



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**TALLER FORMATIVO SOBRE MANEJO INICIAL DEL
PACIENTE INCONSCIENTE Y ESTUDIO DE SU EFECTIVIDAD
SOBRE PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA**

Autora: Sheila Calvo Argüello

Tutor: D. Carlos Escudero Cuadrillero

Cotutor: D. Germán Fernández Bayón



ÍNDICE:

1.-RESUMEN	2
2.-INTRODUCCIÓN	3
3.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO	8
4.-HIPÓTESIS.....	8
5.-METODOLOGÍA.....	9
5.1-Criterios de inclusión y exclusión.....	9
5.2-Intervención propuesta.....	10
5.3-Material utilizado y método aplicado.....	10
5.4-Definición de variables y análisis de datos	16
<i>Análisis de variables</i>	16
5.5-Requisitos éticos	17
6.-RESULTADOS	18
7.-DISCUSIÓN	20
8.-CONCLUSIONES	22
9.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO. RECOMENDACIONES Y AMPLIACIÓN.....	22
10.-AGRADECIMIENTOS.....	23
11.-FINANCIACIÓN	23
12.-CONFLICTO DE INTERESES	23



1.-RESUMEN

Introducción: El paciente inconsciente es un motivo de consulta relativamente frecuente en atención primaria, y las patologías que lo producen suponen casi un 45% de las muertes acaecidas. Una formación de calidad, es un pilar fundamental de la labor asistencial de los profesionales de la salud. Este estudio pretende demostrar la efectividad de una actividad formativa, y el efecto beneficioso de la misma.

Metodología: Estudio de intervención antes-después en varios centros de salud del área oeste de Valladolid, en ámbito urbano y rural. Recogida de datos mediante encuestas pre y pos-test. Contraste de hipótesis mediante t de Student, y estadística descriptiva.

Resultados: La muestra fue de 132 profesionales. Se obtuvo un aumento estadísticamente significativo ($p < 0,001$) en los conocimientos (diferencia positiva de 1,76 puntos), y una disminución asimismo significativa ($p < 0,001$) en el nivel de estrés medio de 1,11 puntos.

Conclusiones: Tras la intervención formativa, se evidencia un aumento significativo del nivel de conocimientos y disminución significativa del nivel de estrés en los profesionales de atención primaria en el manejo inicial del paciente inconsciente.

Palabras clave: Paciente inconsciente, formación, efectividad.



2.-INTRODUCCIÓN

La consciencia (proveniente del latín *conscientia*), se puede definir como la capacidad de un individuo para percibirse a sí mismo y a su entorno. Dentro del estado de consciencia normal, la persona tiene una clara percepción de ella misma y de su entorno, con una adecuada respuesta a estímulos, y una alternancia correcta del ciclo sueño-vigilia (1) (2)

Las alteraciones de esta percepción o consciencia del individuo son muy diferentes respecto a su etiología y gravedad, pero todas ellas tienen como mecanismo fisiopatológico común la alteración de una de las estructuras nerviosas que mantienen el nivel de alerta: corteza cerebral y sistema reticular activador ascendente, localizado en el tronco encefálico (mesencéfalo, protuberancia y bulbo raquídeo). (1)(2). La afectación de otras estructuras encefálicas producirán una sintomatología neurológica variada, pero no alteraciones del nivel de consciencia, salvo que las lesiones causantes de las mismas ejerzan un efecto compresivo sobre las dos primeras estructuras (1)

Estas variaciones del nivel de consciencia no son en la mayoría de los casos una entidad patológica per se, sino que se trata muchas veces del síntoma guía que nos permitirá llegar a un diagnóstico sindrómico y etiológico final, cuyo abordaje y tratamiento precoces permitirán la recuperación del individuo, así como la reducción de las posibles secuelas (2).

La pérdida de conocimiento de corta o larga duración supone una de las patologías con mayor morbi-mortalidad potencial, constituyendo los síncope una causa frecuente de consulta urgente en Castilla y León (3% de las mismas), así como entre el 1% y el 6% de los ingresos hospitalarios. Se calcula que el 3% de los hombres y el 3,5% de las mujeres presentarán un episodio sincopal a lo largo de su vida. (3)



Respecto a sus causas, las enfermedades cardiovasculares (arritmias cardíacas, cardiopatía isquémica, tromboembolismos, alteraciones estructurales cardíacas, etc.), las enfermedades neurológicas (epilepsia, hemorragias a nivel de sistema nervioso central...), los trastornos metabólicos, y los traumatismos suponen un gran porcentaje de su etiología, que puede ser diagnosticada entre un 40-70% de los casos (4)

