**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS**

**1. Áreas funcionales del servicio de urgencias:**

**Admisión**

Lugar administrativo donde en primer lugar se filia al paciente a través de su tarjeta sanitaria o documento identificativo, tomándose al menos el nombre y apellidos, edad, dirección y nacionalidad. Es la primera área funcional del Servicio de Urgencias.

Posteriormente se refleja el motivo de la asistencia: urgencias generales, traumatología, pediatría, ginecología... seguidamente se registra la razón de la patología, ya sea enfermedad, accidente laboral o accidente de tráfico. Por último, se anota la fecha de la asistencia y la hora de entrada.

**Área de clasificación o triaje**

Lugar físico al que es llamado el paciente tras su admisión en el servicio de urgencias y donde se realiza el primer contacto entre el profesional sanitario y el individuo que solicita la asistencia sanitaria.

**Área de consultas**

El área de consultas es la zona donde se lleva a cabo la atención clínica inicial de la mayoría de los pacientes que acuden a urgencias. La asignación de las consultas a los distintos médicos la realizará el jefe de sección de urgencias en los días laborables y en su ausencia, el responsable clínico.

Tras ser vistos en el área de consultas, los pacientes pueden ser derivados al domicilio con su correspondiente informe dirigido al médico de familia y comunitaria, ser ingresados directamente en el área de hospitalización, ser trasladados a cualquiera de las otras áreas funcionales de la sección de urgencias o derivados a otros hospitales.

**Área de observación – sillones**

Es un área destinada a la atención de pacientes que no requieren uso de una cama y que presentan procesos que precisan tratamiento intravenoso sostenido y/o vigilancia de la evolución clínica, por un periodo no superior a 12 horas, en tanto se decide el destino definitivo.

Excepcionalmente podrá recurrirse al uso de esta zona para la espera de pacientes con ingreso cursado en el área de hospitalización desde el área de consultas mientras que la cama está disponible, así como para la estancia de pacientes dados de alta del área de observación-camas mientras llega la ambulancia o la familia previamente contactada.

La salida de pacientes de este área tendrá lugar por resolución o mejoría del proceso que motivó su ingreso o por sobrepasar el tiempo máximo establecido de permanencia en la sala (12 horas), siendo por tanto, su destino final posible el alta hospitalaria, el traslado a observación o el ingreso en el área de hospitalización.

**2. Funciones del personal de enfermería de urgencias:**

* Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias y formar parte del equipo multidisciplinar encargado de la asistencia.
* Asumir las tareas asistenciales no urgentes pero básicas para el normal funcionamiento y atención a los pacientes. Concretamente, se debe prestar atención a los tratamientos programados que no deben interrumpirse en fines de semana o días festivos (curas e inyectables programados especialmente) y aquellas tareas pautadas por los médicos de atención primaria relacionadas con el ajuste de tratamientos y estudios de pacientes como la realización de glucemias postprandiales en ajustes de insulinoterapia y controles tensionales en ajustes de medicación hipotensora.
* Haber cursado la formación adecuada sobre Soporte Vital Avanzado, Soporte Vital al Trauma Grave, formación avanzada en electrocardiograma de urgencias y en todos los procesos tiempo-dependientes como el síndrome coronario agudo, ictus, sepsis grave o trauma grave.
* Clasificación de los pacientes en función de la gravedad.
* Realizar los procedimientos terapéuticos indicados por el responsable de la asistencia.
* Administrar los tratamientos prescritos por el médico a los pacientes que deban permanecer en el servicio para tratamiento y evolución, realizando un seguimiento de los cuidados de enfermería propios para este tipo de pacientes, incluidos en los protocolos asistenciales y guías clínicas existentes.
* Colaborar en el traslado de pacientes a diferentes servicios de hospitalización o centros indicados desde el servicio de urgencias, cuando las circunstancias asistenciales lo requieran.
* Utilizar adecuadamente los recursos disponibles para lograr una mayor calidad y eficiencia.
* Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro relacionados con su actividad.
* Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.
* Cooperación y coordinación con el resto de dispositivos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
* Todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes.

**3. Tipos de circuitos en los servicios de urgencias:**

**Circuito de pacientes críticos:** es el circuito destinado a la atención de pacientes con prioridad 1, según el sistema de clasificación utilizado. Los pacientes pueden presentar cualquier tipo de patología que se incluya en esta prioridad, no siendo un área de atención exclusiva a la parada cardiorespiratoria.

