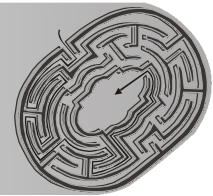


Capítulo 1



Introducción

¿Cómo clasificar la urgencia médica?

1. *Urgencia de primera prioridad o emergencia:* problemas que ocasionan fallas de los índices vitales o que tengan el riesgo de que estos fallen, por lo que generan un peligro vital inmediato (color rojo).
2. *Urgencia de segunda prioridad:* un problema sin peligro inmediato, pero que potencialmente puede afectar los índices vitales y tener peligro vital en un tiempo mediano, en dependencia de la evolución; por ejemplo, la apendicitis (color amarillo).
3. *Urgencia de tercera prioridad:* problemas agudos sin peligro vital. Por ejemplo, episodios agudos de asma leve, amigdalitis bacteriana, fractura de tibia, etcétera (color verde).
4. *Urgencia sentida:* problema urgente solo para el paciente o la familia (estos casos deben ser tratados y, a su vez, orientados hacia la consulta que les corresponde). Esta es la mal llamada *no urgencia*; pero, en el orden social, no es adecuado llamarle *no urgencia* ante las expectativas de los pacientes y de sus familiares (estos casos pudieran clasificarse como de color blanco; pero no hay un consenso internacional).

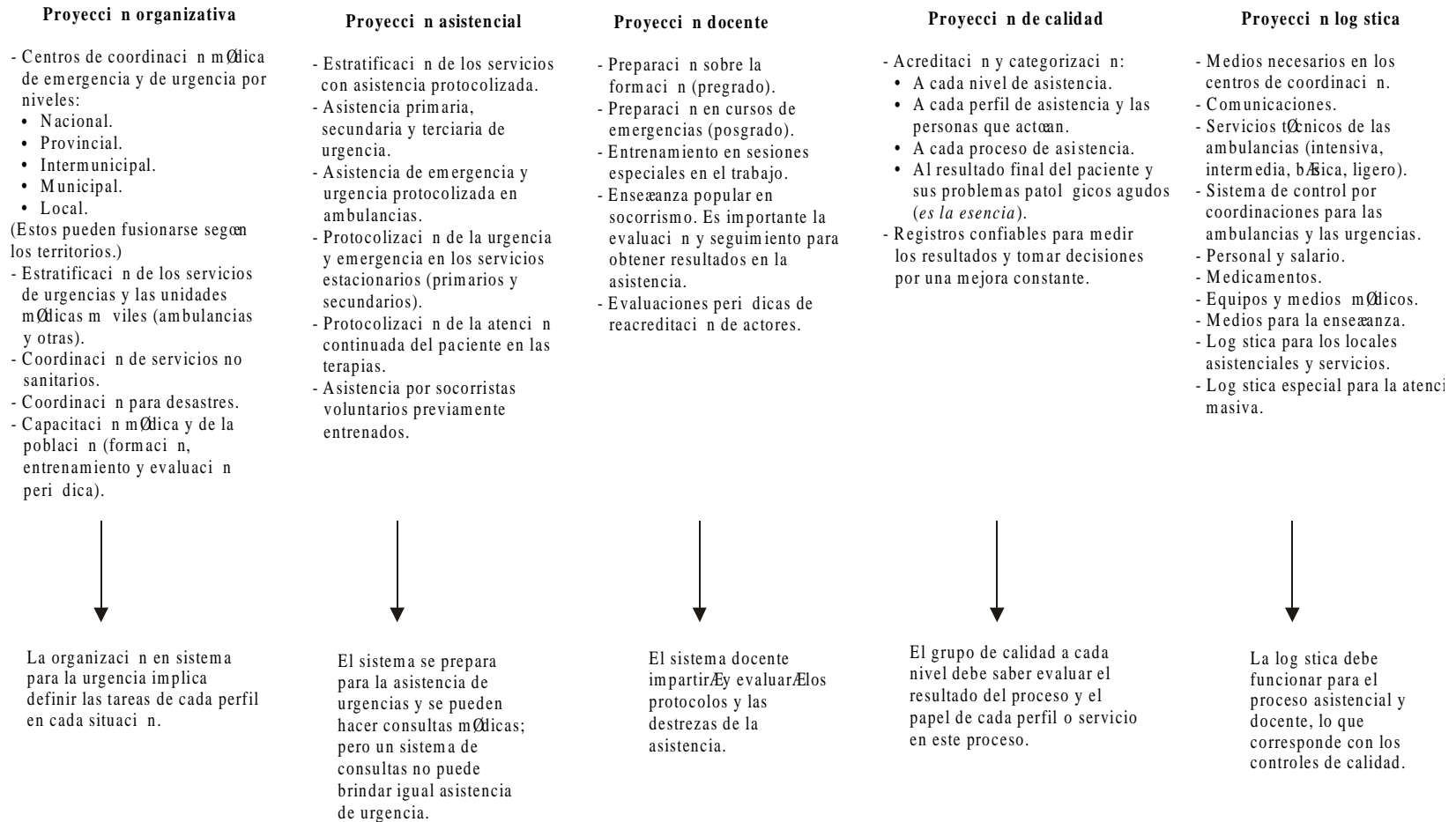
Nota 1: la prioridad de los problemas crónicos y severos que tienen peligro vital constante y que es impreciso el momento de su descompensación, se determina por la severidad en el momento de la agudización.

