). ‘Higiene Vocal’. In: (ed), *Patología de la Voz*. 1st ed. España: SEORL PCF. pp.(483 – 488).
11. Navarro S; Navarro F; Romero Guía práctica de disfonía basada en el evidencia. N (200/) *Voz, trastornos y rehabilitación* 2º edic España
12. Castejón L .Prevención de disfonías funcionales en el profesorado universitario: tres niveles de acción preventiva. Universidad de Oviedo, España. 2012
13. De Mier M. Avalos E, Martin A . Manejo de la disfonía en atención primaria .2012.
14. Arias C, Estapé M, Disfonía infantil. Diagnóstico y tratamiento. 2005.
15. Romero, E et al. Disfonía de adultos. Fistera 2008.
16. Medline plus. 2018. Trastornos de la voz.
17. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: disfagia (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

# CAPÍTULO 5

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍAS HEMATOLÓGICAS

---

**M.C. Huerta Montado**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Malvido Nieves**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R.M. Asensio Regidor**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 5.1 ANEMIA POR DÉFICIT DE HIERRO O FERROPÉNICA

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la anemia ferropénica?*

La anemia por deficiencia de hierro es un tipo de anemia muy común y la más frecuente entre la población, especialmente en mujeres (de un 2% a un 4%). Como su propio nombre indica, se debe a la insuficiencia de hierro en la sangre, por la disminución o ausencia de los depósitos del mismo.

Sin suficiente hierro en el cuerpo, no se puede producir la suficiente hemoglobina, sustancia que está en los glóbulos rojos y que les permite trasladar el oxígeno a los tejidos del cuerpo, por lo que se genera esta anemia.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Al principio, la anemia por falta de hierro puede pasar inadvertida, pero conforme el cuerpo va teniendo más deficiencia de hierro, la anemia empeora y los síntomas se van intensificando, dando lugar a:

- Debilidad, fatiga o intolerancia al ejercicio físico.
- Dificultad para respirar, dolores de cabeza, cefaleas, mareos o aturdimiento, y el ritmo cardíaco puede acelerarse.
- Mal humor, irritabilidad, falta de concentración y disminución de la memoria.
- La piel suele adquirir un color pálido o azulado, el cabello y las uñas pueden volverse frágiles y quebradizas. Molestias en la lengua, que puede inflamarse o sentir dolor en ella.
- Trastornos en la alimentación, en el sueño o insomnios y pérdidas de peso.
- Hormigueo en las piernas en reposo, que se alivian por el movimiento.
- Heces negras o con sangre.

### **Entre las causas, las más frecuentes son:**

- La pérdida de sangre es la primera causa de éste tipo de anemia, ya sea fisiológica como las pérdidas menstruales o patológicas como los trastornos gastrointestinales (incluyéndose en éstos enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal (EII), gastritis atrófica, gastritis por *Helicobacter Pylori*, hemorroides) y la hematuria.
- Epistaxis.
- Sangrado por uso de anticoagulantes.
- Falta de hierro en la dieta o dietas insuficientes.

- Extirpación quirúrgica de una parte del intestino delgado viéndose afectada la capacidad para la absorción de hierro y otros nutrientes.
- Traumatismo hemorrágico.
- Múltiples donaciones de sangre.
- Parásitos intestinales (especialmente en países subdesarrollados)

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Tratamiento por vía oral con preparado de hierro durante periodos prolongados. Aunque debe evitarse en el caso de ulcus péptico y en la enfermedad inflamatoria intestinal.
- Las sales de hierro no deben administrarse con la comida porque afectan a su absorción, ni con antiácidos ni suplementos de calcio y/o bebidas como el té verde o café.
- Debe darse hierro dos horas antes o cuatro horas después de la ingestión de antiácidos.
- Se puede tomar un zumo de naranja en el momento de la administración de hierro para mejorar el grado de absorción.
- Su médico puede también recomendar el uso de un laxante suave para evitar el estreñimiento por suplementos de hierro.
- Incluir en la dieta hígado, carnes rojas, mariscos, pescados (especialmente sardinas y anchoas) y yema de huevo si no está contraindicado.
- Incrementar el consumo de frutos secos (almendras y pistachos), de cereales integrales (avena, etc.), así como de legumbres y verduras, en especial las espinacas, acelgas, lentejas y garbanzos.

**Nota:** Los suplementos de hierro pueden volver las heces de color negro, éste es un efecto secundario inofensivo.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 5.2 ANTICOAGULANTES DIRECTOS ORALES

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué son y cuándo se usan?*

Son medicamentos que disminuyen las posibilidades de que la sangre se coagule o que sirven para tratar coágulos ya formados impidiendo que aumenten de tamaño y se trasladen a otra parte del cuerpo.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

El objetivo del tratamiento es la prevención de las trombosis y de las embolias. Un trombo es un coágulo dentro del sistema circulatorio. Se dice que se produce una embolia cuando un fragmento de ese coágulo se desprende y de forma brusca taponan alguna vena o arteria.

Los pacientes que se benefician de este tratamiento preventivo son:

- Los que ya han tenido una trombosis o embolia y corren peligro de que se repita.
- Los que nunca tuvieron trombosis ni embolias pero padecen enfermedades o están en situaciones que son de alto riesgo de tenerlas.
- Personas con fibrilación auricular disminuyendo las posibilidades de sufrir un accidente cerebrovascular (derrame) a causa de un coágulo.
- Tras cirugía de válvulas protésicas.

### **Anticoagulantes orales directos y warfarina.**

Los nuevos anticoagulantes orales o también llamados directos (dabidatrán, rivaroxabán, apixabán, edoxabán) se diferencian de la warfarina (sintrom) en varios aspectos:

- No necesitan de pruebas de sangre periódicas para verificar la coagulación de la sangre ni necesitan cambiar la dosis.
- Presentan pocas restricciones respecto a la dieta con respecto a warfarina con la que se ha de controlar alimentos que contienen vitamina K.
- Menos probabilidad de sangrado.

### **Todo paciente en tratamiento anticoagulante debe recordar tres cosas:**

- Si bien la protección frente a los trombos y embolias no es total, sí disminuye mucho el riesgo si se controla adecuadamente.
- El objetivo es preventivo y no curativo. Es decir, la anticoagulación no le va a solucionar ningún problema de salud que usted ya tenga.

- Debe recordar siempre que el beneficio que la medicación le proporciona es a costa de un pequeño riesgo hemorrágico por lo que deberá colaborar para disminuir ese riesgo. Además pondrá siempre en conocimiento de todos los médicos o personal sanitario que le atienda que toma esta medicación.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Tome su medicina exactamente según las instrucciones de su médico.
- Las píldoras deben almacenarse en el frasco donde vienen y no se deben romper ni masticar.
- Consulte a su médico antes de tomar cualquier medicina nueva incluidas hierbas medicinales.
- Use siempre brazalete o tarjeta de advertencia que indique que usted toma medicina anticoagulante y el motivo por el que la toma.
- Se desaconsejan las inyecciones intramusculares.
- En cirugía menor y exploraciones endoscópicas seguir indicaciones del médico en suspensión de los AO e introducción de heparinas de bajo peso molecular (HBPM).
- Afeitarse con maquinillas eléctricas.
- Tener cuidado al usar objetos de filo (cuchillos, tijeras, etc...).
- Evitar actividades o deportes que puedan causar lesiones contusivas o cortantes.
- Evitar el alcohol.

### ¿Cuándo solicitar asistencia profesional?

- Si vomita sangre o algo que se ve como café molido.
- Si tiene un fuerte dolor de cabeza, mareos y/o debilidad.
- Si presenta sangrados nasales que no se detienen.
- Si su orina es de color marrón muy oscuro o rojo.
- Si presenta sangre al evacuar o sus heces son muy oscuras.
- Si presenta inflamación o piel negra y púrpura (moretones) tras lesión.
- Si le sangran las encías.
- Si tiene periodos menstruales intensos o sangrado entre periodos.
- Si se golpea la cabeza.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 5.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: anemia por déficit de hierro (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. OPS Sesión conjunta de la Asamblea General de las Naciones Unidas y del Fondo de las Naciones Unidas a favor de la Infancia (UNICEF); La anemia como centro de atención. Hacia un enfoque integrado para un control eficaz de la anemia. 2004.
3. Nestel P. Davidsson L. Anemia, Deficiencia de Hierro y Anemia Ferropriva. Grupo Consultor Internacional de Anemia Nutricional (INACG). Oficina de Salud, Enfermedades Infecciosas y Nutrición, Oficina de Salud Global, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID); 2004.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: anticoagulantes directos orales (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital "12 de octubre" Instrucciones para el manejo de la medicación anticoagulante (sintrom o aldocumar).
6. Arribas L. Atención del paciente con anticoagulación oral. Guía de actuación en atención primaria, 2ª edición. SEMFYC 2001.
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: trombosis venosa profunda (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Landaw SA, Bauer KA. Approach to the diagnosis and therapy of deep vein thrombosis. [Internet]. Up To date. Enero 2008. [consultado 19/06/2008]. Disponible en: <http://uptodateonline.com>.

# CAPÍTULO 6

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA I

---

**A.R. Mancilla González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.S. Vera Piñero**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Casado Prieto**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 6.1 ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el ataque isquémico transitorio AIT?

Los AIT ocurren cuando una arteria del cerebro se bloquea o se cierra, y luego se vuelve a abrir sola, por lo tanto se detiene el flujo de sangre de una parte del cerebro por un breve período de tiempo, no dañando al cerebro.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas que se presentan en un AIT son semejantes a los que aparecen en un derrame o accidente cerebrovascular, aunque estos últimos son más duraderos y en un AIT desaparecen rápidamente. Pueden incluir:

- Debilidad o adormecimiento de la mano, la lengua, la mejilla, la cara el brazo o la pierna.
- Dificultades para hablar o para hablar normalmente
- Dificultades para ver con claridad con uno o ambos ojos.

### Una manera fácil de recordar los síntomas es:

- **Cara:** La cara de la persona ¿se ve torcida? o ¿caída de un lado?
- **Brazo y/o pierna:** ¿La persona siente debilidad en uno o ambos brazos y/o piernas? ¿Uno de los brazos se cae si la persona intenta sostenerlos a ambos lados? ¿se cae, paciente sin fuerza en una pierna?
- **Habla.** ¿La persona tiene problemas para hablar? ¿Su forma de hablar suena extraña?
- **Tiempo:** Si observa alguno de estos signos, incluso si ya desaparecieron, se debe actuar rápido y acudir a un centro de urgencias.



Las personas que tuvieron un AIT corren un alto riesgo de tener un derrame o accidente cerebrovascular. El riesgo es mayor durante los primeros días y semanas después de haber tenido el ataque.

El tratamiento específico de la isquemia cerebral: consiste en medicación que reduce la formación de trombos, favorece la circulación en los vasos sanguíneos afectados y elimina los trombos (coágulos) sanguíneos.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Si ha tenido un AIT, corre un alto riesgo de tener un accidente cerebrovascular (derrame) en los primeros días y semanas después de haber sufrido el ataque.
- Es importante recibir atención médica inmediata si piensa, u otra persona considera, que podría haber tenido un AIT.

El tratamiento a seguir va dirigido a evitar tener un derrame, y entre las medidas a seguir son:

- Medicación para bajar la presión arterial.
- Medicación que baja el colesterol.
- Medicación para prevenir los coágulos de sangre, como la ASPIRINA® o los anticoagulantes.
- Mantener los niveles de azúcar en sangre en niveles normales.
- Hacer cambios en su estilo de vida:
  - » Deje de fumar.
  - » Haga ejercicio periódicamente.
  - » Baje de peso si tiene sobrepeso.
  - » Consuma dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos descremados.
- Consuma menos sal y limite la cantidad de alcohol.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

### INTRODUCCIÓN

#### *¿Qué es la epilepsia?*

La epilepsia es un trastorno cerebral que hace que las personas tengan convulsiones recurrentes. Las convulsiones son debidas a una actividad eléctrica cerebral anormal.

Las personas pueden tener sensaciones y emociones extrañas o comportamientos raros. Pueden tener espasmos musculares violentos o perder el conocimiento.

La epilepsia tiene muchas causas posibles, que incluyen las enfermedades, lesiones cerebrales y el desarrollo cerebral anormal. A pesar de eso, en muchos casos se desconoce la causa.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Hay distintas clases de crisis neurológicas y cada una causa un tipo de síntomas. La mayoría de las crisis duran unos segundos o minutos.

Las crisis neurológicas “tónico-clónicas” generalizadas, pueden provocar la pérdida de conocimiento de la persona que la padece, que se pongan rígidas y realicen movimientos bruscos e involuntarios.

Otros tipos de crisis, provocan reacciones menos drásticas, como movimientos involuntarios en una parte del cuerpo o cara, otras de repente dejan de reaccionar y se quedan con la mirada fija o perdida unos segundos.

A veces las personas pueden sentir que van a sufrir una crisis y experimentan unas sensaciones u olores determinados que reciben el nombre de “aura”.

No existe cura para la epilepsia, pero en la mayoría de los casos los medicamentos pueden reducir la aparición de las crisis.

Cuando los medicamentos no funcionan bien, pueden ser de utilidad la cirugía o los dispositivos implantados como los estimuladores vagales. También puede ayudar algunas dietas especiales, sobre todo en niños.

#### **Actuación durante una crisis epiléptica:**

- Solicitar ayuda médica.
- No sujetar al paciente.
- No meterle nada en la boca a la fuerza.
- Observar la crisis, como empieza, cuánto dura, tipo de movimientos, si hay control de esfínteres y como se recupera el paciente.
- Quitar de su entorno objetos con los que pueda hacerse daño.



- Aflojar la ropa ajustada.
- Colocarlo de lado, si es posible, para evitar la aspiración de líquidos o vómitos si se producen.
- Quitar gafas y otros objetos que puedan lesionarlo.
- Dejar que el paciente se recupere después de la crisis durmiendo o descansando.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Llevar un estilo de vida sano haciendo ejercicio físico regularmente, evitando deportes de riesgo. Más recomendados deportes de equipo, por si padece una crisis que puedan atenderle.
- Evitar consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.
- Dieta equilibrada.
- Mantener unos hábitos de sueño regulares.
- Tomar siempre la medicación siguiendo estrictamente las recomendaciones médicas.

### Recomendaciones especiales para la mujer epiléptica:

- Control estricto por parte de su médico en la toma de anticonceptivos orales.
- En la embarazada, adaptación por parte de su médico de la medicación antiepiléptica y también en la lactancia.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

### INTRODUCCIÓN

#### *¿Qué es la demencia?*

Hablamos de una pérdida progresiva de las células nerviosas o neuronas, en personas ancianas. Al morir las células nerviosas, se va perdiendo la memoria, la capacidad de concentración, la habilidad para algunos trabajos manuales, o incluso va cambiando la personalidad, que se va volviendo más triste, o le cuesta reconocer a sus familiares, o tiene comportamientos que nos cuesta entender.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

#### **Fases iniciales:**

- Fallos de memoria.
- Despiste.
- Falta de concentración.



#### **Fases finales: Dependencia completa respecto a otra persona:**

- Cambios en los hábitos de sueño.
- Cambios de apetito.
- Comienzan a no tener idea de quién es, quién es su interlocutor, dónde están espacial y temporalmente situados, qué están haciendo, qué planes tiene para inmediatamente después...
- Pueden llegar a tener a veces alucinaciones en la vista y en el oído.
- Les cuesta cada vez más hablar, o encontrar la palabra deseada, pueden volverse rígidos e inamovibles en algunas de sus ideas, que llegan a ser delirantes.
- Pueden quedarse impasibles ante la visita de alguien que quería mucho y sabe reconocer.
- Períodos de gran facilidad de llanto sin nada aparente que lo provoque, y cesando de llorar con igual facilidad.
- Dificultades crecientes para mantener relaciones sociales.
- Cada enfermo tiene sus peculiaridades y evoluciona de forma distinta.

#### **¿Cuáles son las distintas clases de demencia?** Las más comunes son:

- **Enfermedad de Alzheimer:** es la causa más común y es un trastorno que hace que las células del cerebro mueran lentamente con el tiempo.

- **Demencia vascular:** se produce cuando algunas partes del cerebro no reciben suficiente cantidad de sangre.
- **Demencia por enfermedad de Parkinson:** afecta al movimiento y causa temblores, rigidez y lentitud. A medida que empeora, también puede causar demencia.
- **Otras causas de demencia:** La demencia también puede producirse porque el cerebro de la persona sufrió daños.

### ¿Debo hacerme alguna prueba?

Su médico o enfermero decidirá qué pruebas debe hacerse según su situación personal. Muchas personas con signos de demencia no necesitan un estudio del cerebro ya que las pruebas más útiles son las que permiten ver cómo responde a preguntas y hace determinadas tareas. Aun así, es posible que su médico quiera hacer un estudio del cerebro para asegurarse de la causa de sus síntomas.

### ¿Cómo se trata la demencia?

Lamentablemente, no hay buenos tratamientos para la mayoría de las clases de demencia, pero a veces los médicos pueden tratar los síntomas problemáticos que acompañan la demencia, como la depresión o la ansiedad.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Saber que no existe tratamiento curativo ni preventivo.
- La enfermedad tiende a prolongarse generalmente durante varios años, lo más común es que los familiares se hagan cargo de ello, nombrando un **cuidador principal**.
- Es importante conocer las fases iniciales de la demencia (anteriormente comentadas), en el caso de los familiares e incluso la propia persona, ya que esto ayudará a abordar futuros problemas.
- **Existen recursos socio-sanitarios:**
  - » **Recursos Sanitarios:** Atención Primaria (Centro de Salud), Atención Especializada (neurología, psiquiatría, geriatría, fisioterapia).
  - » **Recursos sociales:** existen ayudas a familias que cuidan del paciente.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 6.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Ataque isquémico transitorio (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Información para pacientes sobre el Ataque cerebral, Ictus cerebral o ACV agudo [actualizada el **24** de marzo de 2010; acceso 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Barba R, Martínez-Espinosa S, Rodríguez-García E, Pondal M, Vivancos J, Del Ser T. Poststroke dementia: clinical features and risk factors. *Stroke* 2000; 31: 1494-501
4. Madureira S, Guerreiro M, Ferro JM. Dementia and cognitive impairment three months after stroke. *Eur J Neurol* 2001; 8: 621-7.
5. Fisterra.com, Demencia tipo Alzheimer [actualizada el **26** de mayo de 2019; acceso 15 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. Berr C, Wancata J, Ritchie K. Prevalence of dementia in the elderly in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2005;15(4):463-71
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Epilepsia en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Fisterra.com, Información para pacientes con epilepsia [actualizada el **24** de octubre de 2010; acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
9. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Demencia (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

# CAPÍTULO 7

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA NEUROLÓGICA II

---

**A.R. Mancilla González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. León Martínez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.S. Vera Piñero**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 7.1 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es un traumatismo craneoencefálico (T.C.E.)?

Un traumatismo craneoencefálico (T.C.E.) es una situación en la que se producen alteraciones a nivel de las estructuras craneales e intracraneales, como consecuencia de la acción de un mecanismo externo, que en algunos casos puede llegar a producir una breve pérdida de conciencia.

Esta situación puede producir alteraciones neurológicas de mayor o menor gravedad. Las lesiones que se pueden producir a nivel cerebral en el T.C.E. se pueden clasificar en dos grupos según el momento de aparición:

1. Lesiones primarias: se instauran en el momento del traumatismo
2. Lesiones secundarias: se instauran en minutos, horas o días.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Es conveniente que durante las 24-48 horas siguientes al traumatismo preste atención ante la aparición de los siguientes **síntomas de alarma**:

- Dolor de cabeza que aumenta progresivamente de intensidad.
- Tendencia progresiva al sueño.
- Dificultad para despertarse por completo.
- Inestabilidad, dificultad para andar o mareo progresivo.
- Náuseas y/o vómitos persistentes o intensos.
- Salida de sangre o líquido acuoso por la nariz o los oídos.
- Dificultad para mover los brazos o piernas.
- Dificultad para sostenerse en pie.
- Convulsiones.
- Mayores de 75 años.



### ¿Es necesario que me realice pruebas?

Depende de la lesión y de los síntomas. Su médico o enfermero le preguntará sobre sus síntomas y VALORARÁ si necesita un examen. También le hará preguntas para examinar su capacidad de razonamiento.

Si su médico o enfermero considera que tiene una lesión grave, es posible que solicite un estudio de imagen del cerebro. Estas pruebas crean imágenes del cráneo y del cerebro.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Que es normal que aparezca:

- Dolor cabeza.
- Nauseas, algún vómito aislado.
- Vértigos leves.

### Conducta a seguir:

- En caso de dolor de cabeza se recomienda usar paracetamol.
- No necesita quedarse en la cama, pero evite hacer ejercicio físico, alzar pesos u otra actividad pesada.
- Consuma una dieta ligera si presenta náuseas. Tome líquidos para mantenerse hidratado.
- No tome alcohol hasta que se haya recuperado del todo.
- Procure que alguien le vigile durante 12 ó 24 horas después de llegar a su casa y durante el sueño le despierte cada 2 ó 3 horas.

**Deberá acudir al hospital si aparecen síntomas de alarma descritos en página anterior.**

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 7.2 VÉRTIGO

### INTRODUCCIÓN

#### ¿Qué es el vértigo?

El vértigo es una sensación de falta de estabilidad que puede acompañarse de náuseas, vómitos y sensación de desequilibrio.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Hace que la persona que lo padece tenga la falsa sensación de estar dando vueltas o de que la habitación se mueve a su alrededor.

La duración de esta sintomatología puede variar entre segundos, minutos, horas e incluso días, empeorando con cualquier movimiento fundamentalmente de la cabeza. Todo esto puede hacer que la persona que lo padece tenga una dificultad importante para la deambulación.

El ataque agudo de vértigo tiene una mejoría que puede ser lenta incluso después de la instauración del tratamiento y pueden aparecer nuevos brotes al cabo de cierto tiempo.

#### ¿Qué causa el vértigo?

- Problemas en el oído interno, que es el encargado de controlar el equilibrio.
- Lesiones en la cabeza como el traumatismo craneoencefálico.
- Medicamentos como algunos antibióticos, diuréticos...
- Migrañas.
- Problemas en el cerebro como haber padecido un ictus y otras enfermedades que lo afecten.



### RECOMENDACIONES AL ALTA

#### Durante la crisis:

- Permanecer tumbado, en un ambiente tranquilo, sin ruidos y con una luz tenue.
- Evitar la entrada de agua en los oídos, utilizando tapones en la ducha.
- No introducir bastoncillos ni otros objetos en los oídos.
- Si tiene un catarro o proceso alérgico evite taponar ambos orificios de la nariz, cuando estornude o se limpie las secreciones.
- Tomar la medicación prescrita por su médico, siguiendo sus indicaciones en la dosis, pauta y duración del mismo.