**Circuito de atención básica:** en él se incluyen consultas habitualmente de acto único y que no precisen de exploraciones complementarias. El médico o la enfermera en su caso, no puede utilizar más que tiras reactivas como ayuda al diagnóstico y eventualmente radiología simple. Se puede administrar medicación por vía intravenosa o intramuscular. La necesidad de extracción de sangre para otras determinaciones implica el cambio de ubicación del paciente, previa aceptación del mismo por parte del médico responsable del circuito de destino. Se destina a la atención de pacientes con prioridades 4 y 5 exclusivamente (pueden incluirse o no pacientes traumatológicos, en función de la organización del servicio). Se conoce también con el nombre de circuito rápido, de banales o de primer nivel.

**Circuito polivalente:** destinado a la atención a pacientes médicos o quirúrgicos (no traumatológicos) con prioridad 2 y 3. También se conoce como policlínica o circuito médico-quirúrgico.

**Circuito traumatológico:** dedicado a la atención de pacientes con patología traumatológica con prioridades 2, 3, 4 y 5. Los pacientes con prioridades 4 y 5 también pueden atenderse en el circuito de atención básica en función de la organización funcional del servicio.

**Circuito pediátrico:** circuito específico para la atención de pacientes pediátricos (menores de 14 años de edad) con prioridades 2, 3, 4 y 5.

**Circuito obstétrico-ginecológico:** circuito específico para mujeres con problemas obstétricos y ginecológicos. Prioridades 2, 3, 4 y 5.

**4. Clasificación de las urgencias hospitalarias:**

**Nivel 1:** paciente que requiere resucitación cardiopulmonar, con riesgo vital, agudo, crítico o inestable. Tiene prioridad absoluta y debe ser atendido de forma inmediata, tanto por el médico como por la enfermera en el box de reanimación de críticos.

**Nivel 2:** paciente en situación de urgencia no crítica, muy urgente, agudo crítico, con inestabilidad fisiológica, riesgo vital inmediato o dolor intenso. El tiempo de atención de enfermería será inmediato y el del médico de 15 minutos. Será atendido en el box de críticos o en un box general.

**Nivel 3:** paciente agudo, no crítico. Son situaciones con riesgo potencial que requieren generalmente de múltiples exploraciones diagnósticas y/o terapéuticas. El paciente está estable hemodinámicamente. El tiempo de actuación será de 30 minutos para enfermería y de 60 minutos como máximo para el facultativo. Será atendido en un box general. Este grupo supone el grueso de pacientes que acuden al servicio de urgencias.

**Nivel 4:** paciente con urgencia no objetivable. El paciente presenta un proceso con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y con el alta al domicilio como destino final más previsible. Debe ser atendido en 60 minutos por la enfermera y por el médico en 100 minutos en un box general o en una consulta rápida. Estos pacientes serán atendidos en el circuito de atención básica.

**Nivel 5:** procesos banales que requieren asistencia médica no urgente y generalmente no precisan exploración diagnóstica y/o terapéutica. El tiempo de atención será de 120 minutos por enfermería y por el facultativo.

**5. Etapas de la cadena de supervivencia:**

1. **Reconocimiento precoz y pedir ayuda:** reconocer el origen cardíaco de un dolor en el pecho y llamar a los servicios de emergencias antes del colapso de una víctima permite que el servicio de emergencias médicas llegue más pronto, a ser posible antes de que la parada cardíaca haya ocurrido, lo que conduce a una mayor supervivencia. Una vez que se ha producido la parada cardíaca, el reconocimiento precoz es fundamental para permitir la rápida activación del servicio de emergencias médicas (SEM) y la pronta iniciación de la RCP por testigos. Los principales signos a identificar son: *ausencia de respuesta y no respirar con normalidad.* Los testigos deberían sospechar que la persona está sufriendo una parada cardíaca y comenzar la RCP si la víctima no responde y no respira con normalidad.
2. **RCP precoz por testigos:** la iniciación inmediata de la RCP puede duplicar o cuadruplicar la supervivencia de una persona tras una parada cardíaca. Si los reanimadores están formados en RCP, deberían dar compresiones torácicas junto con ventilaciones. Por otro lado, cuando una persona que llama no se ha formado en RCP, el operador telefónico de emergencias médicas deberá instruirla para dar RCP solo con compresiones torácicas mientras espera la llegada de la ayuda profesional.
3. **Desfibrilación precoz:** la desfibrilación en los primeros 3-5 minutos del colapso puede producir tasas de supervivencia de entre un 50 y un 70%. Esto se puede lograr mediante el uso de un *Desfibrilador Externo Automático* (DEA) de acceso público y disponible in situ.
4. **Soporte vital avanzado precoz y cuidados postresucitación estandarizados:** el soporte vital avanzado con manejo de la vía aérea, fármacos y corrección de los factores causales puede ser necesario si los primeros intentos de resucitación no tienen éxito.