Nota 2: en la atención a víctimas en masa por lesiones, intoxicaciones e infecciones, se aplican los códigos de colores (rojo, amarillo o verde) para la selección de los pacientes o víctimas, con vistas a su tratamiento y evacuación (véase el capítulo 7).

Principios de la urgencia médica

1. Diagnosticar y tratar los problemas funcionales y anatómicos (síndromes y estados fisiopatológicos).
2. Circunscribirse al problema que motivó la urgencia.
3. No desviar la atención hacia aquellos problemas que no sean de urgencia ni pongan en peligro la vida.
4. No investigar la causa nosológica. Si se diagnostica, es por evidencia clínica; pero esta no es la esencia de ese momento. El diagnóstico nosológico se realiza durante el proceso de atención y puede llevar a errores de conducta que lo conviertan en el primer problema para la actuación médica de urgencia.
5. Lo importante es mantener la vida, solucionar o mejorar el problema de urgencia. El diagnóstico exacto se realizará después.
6. Por ejemplo, si hay disnea por edema, ese es el problema fundamental, no interesa la enfermedad que lo causa. Si hay dolor anginoso, ese es el problema como cardiopatía aguda, no importa la variedad. Si hay signos de edema cerebral o convulsión o falla respiratoria, esos son los primeros problemas a tratar.
7. La urgencia requiere una conducta médica inmediata con reflejos condicionados, por medio de protocolos, según los diferentes casos.
8. Se deben tomar las decisiones necesarias para el sostén vital y la evacuación, que garanticen la supervivencia y la calidad de vida en el primer momento. Los demás procedimientos, que también son fundamentales, se llevarán a cabo después.
9. Es necesario observar los signos vitales y los estados de la conciencia del paciente, con acciones médicas de evaluación prioritarias y, si hay alguna alteración, se debe llevar a cabo la conducta correspondiente según los protocolos preestablecidos.
10. Al diseñar los protocolos de urgencia, se estudia, se piensa y se discute; pero en el momento de una urgencia médica, se aplican como si el médico fuera un robot que piensa y evalúa, nunca como un robot mecánico.

Ideas y requerimientos de un proyecto de urgencia médica



Principios para un traslado

Primero: *No agravar el daño preexistente.*

Acciones que se han de realizar por:

Médico remitente:

- Identificar al paciente.
- Anamnesis y examen físico.
- Garantizar ABC inicial.
- Procederes, tratamiento médico y observación de la respuesta.
- Comunicación con el centro coordinador para la solicitud de la ambulancia requerida (intensiva, intermedia o básica), según el estado vital del paciente.
- Remisión adecuada al hospital.

Personal de traslado:

- Mantener permeable la vía aérea y garantizar una ventilación adecuada.
- Continuar la administración de drogas y líquidos.
- Realizar la historia clínica de traslado (HCT).
- Monitorización continua de parámetros vitales.
- Mantener comunicación con el centro coordinador.
- Exigir la entrega de pacientes y la remisión a un especialista que firme la HCT, la que se archivará en el centro coordinador.

Médico receptor:

- Evaluar y emitir su conformidad en la HCT.
- Recibir la documentación establecida.
- Continuar la reanimación vital adecuada.
- Documentación de ingreso.
- Ingreso directo.