## Después de la crisis:

- Iniciar movimientos de reeducación vestibular poco a poco cuando vaya cediendo la crisis.
  1. *Ejercicios oculares con la cabeza inmóvil*
    - » Mirar arriba y abajo primero despacio y después deprisa sólo los ojos.
    - » Mirar de un lado a otro primero deprisa y después despacio sólo los ojos.
    - » Mirar un dedo de la mano estando el brazo estirado acercarlo a la nariz y después alejarlo.
  2. *Movimientos de cabeza y ojos*
    - » Flexión y extensión de la cabeza con los ojos abiertos primero despacio y después rápido.
    - » Movimientos de inclinación lateral de la cabeza primero lento y después rápido. Cuando mejore el equilibrio se repetirán estos ejercicios con los ojos cerrados.
  3. *Movimiento de brazo y cuerpo sentados*
    - » Encoger los hombros y después girarlos.
    - » Giros de cintura.
    - » Sentado en la cama o silla, inclinar el cuerpo hacia delante y luego levantarse.
    - » Girar la cabeza de lado a lado primero lento y luego rápido. Y una vez controlado el ejercicio, con los ojos cerrados.
  4. *Movimientos de pie*
    - » Ejercicios de cabeza, ojos y hombros igual que sentado.
    - » Levantarse y sentarse con los ojos abiertos y cerrados.
    - » Lanzar una pelota de una mano a la otra por encima de los ojos.
    - » Lanzar una pelota de una mano a la otra por debajo de las rodillas.
  5. *Ejercicios en movimiento*
    - » Girar alrededor de una persona tirándole la pelota.
    - » Cruzar la habitación con los ojos abiertos y cerrados.
    - » Subir y bajar por una rampa.
    - » Subir y bajar escaleras.
- Si alguno de los movimientos le provoca nuevamente sensación de vértigo parar y esperar que ceda y después continuar lentamente.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 7.3 PARÁLISIS FACIAL

### INTRODUCCIÓN

#### *¿Qué es la parálisis facial?*

Es un padecimiento que se caracteriza por la pérdida o disminución súbita de la función motora y sensorial del nervio facial en su porción periférica.

El lado de la cara afectado, se debilita y queda como caído o torcido. En la mayoría de los casos es debido a la inflamación del nervio por la infección de un virus.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas pueden ser entre otros:

- Un ojo y la comisura de la boca caídos.
- Una ceja que se cae a un lado.
- Un ojo que no se cierra por completo.
- Pérdida de la expresión facial completa o de un lado de la cara de inicio agudo.
- Ausencia de lágrimas y saliva, que producen sequedad en ojos y boca.
- Dificultad para los movimientos faciales.
- Dolor.
- En algunas ocasiones pérdida del sentido del gusto en la parte frontal de la lengua.
- Mayor sensibilidad a ruidos fuertes por el lado afectado.

No existe ninguna prueba para detectar la parálisis facial pero su médico o enfermero puede determinar si padece el problema al preguntarle por los síntomas, aunque pueden pedirle algunas pruebas para comprobar que no existe otro problema.

Existen tratamientos eficaces que funcionan mejor cuando se inician al poco de aparecer los síntomas, como son medicamentos para reducir la inflamación y el dolor, protección para los ojos y algunos medicamentos que ayudan a combatir el virus que puede estar provocando los síntomas.

La parálisis facial comienza a mejorar a las 3 semanas del comienzo de los síntomas, pero a veces se necesitan hasta 6 meses para volver por completo a la normalidad.

En algunas personas la debilidad en la cara nunca llega a desaparecer del todo.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Ponerse toallas húmedo-calientes varias veces al día.
- Ponerse gafas de sol cuando salga a la calle para proteger los ojos de las partículas de polvo y la luz solar.
- Evitar tocarse el ojo y aplicarse con frecuencia gotas de suero o lágrimas artificiales tanto de día como de noche.
- Tomarse calmantes si aparece el dolor.
- Ejercicios a realizar frente a un espejo.

1. **Ejercicios activos-asistidos.** Automasajes en la cara para relajar las facciones, los realizará con los dedos índice y medio apoyados sobre la zona que queremos trabajar, realizando los movimientos que queremos, insistiendo en los párpados y boca que son las zonas que más tardan en recuperarse.
2. **Ejercicios activos.** Los realizará sin ayuda de las manos.
  - » Cerrar y abrir los ojos.
  - » Levantar las cejas.
  - » Juntar las cejas.
  - » Arrugar el mentón.
  - » Sonreír.
  - » Soplar muy lentamente o silbar.
  - » Elevar el labio superior, abriendo las alas de la nariz.
  - » Apretar los dientes.
  - » Llenar los carrillos.



**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 7.4 CEFALEA

### INTRODUCCIÓN

#### **¿Qué es el dolor de cabeza en adultos?**

Durante un dolor de cabeza, se activan ciertos nervios de los vasos sanguíneos y de los músculos de la cabeza y como resultado mandan señales de dolor al cerebro.

### TIPOS Y SÍNTOMAS

Tipos de dolores de cabeza:

- Dolores de cabeza (cefaleas) primarios: son aquellos que no son resultado de otra condición médica. Incluyen la de tipo tensional, migrañas, síndrome de dolor de cabeza mixto y cefaleas en racimos.
- Dolores de cabeza (cefaleas) secundarios: son aquellos que ocurren como resultado de otra condición médica, incluyen los dolores de cabeza sinusales, hormonales, dolor de cabeza como resultado de un trauma (post-traumático), o alguna condición más severa como un tumor.
- Dolor de cabeza tensional: los dolores de cabeza tensionales causan presión u opresión en ambos lados de la cabeza.
- Migrañas: las migrañas suelen comenzar levemente y luego empeorar. A menudo, solo afectan un lado de la cabeza. Pueden causar náuseas o vómitos, o volverlo sensible a la luz y a los sonidos.

#### **¿Cómo se trata el dolor de cabeza?**

Hay muchas medicinas que pueden aliviar el dolor de cabeza. Puede tomar paracetamol, ibuprofeno o naproxeno. La medicina adecuada para usted dependerá del tipo de dolor de cabeza que tenga, la frecuencia con la que aparezca y la intensidad.

Si tiene dolor de cabeza con frecuencia, consulte a su médico para encontrar el tratamiento adecuado. No intente manejar los dolores de cabeza frecuentes por su cuenta con medicinas para el dolor de venta sin receta. De hecho, si toma esas medicinas con mucha frecuencia, puede tener más dolores de cabeza en el futuro.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

Para prevenir episodios pruebe a seguir las siguientes recomendaciones:

- Identifique el factor, o factores, que le provocan los ataques (los episodios) de migraña, o que los agravan. De este modo siempre podrá manejarse mejor con esta enfermedad.
- Procure evitar situaciones que produzcan estrés, en la medida de lo posible.
- No duerma de más ni de menos los fines de semana.
- Haga las comidas a la misma hora y en cantidades similares.
- Evite alimentos y bebidas que le hayan desencadenado alguna vez un ataque de migraña.
- Evite los lugares ruidosos o de olores penetrantes.
- Recostarse en una habitación fresca, oscura y sin ruidos (esto funciona mejor cuando es una migraña).
- Es conveniente cambiar ciertos hábitos de vida y evitar:
  - » Saltarse comidas o comer muy poco.
  - » El estrés.
  - » Tomar mucha cafeína.
  - » Evitar dormir demasiado o muy poco.
  - » Ciertos alimentos y bebidas, como el vino tinto, el queso añejo y las salchichas.
- Si tiene dolor de cabeza con frecuencia, consulte a su médico para encontrar el tratamiento adecuado.
- Acuda a las consultas concertadas por su enfermera o médico. Estos pueden ayudarle a prevenir algunos dolores de cabeza, sobre todo los causados por el estrés, afrontándolo en este caso con técnicas de relajación.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 7.5 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Traumatismo craneoencefálico cerrado (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com Normas de Vigilancia domiciliaria de un Traumatismo Craneo-encefálico (TCE) [actualizada el 24 de octubre de 2010; acceso 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Alted López E, Bermejo Aznarez S, Chico Fernández M. Actualizaciones en el manejo del traumatismo craneoencefálico grave. Revista Medicina Intensiva. Febrero 2009; 33: 16-30.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Dolor de cabeza en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Fisterra.com, Vértigo posicional paroxístico benigno [actualizada el 29 de mayo de 2017; acceso 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. Guías clínicas. Enfermedad de meniere [revista electrónica]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/meniere.htm>
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Vértigo (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Fisterra.com El dolor de cabeza o cefalea tipo migraña o jaqueca [actualizada el 01 de mayo de 2016; acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
9. J.I. De Diego-Sastre, M.P. Prim-Espada, F. Fernández-García. [The epidemiology of Bell's palsy]. Rev Neurol., 41 (2005 Sep 1), pp. 287-290. Medline
10. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Parálisis de Bell (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
11. Fisterra.com. Parálisis facial de Bell [actualizada el 01 de mayo de 2016; acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.

# CAPÍTULO 8

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA I

---

**S. Ríos Gómez**

*Enfermera Servicio de Urgencias, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe.*

**P. Capa Sánchez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.C. Huerta Montado**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 8.1 DOLOR ABDOMINAL

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el dolor abdominal?

Se entiende por dolor abdominal al dolor continuo o casi continuo localizado en el abdomen y que no suele tener relación con la función del intestino, es decir, que no se modifica con la comida o la defecación.

Este dolor no está causado por ninguna patología o enfermedad de ningún órgano abdominal

El dolor se debe caracterizar según la ubicación, la cronología, la gravedad, los factores agravantes y de alivio, y los síntomas asociados.

Otras maneras de describir el dolor en el abdomen abarcan:

- **Dolor generalizado:** Esto significa que usted lo siente en más de la mitad del abdomen. Este tipo es más típico de un virus estomacal, indigestión o gases.
- **Dolor localizado:** Se presenta en sólo una zona del abdomen. Es más probable que sea un signo de un problema en un órgano, como el apéndice, la vesícula biliar o el estómago.
- **Dolor tipo calambre:** La mayoría de las veces es más probable que se deba a gases y distensión. Con frecuencia va seguido de diarrea.
- **Dolor tipo cólico:** Este tipo de dolor viene en oleadas, por lo regular empieza y acaba repentinamente, y con frecuencia es intenso. Los cálculos renales y biliares son causas comunes de este tipo de dolor abdominal.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Las causas menos graves y a la vez más frecuentes de dolor abdominal incluyen:

- Estreñimiento
- Síndrome del intestino irritable
- Alergias o intolerancia a medicamentos (como la intolerancia a la lactosa)
- Intoxicación alimentaria
- Gastroenteritis vírica epidémica

**Acudir a su médico** si presenta:

- Molestia abdominal que dura 1 semana o más
- Dolor abdominal que no mejora en 24 a 48 horas o que se está volviendo más intenso y frecuente y ocurre con náuseas y vómitos
- Distensión abdominal que persiste por más de 2 días
- Sensación de ardor al orinar o micción frecuente



- Diarrea por más de 5 días
- Fiebre, por encima de 37.7°C para los adultos o 38°C para los niños, junto con el dolor
- Inapetencia prolongada
- Sangrado vaginal prolongado
- Pérdida de peso inexplicable.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Tome agua u otros líquidos claros. Puede tomar bebidas para deportistas en pequeñas cantidades.
- Evite los alimentos sólidos durante las primeras horas.
- Si ha estado vomitando, espere 6 horas y luego consuma pequeñas cantidades de alimentos ligeros, como arroz, compota de manzana o galletas. Evite los productos lácteos.
- Si el dolor se presenta en la parte superior del abdomen y ocurre después de las comidas, los antiácidos pueden brindar algún alivio, especialmente si experimenta acidez gástrica o indigestión. Evite los cítricos, los alimentos ricos en grasa, los fritos o grasosos, productos con tomate, cafeína, alcohol y bebidas carbonatadas.
- Evite el ácido acetilsalicílico, el ibuprofeno u otros antiinflamatorios, al igual que los analgésicos narcóticos, a menos que el médico los recete.
- Hacer ejercicio con regularidad.
- Limitar los alimentos que producen gas.
- Asegurarse de que sus comidas sean bien equilibradas y ricas en fibra. Comer muchas frutas y verduras.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 8.2 SANGRE EN HECES

### INTRODUCCIÓN

#### ¿Qué es la sangre en heces?

Es la presencia de sangre en las heces fecales (excremento) de forma espontánea.

La mayor parte de veces el paciente observará sangre de color rojo, que puede aparecer tras la deposición, salpicando las heces o al limpiarse con el papel higiénico. Este tipo de sangrado es característico de la patología anal, como sucede con las **hemorroides** o la **fisura anal**.

- Hemorroides: son vasos sanguíneos hinchados en el ano. Las hemorroides pueden picar o doler
- Fisuras anales: son heridas en la piel del ano.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

El diagnóstico debe ser confirmado mediante una exploración anal cuidadosa, que incluirá tacto rectal y una rectoscopia.

En el caso de no llegar al diagnóstico se considerará la posibilidad de un sangrado originado en tramos más altos del colon.

En algunos casos, las heces con sangre se ven como alquitrán negro en lugar de como si tuvieran sangre en ellas. Las heces que se parecen al alquitrán generalmente son causadas por sangrado en el sistema digestivo.

#### ¿Qué síntomas presenta?

Estos síntomas pueden alertar si hay algún problema y si es grave:

- Sentimientos de rasgadura o ardor durante las deposiciones
- Picazón o dolor en el ano
- Fiebre, pérdida de peso y sudoración intensa por la noche.
- Diarrea.
- Necesidad de evacuar, pero no puede.
- Dolor en el vientre.
- Movimientos intestinales.
- Cambios en la frecuencia o dificultad de sus deposiciones.
- Sangrado que dura mucho tiempo o que vuelve una y otra vez.



**Consulte a su médico o enfermera de inmediato** si nota sangre en sus deposiciones. La mayoría de los casos no son serios.

### **Lo que el paciente puede hacer:**

- Calcule cuánta sangre ha sido expulsada.
- No coloque nada en su recto, incluyendo supositorios, enemas, termómetros, etc.
- Ingiera suficiente líquido y fibra para mantener las heces fecales blandas.
- Use ablandadores para las heces fecales si su médico ve oportuno.
- Lave el área anal cuidadosamente con agua tibia jabonosa, enjuáguela bien y séquela suavemente con palmadas.
- Tome un baño de asiento (en agua tibia) que puede ser bueno para las hemorroides.
- Tomar más líquidos, frutas y verduras lo cual contribuye a suavizar las heces fecales

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Suplementos de fibra y medicamentos para mantener las deposiciones suaves
- Baños de asiento en agua tibia varias veces al día durante aproximadamente 15 minutos
- Cremas y medicamentos de aplicación en el ano. Estos ayudan con el dolor, la picazón y la hinchazón.
- Medicamentos más serios para las enfermedades del sistema digestivo

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 8.3 ESTREÑIMIENTO EN ADULTOS

### INTRODUCCIÓN

El estreñimiento consiste en un trastorno del hábito intestinal a consecuencia de una disminución en la frecuencia evacuatoria de las heces que puede ser causada por diferentes motivos:

- Demasiado duras.
- Demasiado pequeñas.
- Difícil de expulsar.
- Patologías diversas.

Este hecho debe ocurrir al menos tres veces en semana para que cumpla el criterio.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más frecuentes son el dolor e hinchazón del abdomen. Hay que prestar especial atención a otros síntomas más graves que pueden desarrollarse como:

- Debilidad.
- Pérdida de peso sin estar a dieta.
- Fiebre.
- Dolor al defecar.
- Estreñimiento de 3 semanas.
- Sangre en el sanitario o en el papel higiénico después de evacuar

Es muy importante tener una buena educación intestinal para evitar tener esta patología o desarrollar un problema más grave. Los principales consejos son:

- Beber de 2 a 3 litros de agua diarios.
- Ir al baño sobre la misma hora todos los días.
- Mantener dieta con alto contenido en fibra.
- Posición correcta al defecar (35°).



## RECOMENDACIONES AL ALTA

El estreñimiento puede ocasionar patologías graves como oclusión intestinal, fisura anal, hemorroides, fecaloma o impactación fecal.

Lo más importante para evitar el estreñimiento además de la dieta y los consejos descritos anteriormente es hacer ejercicio diario puesto que ayuda al tránsito intestinal aparte de aportar muchos otros beneficios cardiovasculares. Éstas son además las recomendaciones a seguir para la prevención:

- Tome todos los días verduras (preferentemente crudas), fruta con piel (si es posible), hortalizas y pan integral. Esta alimentación es rica en fibra y ayuda a retener agua, con lo que las heces son más fluidas.
- Evite los laxantes irritantes. La utilización repetida de laxantes irritantes puede conducir a alteraciones intestinales y pueden crear hábito.
- Evite los esfuerzos excesivos en la evacuación. El intestino ya se encarga, por sí mismo, de este trabajo.
- Eduque al intestino: no reprima nunca la necesidad de evacuación, vaya al servicio cuando sienta ganas. Habitúese a ir al servicio a la misma hora, procurando ir con tiempo suficiente y sin prisas. Algunas personas se benefician de ir después de una comida.
- Coma despacio y mastique bien los alimentos. Procure comer a horas regulares.



**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 8.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Dolor y malestar estomacal (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. Uptodate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. American Academy of Family Physicians Website. Causes of occult and obscure gastrointestinal bleeding. Available at: <http://www.aafp.org> .Accessed on February 7, 2003.
3. Fisterra.com. Dolor abdominal [actualizada el 08 de abril de 2013; acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Sangre en las heces (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Fisterra.com. Test de sangre oculta en heces [actualizada el 24 de marzo de 2010; acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. The National Digestive Diseases Information Clearinghouse (Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Digestivas)
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Estreñimiento en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Walter-Smith JA, Sandhu BK, Isolauri E, Banchini G, Caillie-Bertrand M, Dias Jaet al.. Recomendations for feeding in childhood gastroenteritis. Guidelines prepared by Epsgan working group on acute diarrhoea. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 1997; 24: 619-620
9. Fisterra.com. Información para pacientes sobre el estreñimiento [actualizada el 24 de marzo de 2010; acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.

# CAPÍTULO 9

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA II

---

**M.T. Chueca González**

*Logopeda UGC ORL, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**P. Capa Sánchez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Ríos Gómez**

*Enfermera Servicio de Urgencias, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe.*

---

# 9.1 GASTROENTERITIS VIRAL

## INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis viral es una inflamación o hinchazón del estómago y los intestinos causada a raíz de un virus y puede afectar tanto a adultos como a niños y bebés.

Las personas con el mayor riesgo de gastroenteritis grave son los niños pequeños, los adultos mayores y las personas que tienen un sistema inmunitario debilitado.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

La infección suele provocar la aparición de diarrea y vómitos, no teniendo que darse necesariamente los dos síntomas a la vez. Los síntomas descritos, por lo general, empiezan en forma súbita y pueden llegar a ser graves si persisten mucho tiempo.

Otros síntomas asociados a la gastroenteritis viral son:

- Dolor muscular.
- Cefalea.
- Dolor abdominal.
- Fiebre.
- Pérdida de apetito.

Entre los síntomas secundarios más graves provocados por los vómitos y diarrea se encuentra la deshidratación, causada por la pérdida abundante de líquidos y donde puede aparecer la orina de color amarillo oscuro, sed, cansancio, mareos o confusión.

En el manejo se realiza tratamiento sintomático, con analgésicos para dolor, y dieta. Sólo en determinadas circunstancias se necesitara medicación adicional.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

Para comenzar con la reeducación del tránsito, lo primero es no tomar alimentos sólidos durante las primeras 4-6 horas en niños y 12 horas en adultos. En este tiempo solo deben administrarse bebidas con sales (tipo suero oral) o limonada alcalina, siempre bebiendo en pequeñas cantidades, de forma continua y sin forzar.

Cuando se haya controlado la primera fase (se realicen menos de 3-4 deposiciones/día), se introducirá gradualmente la dieta sólida, en pequeñas cantidades para comprobar la tolerancia a la misma.

La dieta a seguir será la dieta astringente, algunos de los alimentos son:

- En el desayuno se tomarán infusiones claras de manzanilla o té, edulcoradas con estevia o sacarina y pan blanco tostado.
- Frutas: manzana asada, manzana oxidada con una gotas de limón, membrillo, plátano maduro.
- Carne de ave cocida o a la plancha (sin piel).
- Pescado a la plancha o cocido. Los pescados deben ser blancos: rape, lenguados, pescada, gallo y faneca.
- Huevo pasado duro, escalfado o en tortilla.
- Sopas: de zanahoria, arroz o pescado
- Puré de patatas y zanahorias
- Durante el proceso se mantendrá la rehidratación con suero oral o limonada alcalina.



A partir de las 48h, si han cedido las deposiciones y vómitos, se podrá incorporar progresivamente la dieta habitual, dejando los alimentos más grasos como últimos en incorporar.

Cabe destacar la importancia de la higiene de manos durante el proceso de enfermedad antes de la manipulación de alimento (ya sea para cocinar o para alimentarse) y después del uso del inodoro.

Éstas medidas sirven igualmente para la vida diaria como prevención de enfermedades.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 9.2 GASES E HINCHAZÓN ABDOMINAL

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el meteorismo?

Es la aparición de síntomas relacionados con la presencia de gas en el intestino, bien por un exceso de aire intestinal o por un aumento de la sensibilidad del intestino al gas.

El gas intestinal proviene de la ingesta, es decir, de lo que comemos o de la forma en que lo hacemos, de la fermentación de alimentos en el colon (las bacterias del intestino degradan los alimentos pudiendo formar gas) o de la difusión (o paso) de determinados gases desde la sangre al intestino.

Es un proceso en el que el abdomen se siente lleno, apretado y distendido, generalmente debido a un exceso de gases intestinales.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

El meteorismo puede ser una manifestación de otras enfermedades, tales como intolerancias a determinados alimentos (por ejemplo la intolerancia a la lactosa o a la fructosa).

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, sensación de plenitud, hinchazón de abdomen e inapetencia.

Alteraciones en la flora bacteriana habitual del colon, como ocurre por ejemplo, al consumir determinados antibióticos que pueden modificar el equilibrio entre las bacterias del colon:

- La enfermedad diverticular del colon.
- Algunos tipos de síndrome de intestino irritable.
- En ocasiones las causas pueden venir de un exceso de la ingesta de aire al comer muy rápido o en situaciones de estrés.
- La mayoría de los casos se deben a aerofagia (tragar aire) inconsciente o a una sensibilidad exagerada a cantidades normales de gas en el abdomen.

### Acudir a su médico en estos casos:

- La hinchazón abdominal va empeorando y no desaparece después de varios días.
- Se presenta con otros síntomas inexplicables.
- El abdomen es sensible al tacto.
- Tiene fiebre.
- Tiene diarrea intensa o heces con sangre.
- No puede comer o beber por más de 6 a 8 horas.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

La distensión abdominal producto de comer una comida pesada desaparecerá cuando usted digiera el alimento. Comer porciones más pequeñas ayuda a prevenir la hinchazón.

En los casos de una distensión del abdomen causada por deglutir aire:

- Evite las bebidas carbonatadas.
- Evite masticar goma de mascar o chupar caramelos.
- Evite beber líquidos con sorbete o tomar sorbos de la superficie de una bebida caliente.
- Coma lentamente.
- Cuando la distensión abdominal es causada por malabsorción, intente cambiar su dieta y reducir el consumo de leche.
- En cuanto al síndrome del intestino irritable:
  - » Disminuya el estrés emocional.
  - » Incremente la cantidad de fibra en la dieta.