**6. Pruebas diagnósticas más frecuentes cuando se trata de un infarto agudo de miocardio:**

* Análisis de sangre para identificar anemia, patología hepática, renal y alteraciones en los niveles de sodio y potasio.
* Radiografía de tórax: para identificar signos de congestión, infección o acumulación de líquido en los pulmones.
* Electrocardiografía (ECG): registra ritmo y actividad eléctrica del corazón.
* Ecocardiografía: es la prueba diagnóstica de mayor interés. Permite ver las cavidades cardíacas, las válvulas del corazón y observar su funcionamiento.
* Prueba de esfuerzo: proporciona información sobre el funcionamiento del corazón durante un esfuerzo. Consiste en realizar ejercicio sobre una cinta rodante y se controla la presión arterial, ritmo cardíaco y actividad eléctrica del corazón a través de un electrocardiograma.
* Pruebas de función pulmonar: la principal es la espirometría que evalúa cómo funcionan los pulmones, midiendo el volumen de aire que entra y sale de ellos.
* Angiografía/cateterismo cardíaco: para ver el flujo sanguíneo por las arterias, venas o cavidades del corazón y localizar estenosis en las arterias o válvulas que funcionen mal.
* Tomografía computerizada multicorte (TCMC): evalúa la función cardíaca y las arterias coronarias.
* Resonancia magnética (RM) cardíaca: proporciona imágenes del corazón (función global del corazón, volumen de las cavidades, grosor de las paredes, pericardio, defectos congénitos, masas miocárdicas o tumores), así como de las arterias coronarias.
* Electrocardiograma ambulatorio (HOLTER): para el diagnóstico de pacientes en los que se sospeche una arritmia como causa de la IC o de sus descompensaciones. También sirve para documentar el correcto control de la frecuencia cardíaca en personas con fibrilación auricular durante la actividad diaria normal y los valores de presión arterial.

**7. Cardiopatía isquémica: Angor**

La *Arteriopatía Coronaria* (AC) es una alteración progresiva de las arterias coronarias que va desde el estrechamiento de la luz hasta la oclusión completa del vaso. De todas las causas que provocan la AC la más común es la arterosclerosis.

La AC altera la respuesta normal de la arteria coronaria ante el aumento de demanda, restringiendo el flujo de sangre, lo que provoca una alteración del equilibrio entre la demanda y el aporte de oxígeno del tejido miocárdico. Durante la isquemia, el miocardio se ve en la necesidad de pasar del metabolismo aeróbico al anaeróbico a causa de la hipoxia tisular, provocando la acumulación de ácido láctico.

La *Angina o Angor* es el dolor torácico causado por la isquemia miocárdica, y es el síntoma principal de la Arteriopatía Coronaria. Aparece en el tórax, principalmente de localización retroesternal, con irradiación a cuello, mandíbula, brazos y espalda. La duración va desde 1-30 minutos (estable) o puede ser mayor (preinfarto).

Los factores de riesgo que elevan riesgo de sufrir arteriopatía coronaria son muy variados, incluyendo la edad, sexo, raza y antecedentes familiares. Entre los que se pueden modificar encontramos: cifras elevadas de colesterol sérico, HTA, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, estrés, anticonceptivos orales y obesidad.

**8. Definición y consecuencias de la insuficiencia respiratoria:**

Cuadro que acompaña a la alteración en el funcionamiento del sistema respiratorio, que ocasiona un aumento o disminución en los valores de la presión parcial de dióxido de carbono en la sangre (pCO2) hipoxemia/hipercapnia.

La insuficiencia respiratoria es el resultado de una alteración en el patrón fisiológico de la respiración, y es consecuencia de:

* Un proceso de oxigenación insuficiente, ocasionado por:
  + Edema agudo de pulmón.
  + Infección.
  + Traumatismo torácico.
* Una insuficiente ventilación pulmonar:
  + Intoxicación por drogas.
  + Complicación tras anestesia general.
  + Alteraciones en el Sistema Nervioso Central: tumor, insuficiencia vascular cerebral.
  + Traumatismos cerebrales y/o medulares.
* Una insuficiente ventilación pulmonar asociada la existencia de una enfermedad pulmonar obstructiva:
  + Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
  + Cuadro de asma severo.
  + Bronquitis crónica.