Nota: lo adecuado es que el centro coordinador haya hecho la regulación adecuadamente, y se abrevien pasos antes de la llegada al hospital.

Segundo: *Realizar la remisión y la historia clínica de traslado.*

Remisión:

1. Nombre, apellidos, edad y dirección particular del paciente.
2. Impresión diagnóstica inicial.
3. Antecedentes de enfermedades previas.
4. Anamnesis y situación clínica al ingreso en el servicio de urgencia primaria.
5. Procederes practicados y tratamientos recibidos.
6. Resumen de los complementarios realizados y resultados obtenidos.
7. Nombre del médico remitente y del médico receptor.

Historia clínica de traslado:

1. Datos generales.
2. Médico que realiza el traslado.
3. Evolución de parámetros vitales durante el traslado (ABC).
4. Médico receptor.
5. Procederes terapéuticos utilizados.

Tercero: *Garantía respiratoria, cardiovascular y neurológica.*

Respiratoria:

1. Vía aérea permeable:
 - a) Espontánea.
 - b) Cánulas nasofaríngeas u orofaríngeas.
 - c) Tubo endotraqueal.
 - d) Cricotiroidotomía.
 - e) Otros métodos.
2. Oxigenación adecuada: siempre con el oxígeno a 50 o a 100 %.
3. Apoyo ventilatorio, si es necesario.

Cardiovascular:

1. Control de la hemorragia.
2. Vía venosa periférica segura.
3. Restaurar pérdida de líquidos.
4. Vigilar y controlar frecuencia cardíaca y tensión arterial.
5. Garantizar ritmo horario de diuresis $> 0,5 \text{ mL/kg/h}$ para ese periodo.

Neurológica:

1. Control cervical en todo paciente traumatizado.
2. Evaluación neurológica somera: alerta, respuesta ante el estímulo verbal y ante el dolor, inconciencia y pupilas (ARIP). Lo ideal es medir con la escala de *Glasgow*.
3. Protección neurológica ininterrumpida. Sostén vital según la evaluación neurológica.
4. Vigilar la vía aérea y la ventilación según el estado neurológico:
 - a) Estabilizar al paciente antes del traslado (tratar).
 - b) Controlar en un documento las acciones (tarjetear).
 - c) No correr, mantener el sostén vital y marchar con seguridad (transportar).

En esencia: tratar, tarjetear, transportar de forma adecuada, en el momento adecuado y al lugar adecuado.

Componentes de un sistema integral de emergencia médica

1. Red de urgencia y emergencia con sus centros de coordinación.
2. Información del sistema y capacitación socorrista a la población.
3. Formación del personal del sistema para la urgencia y la emergencia:
 - a) De la emergencia hospitalaria (profesionales de la emergencia y todas las especialidades que hacen guardia).
 - b) De las unidades de cuidados intensivos (UCI), de las unidades de cuidados intermedios (UCIM), de las unidades de atención a quemados, etcétera.
 - c) De las ambulancias intensivas, intermedias y básicas.
 - d) De las ambulancias aéreas, si existen.
 - e) De la red de telecomunicaciones.
 - f) De la red de urgencia en atención primaria.
 - g) De la población, en socorrismo.
4. Coordinación con otros servicios para la atención de emergencias:
 - a) Servicios sanitarios de la Cruz Roja.
 - b) Servicios de emergencias de otros sectores, que no pertenecen al Ministerio de Salud Pública: Policía Nacional Revolucionaria, bomberos, Aeronáutica Civil, Defensa Civil y Servicios Médicos Militares.
 - c) Servicios de emergencias de regiones o países vecinos.
 - d) Sistemas especiales de socorrismo para grandes concentraciones en coordinación con los medios de transporte y lugares correspondientes: aviones de pasajeros, trenes, ómnibus, cines, teatros, hoteles, y otros.
5. Colaboración con los planes para catástrofes en todos los perfiles y de todas las dimensiones (tipo de catástrofe y todos los sectores).
6. Control de la calidad y de la eficiencia de las prestaciones asistenciales desde la comunidad hasta el hospital. Evaluar la satisfacción por niveles técnicos y el resultado por afecciones, desde la comunidad y hasta la comunidad, además de hacerlo por niveles.
7. Participación de la población en el sistema integral de emergencia. Organización en clubes, grupos o brigadas de primeros auxilios con seguimiento en la atención, para mantener habilidades y conocimientos, de manera que sea un programa de primeros

auxilios con resultados seguros. Si no hay entrenamiento a los 6 meses, el socorrista tiene menos del 10 % de las habilidades.