El uso de fármacos antiflatulentos, como los derivados de la simeticona o dimeticona pueden ser útiles.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 9.3 ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTRO-ESOGÁGICO

### INTRODUCCIÓN

El reflujo ocurre cuando el ácido que está normalmente en el estómago empieza a subir por el esófago, el tubo que lleva la comida de la boca al estómago. Otro término para denominar el reflujo es “enfermedad por reflujo gastroesofágico”.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más frecuentes de esta patología son:

- Ardor en el pecho, conocido como acidez estomacal.
- Ardor o gusto ácido en la garganta.
- Dolor en el estómago o el pecho.
- Problemas para tragar.
- Voz áspera o dolor de garganta.
- Tos sin causa aparente

Si sus síntomas se mantienen o son frecuentes, debe de consultar a su médico. Un examen visual del esófago, conocido como endoscopia, puede ser necesario.



#### El tratamiento se basa en:

- Medicamentos que bloquean la producción de ácido en el estómago, tales como:
  - » Antagonistas de los receptores h2, como ranitidina y otros.
  - » Inhibidores de la bomba de protones, como omeprazol y otros de su misma familia.
- Medicamentos que aumentan la fuerza del esfínter esofágico inferior.

Sólo una mínima parte de las personas que presentan este problema necesitan cirugía para corregir su enfermedad.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Manténgase en un peso saludable. El sobrepeso aumenta la presión intra-abdominal y le perjudica.
- Deje de fumar. El tabaco relaja el esfínter esofágico inferior.
- No utilice ropa que le oprima el abdomen. Evite el cinturón apretado.
- A ser posible no levante objetos pesados y evite la flexión prolongada del tronco.
- Haga comidas ligeras y frecuentes y evite las abundantes.
- Limite el consumo de productos con elevado contenido en grasa (fritos, aceite, mantequilla o margarina, carnes grasas, etc.), chocolates, bebidas con gas (especialmente colas. Carminativos (aceites de menta o menta verde, ajo, cebolla), Café (normal o descafeinado) y té, especias, alimentos condimentados, derivados del tomate. Todos provocan relajación del esfínter esofágico inferior.
- Evite el consumo de alcohol.
- Evitar las comidas muy abundantes. Es mejor realizar 4 ó 5 comidas pequeñas al día
- Limite el consumo de tomates, cítricos (frutas y zumos). Aportan ácidos que pueden irritar el esófago.
- Coma alimentos ricos en fibra, especialmente si tiene tendencia al estreñimiento.
- Cene dos o tres horas antes de acostarse y evite tumbarse después de las comidas.
- Levante la cabecera de su cama unos 15-20 cm (por ejemplo, colocando bloques de madera o goma debajo de 2 patas de la cama o un taco de espuma de poli estireno debajo del colchón) para permitir que la gravedad mantenga el contenido del estómago en su interior. El uso de almohadones no suele ofrecer buenos resultados.

Muchas personas mejoran siguiendo las recomendaciones anteriores. Los antiácidos que se venden en farmacias sin receta médica pueden ser útiles para los síntomas ocasionales.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 9.4 BIBLIOGRAFÍA

1. The National Digestive Diseases Information Clearinghouse (Centro Nacional de Información sobre Enfermedades Digestivas)
2. Walter-Smith JA, Sandhu BK, Isolauri E, Banchini G, Caillie-Bertrand M, Dias Jaet al.. Recomendatons for feeding in childhood gastroenteritis. Guidelines prepared by Epsgan working group on acute diarrhoea. J Pediatr Gastroenteol Nutr, 1997; 24: 619-620
3. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Gastroenteritis viral (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
4. Albis C. et al. 2015. Guía de práctica clínica para la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
5. Fisterra.com. Información para pacientes sobre gastroenteritis [actualizada el 20 de marzo de 2010; acceso 19 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. Alcedo J, Mearin F. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones.
7. Fisterra.com. Dolor abdominal [actualizada el 05 de marzo de 2010; acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
8. Marzo M, et al . 2008. Manejo del paciente con ERGE. Guía de práctica clínica
9. Médicos especialistas en Medicina de Familia y en Medicina Preventiva y Salud Pública. ) Equipo editorial de Fisterra Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE Fecha de la última revisión: 12/09/2008
10. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Gases e hinchazón abdominal (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
11. Felipe Espinoza Peldoza, Valentina Felmer Lüönd, Carlos Laborda Pino, Manifestaciones orales del paciente con reflujo gastroesofágico Revista Dental de Chile 2013; 104 (1) 16-26
12. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Educación para el paciente: Reflujo (enfermedad por reflujo gastroesofágico) en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.

# CAPÍTULO 10

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA QUIRÚRGICA

---

**A. Acosta Rodríguez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Crugeiras Suárez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Ríos Gómez**

*Enfermera Servicio de Urgencias, Hospital San Juan de Dios de Aljarafe.*

---

# 10.1 FISURA ANAL

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es una fisura anal?

Una fisura anal es un desgarre en el revestimiento del ano, el orificio por donde salen las heces.

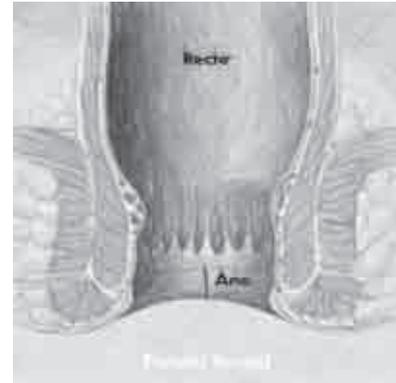
Las fisuras anales causan dolor, especialmente durante la evacuación.

Con mayor frecuencia, una fisura anal es consecuencia de unas heces duras y secas.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más frecuentes son:

- Dolor como un desgarre o una sensación de ardor cuando tienen una evacuación. Este dolor puede durar horas.
- Sangrado leve cuando tienen una evacuación. Es posible que vean sangre de color rojo brillante en el papel higiénico o en la superficie de las heces.
- Quemazón o irritación alrededor del ano.



### ¿Cómo se diagnostica una fisura anal?

Se debe consultar a su médico o enfermero si sangra cuando tiene una evacuación. El médico o enfermero puede comprobar si usted tiene una fisura anal separándole suavemente las nalgas y observándole el ano.

### ¿Cómo se trata una fisura anal?

Es muy importante tratar el dolor con los analgésicos que sean necesarios. Esto es así porque el dolor, sobre todo tras defecar, hace que se produzca un espasmo más acentuado del esfínter anal, lo que empeora aún más los síntomas de la fisura.

Una pauta útil puede ser combinar metamizol cada 6-8 horas alternando con paracetamol cada 6-8 horas entre las tomas del metamizol. Si es alérgico, su médico puede sustituirlos por otros similares.

Si estos pasos no funcionan, los médicos pueden probar otros tratamientos, como cirugía o infiltración.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### En la defecación:

- Evite reprimir el deseo de ir al baño.
- Procure realizar una deposición al día, evitando la diarrea.
- Evite estar demasiado tiempo en el baño (evitando los esfuerzos defecatorios).
- Para la limpieza es mejor toallitas húmedas o hacer baños de asiento con agua tibia tras la deposición.
- Realizar baños de asiento: se realizará 2 ó 3 veces al día y tras hacer deposición, aproximadamente durante 10-15 minutos con agua tibia que ayudara a aliviar el dolor y a relajar el esfínter. No se debe agregar producto jabonoso ni cualquier otra sustancia al agua
- En las crisis puede realizar baños de asiento con agua tibia 2 ó 3 veces al día durante 10 minutos, con ello conseguirá que se produzca una relajación del esfínter anal que mejorará sus síntomas.
- Puede aplicarse después aceite de oliva o una crema hidratante. No se debe abusar de las pomadas que contienen corticoides, ya que aunque mejoran los síntomas temporalmente, a largo plazo provocan una dermatitis de la piel de alrededor del ano, dificultando la curación del proceso. Esta misma dermatitis tiene difícil tratamiento.
- Evitar hacer ejercicio físico aproximadamente 2 semanas.

### Para prevenir que vuelva a molestar, es importantísimo EVITAR EL ESTREÑIMIENTO:

- Aumentar la cantidad de fibra en las comidas (frutas frescas, verduras, pan, cereales...).
- Puede tomar Plantabén® 1 sobre 1, 2 ó 3 veces al día, junto a las comidas.
- Beber líquidos: de 2 a 3 litros diariamente (zumos, sopas, evitar alcohol y café).
- Realizar ejercicio diariamente.
- Evitar picantes, alcohol, café o bebidas que contengan cafeína.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 10.2 ABSCESO Y FÍSTULA ANAL

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es un absceso anal?*

Un absceso anal es un nódulo lleno de pus cerca del ano o el recto. Se produce cuando se infecta una glándula del interior del ano.

### *¿Qué es una fístula anal?*

Una fístula anal es un túnel que se forma entre la glándula anal y la zona donde aparece el absceso en la piel.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### **Los síntomas más frecuentes de un absceso anal:**

- Dolor constante y agudo en la zona anal con enrojecimiento o hinchazón alrededor del ano.
- Fiebre y escalofríos.
- Malestar y cansancio.



### **Los síntomas habituales de una fístula anal:**

Son los mismos que los de un absceso anal, pero el dolor no es tan intenso y puede aparecer solamente al evacuar, así como drenar por un orificio cerca del ano.

Para comprobar si hay un absceso o una fístula anal, el médico o enfermero observará el ano y le hará un “examen rectal digital”. Para hacer este examen, su médico o enfermero se coloca un guante en la mano y le introduce un dedo en el ano y en el recto para revisar si tiene nódulos o algo anormal.

En muy pocas ocasiones es necesario un “estudio de imagen”. Los estudios de imagen permiten crear imágenes del interior del cuerpo.

Para tratar tanto el absceso como la fístula el médico practica un orificio pequeño para drenar el pus. Con frecuencia, esto se puede hacer en el centro de salud. Si tiene un absceso o una fístula profunda o de gran tamaño, es posible que deba recibir tratamiento en el hospital.

En determinadas ocasiones su médico podrá valorar la necesidad de medicación antibiótica.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Ingesta de alimentos ricos en fibra como las frutas y verduras, así como evitar el picante, alcohol, café, productos con cafeína...
- Analgesia para el dolor (es normal que presente dolor durante aproximadamente la primera semana).
- Evitar el ejercicio físico por lo menos en las 2 primeras semanas.
- Realizar baños de asiento: Se realizará 2 veces al día durante aproximadamente 30 minutos con agua tibia que ayudara a limpiar y sanar el área anal.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 10.3 CÁLCULOS BILIARES

## INTRODUCCIÓN

Los cálculos biliares son pequeñas piedras que se forman en el interior de la vesícula biliar. Pueden ser desde pequeñas hasta alcanzar el tamaño de toda la vesícula biliar.

La vesícula biliar es un órgano pequeño situado debajo del hígado donde se almacena la bilis, que es un líquido que ayuda al cuerpo a digerir la grasa.

La vesícula biliar normalmente se llena con bilis entre las comidas. Cuando se come alimentos con grasa, la vesícula biliar vacía la bilis en el intestino. A veces, los cálculos biliares obstruyen la vesícula biliar y le impiden que drene. Si los cálculos biliares salen de la vesícula biliar, pueden impedir que el hígado o el páncreas drenen.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

En la mayoría de los casos, los cálculos biliares no causan ningún síntoma, pero cuando los causan, estos son los más comunes:

- Náuseas y vómitos
- Dolor de espalda o del hombro derecho
- Dolor en el área del estómago (en hipocondrio derecho)



Cuando se sabe de la existencia de cálculos biliares pero no se tienen síntomas, es probable que no se necesite ningún tipo de tratamiento, pero cuando aparecen síntomas, es recomendable iniciar un tratamiento con fármacos y dieta. Los síntomas pueden aparecer y desaparecer, pero con frecuencia empeoran con el paso del tiempo.

En los casos más graves, podrían aparecer los siguientes síntomas, que son indicadores de alarma:

- Ictericia, que es un padecimiento donde la piel y los ojos se ponen amarillos
- Infección de la vesícula biliar
- Desgarres en la vesícula biliar, que puede desencadenar la muerte
- Inflamación del páncreas (órgano que produce hormonas y jugos que se encargan de digerir los alimentos)

## RECOMENDACIONES AL ALTA

Las personas con sobrepeso tienen más probabilidades de tener cálculos biliares. Por ello mantener un peso saludable es importante para evitar su formación. En el caso de que ya padezca esta afección lo más indicado es seguir una dieta de protección biliar:

- Infusiones calientes y suaves de té y manzanilla.
- Sopas, papillas y purés
- Pastas (sin salsas grasas)
- Pescados: Pescado blanco, lenguado, merluza, pescadilla...etc. cocidos en agua, sazonados con un poco de aceite o limón, a la parrilla o al microondas.
- Carnes: Ternera, conejo, carnero, pollo, gallina o pichón sin piel, cocinados hervidos, a la parrilla o asados.
- Postres: Flan, mermelada, compota, zumo de frutas, frutas cocidas o manzanas crudas.
- Pan y galletas: Galletas, tostadas de pan blanco en pequeña cantidad, pastas secas, hojaldre o pan de bizcocho.
- Leche y postres desnatados

Así como estos son los alimentos aconsejados, cabe mencionar aquellos que están desaconsejados y los cuales se deben evitar o consumir muy esporádicamente:

- Cacao (chocolate).
- Queso, nata y postres lácteos no desnatados.
- Yema de huevo (la clara sí).
- Pescado azul.
- Marisco.
- Carnes grasas: ternera, cerdo, sesos y embutidos.
- Pescado azul o graso.
- Aceite en fritura.
- Margarinas y mantequillas vegetales.
- Frutos secos grasos.



**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 10.4 HEMORROIDES

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué son las hemorroides?

También llamadas almorranas, son venas hinchadas en la zona del ano. Es un trastorno benigno, pero puede ser molesto y durar mucho tiempo. Se clasifican en hemorroides internas o externas.

### Las causas más comunes de las hemorroides:

- Por el esfuerzo al hacer de vientre, sobre todo en estreñidos.
- Tras diarreas prolongadas.
- Dieta (menos fibra).
- Herencia.
- Embarazadas.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más frecuentes dependen si hablamos de hemorroides internas o externas:

- Las **hemorroides internas**: Suelen ser indoloras y su principales síntomas son la rectorragia, irritación de la mucosa, prurito...
- Las **hemorroides externas**: Pueden estar asintomáticas, provocar disconfort o presentar dolor agudo intenso en caso de que se trombosen.



### ¿Cómo se diagnostican las hemorroides?

Se debe consultar al médico si:

- Sangra mucho o durante varios días después de la deposición.
- Tiene dolor intenso en el ano.
- Presenta dolores abdominales intensos.
- Si está cansado, pálido y/o ha perdido peso excesivo.

La exploración física (inspección y tacto rectal) es muy importante a la hora de hacer un diagnóstico de hemorroides puesto que existen otras patologías con clínica similar pero con diferente tratamiento.

En las **hemorroides internas** el tratamiento inicial es higiénico-dietético y farmacológico; si aun así no responde, se pasaría a tratamiento quirúrgico. También para aquellas personas con hemorragia severa o con hemorroides estranguladas el tratamiento de elección es cirugía.

En las **hemorroides externas** no requieren de un tratamiento específico salvo que se trombosen o causen disconfort al paciente.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Evite el estreñimiento. Ingesta hídrica abundante (2-3 litros).
- Consumir más fibra (frutas, verduras, cereales integrales...) ayuda a que las heces sean más blandas.
- Evite el café, el exceso de sal, las especias, el alcohol, los picantes ...
- Hacer actividad física todos los días (caminar) evitar ir en bicicleta, montar a caballo, remo...
- Acudir al WC cuando tenga necesidad de hacerlo no se contenga.
- Si su trabajo es de estar sentado o mucho tiempo de pie quieto, mueva las piernas o pasee de vez en cuando.
- Evite permanecer mucho tiempo sentado en la tapa del váter y tampoco haga grandes esfuerzos para defecar.
- No usar laxante sin indicación médica, puede producir dolor abdominal y diarreas lo que empeoraría las hemorroides.
- Una buena higiene es fundamental con 1 ó 2 veces al día es suficiente. Use jabón neutro. Evite frotar o rascar las hemorroides ya que se irritan más.
- Utilice ropa interior de algodón.
- Realizar baños de asiento cuando esté con dolor, se realizará 3-4 veces al día durante aproximadamente 10-15 minutos con agua tibia.
- Si las hemorroides están hinchadas, aplique hielo durante unos minutos y si salen del ano, lo mejor sería intentar devolverla a su posición habitual haciendo una leve presión con el dedo.
- Tomar analgesia pautada por el médico para aliviar el dolor.
- Utilizar cremas puede aliviar pero no cura .Evitar usarla más de 1 semana seguida pues a largo tiempo puede atrofiar la piel del ano.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 10.5 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Fisura anal (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Fisura anal [actualizada el 30 de junio de 2016; acceso 19 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Ellis C. Sphincter-Preserving Fistula Management: What patients want. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 1652-1655.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Abascoso y fístula anal (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 17 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Carbonell A, Lidia C, Arteaga Prado Y, Plaza González T, Prieto Ferro Y, Hernández Z. Diagnóstico clínico y epidemiológico de la litiasis vesicular. Revisión bibliográfica. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2012 Feb; 16 (1):200–14
6. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Cálculos biliares (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
7. Sánchiz Soler V, Mínguez Pérez M, Herreros Martínez B, Benages Martínez A. Actualizaciones clínicas y terapéuticas: Enfermedades del aparato digestivo. *Enfermedades rectoanales benignas*. *Medicine*. 2004;9(4): 282-90
8. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: hemorroides (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
9. Fisterra.com, hemorroides [actualizada el 14 de junio de 2016; acceso 2 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
10. Álamo C. Uso de EFP en patologías cardiovasculares. Madrid: Consejo General de COF; 2001. p. 132-46.
11. American Gastroenterological Association medical position statement: Diagnosis and care of patients with anal fissure. *Gastroenterology* 2003 Jan;124(1):233-4. [1 reference] PubMed
12. Ellis C. Sphincter-Preserving Fistula Management: What patients want. *Dis Colon Rectum*. 2010; 53: 1652-1655.

# CAPÍTULO 11

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA CARDÍACA I

---

**M.A. Aragón Leal**

*Médica UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Crugeiras Suárez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.S. Vera Piñero**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**J.M. Fernández González**

*Médico UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 11.1 FIBRILACIÓN AURICULAR

## INTRODUCCIÓN

La frecuencia cardiaca es la velocidad a la que late el corazón, es decir, el número de veces que se contrae en un tiempo determinado para impulsar la sangre a todo el cuerpo. Se mide habitualmente en latidos por minuto y sigue un ritmo regular.

La frecuencia cardiaca normal está entre 60-100 latidos por minuto, esto puede variar según la persona, si está haciendo ejercicio, si está relajada, etc.

Cuando el ritmo al que late el corazón pierde la regularidad estamos hablando de una ARRITMIA.

### ¿Qué es la FIBRILACIÓN AURICULAR?

La **fibrilación auricular** es la arritmia más frecuente en nuestro medio. La actividad eléctrica del corazón se desorganiza provocando que los latidos del corazón sean irregulares. Es posible que note latidos distintos unos de otros, a veces más rápidos o más lentos.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Las molestias que se pueden notar con la **fibrilación auricular** pueden ser varias:

- Palpitaciones: es el síntoma más frecuente. Es la sensación incómoda de notarse el corazón, se puede percibir como latidos rápidos e irregulares.
- Cansancio al realizar las actividades cotidianas.
- Sensación de falta de aire, sobre todo al hacer ejercicio.
- Mareos o sensación de desmayo.
- Puede ocurrir que la **fibrilación auricular** no cause síntomas y se detecte por casualidad en una exploración rutinaria mediante un electrocardiograma. (prueba para comprobar el funcionamiento del corazón)



Hay diversas enfermedades que favorecen la aparición de la **fibrilación auricular**: presión arterial alta, otras enfermedades del corazón, alteraciones en el tiroides u otras enfermedades hormonales, etc.

## ¿Cómo medirse el pulso?

Es importante saber medirse el pulso para controlar su arritmia pero no hay que agobiarse por ello, intente que la **fibrilación auricular** no condicione su vida:

- Ponga dos dedos (el índice y el corazón) a un lado de la tráquea (en el cuello) o en la parte interna de la muñeca, casi en el inicio de la mano, cerca del dedo pulgar hasta notar las pulsaciones. No comprima demasiado.
- Cuente los latidos durante 30 segundos y multiplique por 2.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Controle su Tensión Arterial periódicamente, siguiendo las instrucciones pautadas.
- Controle su peso.
- Evite el ejercicio físico muy intenso como ciclismo o carreras de fondo pero mantenga una vida activa, camine y evite el sedentarismo.
- Evite sustancias como el alcohol, café, té, bebidas con cafeína o estimulantes ya que pueden desencadenar episodios de arritmia.
- Si es fumador debe abandonar este hábito ya que es altamente perjudicial para el corazón.
- Tome la medicación pautada por su médico siempre.
- Traiga la medicación siempre que acuda a la consulta médica.
- Acuda a las consultas concertadas por su enfermera o médico. Su arritmia no controlada, puede crear problemas cardiacos o cerebrales.
- Acuda al médico si:
  - Siente mareos y/o sensación de desmayo
  - Su pulso es mayor de 110 latidos por minuto en reposo.
  - Siente dolor en el pecho.
  - Las palpitaciones no ceden en unos minutos.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 11.2 DOLOR TORÁCICO

## INTRODUCCIÓN

El dolor en el pecho es un motivo de consulta muy frecuente tanto en el médico de cabecera como en los servicios de urgencias.

Hay que aclarar, sin embargo que tener dolor en el pecho no significa necesariamente que se esté teniendo un infarto. De hecho, la mayoría de las personas que acuden al médico por este motivo **NO** lo están teniendo.

Generalmente este dolor se produce por problemas menos serios como dolor muscular, alteraciones en el estómago o ansiedad.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Posibles causas de dolor de pecho distintas al infarto:

- Problemas cardiacos distintos al infarto como infecciones (pericarditis).
- Dolor muscular tras actividad física o un esfuerzo.
- Enfermedades que causan dolor como la artritis.
- Herpes Zóster: es una enfermedad causada por un virus que produce un sarpullido doloroso (se conoce comúnmente como “Culebrina”).
- Problemas digestivos como acidez estomacal, reflujo, úlcera o síndrome del intestino irritable.
- Problemas pulmonares como neumonía (infección) o coágulos de sangre en los pulmones.
- Problemas psicológicos como trastornos de pánico, ansiedad o depresión.



El médico le informará de la posible causa de su dolor de pecho y cómo manejarlo. Siga sus recomendaciones y acuda a su médico de atención primaria para cualquier duda.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

En ocasiones hay personas que se demoran en pedir ayuda porque creen que los síntomas que notan no son serios o que cederán, esto puede dar lugar a problemas más preocupantes como daños irreversibles en el corazón.

El dolor en el pecho, además, no es el único síntoma a tener en cuenta cuando hay un infarto. Incluso es posible sufrirlo sin tener dolor, esto es más frecuente en mujeres, diabéticos y mayores de 65 años.

Vamos a ver qué síntomas nos pueden alertar de que el dolor torácico sí puede ser debido a un problema cardíaco más serio y hay que acudir a un servicio de urgencias.

- Dolor, presión o molestia en el centro del pecho.
- Dolor que se refleja o irradia a brazos, espalda, estómago, mandíbula o cuello.
- Falta de aire (Disnea).
- Náuseas, vómitos, eructos o acidez estomacal que no se explican por causa digestiva.
- Piel sudorosa y fría. Palidez.
- Alteración de los latidos del corazón. Más rápidos, lentos o irregulares.
- Desvanecimiento (síncope) coincidiendo con dolor.
- Mareos o incluso desmayo.
- Dolor que aparece con esfuerzo y cede en reposo.