**9. Intervenciones precoces para evitar la obstrucción de la vía aérea por atragantamiento:**

* **Reconocimiento:** la OVACE habitualmente ocurre mientras la víctima está comiendo o bebiendo. Los cuerpos extraños pueden causar obstrucción de la vía aérea leve o grave. Es importante preguntar a la víctima consciente: ¿se está atragantando?. La víctima que es capaz de hablar, toser y respirar tiene *obstrucción leve*. La víctima que no puede hablar, tiene una tos débil, está luchando por o no puede respirar, tiene *obstrucción completa o grave*.
* **Tratamiento de la obstrucción parcial de la vía aérea:** se debe animar a la víctima a toser, puesto que la tos genera presiones altas y sostenidas de la vía aérea y puede facilitar la expulsión del cuerpo extraño.
* **Tratamiento de la obstrucción completa de la vía aérea:** para los adultos conscientes y niños mayores de un año de edad con OVACE completa, se han referido casos que han demostrado la eficia de los golpes en la espalda o palmadas, compresiones abdominales y torácicas. La probabilidad de éxito se incrementa al realizar combinaciones de golpes en la espalda o palmadas y compresiones abdominales y torácicas. (*Maniobra de Heimlich*).
* **Tratamiento de la obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño en una víctima que no responde:** las compresiones torácicas deberían iniciarse de inmediato si la víctima no responde o está inconsciente. Depués de 30 compresiones, intentar 2 ventilaciones de rescate, y continuar la RCP hasta que la víctima se recupere y comience a respirar con normalidad.

**10. Objetivos y actividades con respecto a la ansiedad relacionada con la sensación de peligro real o percibido:**

Objetivo: la sensación de ansiedad disminuirá, quedando evidenciado por una frecuencia cardíaca y respiratoria dentro de valores normales y por la disminución o ausencia de la inquietud y la irritabilidad.

Actividades: establecer comunicación empática con el paciente. Valoración del nivel de ansiedad: leve: el paciente se muestra inquieto e irritable;moderada: no fija su atención, expresa preocupación en aumento, percepción limitada, aumento de la FC;grave: expresa sensación de muerte, lenguaje rápido, no fija la mirada, temblor, preocupación por el pasado sin comprender el presente, taquicardia o hiperventilación; pánico: incapacidad para comunicarse, aumento de la actividad motora, taquipnea. Controlar la hiperventilación aplicando respiraciones lentas y profundas. Reducir la carga sensorial proporcionando un ambiente relajado y previsible ya que los cambios bruscos empeoran la situación. Enseñar técnicas de relajación que disminuyan el nivel de ansiedad. Escuchar y tratar de responder a las preocupaciones del paciente. Proporcionar información sobre el lugar donde se encuentra y las técnicas que se van realizando de manera que no identifique su ubicación en urgencias como un mediohostil. Ayudar al paciente a afrontar los efectos de su enfermedad y a mostrarse colaborador en la aplicación de cuidados.

**11. Escalas de valoración en el caso de sufrir un ictus:**

Escala de coma de Glasgow: es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal, la respuesta ocular y la respuesta motora. La puntuación más baja es de 3 puntos, mientras que el valor más alto es de 15 puntos.

Escala Cincinnati: es una herramienta para la rápida evaluación de un paciente en el que sospechamos que está sufriendo un ictus. Está basada en una simplificación de la escala para ictus del National Instutes of Health (NIHSS) y tiene por objeto identificar pacientes con ictus que puedan ser candidatos a recibir trombolisis. Consiste en la evaluación de tres sencillos puntos que nos ayudarán de manera significativa a predecir si estamos ante un caso de accidente vascular cerebral y evaluaremos: asimetría facial, desviación de los brazos y lenguaje anormal.

National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS): es la escala más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. Está constituída por 11 ítems que permiten explorar de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje. Nos permite detectar fácilmente mejoría o empeoramiento neurológico (aumento de al menos 4 puntos respecto al estado basal). Según la puntuación obtenida, podemos clasificar la gravedad neurológica en varios grupos: 0: sin déficit, 1: déficit mínimo, 2-5: déficit leve, 6-15: déficit moderado, 15-20: déficit importante, ˃20: grave.

**12. Clasificación de las crisis convulsivas:**

* **Parciales o focales:** se originan en un conjunto de neuronas localizadas en una parte del hemisferio cerebral. Hay tres tipos:
  + Simples: no hay alteración del nivel de conciencia. Se presentan con síntomas motores, sensitivos, sensoriales, anatómicos y/o psíquicos.
  + Complejas: alteraciones del nivel de conciencia. Se acompañan a menudo de automatismo.
  + Parcialessecundariamente generalizadas.
* **Generalizadas:** la alteración del nivel de conciencia es el síntoma inicial y se presenta con una afectación bilateral.
  + Ausencias: hay dos tipos: típicas y atípicas. Las típicas o petit mal se producen en la infancia. Son breves pérdidas de conciencia entre 5-30 segundos. Las atípicas son clínicamente indistinguibles.
  + Mioclonías: sacudidas únicas o repetidas, bilaterales y de miembros no acompañadas de pérdida de conciencia. Son masivas y persistentes.
  + Tónicas, clónicas y tonicoclónicas (gran mal): las tónicas se manifiestan por un aumento del tono muscular, las clónicas por sacudidas del masetero y las tónico-clónicas por una conjugación de ambos. La fase postcrítica se caracteriza por somnolencia y relajación muscular.
  + Atónicas: pérdida brusca de conciencia con caída al suelo por pérdida del tono muscular.