8. Aseguramiento del sistema integral de emergencias:
 - a) Logística de equipos y material médico en cada nivel.
 - b) Logística de las ambulancias.
 - c) Logística de servicio al sistema: uniforme, alimentación, descanso, mantenimiento, entre otros.
 - d) Logística de comunicaciones (incluye la informatización de la red).

Sistemática para la evaluación rápida de un paciente grave y su evacuación

Aspectos y secuencias que se deben evaluar:

1. Evaluación primaria:
 - ABCD y reevaluar ABCD.
2. Evaluación secundaria:
 - a) Cabeza:
 - Degradación de conciencia (ARIP).
 - Lesión del cuero cabelludo y cráneo.
 - Crepitación o depresión o ambas.
 - b) Ojos:
 - Color, movimientos, pupilas.
 - Cuerpo extraño, sangre.
 - c) Nariz y oídos:
 - Drenaje de líquido o sangramiento.
 - d) Cara:
 - Paresia, deformidad.
 - e) Cuello:
 - Ingurgitación yugular.
 - Posición de la traquea.
 - Crepitación, lesiones.
 - f) Tórax:
 - Movimiento paradójico.
 - Ruidos respiratorios, crepitación. Ausencia de murmullo vesicular.
 - Hemodinamia clínica.
 - g) Abdomen:
 - Rigidez, distensión, dolor.
 - h) Pelvis:
 - Dolor, movimiento, deformidad.
 - i) Región lumbar.
 - j) Extremidades:
 - Pulso, movilidad, sensibilidad, llenado capilar. Posteriormente, debe haber un seguimiento del paciente y su preparación para la evacuación.

Seguimiento de la evaluación en pacientes traumatizados y no traumatizados

A. Repetir la evaluación inicial ABC y D (ARIP):

1. Reevaluar la vía aérea (se debe tener presente las particularidades en pacientes traumatizados).
2. Monitorizar la ventilación.
3. Reevaluar la circulación (sangrado externo en pacientes traumatizados).
4. Monitorizar la piel.
5. Confirmar la prioridad clínica (y de lesiones en trauma).

B. Registrar los signos vitales:

1. Repetir la evaluación, dirigida especialmente a las molestias principales y a las lesiones.

2. Chequear todas las intervenciones:

- Asegurar la oxigenación adecuada.
- Chequear si hay sangramiento.
- Chequear las intervenciones.
- Chequear la posición del paciente.
- Paciente estable: chequear cada 15 minutos.
- Paciente inestable: chequear cada 5 minutos.
- Asegurar la oxigenación adecuada.
- Chequear la estabilización del cuello.
- Chequear si hay sangramiento.
- Chequear las intervenciones.
- Chequear la posición del paciente.
- Paciente estable: chequear cada 15 minutos.
- Paciente inestable: chequear cada 5 minutos.

Considerar si el paciente necesita apoyo vital avanzado, ejecutar intervenciones y transportar.