**Estos síntomas son importantes si duran más de unos minutos o aparecen y desaparecen de forma continua.**

**Hay que acudir a urgencias también si tiene antecedentes de problemas cardíacos como infartos anteriores o arritmia.**

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 11.3 INSUFICIENCIA CARDÍACA

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la insuficiencia cardiaca?*

La insuficiencia cardíaca (IC) quiere decir que su corazón tiene menos capacidad de la que debería para bombear sangre. A medida que el bombeo del corazón se vuelve menos eficaz, la sangre puede acumularse en otras zonas del cuerpo.

Es un problema frecuente que puede afectar a personas de todas las edades, aunque aparece más en personas mayores.

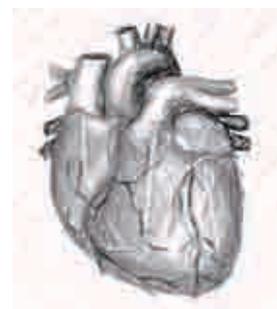
Es una enfermedad crónica para la cual no hay curación pero realizando cambios en su forma de vida y tratándola adecuadamente puede conseguir una mejoría importante en su calidad de vida, así como prolongar ésta.

Las dos causas más frecuentes son cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial. Otras causas pueden ser enfermedad de válvulas cardíacas, infecciones, diabetes, sobrepeso y consumo de tóxicos y alcohol.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### Los síntomas de la Insuficiencia Cardiaca suelen ser:

- Cansancio, debilidad o mareos.
- Dificultad para respirar, lo cual podría hacer que reduzca su nivel de actividad o que necesite más almohadas para dormir.
- Taquicardia (aumento de las pulsaciones)
- Inflamación en los pies, los tobillos y piernas o abdomen (edemas).



En principio puede solicitarse pruebas como electrocardiograma, analítica, radiografía de tórax... A veces se amplían otras pruebas como ecocardiograma, prueba de esfuerzo y/o cateterismo cardíaco.

Los fármacos empleados en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca ayudan a tener mayor capacidad para realizar sus actividades cotidianas y reducir los síntomas como los edemas o la dificultad respiratoria.

### Algunos síntomas de alarma puede ser importantes como:

- Dolor torácico opresivo que no cede con reposo y nitroglicerina de más de 15 min. El dolor también puede localizarse en el abdomen, garganta, brazos, hombros o espalda.
- Dificultad para respirar o asfixia intensa y persistente con sudoración y frialdad.
- Desvanecimiento.

### **Consulte a su médico/a o enfermero/a si aparece cualquiera de estos síntomas:**

- Aumento de peso rápido: más de 1kg/día o más de 2 kg en 2-3 días.
- Hinchazón de pies, tobillos o abdomen.
- Disminución de la cantidad de orina.
- Empeoramiento de la sensación de falta de aire o necesidad de aumentar el número de almohadas para dormir.
- Tos seca persistente.
- Dolor en el pecho.
- Mareo o pérdida de conciencia.

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Controle su Tensión Arterial periódicamente
- Cocine sin sal ni grasas. Aprenda a comer sano, siga la dieta mediterránea. Recuerde, cuidarse comienza con ir a la compra, debe prestar atención a los alimentos que son ricos en sal y grasas.
- Evite consumo de alcohol y tabaco.
- Controle su peso diariamente y mantenga su peso ideal. Todos los días al despertar, después de orinar pero antes de desayunar y vestirse, use una báscula precisa y anote su peso.
- Cuide la cantidad de líquidos que bebe, es conveniente no beber más de 1,5 ó 2 litros al día, especialmente si su médico le ha pedido restricción.
- No deje de tomar su tratamiento, acuda a sus citas de revisión médica.
- No tome fármacos perjudiciales sin consultar (antiinflamatorios, corticoides, antidepresivos, etc.)
- Haga ejercicio físico moderado a diario (caminar, nadar o montar en bicicleta) sin sobreesfuerzos. 30 min 5 veces a la semana o 150 min a la semana.
- Vacúnese de forma regular de la gripe y neumococo.
- Aprenda a reconocer los signos de alarma y consulte a su médico si ocurren.
- Planifique su actividad. Evite situaciones de estrés y cambios bruscos de temperatura.
- Acuda a las consultas concertadas por su enfermer@ o médic@.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 11.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Fibrilación auricular (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Heidbuchel H, Panhuyzen-Goedkoop N, Corrado D, Hoffmann E, Biffi A, Delise P, Blomstrom-Lundqvist C, Vanhees L, Ivarhoff P, Dorwarth U, Pelliccia A. Recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports in patients with arrhythmias and potentially arrhythmogenic conditions Part I: Supraventricular arrhythmias and pacemakers. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006;13:475–84
3. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Dolor de pecho (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 04 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
4. López L, Arós F, Lidón RM, Cequier A, Bueno H, Alonso JJ, Coma I, Loma-Osorio A, Bayón J, Masiá R, Muñón J, Fernández-Ortiz A, Maerrugat de la Iglesia J, Palencia M. Actualización (2002) de las guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en angina inestable/infarto sin elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol* 2002; 55(6): 631-642
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Insuficiencia cardiaca (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 08 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
6. Fisterra.com, Dolor torácico sospechoso de isquemia miocárdica [actualizada el 11 de diciembre de 2014; acceso 30 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
7. Oliveri R, Pomés Iparraguirre H, Barisani JL, Nul D, Doval H, Grancelli H y col. Consenso de Insuficiencia Cardíaca. *Rev Argent Cardiol* 2000;68(supl III):1-64.
8. Crespo-Leiro MG, Segovia-Cubero J, Gonzalez-Costello J, Bayes-Genis A, LopezFernandez S, Roig E, et al. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardiaca: ESC Heart Failure LongTerm Registry. *Rev Esp Cardiol*. 2015;68:785–93.
9. Fisterra.com, Fibrilación auricular [actualizada el 13 de noviembre de 2014; acceso 11 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
10. Maggioni AP, Anker SD, Dahlstrom U, Filippatos G, Ponikowski P, Zannad F, et al. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail*. 2013; 15:1173–84.

# CAPÍTULO 12

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA CARDÍACA II

---

**M.A. Aragón Leal**

*Médica UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Crugeiras Suárez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**C. Gómez Enríquez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**J.M. Fernández González**

*Médico UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 12.1 PERICARDITIS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la pericarditis?

Es un padecimiento que produce irritación del tejido que rodea el corazón. Este tejido, llamado pericardio, forma un saco que protege el corazón.

Dentro de sus funciones se encuentra la disminución de la fricción y desplazamiento del corazón, función de barrera con estructuras adyacentes y de efecto mecánico limitando la dilatación o distensión cardíaca.

En el 80% de los casos, la causa no se conoce y se asume que el origen de éstos es viral. Representa un 5% de los dolores torácicos no isquémicos que acuden a urgencias.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Sus principales manifestaciones pueden incluir dolor torácico pleurítico, roce pericárdico, alteraciones electrocardiográficas evolutivas, fiebre y derrame pericárdico (líquido en el corazón).

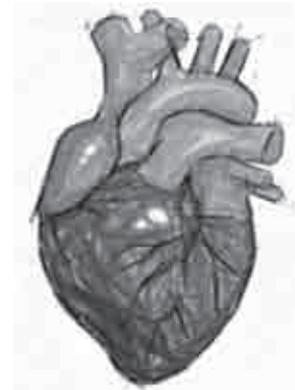
**Dolor en el pecho**, es el síntoma más común de la pericarditis. Puede ser un dolor punzante o sordo que puede mejorar al sentarse e inclinarse hacia adelante.

En caso de existir criterios de gravedad el paciente requerirá ingreso.

### Deberá acudir a urgencias si presenta:

- Dolor en el pecho con falta de aire, debilidad o estar a punto de desmayarse.
- Fiebre >38°C.
- Falta de respuesta al tratamiento médico en la primera semana.

Pruebas complementarias para el diagnóstico de la Pericarditis Aguda suelen ser electrocardiograma, radiografía de tórax y analítica. A veces es necesario realizar un ecocardiograma.



### ¿Cómo se trata la pericarditis?

- Tratamiento para el dolor(antiinflamatorios): Aspirina o Ibuprofeno
- Colchicina: se recomienda para mejorar síntomas y reducir el riesgo de un episodio recurrente.
- Tratamiento de la causa: cuando la causa de la pericarditis es una infección bacteriana el tratamiento es antibiótico. En casos de causa viral no es necesario un antiviral, tan sólo tratamiento sintomático.
- El reposo es una parte importante del tratamiento en la fase aguda de la enfermedad.
- Pericardiocentesis: extracción de líquido del pericardio. Se realiza en casos de taponamiento cardiaco, derrame severo o recurrente a tratamiento médico.

### RECOMENDACIONES AL ALTA

- Reposo relativo durante el primer mes, luego ir aumentando la actividad física de forma progresiva.
- Controlar la tensión arterial y la frecuencia cardiaca
- Continuar con ibuprofeno o aspirina al menos 3 meses y colchicina hasta 6 meses tras el diagnóstico.
- En caso de que vuelvan a aparecer los síntomas volver a consultar.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 12.2 SÍNCOPE

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el síncope?

Es el término médico que se utiliza para referirse a un desmayo común o lipotimia.

Se suele producir de forma repentina y es, por lo general, reversible, breve y con recuperación completa. Su causa es la aparición de una respuesta involuntaria que produce una bajada brusca y transitoria de la presión arterial y/o de la frecuencia cardíaca (pulso más lento).

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Por lo general, antes de que aparezca un síncope, se notan una serie de síntomas que pueden durar de segundos a minutos, que nos pueden alertar de que el desmayo puede llegar a producirse.

### Estos síntomas suelen ser:

- Malestar general o abdominal.
- Mareo y/o palidez.
- Calor o frialdad.
- Sudoración abundante.
- Sensación o presencia de inestabilidad.
- Debilidad acusada y repentina.
- Bostezos, náuseas y/o vómitos.
- Sensación de desmayo inminente.



### ¿Qué situaciones pueden desencadenarlo?

Aunque el síncope es un cuadro impredecible hay situaciones que pueden desencadenarlo con mayor facilidad, en gente propensa a sufrirlo eludir dichas situaciones puede ayudar a evitar su aparición.

### Estas situaciones pueden ser:

- Alteración desagradable más o menos fuerte de uno de los 5 sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto).
- Situaciones estresantes (análisis de sangre, visitar hospitales, ver sangre).
- Emociones fuertes, ansiedad.
- Dolor, cólico, tos intensa.

- Levantarse o sentarse bruscamente.
- Aglomeraciones de personas, ambientes calurosos.
- Comidas abundantes y prolongadas.
- Permanecer mucho tiempo de pie sin moverse.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Estírese o que lo estiren en el suelo. Recuerde que actuar rápido puede ayudar a prevenir el desmayo.
- Aflojar la ropa ajustada (cinturón, corbata, cuello de camisa...) y levantar las piernas, apóyelas en una pared, sobre almohadas, que alguien las sujete, etc... La recuperación puede ser más rápida si mueve las piernas como si estuviese pedaleando.
- Esperar 10-15 minutos antes de volverse a incorporar y hacerlo de forma progresiva.
- Evite situaciones de estrés, calor, aglomeraciones, deshidratación, estar quieto de pie durante mucho rato,...
- Es normal sentir debilidad y cansancio durante un rato tras el episodio.
- Recuerde: aunque el síncope es una situación que crea ansiedad en el entorno familiar suele ser una situación reversible y con recuperación espontánea y completa.

### **Acuda a un servicio médico en caso de:**

- » Pérdida de conocimiento con contusión.
- » Pérdida de conocimiento brusca, sin la sintomatología previa descrita anteriormente.
- Tome la medicación pautada por su médico siempre y tráigala siempre que acuda a la consulta
- Lleve el nombre de las pastillas que toma cuando acuda a la consulta.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 12.3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la tensión arterial?

Es la fuerza con que la sangre circula por el interior de las arterias de nuestro cuerpo. La hipertensión arterial: es la elevación persistente de la tensión arterial por encima de los límites recomendados.

El objetivo de estas recomendaciones es ayudarles en el control de su hipertensión para evitar complicaciones, infarto cardíaco, accidente cerebrovascular y enfermedad renal. Por lo general, no causa síntomas. Pero puede ser serio.

Cuando su médic@ o enfermer@ le dice su presión arterial, él o ella dirá dos números. Por ejemplo, podría decir que su presión arterial es "140 sobre 90". El número superior es la presión dentro de las arterias cuando el corazón se contrae. El número inferior es la presión dentro de sus arterias cuando su corazón está relajado



## SÍNTOMAS Y MANEJO

### Valores normales:

Los médic@s y/o las enfermer@s definen la presión arterial como:

- **Normal:** 120-140/80-90.
- **Alta:** mayor de 140/90; control por su médico de cabecera.
- **Grave:** mayor de 180/110: control urgente, consulta en su centro de salud y/o punto de urgencias.

### Automedida de la tensión arterial.

La automedida de la tensión arterial consiste en la medición, por parte del paciente o de algún familiar, de la misma en su domicilio. La tensión arterial en el domicilio se tomará varias veces al día durante un periodo de tiempo, después será suficiente tomarla una vez al día.

Para tomar la Tensión Arterial es recomendable que la persona se encuentre sentada con el brazo estirado y que se hagan dos o tres tomas sucesivas, no siendo válida la primera, calculándose como tensión arterial real la media de las dos cifras últimas.

Es importante que el paciente anote cada día sus cifras de tensión arterial para enseñarlas en la consulta. La enfermer@/médic@ le informará qué cifras de tensión arterial son recomendables en cada caso, dependiendo de la edad, peso, sexo, etc.

### **Deberá acudir a médico si presenta:**

- Hipertensión Grave: mayor de 180/110.
- Cefalea que no cede con medicación habitual.
- Alteración del lenguaje, habla o movimientos.
- Malestar general no justificable.
- Dolor pecho (torácico).
- Sensación de palpitaciones.

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Controle su Tensión Arterial periódicamente, siguiendo las instrucciones pautadas.
- Controle su peso.
- Dieta pobre en sal y baja en calorías.
- Realice ejercicio moderado regularmente, preferentemente caminar.
- Evite situaciones de estrés. Limite la ingesta de alcohol.
- Deje de fumar.
- Tome la medicación pautada por su médico siempre.
- Traiga la medicación siempre que acuda a la consulta médica.
- Lleve el nombre de las pastillas que toma cuando acuda a la consulta.
- Acuda a las consultas concertadas por su enfermera o médico. Su hipertensión no controlada, puede crear problemas cardiacos, cerebrales o renales.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 12.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Pericarditis en adulto (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Síncope [actualizada el 30 de octubre de 2016; acceso 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Antiplatelet Trialists' collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy: I. Prevention of death, myocardial infarction and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. *BMJ*. 1994;308: 81-6
4. Sagristá Sauleda J, Almenar Bonet, L y cols .Guías prácticas en las enfermedades pericardicas. *Rev Esp Cardiol* 2000; 53: 394 – 412
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Síncope, desmayo (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
6. Fisterra.com, pericarditis aguda [actualizada el 22 de diciembre de 2015; acceso 9 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
7. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS). *Eur Heart J* 2009;30:2631-71.
8. Moya A, Sutton R, Ammirati F, Blanc JJ, Brignole M, Dahm JB, et al. Task Force for the Diagnosis and Management of Syncope; European Society of Cardiology (ESC); European Heart Rhythm Association (EHRA); Heart Failure Association (HFA); Heart Rhythm Society (HRS). *Eur Heart J* 2009;30:2631-71.
9. Fisterra.com, Automedicación de la presión arterial (AMPA) [actualizada el 2 de julio de 2014; acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
10. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Hipertensión arterial (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
11. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society for Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC) *Journal of Hypertension* 2007;25:1105k 1187.
12. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension .World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group *Journal of Hypertension* 2003, 21:1983–1992

# CAPÍTULO 13

## RECOMENDACIONES EN CURAS, HERIDAS Y MORDEDURAS

---

**I. Farach Barroso**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.D. Chueca González**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S.M. Carrillo Medina**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 13.1 MORDEDURAS DE ANIMALES Y HUMANOS

## INTRODUCCIÓN

Las mordeduras son aquellas heridas o punciones producidas por la dentadura de animales (perros, gatos, caballos, murciélagos...animales exóticos) o humanos, pueden afectar a piel y a otras estructuras anatómicas.

Las mordeduras más frecuentes son las producidas por perros y gatos domésticos relacionados con la víctima.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

La mordedura es una herida contaminada, ya que la cavidad oral (boca) de los animales y humanos contienen flora polimicrobiana abundante que se suma a la propia de la piel.

La gravedad y tratamiento de las mordeduras, va a depender de su localización, estructuras afectadas, edad del paciente y patologías previas, siendo la principal complicación, la infección relacionada con la rotura de la piel y las bacterias presentes en la boca.

En este contexto, dependiendo de las características de la/s mordeduras y posibles complicaciones, el paciente puede presentar dolor, ansiedad, limitación o impotencia funcional, hemorragia, infecciones... llegando incluso a comprometer la vida del paciente.

En el área de urgencias con el fin de favorecer el mejor pronóstico de la lesión procedemos a:

- Tranquilizar y reducir el nivel de ansiedad.
- Examen físico de la lesión.
- Limpieza de herida/s y uso de antisépticos tópicos.
- Valorar signos de infección como son fiebre, abscesos, eritema, drenaje purulento, dolor, inflamación...
- Desbridamiento de los bordes de la herida sin sutura en caso de menos de 8 horas de evolución.
- Sutura de heridas (según protocolo).
- Profilaxis antitetánica (según protocolo).
- Administración de analgesia (según protocolo)
- Administración de antibioterapia (según protocolo).
- Profilaxis hepatitis B (agresor AgHBs positivo)(según protocolo).
- Derivación al nivel asistencial que permita una atención integral, coordinada e interdisciplinar si su caso lo requiere.



**Acuda a su médico si aparece:**

- Temperatura igual o mayor de 38°C.
- Cambio de coloración de piel y mucosas.
- Falta de sensibilidad de la zona afectada.
- Inflamación excesiva.
- Dolor intenso que no mejora con la toma de analgesia pautada.
- Signos de infección: secreción purulenta, aumento de calor de la herida, dolor intenso, inflamación y fiebre.
- Malestar general, mareos, náuseas, escalofríos, taquicardia, hipotensión, inquietud o agitación, dificultad para respirar, confusión y disminución de la conciencia.

**RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Acuda a su Centro de Salud en 24-48 horas para revisión /cura de herida/s.
- Tómese la temperatura y solicite atención sanitaria si presenta fiebre.
- Tome el tratamiento pautado siguiendo la prescripción médica.
- Si le han administrado profilaxis antitetánica (vacuna tétanos) debe acudir a su Centro de Salud para completar la pauta de vacunación.
- Si le han administrado profilaxis antihepatitis B, debe acudir a la Unidad de Medicina Preventiva del Hospital de Jerez para completar pauta de vacunación.
- Si la mordedura se ha producido por murciélagos, animal desconocido procedente de viajes de zona endémica de rabia o importado ilegalmente, debe comunicarlo en el hospital y proceder a la posterior denuncia.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 13.2 HERIDAS SUTURADAS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es una herida?

Una herida es una solución de continuidad de la piel o de las mucosas producida por un agente traumático.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Hemos aproximado los bordes de su herida para acelerar la curación y minimizar el riesgo de infección. El procedimiento utilizado ha sido:

- Sutura con hilo.
- Grapas quirúrgicas.
- Adhesivo tisular (pegamento).
- Otros.

La mayor parte de las heridas suturadas cicatrizan correctamente en el plazo de 7 a 10 días, aunque el tiempo de cicatrización y el resultado de la intervención depende de diversos factores: edad, presencia de ciertas enfermedades, hidratación, estado nutricional y características de la herida (causa, localización, profundidad, extensión, grado de contaminación,.. etc).

Su enfermera/o le orientará al respecto y le indicará si requiere retirada de puntos y el tiempo aproximado.

### Cura de los puntos de sutura o grapas quirúrgicas:

- Lávese las manos.
- Retire el apósito.
- Limpie con gasa humedecida con suero fisiológico.
- Seque con gasa limpia.
- Aplique antiséptico (clorhexidina o povidona yodada).



Si el cierre de la herida se ha efectuado con ADHESIVO TISULAR (pegamento para unir heridas) , no debe aplicar ninguna medicación líquida ni oleosa sobre el adhesivo, mantenga la herida seca y protéjala hasta que se desprenda la película adhesiva, esta película se desprende de forma espontánea, debe consultar a su enfermera si permanece más de 10 días.

**Cuando acudir a valoración por enfermería:**

- Separación de los bordes de la herida o pérdida de la sutura.
- Sangrado (es normal que los apósitos estén ligeramente manchados los primeros días).
- Inflamación excesiva.
- Signos de infección: secreción de pus, inflamación de la herida, dolor excesivo, fiebre,...etc.

**RECOMENDACIONES AL ALTA**

- No realice esfuerzos y evite traumatismos en la herida, ésta podría abrirse.
- Las heridas deben mantenerse cubiertas durante las primeras 24 horas. Posteriormente se pueden exponer al aire si no le indican lo contrario.
- Acuda a su enfermera de referencia para valorar su herida en las siguientes 48-72 horas.
- Puede ducharse. Evite frotar directamente sobre los puntos de sutura, no utilice agua muy caliente ni se bañe. La herida debe quedar bien seca mediante gasas o secador con aire frío.
- Tras la retirada de puntos, es conveniente aplicar crema hidratante y protección solar total sobre la cicatriz al menos durante 6 meses.

**OBSERVACIONES**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 13.3 CUIDADOS DE LAS QUEMADURAS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es una quemadura y tipos?

El mecanismo de acción es mayoritariamente por el contacto con calor (bien por fuego, líquidos calientes o vapor), productos cáusticos, químicos (líquidos o gases inflamables), radiaciones solares o electricidad.

Esto provoca pérdida de líquidos, de calor y de la acción de barrera frente a los microorganismos, provocando un mayor riesgo de infección. Una quemadura es una de las lesiones que más frecuentemente se producen.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Hay cuatro tipos de quemaduras:

- **Quemadura superficial de piel** (anteriormente llamada “quemadura de primer grado). La piel está seca, roja y duele. (Quemadura de la playa).
- **Quemadura superficial de espesor parcial** (anteriormente llamada “quemadura de segundo grado”). La piel está roja despide líquido, puede tener flictenas (ampollas) y son dolorosas. **Hay que ir al centro de salud a que se atienda por primera vez por una enfermera.**
- **Quemadura profunda de espesor parcial** (anteriormente llamada “quemadura de tercer grado”). Son más dolorosas presentan mayor número de flictenas y cuando se presiona la zona no se vuelve blanca. **Hay que acudir al Hospital para valoración por la enfermera y el médico.**
- **Quemadura de espesor completo** (anteriormente llamada “quemadura de cuarto grado”) La piel es blanca, gris o negra. La piel es seca y no se siente dolor. **Hay que acudir al Hospital para valoración por parte del médico y la enfermera y posible traslado a centro especializado.**

Las más graves son las quemaduras profundas de espesor parcial y de espesor completo que pueden incluso hacer peligrar la vida de la persona quemada.