**13. Definición de hipoglucemia y causas más frecuentes:**

La hipoglucemia ocurre cuando se produce un descenso de la glucosa en la sangre por debajo de 50 mg/dl. El comienzo del cuadro puede ser brusco y evolucionar rápidamente. Un retraso en su tratamiento puede dar lugar a lesiones irreversibles.

Las complicaciones que pueden surgir son el shock por colapso vascular, infecciones y trombosis vasculares a causa del bajo gasto y aumento de la viscosidad sanguínea. El edema cerebral es una complicación rara, pero de extrema gravedad, que aparece sobre todo en niños tras varias horas de haber iniciado el tratamiento corrector y cuando el paciente ya se recupera, tal vez ocasionado por cambios bruscos en la osmolaridad originados por una terapia agresiva. En este caso la mortalidad es alta.

Las causas más frecuentes de hipoglucemia son:

* + Procesos infecciosos.
  + Disminución o retraso en la ingesta de alimentos.
  + Aumento de la actividad física.
  + Errores en las dosis de hipoglucemiantes orales o de insulina.
  + Intoxicación etílica aguda.
  + Interacciones farmacológicas.
  + Situaciones de estrés.
  + Alteraciones metabólicas: hipertiroidismo, embarazo

**14. Tipos de insuficiencia hepática:**

* Hepatitis vírica: los virus de la hepatitis son capaces de provocar un cuadro de insuficiencia hepática aguda grave. Las más comunes son por VHB, VH no A no B, VHA, virus Herpes, Citomegalovirus, virus Epstein-Barr.
* Hepatitis tóxica: puede ser producida por algunas sustancias químicas utilizadas en la industria, a través de su ingesta o inhalación (tetracloruro de carbono, utilizado como disolvente; ciertos hidrocarburos volátiles que se utilizan en la fabricación de colas, fósforo blanco). También puede ser causada por la acción de venenos vegetales, especialmente por el consumo de setas del grupo Amanita y Lepiota.
* Hepatitis medicamentosa: provocada por fármacos hepatotóxicos, ya sea a través de un mecanismo de toxicidad directa o de hipersensibilidad. Los más comunes son el Paracetamol, Hidrazidas, Halotano y anestésicos afines, IMAOs, Fenotiazinas, Esteroides Androgénicos, AAS, AINES o Metotrexato.
* Infecciones bacterianas: TBC, Brucelosis.
* Depósitos microvesiculares grasos patológicos: degeneración aguda grasa del embarazo, intoxicación por valproato sódico, Síndrome de Reye.
* Alteraciones vasculares del hígado: en cuadros de SOC, Insuficiencia Cardíaca, Síndrome de Budd-Chiari.

**15. Signos y síntomas más frecuentes de una insuficiencia hepática:**

* + Encefalopatía hepática evidenciada por alteraciones neurológicas, convulsiones e incluso coma.
  + Elevación brusca de la Tª.
  + Prurito intenso.
  + Ictericia de evolución rápida.
  + Disminución de la matidez hepática.
  + Ascitis.
  + Alteraciones circulatorias.
  + Alteraciones del patrón respiratorio a causa de la distensión abdominal y el ascenso del nivel diafragmático.
  + Alteraciones renales ocasionadas por el descenso de volumen circulante.
  + Alteraciones en los resultados de la bioquímica, coagulación y glucemia.
  + Naúseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal grave.
  + Sangrados ocasionados por erosiones y ulceraciones agudas unidas a alteraciones en la coagulación, sobre todo a nivel gastrointestinal, aunque también puede ser nasal, por vías urinarias y en sistema nervioso central.
  + Shock por descenso del volumen circulante eficaz (está totalmente contraindicada la posición de Trendelenburg).