Sistemática para la evaluación rápida de un paciente grave y su evacuación

| Paciente traumatizado | | Paciente no traumatizado | |
|---|---|---|---|
| Mecanismo de lesión significativo | Mecanismo de lesión no significativo | Paciente inconsciente | Paciente consciente |
| <p>Evaluar rápidamente el trauma:</p> <p>Cabeza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crepitación. <p>Tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crepitación. - Respiración. - Movimientos paradójicos. - Ruidos respiratorios. <p>Abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez y distensión. <p>Pelvis y aparato genitourinario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dolor a los movimientos. - Sangre en orina y heces fecales. <p>Extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pulso, movimientos y sensibilidad. <p>Posteriormente, se deben evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales obtenidos de la historia clínica. - Signos y síntomas. - Alergias. - Medicamentos - Antecedentes patológicos personales y familiares. - Última ingestión. - Eventos previos. | <p>Determinar la afección principal: Se debe realizar un examen dirigido al sitio de la lesión y a las áreas compatibles con el mecanismo de la lesión.</p> <p>Posteriormente, se deben evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales obtenidos de la historia clínica. - Signos y síntomas. - Alergias. - Medicamentos. - Antecedentes patológicos personales y familiares. - Última ingestión. - Eventos previos. | <p>Examen físico rápido:</p> <p>Cabeza.</p> <p>Cuello:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distensión yugular. - Alerta al dispositivo médico. <p>Tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruidos respiratorios. <p>Abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez y distensión. <p>Pelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangre, orina y heces fecales. <p>Extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento, sensibilidad y pulso. - Alerta al dispositivo médico. <p>Posteriormente, se debe obtener historia de los episodios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienzo. - Provocación. - Características. - Radiación. - Severidad. - Tiempo. <p>Luego, se deben evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales obtenidos de la historia clínica. - Signos y síntomas. - Alergias. - Medicamentos. - Antecedentes patológicos personales y familiares. - Última ingestión. - Eventos previos. | <p>Obtener historia de los episodios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comienzo. - Provocación. - Características. - Radiación. - Severidad. - Tiempo. <p>Luego, se deben evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Signos vitales obtenidos de la historia clínica. - Signos y síntomas. - Alergias. - Medicamentos. - Antecedentes patológicos personales y familiares. - Última ingestión. - Eventos previos. <p>Examen físico profundo:</p> <p>Cabeza.</p> <p>Cuello:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distensión yugular. - Alerta al dispositivo médico. <p>Tórax:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ruidos respiratorios. <p>Abdomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rigidez y distensión. <p>Pelvis y aparato genitourinario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangre, orina y heces fecales. <p>Extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimiento, sensibilidad y pulso. - Alerta al dispositivo médico. <p>Posteriormente, chequear las áreas afectadas por el mecanismo de la lesión, y actualizar la historia clínica.</p> |

El Equipo de Salud frente al paciente moribundo y a su familia

El paciente en estadio terminal presenta un estado de enfermedad que se caracteriza por el deterioro progresivo, irreversible, con incapacidad de las funciones y sobrevivencia limitada en el tiempo.

Los cuidados médicos a los pacientes en estadios terminales requieren apoyo vital básico y avanzado como:

resucitación y procedimientos intervencionistas e invasivos.

Desde el momento en que al paciente se le brindan los cuidados médicos especializados, comienzan a llegarle, de manera subjetiva, mensajes conflictivos que hacen que se ponga sospechoso y aprehensivo. De ahí que genere mecanismos de defensa. Él puede preguntar: “¿Voy a morir?”. Entonces, por lo general, la familia le deja la respuesta a la enfermera, esta al médico, y quizás, después de un gran sufrimiento emocional, el paciente llega

a recibir la respuesta que ya presumía. Esta situación es denominada por muchos expertos como la *conspiración del silencio*, y no es solo con respecto a la información, sino también, a los sentimientos.

En el caso de tratarse de la *muerte* en pacientes pediátricos, resulta mucho más difícil, pues el niño moribundo tiene miedo a la soledad y al abandono (*ansiedad de separación*). Durante este periodo es necesario trabajar con los padres, ya que se sentirán solos y necesitarán información y apoyo emocional. Las reacciones que más han sido descritas en los padres ante el fallecimiento de un hijo son:

- Retirada silenciosa y aislamiento.
- Llanto a gritos.
- Remordimiento y culpabilidad.
- Ira y rabia.

El personal médico y de enfermería debe conocer y estar preparado para todas estas reacciones, puesto que pueden verse en cualquier paciente. Con una comunicación eficaz médico-familia y enfermero-familia, pueden atenuarse.

¿Cómo ayudar al paciente moribundo o potencialmente moribundo?