Acuda a urgencias si:

- Fiebre.
- No mejoría, empeoramiento.
- Dolor importante no controlable.
- Quemadura superficial de espesor parcial.
- Quemadura profunda de espesor parcial.
- Quemadura de espesor completo.
- Signos de infección como pus, cambio de coloración y/o supuración de la quemadura o cambio de olor.



### **Cuidados de las quemaduras.**

- Limpiar la quemadura con agua fría y jabón. Si tiene ropa adherida acuda al Centro de Salud.
- Enfriar la quemadura bien con paño frío o mojar la piel con agua fría. **NUNCA CON HIELO.**
- **NO** aplicar pomadas, pasta dentífrica o mantequilla. Los remedios caseros pueden empeorar las lesiones.
- No recortar ni romper las flictenas.
- En caso de tener gasas vaselinizadas (Tulgrasum@...) o similar, colocarlo sobre la zona quemada sin comprimir ni apretar y cubrirla con venda limpia y cambiarla cada 24 horas.
- En caso de dolor, se puede tomar los analgésicos que normalmente se tome sin necesidad de receta médica. Elevación de la zona quemada.

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Use jabón neutro e hidrate la piel con una crema hidratante normal.
- Aplique filtro solar de máxima protección (SPF 50+).
- No tomar el sol, al menos durante un año tras la curación de la herida.
- Cuando tome el sol, evite las horas punta (12 a 17h).
- Mantener objetos inflamables alejados de los niños.
- Mantener cualquier objeto caliente lejos del borde de la mesa o estufa.
- Mantener a los niños alejados de objetos calientes, hornos y cocinas.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 13.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Mordeduras (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Disponible en: [http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime\\_infac\\_2005/eu\\_def/adjuntos/infac\\_v13\\_n5.pdf](http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2005/eu_def/adjuntos/infac_v13_n5.pdf). TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS EN ATENCIÓN PRIMARIA [Internet]. [citado 21 de mayo de 2018].
3. Treatment of minor thermal burns - UpToDate [Internet]. [citado 21 de mayo de 2018]. Disponible en: [https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/treatment-of-minor-thermal.burns?search=Treatment%20of%20minor%20termal%20burns.%20Morgan,%20Eric%20D;%20F%20Miser,%20William.%20Up%20to%20date.%20Rev.%202014.%20http:%2F%2F&source=search\\_result&selectedTitle=1~150&usage\\_type=default&display\\_rank=](https://ws003.juntadeandalucia.es:2250/contents/treatment-of-minor-thermal.burns?search=Treatment%20of%20minor%20termal%20burns.%20Morgan,%20Eric%20D;%20F%20Miser,%20William.%20Up%20to%20date.%20Rev.%202014.%20http:%2F%2F&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=).
4. Chronic-wounds-advanced-wound-dressings-and-antimicrobial-dressings-pdf-1502609570376901.pdf [Internet]. [citado 20 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/advice/esmpb2/resources/chronic-wounds-advanced-wound-dressings-and-antimicrobial-dressings-pdf-150260957037690>.
5. JUNTA DE ANDALUCIA [Internet Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_485\\_Quemados\\_Junta\\_Andalucia\\_completa.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_485_Quemados_Junta_Andalucia_completa.pdf) Guía de práctica clínica para el cuidado de personas que sufren quemaduras. ]. [citado 24 de mayo de 2018].

# CAPÍTULO 14

## RECOMENDACIONES EN VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

---

**A. C. Gil Acosa**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S.M. Carrillo Medina**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.T. Chueca González**

*Logopeda UGC ORL, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la gripe?

La gripe es una enfermedad respiratoria contagiosa, causada por virus. La enfermedad puede variar de leve a grave, siendo en la mayoría de los casos un proceso limitado.

El tipo más común de gripe es la «estacional». Se caracteriza por su gran contagiosidad y por presentarse en forma de epidemias anuales durante el periodo de otoño-invierno.

La medida más eficaz para prevenir esta enfermedad es hacerse administrar la vacuna todos los años en otoño.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### ¿Qué síntomas presenta la gripe?

La forma de presentación de la gripe varía desde síntomas leves a otros graves con gran afectación del estado general, y posibles complicaciones, entre las que la neumonía es la más frecuente, especialmente en ancianos y personas con enfermedades crónicas.

Los cuatro **síntomas básicos** son: la fiebre, la cefalea, el malestar general y los síntomas respiratorios, siendo muy característico su comienzo brusco.

Otros síntomas de gripe incluyen:

- Tos seca.
- Dolor de garganta.
- Secreción o congestión nasal.
- Dolores musculares.
- También pueden presentarse síntomas digestivos, como náusea, vómito y diarrea, pero son más comunes en los niños que en los adultos.



En los pacientes con problemas crónicos, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, asma, insuficiencia renal o hepática, generalmente provoca un agravamiento de su enfermedad, siendo una causa de aumento de la mortalidad en estos pacientes durante el periodo.

Normalmente el diagnóstico de la gripe se basa en los síntomas. La necesidad de realizar estudios analíticos, radiografías o cultivos, la determina la existencia de síntomas propios de las posibles complicaciones de la gripe.

Deben **consultar al médico** los pacientes con alto riesgo de sufrir complicaciones como son las personas de más de 65 años, aquellas que tienen enfermedades crónicas, las mujeres embarazadas y los niños pequeños, y siempre que el estado del paciente lo requiera.

Las medidas básicas en el tratamiento de la gripe son el reposo en cama, la toma de abundantes líquidos, en especial infusiones y zumos naturales.

SIEMPRE se debe dejar de fumar y no beber bebidas alcohólicas.

Además, suelen ser de ayuda los tratamientos sintomáticos:

- Analgésicos: alivian el malestar y el dolor muscular y de cabeza, y disminuyen la fiebre. Ejemplos: paracetamol, ibuprofeno, ketoprofeno y naproxeno.
- Antitusígenos: evitan el estímulo de la tos. No deben de utilizarse sin indicación médica.
- Expectorantes: ayudan a que el moco sea más fluido y facilitan la expectoración.
- Descongestionantes nasales: disminuyen el grosor de la mucosa de las vías nasales y reducen la congestión.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Haga reposo y vigile la aparición de signos de alerta. Si le cuesta respirar o tiene confusión mental, o si después de 4 días todavía tiene fiebre superior a 38°C.
- Beba líquidos en abundancia para prevenir la deshidratación.
- Tápese la boca y la nariz con un pañuelo de papel al toser y estornudar, y tírelo a la basura después de cada uso.
- Lávese a menudo las manos con agua y jabón o con productos que contengan alcohol.
- Es recomendable que no salga del domicilio si tiene fiebre y, por lo menos, no salga hasta las 24 horas posteriores a que desaparezca la fiebre, si no toma antipiréticos. Si no puede evitar salir, tápese la boca y la nariz.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 14.2 TOS, CATARRO COMÚN

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la tos?*

La tos es un mecanismo protector de la vía aérea, cuya finalidad es limpiar las vías respiratorias de las partículas extrañas. La tos puede ser seca (no contiene moco) o productiva (contiene moco).

Puede ser normal toser de vez en cuando pero si la tos es más persistente puede deberse a un resfriado, alergias, problemas pulmonares como EPOC, infección de los senos paranasales, efecto secundario de medicación que se usa para disminuir la tensión arterial (ECAS), reflujo gastroesofágico, tabaco.

### *¿Qué es la rinorrea?*

Es la segregación, y posterior expulsión abundante de líquido por las fosas nasales. Normalmente se debe a un resfriado, pero también puede ser debido a alergias, gripe o pólipos nasales.

Ambos síntomas normalmente van asociados al resfriado común.

### *¿Qué es un catarro común?*

Es una infección leve de las vías respiratorias causada por virus. Los virus pueden albergarse dentro de la boca o la nariz provocando síntomas de resfriado.

Se contagia de persona a persona a través de las gotitas al toser, estornudos o a través de las manos.

Puede ocurrir en cualquier época del año pero es más común en invierno o en temporadas de lluvia.

Es un proceso leve pero pueden surgir complicaciones como neumonía, bronquitis, infecciones del oído, empeoramiento del asma o infecciones de los senos paranasales.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

El diagnóstico normalmente se basa en los síntomas que presenta el paciente. Pueden ser indicadas pruebas diagnósticas como analítica de sangre, radiografías o cultivos en personas de riesgos.

Acuda a su médic@ de referencia si sufre alguna enfermedad bronquial, si el resfriado dura más de diez días, si la fiebre es muy alta o si tiene algunos síntomas diferentes de los anteriores descritos.

No existe tratamiento para curarlo ni para disminuir los días de duración, existen una serie de medicamentos que puede tomar para aliviar los síntomas:

- Analgésicos y antipiréticos, medicación que se usa para aliviar el malestar general y para disminuir la fiebre como el paracetamol y el metamizol.
- Puede usar descongestionantes locales como la oximetazolina (durante 5 días máximo).
- Si la tos es seca puede usar antitusivos (no se recomienda el uso de medicamentos antitusivos, mucolíticos en una tos productiva ya que la tos es un mecanismo reflejo de defensa por lo cual puede ser contraproducente emplearlos).

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Deje de fumar.
- Beba abundantes líquidos.
- Lávese las manos con agua y jabón frecuentemente o con productos que contengan alcohol.
- Tápese la boca y nariz con un pañuelo de papel al toser y estornudar y tírelo a la basura después de cada uso.
- Puede usar humidificador.
- Evitar cambios de temperaturas bruscos
- Las medidas caseras como: las bebidas con miel, limón y agua caliente pueden aliviar la tos e irritación.
- Puede tomar analgésicos para encontrarse mejor o medicación para disminuir la temperatura. Nunca suministre aspirina a niños menores de 18 años.
- Puede tomar medicinas para el resfriado que se venden sin receta, si tiene problemas cardiacos consúltelo al farmacéutico.
- Si está congestionado puede hacer lavados nasales con solución salina.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 14.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Gripe (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. World Health Organization. Pandemic (H1N1) 2009. Disponible en: <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/en/>
3. Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Adv Data*. 2003; 337: 1-44
4. Fisterra.com, Información para pacientes sobre la Gripe [actualizada el 24 de octubre de 2010; acceso 2 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Tos, escurrimiento nasal y resfriado común (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
6. Fisterra.com, Información para los padres sobre los catarrros o resfriados de los niños
7. [actualizada el 24 de marzo de 2010; acceso 5 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
8. Barrett B, Hayney MS, Muller D, et al. Meditation or exercise for preventing acute respiratory infection: a randomized controlled trial. *Annals of Internal Medicine*. 2012;10(4):337–346
9. Consumer update: Is rinsing your sinuses safe? Sitio web de la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés). Consultado en [www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm316375.htm](http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm316375.htm) el 25 de enero de 2016.

# CAPÍTULO 15

## RECOMENDACIONES EN VÍAS RESPIRATORIAS INFERIORES

---

**A.C. Gil Acosa**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S.M. Carrillo Medina**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Malvido Nieves**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 15.1 BRONQUITIS

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la bronquitis?

La bronquitis es una irritación de los bronquios, que son los tubos que transportan el aire que entra y sale de los pulmones. Produce una tos que provoca la expulsión de moco (flema) todos los días durante tres meses o más.

Los bronquios son los conductos por los que circula el aire para llegar a la parte más profunda del pulmón (zona alveolar), que es donde realmente se establece el intercambio de oxígeno entre el pulmón y la sangre.

### Se diferencian dos tipos:

- **Agudas:** es la inflamación de los bronquios, generalmente causada debido a una infección o bacteria. **La enfermedad puede llegar a durar unos días o semanas**
- **Crónicas:** es una inflamación que puede durar unos tres meses, durante unos dos años consecutivos. A diferencia de la bronquitis aguda, a este tipo de bronquitis no se le conoce una causa específica.

Aproximadamente un 5% de la población padece bronquitis anualmente, cobrando mayor importancia en aquellas personas con enfermedades respiratorias previas como los asmáticos, afectados por EPOC, o en niños y ancianos.

Se manifiesta con más frecuencia en los meses de invierno y otoño, siendo originada mayoritariamente por **virus**, aunque en un pequeño porcentaje pueden tener un origen bacteriano.

La bronquitis aguda se curará siempre que desaparezca la infección que la ha producido, o la sustancia que ha irritado los bronquios de manera temporal; pero la bronquitis crónica no se cura. Por ello, es importante aprender a vivir con la enfermedad y seguir una serie de consejos básicos para intentar que nos afecte de la menor forma posible.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### Los síntomas son, entre otros:

- Toser con mucosidad transparente o blanco.
- Sensación de mucho cansancio
- Falta de aire
- Molestia u opresión en el pecho
- Secreciones y esputos.



Acuda a su médico si fiebre, disnea importante (asfixia), tos persistente o mucosidad verdosa que no mejora tras tratamiento.

## ¿Cómo se trata la bronquitis?

Existen tres tipos principales de tratamientos para la bronquitis:

- **Medicinas:** la mayoría de las personas utiliza inhaladores que ayudan a abrir las vías respiratorias o que disminuyen la inflamación en éstas. Con frecuencia se necesita más de un inhalador al mismo tiempo. A veces se necesita corticoides cuando los síntomas empeoran más de lo normal.
- **Oxígeno:** si la enfermedad empeora, algunas personas necesitan usar oxígeno para respirar.

**Como normal general, no es necesario tomar antibióticos para poder curar la enfermedad;** dicha infección puede desaparecer sola al cabo de unas semanas. Solo se debe descansar, tomar mucho líquido y, si desea tomar algo para notar mejoría, consulte con farmacéutico.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- En la bronquitis es importante **beber gran cantidad de agua**, sobre todo en forma de infusiones. Es una de las sustancias con mayor actividad mucolítica. Cuanta más agua ingiera el paciente, menos densa será la mucosidad.
- Se deben **evitar los cambios bruscos de temperatura**; así como el frío o el calor extremos.
- **Aprender** técnicas de relajación y mantener la calma durante la exacerbación de la bronquitis es fundamental; si el paciente se pone nervioso le será más complicado respirar.
- Es muy conveniente **utilizar un humidificador de aire**. Aumentar la humedad del ambiente, evitando así que el aire sea muy seco, puede ayudar a respirar, en especial durante la noche.
- Los **aerosoles, spray** para el pelo... pueden ser perjudiciales para la bronquitis. Es preferible no usarlos, o permanecer alejado si alguien los está utilizando en ese momento.
- La **vacunación antigripal y antineumocócica** es aconsejable a toda persona con enfermedades respiratorias crónicas como el EPOC con el fin de evitar complicaciones.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 15.2 NEUMONÍA

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la neumonía?

Es una infección de los pulmones causada principalmente por una bacteria, pero también puede ser causada por virus u otros gérmenes.

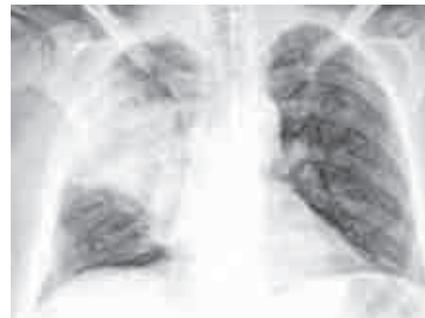
Es una enfermedad que puede ser leve, pero puede ser grave si no se trata especialmente en niños pequeños, mayores de 65 años y personas con otros problemas de salud.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### ¿Qué síntomas presenta la neumonía?

Los síntomas más comunes son:

- Tos con expectoración.
- Fiebre mayor de 38°C.
- Dificultad para respirar.
- Dolor al inspirar profundamente.
- Escalofríos.
- Latidos rápidos del corazón.
- Malestar general.



Estos síntomas mejoran tras 4-5 días de comenzar el tratamiento prescrito, la tos y el cansancio puede durar hasta un mes.

### ¿Cómo se diagnostica la neumonía?

Normalmente el diagnóstico se basa en los síntomas anteriormente mencionados, una auscultación pulmonar y se confirma con una radiografía de tórax.

Las pruebas como cultivo de muestras de esputo y de sangre, la gasometría arterial (medida de la concentración de oxígeno en la sangre) o un análisis de sangre también pueden ser necesarios.

## ¿Cómo se trata la neumonía?

Su médico le pautará la toma de **antibióticos** si son necesarios, es de especial importancia que los tome todos los días que han sido prescritos, a pesar de que note mejoría antes de finalizarlos.

Puede pautarle además:

- **Analgésicos:** medicación que alivia el malestar y el dolor.
- **Antitérmicos:** medicación que ayuda a disminuir la fiebre.

Vacuna antineumococica: puede ser que su médico le recomiende esta vacuna por su situación de riesgo, como prevención de un tipo de neumonía.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Haga reposo.
- Beba abundantes líquidos para así evitar la deshidratación.
- Deje de fumar.
- Si no es alérgico y no tiene contraindicación médica puede tomar analgésicos o antiinflamatorios.
- Puede utilizar medidas físicas como paños tibios para disminuir la temperatura.
- Lávese las manos con agua y jabón o con productos que contengan alcohol.
- Acuda de nuevo a su centro de referencia si nota empeoramiento de los síntomas, si no mejora tras tres-cinco días de comenzar tratamiento.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el asma?

El asma es un padecimiento que puede causar dificultades para respirar. Los síntomas del asma pueden ser leves o graves, y pueden aparecer y desaparecer. Los ataques de asma ocurren cuando las vías respiratorias en los pulmones se estrechan e inflaman.

### ¿Cuáles son algunos desencadenantes comunes del asma?

Un desencadenante del asma es todo aquello que causa los síntomas del asma o los empeora.

Algunos desencadenantes comunes del asma son:

- El humo de cigarrillo.
- Estrés.
- Contraer un resfriado, una gripe o una infección en los pulmones, el oído o los senos paranasales.
- Productos de limpieza fuertes, como la lejía.
- Perfumes o esencias fuertes.
- La contaminación del aire.
- Ciertas medicinas, como la aspirina y otras medicinas para el dolor o la fiebre.
- El ejercicio.
- El aire muy frío y seco.
- Algunos ejemplos de desencadenantes alérgicos (ácaros, moho, perros y gatos, polen...)

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas del asma pueden incluir:

- Sibilancia o ruido al respirar.
- Tos.
- Sensación de opresión en el pecho.
- Falta de aire.



Los síntomas pueden aparecer todos los días, semanalmente o con menos frecuencia, y pueden ser de leves a graves. Aunque es poco frecuente, un episodio de asma incluso puede a veces causar la muerte.

El asma se trata con distintos tipos de aerosoles. Las medicinas para el asma actúan de una de estas dos formas:

- » **Los aerosoles de acción rápida** detienen los síntomas rápidamente: de 5 a 15 minutos. Estas medicinas se usan siempre que aparecen los síntomas del asma. La mayoría de las personas necesitan estas medicinas una o dos veces por semana.
- » **Los aerosoles de control a largo plazo** controlan el asma y previenen futuros síntomas. Las personas que tienen síntomas de asma más de dos veces por semana necesitan usar una medicina de control una o dos veces por día.

**Como normal general, no es necesario tomar antibióticos para poder curar la enfermedad.**

En determinadas situaciones es necesario medicación vía oral, como por ejemplo corticoides.

### **¿Cuándo consultar a un médico o enfermero?**

Consulte a su médico o enfermero si tiene un ataque de asma y los síntomas no mejoran, o si empeoran después de usar inhaladores de acción rápida. Si los síntomas son graves.

Si necesita usar todos los días, debe acudir al médico o enfermero cada 6 meses o con más frecuencia.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Evitar desencadenantes comentados anteriormente.
- Para evitar contraer infecciones, lave sus manos con frecuencia. También se puede vacunar contra la gripe todos los años para no contagiarse
- Para evitar la contaminación del aire, evite salir cuando los niveles de contaminación son altos y no haga ejercicio junto a una calle transitada.
- En invierno, cuando el aire está frío y seco, cúbrase la boca y la nariz con una bufanda.
- Evite usar lejía y otros limpiadores fuertes.
- La **vacunación antigripal y antineumocócica** es necesaria a toda persona con enfermedades respiratorias crónicas como el asma.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la EPOC?

Sus siglas significan enfermedad pulmonar obstructiva crónica, es decir, es la obstrucción crónica e irreversible al flujo de aire, ya que las vías respiratorias se estrechan y quedan dañadas, causando dificultad para respirar. Es una enfermedad prevenible.

El principal motivo por el que las vías respiratorias quedan dañadas es el tabaco, las personas también pueden desarrollar EPOC si respiran vapores o gases tóxicos. En casos aislados, la EPOC aparece a causa de un problema genético.

Puede ser una enfermedad grave y las personas que la presentan corren más riesgos de sufrir infecciones como neumonía, cáncer de pulmón y problemas de corazón.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

En la fase inicial de la enfermedad los síntomas pueden estar ausentes o ser leves aunque a medida que ésta avanza empeoran pudiendo perder calidad de vida.

### Los síntomas que presenta son:

- Sentirse agitado, especialmente cuando está en movimiento.
- Dificultad para respirar, se desarrolla de forma progresiva a lo largo de la evolución de la enfermedad hasta pudiendo limitar las actividades de la vida diaria.
- Silbilancias (hacer un ruido de silbido o chillido al respirar).
- Toser y escupir flema (moco) en general, productiva e inicialmente por las mañanas pero posteriormente se presenta durante todo el día. No tiene relación con el grado de obstrucción al flujo aéreo.

Una persona con EPOC tiene los síntomas anteriormente descritos y puede tener variaciones leves en su día a día, pero en algunas ocasiones estos síntomas pueden empeorar, pueden notar cambios en el color del esputo, aumento de su disnea basal, aumento de la tos, estos cambios pueden indicar una agudización de la enfermedad.

Si presenta los síntomas anteriormente mencionados junto a los factores de riesgos (es fumador o está en contacto con sustancias nocivas) es probable que su médico le solicite una prueba llamada espirometría para el diagnóstico de la EPOC, esta prueba consiste en respirar a través de un tubo conectado a una máquina que mide la cantidad de aire que puede expulsar



También puede solicitarle una analítica de sangre, una radiografía de tórax, un electrocardiograma, una pulsioximetría, una gasometría arterial o un ecocardiograma.

## ¿Cómo se trata la EPOC?

Existen medicamentos de base, los tomará todos los días y otros que son necesarios ante recaídas, su médico le indicará cuándo tomarlos.