**16. Signos, síntomas y pruebas diagnósticas de una insuficiencia renal aguda:**

* **Signos y síntomas**
* Los exámenes pueden revelar IRA y ayudar a descartar otros trastornos que afecten al funcionamiento renal.
* Se desarrolla edema generalizado por la retención de líquidos.
* Se pueden escuchar con estetoscopio crepitaciones pulmonares.
* Disminución del gasto urinario: disminución del volumen de orina: oliguria, en ocasiones poliuria.
* Ausencia de gasto urinario: anuria.
* Edema de miembros inferiores.
* Edema generalizado por retención hídrica.
* Cambios en el estado mental: agitación, somnolencia, alucinaciones, coma, convulsiones.
* Náuseas y vómitos.
* Dolor.
* Fatiga.
* Presión arterial elevada.
* Mal aliento.
* **Pruebas diagnósticas**
* Análisis de sangre: aumento de los valores de creatina y potasio.
* Gasometría arterial y bioquímica sanguínea que muestren acidosis metabólica.
* Ultrasonografía renal para estimar el tamaño renal y descartar una uropatía obstructiva susceptible a ser tratada.
* Los valores de laboratorio pueden variar: análisis de orina con resultados anormales, aumento de los valores de creatinina en sangre, aumento en los valores de potasio en sangre.
* La gasometría arterial y los valores bioquímicos sanguíneos pueden mostrar acidosis metabólica

**17. Tipos de mortalidad derivada de un trauma:**

* **Mortalidad inmediata:** es la que se produce en los primeros segundos o minutos tras el accidente como consecuencia de lesiones vitales (como lesiones de grandes vasos o lesiones del tronco cerebral). Para disminuir su incidencia, se debe incidir en la prevención primaria y secundaria.
* **Mortalidad precoz:** es la que se produce entre los primeros minutos y las primeras horas tras el accidente. Se debe a lesiones primariamente no mortales, pero si se dejan evolucionar naturalmente pueden provocar la muerte del paciente (como insuficiencia respiratoria grave o shock hipovolémico).
* **Mortalidad tardía:** es la que se produce en los días y semanas posteriores al accidente. Es provocada por la lesión orgánica primaria (por ejemplo lesión neurológica) o cuadros clínicos secundarios (como el síndrome de disfunción multiorgánica o la infección nosocomial). La atención prestada en las primeras fases tiene repercusión en las muertes tardías. Es en la fase precoz cuando intervienen los servicios de urgencias y lo hacen en dos escenarios: extrahospitalario (en el lugar del accidente) y hospitalario. El manejo del paciente politraumatizado grave requiere una evaluación y tratamiento rápidos y eficaces de las lesiones que ponen en peligro su vida.

**18. Clasificación de las fracturas en relación con el foco:**

* Fractura completa: interrupción total de la continuidad del hueso, pudiendo ser este desplazado si pierde su localización anatómica.
* Fractura incompleta: se mantiene parcialmente la continuidad. No se produce desplazamiento.
* Fractura en tallo verde: producida por la rotura de un lado del hueso con angulación plástica del otro. Frecuentes en niños.
* Fractura transversa: forma un ángulo recto con el eje del hueso.
* Fractura oblícua: forma un ángulo oblícuo con el eje del hueso. Lo que las hace bastante inestables.
* Fractura espiroidea: la línea de fractura describe un ángulo alrededor del hueso.
* Fractura conminuta: provoca la separación de varios fragmentos óseos.
* Fractura por compresión: frecuente en hueso esponjoso (vértebras y regiones epífisometafisarias).
* Fracturas por arrancamiento: se producen a nivel de la inserción de un músculo o tendón, por contracción muscular o tensión ligamentosa.
* Fracturas en metáfisis fértil: en niños el trazo de fractura puede atravesar el cartílago de crecimiento, con el riesgo añadido de dismetrías por cierre precoz total de la metáfisis o alteraciones del eje del miembro. Imprescindible el seguimiento hasta la maduración ósea y la información a la familia.
* Fractura-luxación.

**19. Protocolo de miembro catastrófico:**

* + Identificación del paciente: valoración inicial, que incluye monitorización no invasiva, pulsioximetría, control de la situación hemodinámica y canalización de vías venosas. Valoración secundaria: exposición de las lesiones y exploración por parte del Equipo de Cirugía de la Mano.
  + Lavado con solución salina y cobertura de las lesiones con material de curas estéril y férula de escayola, si procede, a la espera del paso del paciente al Quirófano.
  + Control del estado de los fragmentos, lavado y conservación a 4℃en las condiciones ya descritas. Asignación de identificación al contenedor.
  + Extracción de muestras analíticas y realización de ECG preoperatorio.
  + Recogida de datos complementarios: edad, peso, talla, antecedentes personales, alergias, vacunaciones, enfermedades actuales en tratamiento, hábitos tóxicos, última ingesta (sólida y/o líquida) y cualquier otro dato que se considere de interés.