- Estar disponible a la comunicación con el paciente: no hacerse “el sordo” y mantener una actitud de escucha con él y con su familia.
- Llevar a cabo entrevistas aclaratorias con el paciente: cortas, concretas, comprensibles, centradas en él, no engañarlo innecesariamente, comunicarle lo necesario de la verdad (pero todo lo que se diga debe corresponderse con esta).
- Dedicarle tiempo, participar en sus cuidados, evitarle soledad y aislamiento.
- Inspirarle confianza, cercanía. Evitar el distanciamiento, las evasiones dañinas y los sufrimientos que él pueda percibir.
- No reprimirle las reacciones emocionales de ira o cólera. Se le debe permitir expresar culpabilidades, comprender su depresión y dejarlo solo cuando lo desee.
- Prestar atención a su dolor, a sus quejas, no negar sus sufrimientos y ponerse en su lugar, sin confundirse con él.
- Compartir con naturalidad los sentimientos de la familia, orientarla y darle apoyo emocional auténtico, no formal.
- Concebir el equipo médico como *grupo de ayuda* en el que cada miembro asume la responsabilidad y los sentimientos por igual.

- A cada familiar, particularmente, se le debe dar esperanzas, sin evadir la realidad del enfermo terminal.
- A los familiares se les debe hablar con claridad, con voz natural, sin susurros ni al margen del enfermo.
- Estos principios deben cumplirse con la familia del paciente moribundo; y si el paciente fallece, deben realizarse de forma especial.

No solo en el paciente se generan reacciones emocionales, también en el equipo médico se producen reacciones ante el paciente moribundo, como son:

- Identificación con su propio futuro.
- Separación del paciente. Interpretación de pérdida y fracaso profesional.
- Relaciones, frecuentemente evasivas y escurridizas, con la familia del fallecido.

En el personal de enfermería se describen:

- El distanciamiento espacial: rechazo al enfermo y aislamiento físico. El enfermero deja de responder o es más lento para responder las llamadas del paciente; abandona frecuentemente la habitación; mantiene relaciones más superficiales y menos comprometidas con él, y se observa un abandono de sus cuidados, que deja en manos del personal auxiliar.
- El distanciamiento relacional: fundamentalmente se observa en la comunicación, hay un silencio “protector”, angustia para manejar la verdad, no soporta la rebeldía del paciente, y lo trata como “si ya estuviera muerto”.

Otra arista de esta compleja situación son los familiares del paciente moribundo. Para ellos el enfrentamiento de la muerte de un ser querido constituye un evento psicosocial negativo, que se genera en una crisis familiar, que atraviesa por varias fases, hasta el momento de la muerte:

- Negación: barrera de silencio artificial e incómodo entre los familiares, y entre ellos y el paciente.
- Ira: proyectada contra el Equipo de Salud o contra el médico que hizo el primer diagnóstico.
- Depresión: dolor preparatorio con interpretación de rechazo del enfermo hacia sus familiares, como “justificación” del despegue emocional.
- Muerte del paciente: puede manifestarse con furia, enojo, desesperación, aislamiento y soledad. Los familiares se muestran abrumados por los recuerdos del fallecido “como si estuviera vivo”.

Luego de la muerte del paciente, se produce una disfunción familiar, una *crisis por desmembramiento*, que atraviesa las etapas de luto y de duelo.

Como se puede valorar, el enfrentamiento y afrontamiento al paciente moribundo, es una tarea para la cual todos debemos prepararnos. Para ello, es imprescindible garantizar la comunicación eficaz entre el equipo de trabajo y los familiares, para atenuar los efectos de la pérdida del paciente. Con este fin, se utilizarán todos los recursos que puedan aliviar y apoyar a la familia, sin que esta se aisle del mundo circundante, y para que pueda restaurar su vida nuevamente y busque apoyo en el marco social donde se desenvuelve.

En sentido general, la frase de *Cicely Saunders*, creador de los cuidados paliativos, resume la esencia del trabajo con el paciente moribundo: “Tú importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no solo para ayudarte a morir en paz, sino también, a vivir hasta el día en que mueras.”

Papel de la enfermería en la urgencia médica y la emergencia

La enfermería, a lo largo de las últimas décadas, ha logrado incorporar a sus multifacéticas actividades, un papel principal en la actuación de primera urgencia en las instituciones asistenciales y en las ambulancias, que es en muchos casos decisivo para lograr la completa satisfacción en el servicio.

Papel o acciones del personal de enfermería en la clasificación de la urgencia médica

Recepción. El enfermero, desde la posición de enfermería, o el enfermero clasificador debe estar en un lugar estratégico en el área de urgencia, para ser la primera persona que reciba y clasifique al paciente, y además, debe dirigir una atención por prioridades. Para ello, debe tomar las medidas vitales inmediatas y desencadenar la alarma ante una emergencia. En los servicios de urgencias de grandes dimensiones, el área de emergencia debe tener una entrada independiente, en la que haya otro enfermero y un médico.