- Medicamentos:
  - » Broncodilatadores: medicación que dilatan o abren las vías respiratorias. Normalmente se indican en inhalador, también puede usarse en nebulizador o en pastillas.
  - » Corticoides: medicación que disminuye la inflamación y la hinchazón para mantener abiertas las vías respiratorias.
- Oxígeno: si la enfermedad empeora y en estados avanzados, quizás necesite usar oxígeno.
- Rehabilitación pulmonar: se enseñan ejercicios y formas de respirar que pueden ayudar a aliviar los síntomas.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- DEJE DE FUMAR, es lo principal que debe hacer para evitar la progresión de la enfermedad. Consulte a su enfermero/a de referencia.
- Beba abundantes líquidos.
- Evite la ingesta de alcohol y sedantes.
- Realice ejercicio físico diario y con suavidad.
- Mantenga un peso saludable.
- Aprenda a distinguir los síntomas de empeoramiento, la mejor manera es conocer sus síntomas de base.
- Tome la medicación como le ha sido prescrita.
- Use correctamente los inhaladores.
- Vacúnese anualmente de la gripe (salvo contraindicación médica)
- Consulte a su médico la posibilidad de vacunación antineumocócica, está aconsejada en paciente con EPOC.
- Acuda a su médico/enfermero de referencia si nota empeoramiento de sus síntomas.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 15.5 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Bronquitis (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Broquitis [actualizada el 20 de abril de 2016; acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Cherry DK, Burt CW, Woodwell DA. National Ambulatory Medical Care Survey: 2001 summary. *Adv Data*. 2003; 337: 1-44
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Neumonía extrahospitalaria en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Fisterra.com, Neumonía adquirida en la comunidad [actualizada el 16 de septiembre de 2017; acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. Gutiérrez Zufiaurre MN, García Rodríguez JA. Nuevas técnicas de diagnóstico rápido en la neumonía adquirida en la comunidad. *Pulmón* 2005; 5: 3-14.
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Asma en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Fisterra.com, Prevención del asma [actualizada el 25 de junio de 2017; acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
9. Vivir con... Asma bronquial. Benlloch García, E. Ed. Meditor. Madrid 1991
10. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Epoc (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
11. Fisterra.com, [actualizada el 25 de junio de 2017; acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
12. Johannes Fisterra.com, Prevención del asma [actualizada el 25 de junio de 2017; acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
13. Sen A, Omenaas ER, Bakke PS, Gulsvik A. Implications of reversibility testing on prevalence and risk factors for chronic obstructive pulmonary disease: a community study. *Thorax*. 2005;60:842-7
14. Greaves MW, Kaplan AP. *Urticaria and Angioedema*. New York: Marcel and Dekker Inc; 2004.

# CAPÍTULO 16

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA UROLÓGICA

---

**I. Malvido Nieves**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. León Martínez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**A. Acosta Rodríguez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 16.1 HEMATURIA

## INTRODUCCIÓN

La hematuria es una manifestación clínica relativamente frecuente en los Servicios de Urgencia.

Se define como la presencia de sangre en la orina. Puede ser microscópica (no se ve a simple vista) o macroscópica.

Es posible que se asuste al ver sangre en su orina, pero trate de mantener la calma. Tener sangre en la orina generalmente no es grave. Sin embargo, es importante consultar a un médico o enfermero.

### ¿Qué causa la sangre en la orina?

La sangre en la orina puede tener muchas causas, incluidas:

- Infección en la vejiga, que a menudo también causa ardor o dolor al orinar.
- Infección en los riñones, que a menudo también causa dolor de espalda y fiebre.
- Cálculos renales, que también causan dolor de espalda.
- Ciertas enfermedades renales.
- Ejercicio físico intenso.
- Lesiones (por ejemplo, si se cayó de una bicicleta y se golpeó un riñón).
- Agrandamiento de la próstata, llamado “hiperplasia prostática benigna”, que es común en hombres mayores.
- Cáncer de vejiga, próstata o riñón (es poco frecuente que la causa de la sangre en la orina sea el cáncer, y generalmente afecta a personas mayores de 50 años).

A veces, puede parecer que la orina contiene sangre y no ser el caso. Esto puede pasar si come muchas remolachas o colorantes alimenticios, o si toma ciertas medicinas.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

La hematuria se puede acompañar de los siguientes síntomas y signos relacionados con la patología que la provoca:

- Dolor intenso.
- Ganas de orinar con frecuencia. Ardor al orinar.
- Náuseas y vómitos.
- Orina con sangre o maloliente.
- Dolor de espalda.
- Sudoración.
- A veces se presenta acompañado de fiebre.

## ¿Qué puede hacer?

Consulte a un médico o enfermero si ve sangre en su orina o si su orina es rosada, roja, roja amarronada o color té.

El primer paso es visualizar la hematuria, para ello no es imprescindible realizar sondaje vesical, basta con orinar en un recipiente. En función de su intensidad:

- Hematuria no franca, color rojo claro: tratamiento conservador, sin sondaje vesical. Reposo absoluto con control por su médico.
- Hematuria franca con coágulos, color rojo intenso/negrusco: sondaje vesical. Se realiza un sondaje uretral con lavado vesical manual por parte de enfermería para la eliminación y evaluación de coágulos. Tras la maniobra anterior, se coloca lavado vesical continuo para evitar la formación de coágulos, manteniéndola en todo momento permeable.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

Los pacientes con hematuria tanto microscópica como macroscópica siempre deben ser estudiados para identificar la etiología.

A pesar de que pueda normalizarse el color de la orina, recuerde que precisa de un estudio detallado por parte del urólogo.

### Se deben seguir las siguientes recomendaciones:

- Beba abundante agua, al menos de 2 a 3 litros diarios.
- Siga el tratamiento farmacológico recomendado por su médico en caso necesario.
- Vuelva a consultar en el Servicio de Urgencias si:
  - El dolor no cede o va en aumento.
  - Aparece fiebre mayor de 38°C.
  - Deja de orinar.
  - Tiene vómitos persistentes que no le permiten tomar medicación.
  - Vuelve a aparecer hematuria importante.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 16.2 CÁLCULOS RENALES

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es el cólico nefrítico?*

Es un cuadro doloroso producido por la obstrucción de la vía urinaria por un cálculo o piedra, que dificulta el paso de la orina. Se presenta habitualmente con dolor intenso en la mitad inferior de la espalda, en la cintura o en el costado.

Aparece bruscamente, aunque no es continuo, sino que aumenta y disminuye a intervalos de tiempo variables (se le llama dolor cólico). No mejora con el reposo.

El cólico se debe al descenso de una piedra o arenilla por las vías urinarias. Las piedras, se forman en el riñón a partir de las sustancias o minerales que filtra. Las más frecuentes son las de calcio, seguidas de las de ácido úrico.

Si son muy pequeñas, como arenilla, se expulsan con la orina con mínimas molestias. Si el tamaño es mayor, rozan intensamente los conductos de las vías urinarias (uréter) y dan lugar a la aparición del cólico.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

**Se puede acompañar de los siguientes síntomas y signos:**

- Dolor intenso.
- Ganas de orinar con frecuencia.
- Ardor al orinar.
- Náuseas y vómitos.
- Orina con sangre o maloliente.
- Dolor en los genitales.
- Sudoración.
- A veces se presenta acompañado de fiebre.



La mayoría de las veces, la piedra o arenilla se expulsa espontáneamente. A veces se debe recurrir a su destrucción con una máquina que envía ondas de choque, lo que llamamos litotricia, o extraerla con una operación, o a través de un pequeño tubo introducido por el conducto de la orina.

Si los cólicos se repiten, es necesario averiguar el origen de los cálculos, por lo que puede que su médico le solicite análisis de sangre y orina, radiografías o ecografías, hasta localizar la piedra y su composición, y en muchos casos solicitará el análisis de la propia piedra.

### ¿Qué puede hacer?

Intente calmar el dolor con algún medicamento analgésico o antiinflamatorio conocido por usted. Si el dolor es intenso, busque atención médica de urgencia.

Busque la postura en la que se encuentre mejor y aplíquese calor local, preferiblemente calor húmedo y si es posible, tome un baño caliente.

Orine en un recipiente o filtre la orina con una gasa para intentar recoger el cálculo y confirmar que lo ha expulsado, y si es posible, analizarlo. La expulsión de la piedra da fin al episodio.

### RECOMENDACIONES AL ALTA

- Tome el analgésico y/o antiinflamatorio como le ha indicado el médico.
- Beba abundante agua, al menos de 2 a 3 litros diarios o más en caso de perder más líquidos debido al calor, trabajo o ejercicio.
- Haga dieta blanda durante 3 ó 4 días.
- Continúe con calor local (manta eléctrica o baño de agua caliente).
- Es normal que tenga molestias aunque tome bien la medicación.

### Vuelva a consultar en el Servicio de Urgencias si:

- El dolor no cede o va en aumento.
- Aparece fiebre mayor de 38°C.
- Deja de orinar.
- Tiene vómitos persistentes que no le permiten tomar medicación.
- Está embarazada.
- Tiene un solo riñón funcionando o alguna enfermedad debilitante.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 16.3 INFECCIONES VÍAS URINARIAS

## INTRODUCCION

### *¿Qué es la infección urinaria?*

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son un tipo de infección ocurrida a lo largo del tracto urinario, desde los riñones a la uretra.

Son más comunes en las mujeres, debido a que el conducto por el que se vacía la orina de la vejiga al exterior (llamado uretra), es más corto en las mujeres, lo que facilita que los gérmenes puedan llegar hasta la vejiga y producir la infección.

Se puede infectar cualquier parte del sistema urinario, como la uretra o los riñones, pero es más habitual que la infección se localice en la vejiga. Esta infección se llama cistitis.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

### Los síntomas más frecuentes suelen ser:

- Dolor o ardor al orinar.
- Necesidad de orinar con frecuencia.
- Necesidad de orinar en forma repentina o urgente.
- Sangre en orina.
- Fiebre.
- Dolor de espalda.
- Náuseas o vómitos.

### *¿Cómo sé si tengo una infección de vías urinarias?*

Su médico podrá confirmarle si tiene una infección de vías urinarias al conocer sus síntomas, a veces no es necesario realizar prueba de orina.

Si el médico o enfermero piensa que puede tener una infección en el riñón o no está seguro de lo que tiene, puede hacer una prueba de orina más completa para verificar si hay bacterias.

Si tiene una infección en los riñones, probablemente necesite tomar antibióticos más tiempo. También es posible que necesite recibir tratamiento en el hospital.

Normalmente, los síntomas desaparecen en 1 ó 2 días después del tratamiento. A veces, la infección puede aparecer de nuevo. Seguramente su médico deberá ensayar con distintos tratamientos.

En otros casos, deberá valorar los antecedentes, como relaciones sexuales. Será importante que siga las medidas preventivas que le indique su médico en dicho caso.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Cumpla con el tratamiento prescrito.
- Si además presenta alteraciones del flujo vaginal, informe a su médico. Podría tratarse de otro tipo de infección que puede dar síntomas parecidos a una cistitis, pero requiere un tratamiento distinto.
- Beba abundantes líquidos (2-3 litros/día).
- Realizar un vaciamiento completo y frecuente de la vejiga. Es determinante para prevenir la proliferación de gérmenes en el tracto urinario.
- Orinar antes y después del acto sexual para arrastrar posibles gérmenes al exterior.
- Durante las relaciones sexuales evitar la penetración vaginal después de la rectal.
- Realizar una minuciosa higiene de genitales externos y región anal.
- Control y tratamiento de las infecciones ginecológicas.
- Evitar el uso frecuente de duchas vaginales, irrigaciones, lociones...
- Evitar el consumo de alimentos irritantes (alcohol, café, picantes, vinagre...).
- Aumentar el consumo de vitamina C a través de zumos de arándanos, zumo de cítricos..., para acidificar la orina.
- En caso de dolor, uso de analgésicos según la pauta médica.
- Control de la temperatura mediante el uso de medidas físicas (paños fríos, duchas templadas...) y tratamiento antitérmico según pauta médica.
- Vigilar la evolución del proceso, en caso de empeoramiento de los síntomas, acudir de nuevo al servicio de urgencias.
- Si mejora: seguimiento ambulatorio.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 16.4 SONDAJE URINARIO

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el sondaje vesical?

La sonda vesical es un tubo hueco que se introduce desde el meato urinario hasta la vejiga con el fin de facilitar la salida de orina al exterior con fines diagnósticos o terapéuticos.

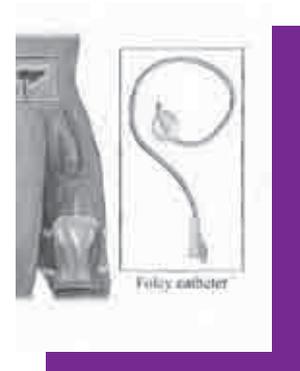
Una vez introducida la sonda para evitar que ésta se salga, en el extremo interior lleva un balón hinchado.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Todo paciente portador de sonda vesical está expuesto a contraer infecciones y otras complicaciones por lo que debe estar atento a los siguientes síntomas:

- Fiebre 38°C.
- Cese de la salida de orina a la bolsa acompañada de fuerte dolor en bajo vientre.
- Orinas muy coloreadas.
- Enrojecimiento o supuración en la zona de salida de la sonda.
- Orina maloliente o con sedimentos (turbia).
- Orina alrededor de la sonda.
- Salida accidental de la sonda.

En caso de que aparecieran algunas de estas complicaciones deberá acudir a su médico o servicio de urgencias.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Mantener la bolsa de orina por debajo del nivel de la vejiga pues dificultaría la salida de orina, favoreciendo la infección.
- Evitar tirones y vigilar que no esté doblada, aplastada u obstruida con sangre o sedimentos.
- Vaciar el contenido de la bolsa cuando alcance los 2/3 de su capacidad máxima.
- Antes de ir a dormir, cambiar o vaciar la bolsa para tener más capacidad y evitar que la orina ascienda por la sonda (reflujo).

- Las bolsas con grifo para vaciarlas se cambian cada 8-10 días o tras desconexión accidental y serán recetadas por su médico.
- Las sondas deberán ser cambiadas periódicamente por el personal sanitario de su centro de salud.

#### **HIGIENE:**

- Lávese las manos antes y después de manejar la sonda.
- Hombres: no circuncidados deberá recolocar el prepucio a su posición natural, cubriendo el glande tras la higiene.
- Mujer: lavar la zona genital de delante hacia atrás.
- Limpieza de la zona con agua y jabón 2 veces al día movilizandó la sonda, haciendo movimientos rotatorios en ambos sentidos para evitar incrustaciones.

#### **ALIMENTACIÓN:**

- Beba de 2 a 2,5 litros de agua si no existe contraindicación por parte del médico.
- Siga una dieta rica en fibra para evitar estreñimiento.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 16.5 BIBLIOGRAFÍA

1. V. Margulis, A.I. Sagalowsky. Assessment of hematuria. *Med Clin N Am.*, 95 (2011), pp. 153-159 <http://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2010.08.028>. Artículo | Medline.
2. S. Murakami, T. Igarashi, S. Hara, J. Shimazaki
3. J Urol, Strategies for asymptomatic microscopic hematuria: A prospective study of 1,034 patients. *J Urol*, 144 (1990), pp. 99. Medline
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Sangre en la orina (hematuria) en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 7 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Fistera.com, Información para pacientes sobre la litiasis renal o cálculos renales o piedras en los riñones [actualizada el 24 de marzo de 2010; acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fistera.com>.
6. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Cálculos renales en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
7. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud - I+CS; 2007. Guías de práctica clínica en el SNS: I+CS, nº 2006/1
8. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Infecciones de vías urinarias en adultos (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 19 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
9. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment and long-term management. London: RCOG Press; 2007
10. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Sondaje vesical (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet].
11. Goldfarb DS, Arowojolu O. Metabolic evaluation of first-time and recurrent stone formers. *Urol Clin North Am.* 2013;40:13-20.

# CAPÍTULO 17

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA OCULAR

---

**I. Martín Muñoz**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R. García Contreras**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**T. Dolarea Recio**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 17.1 CONJUNTIVITIS

## INTRODUCCIÓN

La conjuntivitis es la inflamación de la capa delgada y transparente que recubre la parte blanca del ojo y el interior de los párpados. Puede afectar a uno o ambos ojos. Es altamente contagiosa.

**Existen distintos tipos de conjuntivitis, según la causa, son:**

- Conjuntivitis víricas. Ocasionada por un virus, como un simple resfriado. Es muy contagiosa, pero normalmente desaparece por sí sola en algunos días sin necesidad de tratamiento.
- Conjuntivitis causada por bacterias. Estas puede ocasionar daños al ojo si no se tratan.
- Conjuntivitis alérgica. Ocasionada por irritantes oculares como el polen, el polvo, la caspa de animales. Suele ser estacional (polen) o aparecer en brotes durante todo el año (polvo y caspa de mascotas).

## SÍNTOMAS Y MANEJO

El principal síntoma es el ojo rojo o apariencia rosada del ojo. **Otros síntomas son:**

- Congestión nasal y mucosidad.
- Lagrimeo y picazón de los ojos.
- Sensibilización a la luz.
- Ardor.
- Visión borrosa.
- Sensación de tener arenilla.
- Ojos cerrados al despertarse.



### ¿Se puede tratar la conjuntivitis?

La mayoría de los casos de conjuntivitis desaparecen solos, sin tratamiento, pero algunos tipos se pueden tratar.

Cuando la causa de la conjuntivitis es una infección, por lo general aparece por un virus, así que los antibióticos **no** ayudan. Aun así, la conjuntivitis causada por un virus puede durar varios días.

La conjuntivitis causada por una infección por bacterias puede tratarse con pomadas o gotas con antibióticos.

La conjuntivitis causada por otros problemas como alergia, pueden tratarse con gotas, aunque no curan, pero pueden ayudar a calmar la picazón y la irritación.

Al usar gotas para los ojos para la infección, no se toque el ojo sano después de tocar el ojo afectado, y no ponga el envase o el gotero directamente en contacto con un ojo y después con el otro. Estas situaciones pueden hacer que la infección se transmita de un ojo al otro.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA**

### **Recomendaciones para reducir el riesgo de contraer y propagar la conjuntivitis:**

- Lávese a menudo las manos.
- No comparta elementos de higiene personal como toallas, pañuelos.
- Cúbrase la nariz y la boca al toser y estornudar.
- Evite tocarse y refregarse los ojos.
- Lávese las manos con frecuencia.
- Si usa lentes de contacto, extreme las precauciones de higiene. Quíteselas para ducharse. No las comparta.
- Si va a nadar, utilice gafas de natación para proteger sus ojos de bacterias y microorganismos que se encuentran en el agua y pueden causar conjuntivitis.
- Si sufre alergias estacionales, consulte a su médico qué puede hacer para minimizar los síntomas antes de que comiencen.
- Si usa lentes de contacto, quítese sus lentes y únicamente utilice las gafas.
- Extreme la higiene y el contacto para evitar la propagación de la conjuntivitis.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el orzuelo?

Un orzuelo es un nódulo rojo y doloroso en el párpado que se produce cuando una pequeña glándula en el borde del párpado se infecta o inflama. Los orzuelos pueden salir en el párpado superior o inferior y la mayoría mejoran solos después de unos días o una semana. Otro nombre para el orzuelo es «perrilla».

La causa más habitual de un orzuelo son bacterias, y son causadas por las que viven en la piel y en la nariz, y que por norma general son inofensivas, pero que a veces pueden ocasionar la infección debido a que entran por medio de pequeñas aberturas en la piel o bien en el borde del párpado.

La **falta de higiene** aumenta el riesgo de exponer a los párpados a la infección.

Debe evitar:

- Tocarse los ojos con las manos sucias puede transferir bacterias a sus párpados.
- Cambiar las lentillas sin haberse lavado las manos antes.
- No desinfectar las lentillas antes de ponérselas.
- No desmaquillarse por la noche.
- Usar productos cosméticos viejos o caducados.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

El primer signo de un orzuelo es una pequeña mancha amarillenta en el centro de una protuberancia en el párpado. Los signos y síntomas de un orzuelo incluyen:

- Un bulto rojo en el párpado parecido a un grano o una espinilla.
- Dolor en el párpado.
- Hinchazón de los párpados.
- Lagrimeo.

Generalmente, solo se desarrolla un orzuelo a la vez, no obstante, puede tener más de un orzuelo al mismo tiempo. Dependiendo de si tiene un orzuelo interno o externo, también puede tener otros síntomas.

- Con un orzuelo externo, en el lugar de la lesión se palpa un nódulo duro y muy doloroso. Cuando se toca, se puede sentir caliente.
- Con un orzuelo interno, es posible ver un área de color rojo con una mácula amarilla sobre ella en el interior del párpado. La piel alrededor de la inflamación puede ser de color colorado. Los orzuelos internos suelen desarrollarse más lentamente y son más dolorosos que los orzuelos externos.

Con un orzuelo interno, el dolor y otros síntomas suelen ser más graves que con un orzuelo externo. El dolor, enrojecimiento e hinchazón tienden a ocurrir debajo del párpado. De vez en cuando, la inflamación es severa y puede ir acompañado de fiebre o escalofríos.

La mayoría de los orzuelos son inofensivos para el ojo y no afectan la capacidad de ver claramente. Para diagnosticarlo basta con el examen del párpado por su médico. En caso de necesitar efectuar un corte para calmar la presión, se puede recoger una pequeña muestra para analizarla y así ayudar a determinar qué bacteria está ocasionando la infección y qué antibióticos son los más apropiados.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Para su cuidado y para evitar complicaciones:

- Mantener limpio el ojo. No usar maquillaje hasta que el orzuelo esté curado.
- La higiene palpebral se deberá hacer 1 ó 2 veces cada día, limpiando bien los bordes palpebrales y pestañas con agua tibia o caliente y si es posible, mejor que se utilicen toallitas estériles especiales para la higiene palpebral, utilizando una para cada ojo.
- Es muy importante no tocar el orzuelo, ni intentar reventarlo, ya que con esta maniobra se puede aumentar la infección.
- Compresas de agua tibia. Para aliviar el dolor, mojar una toalla limpia con agua tibia. Escurrirla y ponerla sobre el ojo cerrado. Luego masajear el párpado delicadamente. Repetir eso dos o tres veces al día.
- No colocarse lentes de contacto. Las lentes de contacto pueden estar contaminadas con las bacterias asociadas al orzuelo. No colocarlas hasta que el orzuelo desaparezca.
- Administrar el tratamiento prescrito por el médico, gotas antibióticas o ungüento antibiótico tópico para el párpado.
- Si el orzuelo no desaparece, acudir de nuevo al médico por si requiere hacer un pequeño corte en el orzuelo para drenarlo. Esto ayuda a acelerar la cicatrización y alivia el dolor y la hinchazón.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 17.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Conjuntivitis: ojo rojo (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. García De la Rasilla C, Martín Bun M, Estévez Muñoz JC, et al. Guías Clínicas en Atención Primaria: conjuntivitis bacterianas.
3. Fisterra. Guías Clínicas 2004; 4 (16). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Conjuntivitis.pdf> (Día de acceso: 15-07-2007).
4. Esteva Espinosa E. Conjuntivitis: Sintomatología, tratamiento y medidas preventivas. OFFAR.
5. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Orzuelo (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
6. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001009.htm>
7. [http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1\\_8/Ar\\_1\\_8\\_43\\_APR\\_5.pdf](http://www.esteve.es/EsteveArchivos/1_8/Ar_1_8_43_APR_5.pdf)

# CAPÍTULO 18

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA VASCULAR

---

**M.A. Aragón Leal**

*Médica UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R. García Contreras**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**P. Capa Sánchez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 18.1 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la trombosis venosa profunda?

La trombosis venosa profunda son coágulos de sangre que se forman en las venas profundas. Suele localizarse en las extremidades inferiores (98%) aunque también en las superiores y en la pelvis.

La trombosis puede ser provocada por factores tales como:

- Cirugía o trauma reciente.
- Inmovilización prolongada.
- Hospitalización con reposo en cama prolongado.
- Embarazo.
- Uso de anticonceptivos orales.

Si se forma un coágulo, puede obstruir e impedir que la sangre circule normalmente en venas profundas de las piernas.

Los coágulos sanguíneos pueden desprenderse y obstruir otros vasos sanguíneos, produciendo embolismo, los émbolos pulmonares son los más frecuentes causando dificultad para respirar e incluso la muerte al producir una “embolia pulmonar”.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas más comunes en la trombosis son:

- Inflamación de la pierna.
- Dolor intenso.
- Sensación de calor y enrojecimiento en la pierna afectada.