**20. Diagnóstico de enfermería de un cólico nefrítico:**

* Dolor agudo relacionado con sensación opresiva en región renal intensificada con la micción.
* Objetivo: el paciente no presentará dolor y podrá evacuar la orina de forma normal.
* Actividades: mantener al paciente tumbado en la camilla. Toma de constantes vitales: disminución de la frecuencia cardíaca por dolor, como reflejo de un síndrome vagal. Cnalizar vía periférica para instaurar medicación. Administración de líquidos, favoreciendo la disolución de arenilla e incluso su eliminación. Vigilar si el paciente tiene náuseas o vómitos.
* Riesgo de infección relacionado con realización de procedimientos invasivos.
* Objetivo: el paciente no presentará ningún signo y/o síntoma de infección.
* Actividades: vigilar al paciente en busca de signos y síntomas de infección. Vigilar el patrón respiratorio. Vigilar los cambios de Tª . Extremar las medidas de asepsia en la realización de técnicas invasivas. Fomentar el consumo de líquidos por parte del paciente. Realizar controles de sangre y orina para detectar signos de infección.
* Déficit de conocimiento del paciente acerca de la patología que padece.
* Objetivo: El paciente aumentará sus conocimientos sobre el cólico nefrítico.
* Actividades: educar al paciente en la importancia de seguir unos hábitos alimenticios adecuados y de ingesta abundante de líquidos. Enseñar al paciente a identificar las medidas necesarias para evitar la formación de cálculos renales. Explicar la importancia de reconocer a tiempo los signos y síntomas indicativos del inicio de un cólico nefrítico.

**21. Clasificación de una hipotermia:**

* Según el tiempo de exposición:
* Aguda**:** la exposición al frío es tan intensa y repentina que la resistencia del cuerpo al frío se ve sobrepasada.
* Subaguda: es el tipo que sufren las personas que hacen senderismo y montañismo. Un factor crítico es el agotamiento y la deplección de las reservas energéticas del organismo.
* Crónica: cuando hay una exposición prolongada a bajas temperaturas y se produce una respuesta insuficiente del organismo para contrarrestar ese efecto.
* Según la temperatura central:
* Leve: entre 32-35℃.
* Moderada: por debajo de 32℃.
* Grave: por debajo de 28℃.
* Según la causa:
* Primaria o accidental: consecuencia de la exposición prolongada al frío.
* Secundaria a enfermedades agudas o crónicas: no existe exposición al frío sino que el paciente presenta un fallo en el sistema de termorregulación.

**22. Etiología de una metrorragia:**

Las causas más comunes son:

* + Desequilibrio hormonal (que a veces se produce por usar incorrectamente medicamentos con hormonas, como por ejemplo píldoras anticonceptivas).
  + Pólipos, que son crecimientos en el cuello del útero o dentro del útero, los pólipos en general no son cancerosos.
  + Infección o inflamación del útero o del cuello del útero.
  + Erosión del cuello del útero (pérdida de piel en el cuello del útero).
  + Complicaciones del embarazo, como aborto natural, desprendimiento embarazo ectópico (fuera del útero).
  + Uso de un dispositivo intrauterino o de píldoras anticonceptivas.
  + Endometriosis (crecimiento de tejido uterino fuera del útero).
  + Cáncer del cuello del útero o de otras partes del útero.
  + Problemas médicos crónicos como por ejemplo problemas de tiroides, diabetes o coagulación de la sangre.
  + Adhesiones (tejido cicatrizado) dentro del útero.

**23. Complicaciones de un parto inminente:**

* + Meconio fetal: al romperse la membrana de la bolsa amniótica, el líquido amnióticodebe ser transparente. Sin embargo, si el líquido amniótico es de color verdoso o marrón, puede indicar la presencia de meconio fetal, que normalmente es expulsado después del nacimiento con la primera defecación del bebé. La presencia de meconio en el líquido amniótico puede ser una indicación de sufrimiento fetal.
  + Pulso anormal: el pulso fetal durante el trabajo de parto es un buen indicador de cómo reacciona el feto frente a las contracciones. Se monitoriza durante el periodo de dilatación; lo normal es que varíe entre 120 y 160 latidos por minuto. Si desciende con las contracciones y es indicativo de sufrimiento fetal.
  + Posición normal de presentación del feto durante el nacimiento: con la cabeza hacia abajo, y la cara hacia la espalda de la madre. Sin embargo, en ocasiones el feto no se encuentra en la posición correcta, lo cual hace que el pasopor el canal del parto sea dificultoso.
  + Según la posición del feto, el médico o matrona que asista el parto puede mantener la presentación del feto, hacer un intento de colocación antes del parto o valorar la necesidad de practicar una cesárea.