Evaluación. En esta etapa el enfermero es el encargado de evaluar todos aquellos síntomas y signos que refiere el paciente y realizar un diagnóstico de las

verdaderas emergencias y urgencias. Para tomar la decisión correcta, el enfermero debe disponer de la capacitación adecuada acerca de las principales afecciones que pueden presentarse en los servicios de urgencias.

Acción. Los enfermeros deben estar capacitados para ejecutar las prioridades vitales por problemas de presentación, y para orientar su atención en el área que corresponda.

Papel de la enfermería en los servicios de urgencias de los policlínicos principales de urgencias, policlínicos y consultorios de urgencias

El personal de enfermería tendrá la responsabilidad de mantener el local listo para la recepción del paciente que recibirá los primeros auxilios. Esto incluye los medios y recursos necesarios para brindar la primera actuación de urgencia, ya sea: tratamientos, curación u otra acción que se imponga:

- El enfermero debe estar capacitado para asistir la reanimación cardiopulmonar y cerebral (RCPC) básica y participar en la RCPC avanzada. De antemano debe considerar el proceder necesario, desde el punto de vista asistencial, para el cumplimiento de los algoritmos, con vistas a una mejor sincronía con el médico actuante.
- También debe tener preparado el local y dispuestos los equipos y medios necesarios en la sala de reanimación o de apoyo vital, que incluyen:
 - Todos los equipos y materiales que se van a utilizar, con una correcta esterilización.
 - Materiales y medios para garantizar la permeabilización de la vía aérea.
 - Disponer de los medios para la oxigenación.
 - Tener listo el material para realizar la canalización venosa lo más rápido que sea posible.
 - Estar en condiciones de poder brindar RCPC básica y acompañar al médico en la RCPC avanzada.
 - Tener listos los medios para la reposición de líquidos o fluidos.
 - Tener condiciones para brindar la primera asistencia al paciente politraumatizado.
 - Tener el control de todos los medios, y que estos se encuentren listos para su uso en cantidad y calidad.

Papel de la enfermería en la atención a la emergencia clínica

El enfermero debe tener dispuestos todos los materiales y medios necesarios con su correspondiente esterilización, para garantizar la primera asistencia a un paciente con una parada cardiorrespiratoria:

- Debe tener la capacitación necesaria para brindar, e incluso iniciar la RCPC en ausencia del médico: conocer los elementos técnicos básicos para poder brindarla, así como conocer las principales arritmias y su tratamiento, según los algoritmos.
- Debe garantizar una oxigenación inmediata y los medios para la permeabilización de la vía aérea.
- Realizar la canalización venosa lo más rápido que sea permisible, para garantizar la vía de acceso a los medicamentos de urgencias.
- Debe avisar al laboratorio.
- Tener listos los equipos de electrocardiograma (ECG), desfibrilación y monitorización.
- En el caso de cualquier otra emergencia, el enfermero debe disponer de los conocimientos necesarios para su atención:

- Permeabilización de la vía aérea.
- Oxigenación.
- Control y monitorización del paciente.
- Garantizar una vía venosa segura.
- Evitar, con maniobras, una broncoaspiración; colocar *levine*, si es necesario.
- Si no existe contraindicación, el enfermero debe colocar una sonda vesical para la monitorización de la diuresis.
- Avisar al laboratorio, según el lugar donde se brinda la asistencia médica.
- Informar con rapidez al médico, de la presencia de una emergencia clínica.
- Brindar apoyo emocional al paciente y a su familiar.
- Mantenerse en el sitio donde se brinda la asistencia, todo el tiempo que sea necesario.
- Garantizar la higiene, iluminación y condiciones del lugar.
- Tener dispuestos los medios y el equipamiento necesarios para la asistencia al paciente.
- Mantener una estrecha vigilancia de los signos vitales y de los síntomas del paciente, con el objetivo de prevenir a tiempo cualquier complicación que se pueda presentar.