A veces se forman coágulos en las venas que están más cerca de la superficie de la piel “venas superficiales”. Estos coágulos, aunque son menos peligrosos, son más dolorosos y causan enrojecimiento o infección haciendo que las venas se endurezcan, se hinchen y formen cordones, sobre todo en las venas que están debajo de las rodillas.

Si cree que tiene un coágulo en la pierna, acuda a su médic@ o enfermer@ para que le realicen una adecuada exploración, pruebas para diagnosticarlo (analítica y/o ecografía) y recibir tratamiento adecuado.



**Los síntomas más comunes de los coágulos de sangre en los pulmones o embolia pulmonar son:**

- Dificultad para respirar.
- Dolor agudo en el pecho, sobre todo al inhalar ó esforzarse.
- Tos con sangre.
- Frecuencia cardiaca elevada.

Si tiene alguno de estos síntomas, sobre todo si empeoran rápidamente, acuda a su hospital para realizar un diagnóstico adecuado, esta patología puede causar la muerte. La mayoría de los casos requieren hospitalización.

**El tratamiento de la trombosis se basa en** prevenir la embolia pulmonar y nuevos coágulos y las complicaciones. Se pautan anticoagulantes, son fármacos que previenen la formación de coágulos al interferir o inhibir la coagulación, así como analgésicos.

En casos en los que hay factores de riesgo reversibles, la anticoagulación se recomienda durante 3 meses, en casos sin factores de riesgo conocidos el tratamiento anticoagulante es indefinido.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Aplicación de vendaje elástico de compresión gradual en miembros.
- Movilización precoz del paciente.
- Elevación de los MMII.
- Deje de fumar.
- Medias de compresión elásticas que estimulan el flujo sanguíneo en las venas por aplicación de presión.
- Tome la medicación pautada por su médic@ siempre.
- Lleve el nombre de las pastillas que toma cuando acuda a la consulta.
- Acuda a las consultas concertadas por su enfermer@ o médic@.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 18.2 VARICES

## INTRODUCCIÓN

Las varices son venas hinchadas y retorcidas que pueden verse justo debajo de la piel. Por lo general, aparecen en las piernas.

Las venas tienen unas válvulas que ayudan a mantener la sangre fluyendo en una sola dirección hacia el corazón. Si éstas están dañadas o son débiles, la sangre puede detenerse y acumularse en las venas y esto hace que se hinchen.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Hay distintos grados de varices, unas pequeñitas y finas que parecen arañas que son debidas a la pesadez y el cansancio, hasta formas más avanzadas que son más gruesas.

### Los síntomas más frecuentes suelen ser:

- Dolor.
- Hinchazón.
- Edemas.
- Cambios en la coloración de la piel.
- Incluso úlceras, siendo estas últimas más difíciles de tratar y se pueden infectar con facilidad.

Estos síntomas suelen empeorar con el tiempo y con la presencia de determinadas enfermedades crónicas.



### ¿Cómo se trata la enfermedad de las venas?

Los médicos pueden utilizar diferentes tratamientos para tratar los síntomas y reducir la inflamación, como por ejemplo:

- Medias, vendas o dispositivos especiales:
  - » Las “medias compresivas” son medias especiales que se ajustan al tobillo y la pierna. Si el médico o enfermero le recomienda que las use, le dirá qué tipo debe usar y cómo se las debe colocar.
  - » Las “vendas compresivas” son capas de vendas con las que se envuelve la pierna.
- Vendas especiales para colocar sobre las heridas abiertas y ayudar a que sanen.
- Fármacos: los médicos pueden usar distintos tipos de medicinas para mejorar los diversos síntomas. Por ejemplo, las personas que no pueden usar medias o vendas compresivas, podrían probar medicinas para que las venas funcionen

mejor. Quienes tienen infecciones en la piel podrían tener que tomar antibióticos, y es posible que quienes sufren picor necesiten usar cremas o ungüentos recetados.

- Procedimientos: los médicos pueden realizar procedimientos si otros tratamientos no funcionan. Por ejemplo, pueden extraer y destruir las venas dañadas para que dejen de llenarse de sangre.

Consulte a su médico, la asesorará y le indicará las más adecuadas.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Prevención de las varices, especialmente si tiene antecedentes familiares o tiene factores de riesgo de desarrollarlas.
- Evite el sobrepeso.
- Realice ejercicio físico de forma regular, para fortalecer el músculo y hacer circular la sangre.
- Elevar las piernas ayuda al dolor y la hinchazón.
- No se siente ni se pare por mucho tiempo, o mueva las piernas con intervalos de pocos minutos.
- Evite el calzado plano. Se recomienda calzado con tacón de 3-5 cm.
- No utilizar ropa muy ajustada.
- Realice masajes y cuidados de la piel.
- No se rasque para evitar heridas.

### Consulte a su médico o enfermero/a si:

- Son muy dolorosas o han empeorado.
- No mejoran al subir las piernas.
- Tiene fiebre y enrojecimiento de la pierna.
- Aparecen heridas.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 18.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Flebitis y trombosis venosa superficial (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Fisterra.com, Insuficiencia venosa crónica [actualizada el **27** de febrero de 2018; acceso 16 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
3. Urbano García J, Tobío Calo R. Filtros de vena cava. En: Diagnóstico y terapéutica endoluminal. Carreira Villamor JM y Maynar Moliner M. Ed. Masson SA (Barcelona) 2002: 570-576.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Trombosis venosa profunda (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Fisterra.com, Trombosis venosa profunda [actualizada el **03** de octubre de 2017; acceso 29 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
6. Álvarez L.J., Lozano F., Marinello J., Masegosa J.A. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología* 2008; 60: 27-36.
7. Bellmunt S., Díaz S., Sánchez I., Fuentes E., Fernández Quesada F., Piquer N. Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con patología vascular. Documento de consenso semFYC-SEACV. Conjuntamente en: *Angiología* 2012 doi:10.1016/j.angio.2012.02.002; *Atención Primaria* 2012 doi:10.1016/j.aprim.2012.03.001

# CAPÍTULO 19

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA I

---

**C. Gómez Enríquez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Casado Prieto**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**T. Dolarea Recio**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Rodríguez Rodríguez**

*Supervisora UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 19.1 ESGUINCE DE TOBILLO

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es el esguince de tobillo?*

El esguince de tobillo es una lesión de uno o más ligamentos de la articulación que une el pie con la pierna. Suele producirse tras una torsión del pie al caminar. Puede ser leve, moderado o severo, según la afectación del ligamento.

El esguince de tobillo es una de las lesiones que se producen con mayor frecuencia. El ligamento que habitualmente se lesiona es el lateral externo al doblarse el pie y apoyarse sobre ese lado.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Los síntomas pueden incluir dolor, sensibilidad, inflamación y moretones en el tobillo. Algunas personas con un esguince de tobillo también tienen problemas para mover el pie en ciertas direcciones.

Por lo general, puede decirse que usted tiene un esguince al realizarle un examen y preguntarle qué le pasó a su tobillo.

En algunos casos, un médico o enfermero podría ordenar una radiografía para buscar huesos rotos, pero no siempre es necesario.

Según el grado del esguince, el tratamiento puede requerir una inmovilización parcial con vendaje o una inmovilización completa con férula o yeso cerrado.

Cuando el esguince no recibe tratamiento y cuidados adecuados puede producirse inestabilidad en el tobillo y provocar esguinces de repetición. Por eso es muy importante que tenga en cuenta las siguientes recomendaciones.

El tratamiento para un esguince de tobillo es fácil de recordar porque incluye muy pocos pasos. Son solo cuatro:

- **Reposo.**
- **Hielo:** Coloque un paquete de gel frío, una bolsa de hielo o una bolsa de vegetales congelados en el tobillo cada hora a cada 2 horas, durante 15 minutos cada vez.
- **Compresión:** El objetivo es aplicar una presión leve sobre su tobillo envolviéndolo con una venda de compresión elástica.
- **Elevación:** mantener el pie elevado sobre el nivel del corazón.
- También puede tomar medicinas para aliviar el dolor.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

Durante los primeros días, haga reposo relativo con el pie en alto colocándolo sobre una almohada mientras esté sentado o acostado.

Si tiene férula o yeso cerrado, no debe apoyar el pie en el suelo. Ayúdese de unas muletas para caminar.

Aplique frío en la zona dolorida. Tome la medicación prescrita.

### Para evitar nuevos esguinces

- Mantenga un peso adecuado.
- Use zapatos sin tacón y que se sujeten bien al pie.
- Camine por terreno plano.
- Realice ejercicios de calentamiento y estiramiento antes de practicar deporte.
- Colóquese una tobillera si va a realizar actividad física.



### Ejercicios para mejorar la estabilidad del tobillo

Practique ejercicios de fortalecimiento muscular. Deben realizarse 1 ó 2 veces al día, durante 12-15 días:

- Mueva los pies en el aire en todos los sentidos, escribiendo letras del alfabeto con los dedos.
- Dé saltos hacia delante y hacia atrás con un solo pie.
- Camine descalzo de puntillas y talones (2 minutos).
- Realice equilibrios con un solo pie con los ojos cerrados.
- Apriete contra el suelo una pelota de tenis (4 ciclos de 15-20 segundos).
- Empuje hacia arriba con el dorso del pie un objeto (4 ciclos de 15-20 segundos).
- Empuje un objeto pesado con ambos lados del pie (4 ciclos de 15-20 segundos).
- Empuje la pared con el borde externo del pie (4 ciclos de 15-20 segundos).
- Al terminar, eleve el tobillo y vuelva a aplicarse hielo durante 10 ó 15 minutos.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 19.2 CONTUSIÓN Y FRACTURA COSTAL

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es un traumatismo costal?*

Es un golpe en el tórax que puede producir una fractura o contusión en alguna de las costillas.

Existe fractura costal cuando se rompe alguna costilla debido a este golpe; también están las llamadas “fracturas por estrés,” que no se producen por una lesión sino por una tos severa o un movimiento repetitivo, como el que se hace al usar un palo de golf.

En el caso de la contusión no existe fractura, pero sí lesión de partes blandas, como músculos.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Tanto en el caso de la fractura como el de la contusión el primer síntoma es el dolor que empeora al presionar la zona lesionada, inspirar profundamente o toser. También suelen aparecer hematomas.

Una fractura por estrés también provoca dolor, pero este suele comenzar gradualmente y empeorar con el tiempo.

Se podrá conocer si existe lesión mediante la exploración que le realizará su médico y una radiografía, si éste lo considera necesario.

Si es una sola costilla rota o contusión, el tratamiento es el mismo en ambos casos y éste consiste en analgésicos para el dolor (tipo paracetamol) y antiinflamatorios (como ibuprofeno), y ejercicios respiratorios.

Al respirar, se mueven las costillas y esto produce dolor, es normal, pero debe intentar no respirar de forma superficial porque esto hace que las secreciones que habitualmente se tienen en los pulmones obstruyan las pequeñas vías respiratorias y se produzca una neumonía.

En casos extremos de varias fracturas costales puede ser necesaria una valoración por parte del especialista.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Para su cuidado y para evitar las complicaciones más frecuentes:

- Reposo relativo: evite los esfuerzos
- Recuerde que es normal que el dolor aumente al 2º-3º día después del traumatismo torácico y que los dolores pueden persistir hasta 4-5 semanas.
- Realice varias veces al día ejercicios respiratorios. Respire profundamente y eche el aire lentamente por la boca. También puede utilizar un incentivador de la respiración, que puede conseguir en una farmacia o también puede utilizar globos.
- No utilice fajas que le puedan impedir la respiración. Cuando tosa sujétese con ambas manos la zona lesionada.
- Duerma con 2 almohadas, de esta forma usted respirará mejor, tendrá menos dolor y dormirá mejor.
- No debe fumar y evite ambientes cargados de humos.
- Debe aumentar la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones.
- Deberá acudir a su médico si presenta cuadro catarral o fiebre
- Acudirá a urgencias si presenta mayor dificultad para respirar, toser o expulsa sangre en las expectoraciones.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 19.3 ESGUINCE CERVICAL

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es el esguince cervical?

Se define como un mecanismo de aceleración y desaceleración de energía transferida al cuello.

También llamado síndrome de latigazo cervical, lo más habitual es que sea a consecuencia de un accidente de tráfico por colisión trasera o lateral, pero puede ser ocasionado por otro tipo de accidentes como bucear o precipitarse.

El traumatismo provoca un repentino movimiento de la cabeza hacia atrás (hiperextensión), hacia delante (hiperflexión) o ambas. Esto lesiona diversas estructuras del cuello como músculos, ligamentos y/o articulaciones que pueden provocar diferentes manifestaciones clínicas.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Según el nivel de afectación, el esguince cervical se puede clasificar en diferentes grados.

| GRADO | MANIFESTACIONES CLÍNICAS  |
|-------|---|
| 0     | No molestias  |
| I     | Dolor cervical, mínima rigidez  |
| II a  | Contractura, puntos dolorosos, dolor cervical sin limitación de la movilidad                            |
| II b  | Contractura, puntos dolorosos, dolor cervical con reducción de la movilidad                             |
| III   | Dolor cervical. Signos neurológicos: hormigueos en manos (parestesias), vértigo, mareo, dolor de cabeza |



Tras la exploración, el médico decidirá si precisa pruebas complementarias como radiografía de la zona o no.

El médico le pautará el tratamiento más adecuado a su caso que consistirá en analgésicos (como paracetamol) y/o antiinflamatorios (como ibuprofeno) y/o relajantes musculares (como diazepam) y/o collarín cervical.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Para su cuidado y para evitar las complicaciones más frecuentes:

- Seguir el tratamiento recomendado por su médico
- Evitar deportes y actividades físicas que demanden esfuerzo
- Durante las primeras 24h tras el accidente se recomienda aplicación de FRIO LOCAL que actuará como antiinflamatorio.
- A partir de las 24h del mismo, es preferible la aplicación de CALOR LOCAL para descontracturar la musculatura (bufanda, manta eléctrica)
- Si le ha sido prescrito un collarín cervical, para disminuir la movilidad y aliviar el dolor, tenga en cuenta lo siguiente:
  - » El collarín debe ajustarse al cuello pero sin comprimir.
  - » Debe llevarlo de forma intermitente. Tras 2-3 horas de uso, descansar de 15 a 30 minutos.
  - » No utilizarlo para dormir.
  - » No llevarlo más de 3 días sin consultar con el médico.
- No realizar masajes ni fisioterapia los días inmediatos al traumatismo. Espere a que se lo aconseje su médico.
- El reposo prolongado puede ocasionar alteraciones posturales y favorecer la cronicidad de síntomas.
- Acudir al médico de familia o mutua para valorar la evolución
- Si presenta disminución de fuerza en extremidades o algún otro síntoma anormal, deberá volver al servicio de Urgencias con el informe médico.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 19.4 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Artrosis de rodilla (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 28 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Lumbalgia (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
3. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. (2017). Non-Specific Low Back Pain. *Dtsch Arztebl Int.*114(51-52):883-890. doi:10.3238/arztebl.2017.0883. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769319/>
4. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Guía de recomendaciones al paciente. Dolor lumbar. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009365.pdf>.
5. Fundación Kovacs. Guía de Práctica Clínica. Lumbalgia Inespecífica. 2005.[https://www.cgcom.es/sites/default/files/05\\_12\\_19\\_guia\\_lumbalgia\\_1.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_12_19_guia_lumbalgia_1.pdf)
6. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Extensa. GPC N°2. Perú, 2016. [http://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/4\\_GPC\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_de\\_lumbalgia\\_version\\_extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/4_GPC_diagnostico_y_tratamiento_de_lumbalgia_version_extensa.pdf)
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Lesión del manguito rotador (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Fisterra.com, Hombro doloroso [actualizada el 07 de junio de 2016; acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
9. M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. 2015. Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst Rev.* 1:CD004376. doi: 10.1002/14651858.CD004376.pub3. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569281](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569281)
10. Gracia San Román FJ, Calcerrada Díaz-Santos N. et al. 2006. Guía de Práctica Clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia Laín Entralgo. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1142501641360&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142501641360&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid).
11. Consejería de Sanidad. Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Artrosis de rodilla: guía de recomendaciones al paciente Madrid, 2006. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354407664519&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354407664519&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid).
12. Gómez Enriquez C, Rodríguez Rodríguez MJ. Vendajes e Inmovilizaciones. Manual de bolsillo para Enfermería. 2015. Junta de Andalucía

# CAPÍTULO 20

## RECOMENDACIONES EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA II

---

**I. Farach Barroso**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**I. Martín Muñoz**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**C. Gómez Enríquez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**M.J. Rodríguez Rodríguez**

*Supervisora UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 20.1 INMOVILIZACIONES

## INTRODUCCIÓN

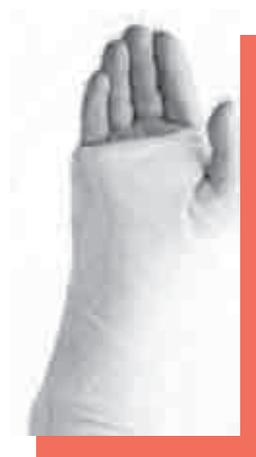
### ¿Qué es la inmovilización?

Consiste en mantener los segmentos lesionados en la mejor posición durante el tiempo necesario para la cicatrización de los tejidos sin que interfiera en la función de la extremidad.

Se lleva a cabo un conjunto de técnicas destinadas a conseguir de modo temporal o permanente, la supresión parcial o total de todos los movimientos de un miembro o zona corporal afectada.

**Los tipos de inmovilizaciones por su solidez y permanencia son:**

- Sistemas inestables:
  - » Vendajes.
  - » Órtesis.
- Sistemas semiestables:
  - » Sindactilia.
  - » Férulas metálicas.
  - » Férulas neumáticas.
  - » Férulas de vacío.
  - » Férulas de yeso.
- Sistemas rígidos:
  - » Yesos completos.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

**Vigilar la aparición de signos y/o síntomas como:**

- Frialdad, cambios en la coloración de los dedos. Este signo nos indica un déficit circulatorio que puede ser debido a una compresión excesiva del vendaje.
- Hormigueo, entumecimiento, pérdida de sensibilidad, imposibilidad de mover los dedos. Puede hacernos pensar en un problema neurológico ocasionado por la compresión de un nervio.
- Fiebre, señal de infección. Este signo puede aparecer si existen heridas bajo el vendaje.
- Olor anormal o manchas húmedas en el vendaje. Por heridas bajo el mismo.
- Aumento del dolor, compresión, que puede ser causado por la hinchazón o debido a una presión excesiva de la inmovilización.

- Inflamación y sensación de punzadas, pudiendo ser causadas por una presión indebida sobre la piel.
- Hinchazón y edema exagerados debajo de la inmovilización, pudiendo significar que el yeso está dificultando la circulación sanguínea.

## **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Vigilar la aparición de signos y/o síntomas
- Elevar el miembro inmovilizado para prevenir o minimizar el edema.
- Mover los dedos de la extremidad inmovilizada para favorecer el retorno venoso.
- No mojar vendajes, férulas o yesos.
- No apoyar férulas o yesos.
- No introducir objetos punzantes en el yeso para evitar la aparición de lesiones.
- No recortar los yesos ya que puede provocar edema de ventana.
- Seguir el tratamiento prescrito.
- Se recomienda cambiar el vendaje si éste se afloja.
- Respetar el tiempo prescrito del vendaje.
- Tras la retirada del yeso es normal encontrar abundante descamación de la piel, vello y cierta atrofia de la extremidad, que es reversible.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la Omalgia?

El dolor de hombro se debe al desgaste excesivo de los tendones, ocasionado por el roce continuo o por el sobreuso que no proviene de un traumatismo (golpe) esto puede producir inflamación, calcificación y a veces rotura.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

Hablamos de hombro doloroso en aquellos pacientes que presentan síntomas de inestabilidad, rigidez, bloqueo, crepitación, deformidad o parestesias (hormigueo) no asociado a fracturas agudas, en ausencia de patologías a nivel de raquis cervical o causas no musculoesqueléticas (cardíacas, neuromusculares, vasculares..) que pueden producir dolor, siendo el dolor el síntoma principal.

### ¿Por qué aparece?

En ocasiones no es posible relacionar la aparición del hombro doloroso con ninguna causa concreta.

El dolor puede estar relacionado con:

- Movimientos repetitivos de hombro, muñeca y mano.
- Actividades que exigen el empleo de fuerza de brazos.
- Exposición prolongada a vibraciones o vibraciones de alta intensidad.
- Posición incorrecta a la hora de trabajar, postura encorvada, brazos levantados, flexionados, etc...
- Edad: la incidencia de hombro doloroso aumenta en relación con los procesos degenerativos propios de la edad, incrementándose a partir de los 45-50 años.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Evite los movimientos que más le molesten.
- Procure no dejar de utilizar el brazo para integrarlo lo antes posible en las actividades de la vida diaria, realizando aquellos movimientos que no provoquen dolor.

### **Evite o cambie la forma de hacer tareas que requieran:**

- Movimientos repetitivos de hombro, muñeca o mano.
- Cargar peso con el brazo afectado.
- Soportar vibraciones intensas.
- Trabajar con los hombros encorvados hacia delante en trabajos de oficina y ordenador.
- Levantar los brazos de forma prolongada y repetida (Ej. Limpieza, pintura, etc....)

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 20.3 ARTROSIS DE RODILLA

### INTRODUCCION

#### ¿Qué es la artrosis de rodilla?

La artrosis es una enfermedad crónica degenerativa que afecta al cartílago articular y posteriormente lesiona el hueso.

La rodilla es una de las localizaciones más habituales. La frecuencia de la artrosis de rodilla aumenta con la edad. Su evolución es muy lenta, con periodos de mejoría espontánea que pueden ser muy duraderos.

### SÍNTOMAS Y MANEJO

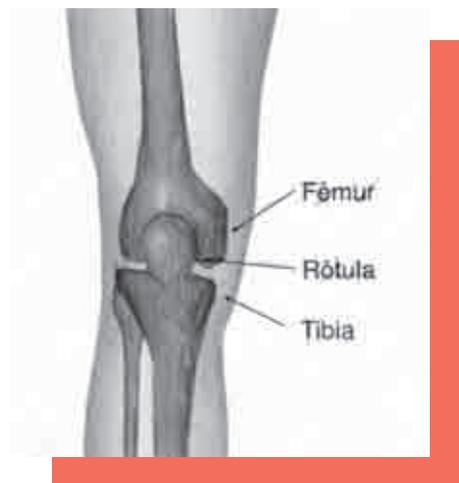
Los síntomas más habituales suelen ser:

- Dolor.
- Rigidez.
- Inflamación y calor local.
- Por la irregularidad de la superficie articular los pacientes pueden notar crepitación y ruidos articulares al mover la rodilla.
- En casos muy avanzados el paciente tiene atrofia y debilidad muscular alrededor de la rodilla y la palpación puede ser muy dolorosa.

En el diagnóstico, con una buena exploración clínica y radiografía puede ser suficiente, siendo excepcional la necesidad de otras pruebas complementarias.

El tratamiento depende del estado de la articulación, edad, comorbilidad y funcionalidad del paciente.... Va desde tratamiento sintomático con analgésicos hasta posibilidad de prótesis de rodilla.

Existe una serie de medidas que usted puede llevar a cabo para reducir el dolor, aumentar la movilidad y disminuir al mínimo la incapacidad.