**24. Requisitos de una atención completa a un paciente suicida:**

* + Valoración psiquiátrica: permitirá evaluar el riesgo suicida, debiendo enviar al paciente a un hospital donde exista unidad de psiquiatría
  + Evaluación del riesgo suicida: repetición de la idea de suicidio, ideas de muerte, elaboración de planes suicidas.
  + Valoración de intento autolítico.
  + Evaluación de Intento Autolítico: hacer una historia previa de la conducta del paciente en los días anteriores, recabando información de los familiares. Valorar la letalidad del método utilizado: fármacos, armas, precipitación o ahorcamiento. Intento premeditado o impulsivo. Posibilidad de ser descubierto, (¿avisó a alguien?). Conocimiento del poder letal del medio empleado. Valoración de los factores que han motivado la tentativa.
  + Trastornos psiquiátricos subyacentes: depresión. Esquizofrenia: tentativas violentas con métodos altamente letales. Alcohol y/o drogas: volver a valorar al paciente una vez que pasen los efectos de la intoxicación. Psicosis maníaco-depresivas. Trastornos delirantes.
  + Factores psicosociales que aumentan el riesgo suicida: edad > 65 años, varón, desempleado/jubilado, viudo, divorciado o vive solo. padece enfermedad psiquiátrica y/o ha recibido tratamiento psiquiátrico. Problemas de salud. Intentos previos de suicidio. Hospitalización psiquiátrica con alta reciente. Antecedentes familiares de suicidio. Reacio a aceptar ayuda.

**25. Conceptos de urgencia, emergencia y catástrofe**

- **Emergencia sanitaria**: es aquel problema o patología, generalmente de aparición brusca, en el que existe un compromiso serio para la vida y cuya evolución llevaría a la muerte de la persona en un tiempo corto, inferior a una hora, o riesgo de padecer secuelas irreversibles. Esto es conocido como el concepto de *hora dorada.*

- **Urgencia sanitaria**: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es aquel problema o patología de evolución lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas. La urgencia sanitaria es también definida de una forma subjetiva como la situación generada por la ansiedad, preocupación, inquietud, miedo o cualquier otra emoción que haga considerar al paciente o familia, que esa situación en la que se encuentra el enfermo requiere de una asistencia inmediata.

- **Catástrofe sanitaria:** la OMS ha propuesto definir una catástrofe como aquella situación imprevista que representa serias e inmediatas amenazas para la salud pública. La dirección general de protección civil la define como: aquella situación en la que un fenómeno infausto e imprevisto altera el orden regular de las cosas y afecta a una colectividad de forma global, incluidos sus sistemas de respuesta institucionales.

**26. Signos y síntomas de una contusión pulmonar**

La sintomatología asociada a una contusión pulmonar puede retrasar su aparición hasta transcurridas 24-48 horas desde el traumatismo, periodo que puede ser incluso más prolongado en el tiempo en caso de traumatismos torácicos infantiles.

Los signos y síntomas más comunes que podemos encontrar en este tipo de lesiones son:

* + Dolor torácico.
  + Equimosis en la pared torácica.
  + Hemoptisis.
  + Disminución de la cifras de saturación de oxÍgeno.
  + Dificultad respiratoria.
  + Alteración del nivel de conciencia como consecuencia de hipoxia generalizada.

La gravedad de estos signos/síntomas depende de factores como: intensidad del traumatismo, tiempo de evolución y factores personales del paciente.

**27. Signos y síntomas de una hipotermia**

* Frialdad y cianosis cutánea por la intensa vasoconstricción.
* Escalofríos y tiritona.
* Disartria.
* Discreto aumento de la TA y taquicardia, que se va a ir reduciendo de forma gradual hasta los 40/30 lpm a 29℃.
  + Disminución progresiva del nivel de conciencia por depresión del SNC hasta llegar al coma (27℃).
  + La función circulatoria disminuye paralelamente al nivel de hipotermia: la hipovolemia (por reducción del volumen plasmático y la hiperhidratación celular) y la bradicardia disminuyen el gasto cardíaco.
  + Reducción de la frecuencia respiratoria y del volumen corriente.
  + La presión arterial se mantiene constante a causa de la intensa vasoconstricción y la elevada viscosidad sanguínea (hemoconcentración).
  + Por debajo de los 29℃: hipoventilación que progresa a apnea, posibilidad de FV con evolución a asistolia, coma, midriasis.
  + Raramente se desarrolla un cuadro de shock debido al descenso metabólico.
  + Por debajo de 26℃: PCR.