- Disponer de los fluidos necesarios en el lugar, para el establecimiento de la terapia según el protocolo establecido.
- Brindar los cuidados de enfermería necesarios a los pacientes que están bajo su atención y mantener la higiene, el confort y las normas epidemiológicas del lugar.
- Reconocer y actuar ante cualquier complicación que se produzca, mediante el control de los signos vitales y la vigilancia estricta del paciente, para prevenir cualquier complicación o tomar medidas rápidamente en el caso de que apareciera alguna.
- Monitorización constante del paciente, cuando sea posible.
- Tener preparado el carro de reanimación ante un paro cardíaco.

Papel de la enfermería en la atención de la emergencia por trauma

El personal de enfermería debe disponer de la capacitación práctica y docente necesaria para la atención al paciente politraumatizado.

También debe estar preparado para su recepción, y ser capaz de garantizar:

- Mantenimiento de la vía aérea con control de la columna cervical.
- Tener listos los medios para la permeabilización de la vía aérea y para la oxigenación.
- Garantizar el abordaje venoso por dos venas periféricas a la vez e iniciar la reposición de fluidos.
- Control de la hemorragia.
- Inmovilización de todas las fracturas.
- Inmovilización o empaquetamiento del lesionado y moverlo en bloque o como un tronco.
- Exponer y prevenir una hipotermia.
- Avisar al laboratorio y al departamento de rayos X, según el lugar.
- Avisar al resto del personal necesario para la reanimación del paciente politraumatizado.
- Mantenerse en el área de atención al paciente y mantener una vigilancia estricta ante cualquier señal que indique que hay alteraciones de la hemodinamia u otra complicación.
- Dar apoyo emocional al paciente y a la familia, si es posible.
- Pasar sonda vesical y *levine*, con indicación médica previa.

URGENCIAS MÉDICAS

- Brindar los cuidados de enfermería necesarios a los pacientes que están bajo su atención y mantener la higiene, el confort y las normas epidemiológicas del local.
- Reconocer al paciente y actuar ante cualquier complicación que se produzca, mediante el control de los signos vitales y una vigilancia estricta, para prevenir cualquier complicación o tomar medidas rápidamente en el caso de que apareciera alguna.
- Monitorización constante del paciente, cuando es posible.
- Tener preparado el carro de reanimación por si se produce un paro cardíaco.

Medios que son necesarios en el área de atención a la emergencia clínica en la urgencia primaria:

1. Bolsas resucitadoras con caretas de tres tamaños.
2. Monitor para realizar electrocardiogramas.
3. Desfibrilador.
4. Medios para la oxigenación.
5. Medicamentos de primeros usos (medicación de urgencia):
 - a) Adrenalina.
 - b) Atropina.
 - c) Lidocaína, procainamida, amiodarona.
 - d) Bicarbonato de sodio.
6. Tubos oro-traqueales de todos los tamaños, laringoscopia con espátulas de varios tamaños.
7. Equipos para marcapasos (electrodos y fuentes).
8. Sondas nasogástricas y vesicales.
9. Suturas.
10. Equipos y medios para el abordaje venoso.
11. Equipo de aspiración.

Medios que son necesarios en el área de atención a la emergencia por trauma en la urgencia primaria:

1. Equipos y medios de intubación y oxigenación.

2. Resucitadores con caretas de tres tamaños.
3. Medicación de urgencias.
4. Soluciones para la reposición de líquidos, principalmente soluciones salinas, isotónicas e hipertónicas.
5. Diuréticos osmóticos.
6. Equipos y medios para realizar cricotiroidotomía quirúrgica.
7. Medios y equipos para garantizar el acceso vascular y la monitorización.
8. Equipos y medios para abordaje venoso o para realizar venodisección.
9. Medios para iniciar o mantener la inmovilización cervical.
10. Medios para la inmovilización de extremidades.

Papel del personal de enfermería en la satisfacción del paciente

Los enfermeros deciden la satisfacción porque:

- Son los primeros o unos de los primeros en contactar con el paciente.
- Son los que más tiempo están con los pacientes.
- Son los que cumplen las indicaciones médicas que decidirán el resultado técnico.
- Son los que evalúan constantemente el resultado técnico.

Son los que más roce tienen con el paciente y su familia, por lo que podrán conocer más fácilmente sus insatisfacciones e incomprensiones.

Por principio, el personal de enfermería clasificará a los pacientes en: alarmados, insatisfechos, incomprensidos, y que mantengan sintomatología (dolor, disnea, etcétera), y los llevará al médico principal.