## RECOMENDACIONES AL ALTA

### Recomendaciones para pacientes

- Reduzca su peso si es obeso/a.
- Tome el tratamiento prescrito.
- Cuando el dolor es moderado o intenso, o la marcha está limitada, se recomienda la utilización de un bastón en la mano contraria a la rodilla afectada o más dolorosa.
- Use calzado con tacón de poca altura (2-3 cm) y con suela de goma.
- Evite caídas utilizando sujeción adecuada del calzado.
- Aplique frío local con bolsa de hielo en la rodilla inflamada durante 15 o 20 minutos al día.
- Se aconseja aplicar calor local cuando el dolor es moderado y persistente. El calor relaja la musculatura, disminuye la sensación de dolor y mejora la rigidez matutina. No utilizar en caso de varices o en presencia de inflamación articular.
- Utilice asientos altos y con reposabrazos porque le ayudarán a levantarse.
- Evite estar de pie durante períodos prolongados y no se arrodille.
- Eleve la pierna en caso de inflamación.
- Evite subir y bajar escaleras. Cuando lo haga, apoye primero la pierna más fuerte, y al bajar, comience el paso con la más débil.
- Manténgase activo, evite el sedentarismo. Se recomienda los ejercicios aeróbicos de bajo impacto, como caminar, nadar o montar en bicicleta. Ha de realizarse de forma progresiva y gradual, con una frecuencia de 3 o más veces por semana, y una duración de no menos de 20 ó 30 minutos aconsejándose una intensidad moderada, según la tolerancia del paciente. No se aconseja correr por producir microtraumatismos en la articulación.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 20.4 LUMBALGIA

### INTRODUCCION

#### *¿Qué es la lumbalgia?*

Se define como dolor, tensión muscular o rigidez localizada en la parte baja de la espalda. La mayoría son inespecíficas y tienen su origen tras esfuerzos, posturas forzadas, giros o movimientos bruscos de la columna.

Una mala forma física, trabajos que supongan sobrecarga de la zona lumbar, períodos largos sentado/a o de pie, tensión emocional y la inactividad física prolongada aumentan el riesgo de sufrir dolor de espalda.

Aunque es una situación dolorosa, en la mayoría de los casos no se trata de un problema médico grave.

La lumbalgia suele tener una evolución buena con mejoría sustancial dentro de las dos primeras semanas.



### SÍNTOMAS Y MANEJO

La mayoría de las personas **no** necesita realizarse un estudio de imagen. El dolor de espalda desaparece a las 4 a 6 semanas. Los médicos y enfermeros por lo general no indican la realización de estudios de imagen antes de ese tiempo.

#### **La mayoría de las personas sienten alivio con tratamientos más simples como:**

- Medicinas: en primer lugar, puede probar con AINE, como el ibuprofeno o el naproxeno, y con analgésicos como paracetamol.
- A veces, pueden ayudar los relajantes musculares.
- Fisioterapia, masajes, acupuntura, son de una gran ayuda en esta patología.

### RECOMENDACIONES AL ALTA

- Es importante evitar el reposo en cama, sólo está indicado si el dolor es muy intenso y no debe prolongarse más de dos días.
- Es aconsejable mantener el mayor grado de actividad física que permita el dolor. Aumente progresivamente su actividad a medida que vaya mejorando.
- Tome el tratamiento prescrito.
- Aplique calor local.

- Duerma de lado con las piernas flexionadas y una almohada entre ellas o boca arriba con las rodillas flexionadas.
- Regrese al trabajo tan pronto como pueda. Mantenerse activo mejora el dolor y la limitación.
- Tenga una actitud positiva ante el dolor y evite obsesionarse con él.

### **Para evitar nuevos episodios de lumbalgia**

- Realice ejercicio físico habitualmente: caminar, nadar, montar en bicicleta, etc.
- Use zapatos cómodos y con poco tacón.
- Evite la obesidad
- Para dormir, utilice un colchón firme que se adapte a la curvatura de su espalda. No duerma sobre colchones demasiado blandos ni demasiado duros.
- Evite sobrecargas de la espalda, aplicando normas de higiene postural:
  - » Reparta el peso entre los dos brazos, utilice mochila o carrito de ruedas (preferiblemente por delante).
  - » Al agacharse, flexione cadera y rodillas.
  - » Al levantar un objeto del suelo, debe mantenerlo cerca de su cuerpo y flexionar las rodillas.
  - » No levante pesos por encima de la cabeza.
  - » Cuando esté sentado, apoye la espalda en el respaldo de la silla y coloque los pies en el suelo.
  - » No gire el tronco bruscamente.
  - » No permanezca mucho tiempo de pie y cuando lo esté, coloque un pie sobre un escalón alternado derecho e izquierdo.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 20.5 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Artrosis de rodilla (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 28 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Lumbalgia (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 24 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
3. Chenot JF, Greitemann B, Kladny B, Petzke F, Pflingsten M, Schorr SG. (2017). Non-Specific Low Back Pain. Dtsch Arztebl Int.114(51-52):883-890. doi:10.3238/arztebl.2017.0883. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5769319/>
4. Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección. Guía de recomendaciones al paciente. Dolor lumbar. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM009365.pdf>.
5. Fundación Kovacs. Guía de Práctica Clínica. Lumbalgia Inespecífica. 2005.[https://www.cgcom.es/sites/default/files/05\\_12\\_19\\_guia\\_lumbalgia\\_1.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/05_12_19_guia_lumbalgia_1.pdf)
6. IETSI. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de Lumbalgia. Guía en Versión Extensa. GPC N°2. Perú, 2016. [http://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/4\\_GPC\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_de\\_lumbalgia\\_version\\_extensa.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietesi/pdfs/guias/4_GPC_diagnostico_y_tratamiento_de_lumbalgia_version_extensa.pdf)
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: **Lesión del manguito rotador** (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 14 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Fisterra.com, Hombro doloroso [actualizada el 07 de junio de 2016; acceso 18 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>.
9. M, McConnell S, Harmer AR, Van der Esch M, Simic M, Bennell KL. 2015. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev. 1:CD004376. doi: 10.1002/14651858.CD004376.pub3. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569281](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25569281)
10. Gracia San Román FJ, Calcerrada Díaz-Santos N. et al. 2006. Guía de Práctica Clínica del manejo del paciente con artrosis de rodilla en Atención Primaria. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS), Área de Investigación y Estudios Sanitarios. Agencia Laín Entralgo. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1142501641360&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1142501641360&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid)
11. Consejería de Sanidad. Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Artrosis de rodilla: guía de recomendaciones al paciente Madrid, 2006. [http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM\\_Publicaciones\\_FA&cid=1354407664519&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Publicaciones_FA&cid=1354407664519&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&site=ComunidadMadrid).
12. Gómez Enriquez C, Rodríguez Rodríguez MJ. Vendajes e Inmovilizaciones. Manual de bolsillo para Enfermería. 2015. Junta de Andalucía

# CAPÍTULO 21

## MISCELÁNEA

---

**M.J. León Martínez**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**R. García Contreras**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

**S. Casado Prieto**

*Enfermera UGC Urgencias Generales, AGS Norte de Cádiz, Hospital de Jerez.*

---

# 21.1 FIEBRE

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la fiebre?

Es la temperatura corporal a partir de los 38°C, como respuesta del organismo a distintas agresiones (infecciones, inflamaciones, etc.).

**Febrícula** es el intervalo entre 37-37.9°C.



## SÍNTOMAS Y MANEJO

### *Automedida de la fiebre.*

La temperatura normal basal medida tanto en cavidad oral como axilar es hasta 37°C, y hasta 37,5° si hacemos la medición rectal.

### **Esta es la manera correcta de tomar la temperatura oral:**

- Espere al menos 30 minutos después de beber o comer algo frío o caliente.
- Lave el termómetro con agua fría y jabón. Luego enjuáguelo.
- Los termómetros de vidrio demoran alrededor de 3 minutos en tomar la temperatura. La mayoría de los termómetros digitales demoran menos de un minuto.

### ¿Cuál es la causa de la fiebre?

En los adultos, la causa más común de la fiebre es una infección. Las más frecuentes son: resfriado o gripe, infección de vías respiratorias, como bronquitis, gastroenteritis.

La mayoría de estas infecciones no son graves.

### ¿Cuándo debo consultar a un médico o enfermero?

Llame a su médico o enfermero si tiene fiebre y:

- Está embarazada.
- Llegó hace poco de un viaje a África, Asia, Latinoamérica o Medio Oriente.
- Acaba de salir del hospital, o se sometió a una cirugía u otro procedimiento médico.
- Está recibiendo quimioterapia, toma medicinas como son esteroides y/o inmunosupresores.
- Fiebre que dura varios días o sigue presentándose.
- Una picadura reciente de un insecto llamado garrapata.

- Un padecimiento grave de salud, como diabetes, enfermedad coronaria, cáncer, lupus o anemia falciforme.
- Otros síntomas como: sarpullido, dificultad para respirar, dolor de cabeza intenso o dolor en el cuello, vómitos intensos o diarrea y/o dolor intenso en el área del estómago, la espalda o los costados.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Mantener al paciente hidratado. Se deben tomar abundantes líquidos a lo largo del día. En niños y ancianos se deben ofrecer líquidos frecuentemente y en pequeñas tomas.
- Evitar bebidas con cafeína, porque pueden actuar como diuréticos y producen irritabilidad.
- La fiebre a veces va acompañada de disminución del apetito y de náuseas y vómitos. Por ello se aconsejan zumos y frutas e introducir alimentos según tolerancia digestiva del paciente.
- Se deben introducir alimentos ricos en proteínas tan pronto como la tolerancia lo permita.
- La cantidad de comida se debe reducir, así como aumentar la frecuencia, siendo mejor tolerada en los intervalos afebriles.
- Se debe hacer reposo moderado. El lugar más adecuado es en su domicilio, pudiendo realizar breves salidas si el clima lo permite, ya que beneficiará el estado anímico del paciente.
- El paciente con fiebre debe permanecer en un ambiente de 20-22°C, con poca ropa, lo que facilitará la eliminación del calor por irradiación.
- En la cama puede abrigarse con una sábana. En caso de escalofríos se abrigará moderadamente.
- El baño con agua tibia favorecerá la disminución de la temperatura, pudiendo aplicar también paños de agua sobre frente y axilas.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 21.2 PACIENTE ENCAMADO

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es un encamado?

Es el paciente dependiente para cualquier actividad básica (alimentación, higiene y movilidad) por diferentes motivos: anciano dependiente, accidentado, enfermo terminal, persona con una discapacidad física...



## OBJETIVOS

### Proteger al paciente de posibles complicaciones derivadas de su inmovilidad.

Esta situación de inmovilidad favorece:

- Alteraciones circulatorias que facilitan la aparición de trombosis venosas, tromboflebitis y embolias pulmonares.
- Retención de secreciones por una mala ventilación pulmonar, facilitando infecciones respiratorias.
- Pérdida de masa muscular y masa ósea.
- Rigidez y anquilosis de articulaciones, produciendo pérdida funcional y dolor.
- Aparición de úlceras por presión, que son lesiones en la piel con pérdida de sustancia y cuya gravedad varía dependiendo del grado de profundidad.

¡Lo importante es prevenir la aparición de estas complicaciones mediante vigilancia y cuidados!

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Examine el estado de la piel al menos una vez al día, prestando especial atención a prominencias óseas (codos, sacro, tobillos, talones, etc.), pliegues y zonas expuestas a la humedad (por incontinencia, secreciones, etc.).
- Mantenga la piel limpia y seca.
- Lave la piel con agua tibia, utilice jabón neutro, aclare y seque minuciosamente, sin friccionar, con especial atención a pliegues.
- Lave el cabello al menos una vez a la semana. Ponga atención en la higiene de ojos, oídos, boca, uñas. Afeitado frecuente.
- No utilice ningún tipo de alcohol sobre la piel.
- Aplique crema hidratante, hasta su total absorción.

- No realice masajes sobre prominencias óseas.
- Utilice lencería de tejidos naturales.
- Controle el exceso de humedad (incontinencia, transpiración excesiva) manteniendo el pañal y la piel seca.
- Proteja la piel con productos barrera que no contengan alcohol.
- Realice cambios posturales cada 2-3 horas.
- Utilice almohadas para evitar el apoyo en prominencias óseas o lesiones de la piel.
- Mantenga la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Cuando el paciente esté sentado se realizarán movilizaciones cada hora, intentando que el paciente lo haga de forma autónoma.
- No utilice soportes en forma de rueda ni flotadores.
- Procure que el paciente realice actividad física siempre que sea posible, ya sean ejercicios activos o pasivos.
- Fomente ejercicios respiratorios para movilizar secreciones o clapping (palmadas en ambos campos pulmonares de abajo hacia arriba) si el paciente no colabora.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 21.3 TRANSTORNO ANSIEDAD GENERALIZADO

## INTRODUCCIÓN

### ¿Qué es la crisis de ansiedad?

Es un episodio de aparición repentina de miedo intenso, sin causa aparente, acompañado por una serie de síntomas de inicio brusco. También llamada crisis de pánico o crisis de angustia.

Generalmente la duración es de 10 a 30 minutos, aunque varía de una persona a otra.

En casi todos los casos las personas que sufren un episodio, sufrirán algunos más, ocasionando una gran limitación en el desarrollo de las actividades diarias debido a la ansiedad que causan y al miedo a padecer nuevos episodios y sus consecuencias.

Las crisis de ansiedad afectan al 1,5-3,5% de la población; en general, se da más en mujeres, y suele comenzar en la adolescencia (aunque también aparece en edades más avanzadas).

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### Síntomas de la crisis de ansiedad.

El paciente padece una serie de síntomas agudos a distintos niveles del organismo:

- Respiratorio: hiperventilación, sensación de falta de aire.
- Cardiovascular: palpitaciones, taquicardia, dolor precordial.
- Neurológico: cefalea, temblores, mareos, sudoración, escalofríos, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), sequedad de boca.
- Gastrointestinal: molestias abdominales, náuseas, pirosis, diarrea, meteorismo.
- Psicológico: miedos, apatía, intranquilidad, irritabilidad, cansancio, insomnio, falta de atención y concentración, desrealización (sensación de irrealidad), despersonalización (percibirse en forma extraña o sentirse separado de uno mismo).



### ¿Cómo se trata la ansiedad?

Estos son algunos de los tratamientos:

- **Psicoterapia:** La psicoterapia implica reunirse con un consejero de salud mental para hablar sobre sus sentimientos, relaciones y preocupaciones. La terapia puede ayudarlo a hallar nuevas formas de pensar en su situación para sentirse menos ansioso.

- **Medicinas:** Las medicinas que se usan para tratar la depresión también pueden aliviar la ansiedad, incluso en personas que no están deprimidas. Su médico o enfermero decidirá que medicinas son las indicadas en su caso.

Algunas personas hacen psicoterapia y toman medicinas al mismo tiempo.

No hay ningún motivo para sentirse avergonzado por recibir tratamiento para la ansiedad. La ansiedad es un problema común. Afecta a toda clase de personas.

Tenga en cuenta que puede llevar tiempo encontrar el tratamiento indicado. Las personas responden de distinta forma a las medicinas y la terapia; por lo tanto, es posible que deba probar varios métodos hasta hallar el que más lo ayude. La clave es no rendirse e informar a su médico o enfermero cómo se siente durante el proceso.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Asegúrese de que usted y su familia reciben información profesional suficiente sobre lo que le está pasando.
- Acepte lo que le está pasando, no intente huir del problema.
- Busque apoyo emocional.
- Hable y exprese sus sentimientos.
- Elimine los elementos que generan aumento de ansiedad.
- Aprenda técnicas de relajación.
- Respire lenta y profundamente.
- Acuda a terapias cognitivo-conductuales tanto individuales como grupales.
- Practique aficiones relajantes y con las que disfrute.
- Haga ejercicio físico regularmente.
- Tome una dieta equilibrada.
- Duerma las horas necesarias.
- Evite bebidas alcohólicas y drogas.
- Evite tomar cafeína y excitantes.
- Hable con su médico acerca de su ansiedad.
- Siga el tratamiento farmacológico recomendado por su médico en caso necesario.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

# 21.4 USO DE INSULINA

## INTRODUCCIÓN

La insulina es una sustancia que se produce en nuestro cuerpo para ayudarnos a aprovechar la energía proveniente de los alimentos y así ayudarnos a realizar nuestras actividades cotidianas como caminar, correr, etc...

Cuando el cuerpo no produce insulina o no la elabora, es necesario aplicarla externamente a través de un bolígrafo o jeringa de insulina.

Hay varios tipos de insulina, y se agrupan en función a la duración o tiempo de efecto en nuestra sangre, para poder disminuir la glucosa o azúcar en nuestro cuerpo, con lo que tenemos insulinas de acción rápida, intermedia y prolongada.

Estas insulinas tienen un tiempo de inicio de acción en el cuerpo, un pico máximo cuando alcanzan su mayor efecto hipoglucemiante y un tiempo de duración que puede ir desde 10 minutos hasta 24 horas.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

La hipoglucemia o bajada de azúcar es el principal efecto secundario de la insulina. Afortunadamente esta situación se puede revertir de manera fácil y rápida ingiriendo alimentos de contenido en azúcar de absorción rápida como caramelos, bebidas azucaradas, sobrecitos de azúcar..., por eso es muy importante llevarlos siempre consigo y estar pendiente de síntomas de hipoglucemia.

Los síntomas más comunes son mareo, palidez, sudoración fría, temblor, nerviosismo, visión borrosa, dolor de cabeza, síntomas que si no se tratan con aporte de azúcar pueden ir a más.

Respecto al manejo de las insulinas, estos episodios suelen aparecer cuando:

- Ha utilizado una dosis inadecuada de insulina.
- Ha comido menos de lo que debería, ha retrasado la hora de comer o no ha realizado alguna comida.
- Ha realizado mayor actividad física de la habitual.
- Ha ingerido alcohol.
- Está viviendo una situación que le produce estrés o ansiedad.



### **Recomendaciones prácticas en la administración de insulina:**

- Las manos y lugar de la inyección deben de estar limpios.
- Realice controles rutinarios de los niveles de azúcar antes de la administración de la insulina (parte lateral de los dedos es la idónea).
- Seleccione la dosis, pellízquese la piel, manténgala, e introduzca la aguja con un ángulo de 90º e inyéctese la insulina. Debe esperar unos segundo para asegurarse que se ha introducido la cantidad deseada de insulina.
- Rotar la zona de inyección para evitar hematomas, inflamación y dolor. Las zonas recomendadas son el abdomen, parte superior de los brazos y muslos.

### **RECOMENDACIONES AL ALTA**

- Realice controles de niveles de azúcar en cualquier situación que puedan alterarlos.
- Siga un horario de alimentación ordenado.
- No se salte ninguna comida, ni altere el horario en el que se inyecta la insulina.
- El ejercicio físico es muy recomendable ya que consume azúcar y ayuda a mantener los niveles de glucemia, pero si se hace más de lo normal, es posible que necesite modificar su dosis de insulina y la cantidad de alimentos ingeridos.
- Llevar una dieta equilibrada, variada y completa, ayuda a alcanzar unos niveles de azúcar deseados. Su médico y enfermero/a le aconsejaran sobre cómo distribuir los alimentos de la dieta, en especial los hidratos de carbono, azúcares, etc.
- Mantenga un peso adecuado.
- Acuda a la consulta de su médico o enfermero, si no consigue mantener unas cifras de glucemia estable o hiperglucemias o ante síntomas repetidos de hipoglucemias.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## INTRODUCCIÓN

### *¿Qué es la Gota?*

La gota es una enfermedad producida por un acumulo de ácido úrico en el organismo debido a una sobreproducción o a una disminución en la eliminación por la orina del ácido úrico.

El ácido úrico se produce al descomponerse unas sustancias llamadas purinas. Las purinas se encuentran en todos los tejidos de nuestro cuerpo pero también se encuentran en muchos alimentos. Normalmente el ácido úrico se disuelve en la sangre, pasa por los riñones y sale del cuerpo por la orina.

## SÍNTOMAS Y MANEJO

### *¿Por qué se produce el ataque de gota?*

Cuando el ácido úrico no se elimina en la orina, se acumula en forma de cristales en las articulaciones (dedo gordo del pie, talones, rodillas muñecas y codos) también se pueden formar cristales en el riñón donde se crean las piedras.

### **Los síntomas generalmente aparecen por la noche y pueden ser:**

- Fuerte dolor.
- Inflamación.
- Enrojecimiento.
- Calor.
- Rigidez.



### **Deberá acudir a urgencias si aparecen algunos de los siguientes síntomas:**

- Fiebre.
- Dolor que no cede con tratamiento tras varios días.
- Afectación de varias articulaciones.
- Lesiones en zona de artritis.
- Supuraciones en región de artritis.

Una de las causas principales de esta enfermedad es hereditaria por lo que se recomienda la realización de una determinación de los niveles de ácido úrico en sangre si existen antecedentes familiares de gota.

Los síntomas de la gota pueden ser controlados a través de cambios en su estilo de vida y a la administración de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos que alivian la inflamación y dolor.

Si los ataques de gota son frecuentes su médico puede prescribirle medicamentos para bajar los niveles de ácido úrico. Estos medicamentos se deben de tomar durante largos periodos de tiempo.

## RECOMENDACIONES AL ALTA

- Beber mínimo 2 litros de agua al día.
- Evitar el ayuno prolongado.
- No tomar alcohol, también prohibido la cerveza sin alcohol.
- Alimentos prohibidos:
  - » Pescados y mariscos: lenguado, sardina, mariscos, anchoas...
  - » Carnes rojas: cerdo, cordero, extractos de carne...
  - » Vísceras: hígado, riñones, mollejas...
  - » Verduras ricas en purinas: espinacas, espárragos, setas...
- Tome la medicación pautada por su médico.
- Realizar ejercicio físico.
- Acuda a las consultas concertadas por su médico con el fin de controlar sus niveles de ácido úrico.
- Tenga en cuenta que con el tiempo la gota puede conducir a daños y deformidades en las articulaciones.

**EN CASO DE DUDA PÓNGASE EN CONTACTO  
CON SU ENFERMER@ / MÉDIC@ DE REFERENCIA**

## 21.6 BIBLIOGRAFÍA

1. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Trastorno ansiedad generalizada (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
2. Canadian Psychiatric Association, Clinical Practice Guidelines. Management of Anxiety Disorders. The Canadian Journal of Psychiatry, 2006.
3. Caro Gabalda I. Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
4. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Gota (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
5. Saag KG, Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modifications for gout. Arthritis Res Ther. 2006;8 Suppl 1:S2
6. Smith EU, Díaz-Torné C, Pérez-Ruiz F, March LM. Epidemiology of gout: an update. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2010; 24(6):811-27
7. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Uso de insulina (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 4 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
8. Kelly Crowley, Kathryn A Martin, MD. Educación para el paciente: Fiebre (Conceptos Básicos). [Monografía en Internet]. UpToDate [acceso 5 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
9. Pastor x, Cruz M, Ferrer Pi S, Síndrome febril en: Tratado de Pediatría. Espaxs. Barcelona, 200;371-374.
10. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación 2009, Ministerio de Sanidad y Política Social.
11. Dr. Ragnar Hanas Diabetes Tipo 1 en niños, adolescentes y adultos Jóvenes. ABBOTT MediSense. 2004
12. Avances en Diabetología. Entrenamiento del paciente y de la familia en el cálculo de raciones de hidratos de carbono. Núm. 22(4) (pág. 262-268). 2006