Si se atiende a las muertes acaecidas en nuestra comunidad de Castilla y León en el año 2012, y su etiología, podemos ver en la figura 1 que las enfermedades cardiovasculares (entre ellas la cardiopatía isquémica, las arritmias cardíacas y los accidentes cerebrovasculares) suponen un total de 8.532 muertes, y son la primera causa de mortalidad. Respecto a las enfermedades neurológicas (1381 muertes) y las alteraciones de la glucemia (912 defunciones) son la cuarta y sexta causa de muerte en esta comunidad.¹

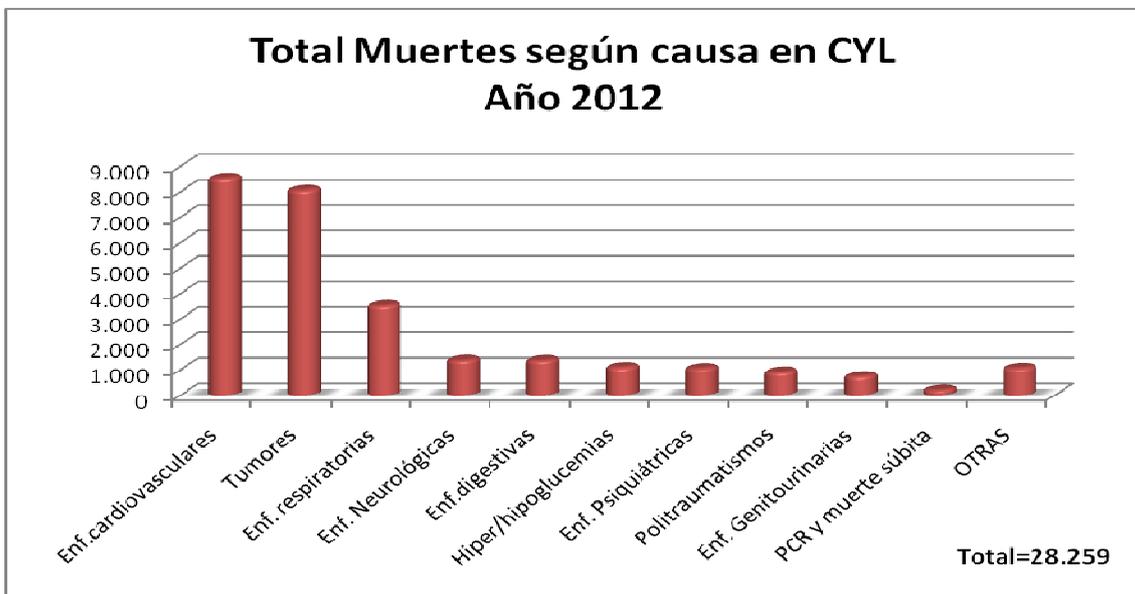


Figura 1. Defunciones en Castilla y León durante el año 2012 según patología causal.

¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Estudio de Mortalidad según Etiología. Año 2012. Se puede encontrar en el enlace [http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284296093201/ / /](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284296093201/)



A nivel de la provincia de Valladolid (fig.2), vemos que las enfermedades cardiovasculares se encuentran como segunda causa de muerte (1399 defunciones), seguidas de las enfermedades neurológicas en quinto lugar (230 fallecidos), y por detrás de las mismas, los trastornos metabólicos, politraumatismos, y las paradas cardiorrespiratorias (PCR).²



Figura 2. Defunciones en la provincia de Valladolid en el año 2012 según causa.

Centrándonos en las causas potencialmente tratables y reversibles de pérdida del nivel de consciencia (enfermedades cardiovasculares, politraumatismos, enfermedades neurológicas, trastornos de la glucemia, y PCR), observamos que suponen, tanto a nivel comunitario (12.437 muertes), como provincial (1.946 fallecidos), un 44% y 41,4% respectivamente respecto al total de defunciones.

² Fuente: Instituto Nacional de Estadística: Estudio de Mortalidad según Etiología. Año 2012. Se puede encontrar en el enlace

<http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284296093201/ / />



Según datos facilitados por los profesionales sanitarios que trabajan en la Unidad Medicalizada de Emergencias 1 del área de Valladolid (UME 1)³, los motivos más frecuentes de activación de la misma fueron las enfermedades neurológicas (19,21%), las enfermedades circulatorias (15,81%) y los traumatismos (11,62%), todas ellas causas potenciales de pérdida del nivel de consciencia.

Respecto a los tiempos de asistencia de los Servicios de Emergencias (SEMs), se calcula que el tiempo de respuesta medio de una unida de Soporte Vital Avanzado (SVA) se encuentra en torno a los 6'30'' - 8'18'' (4,5), pero puede aumentar hasta los 19-20 minutos, si el paciente se encuentra en el medio rural, por lo que, en muchas ocasiones, son los profesionales de la atención primaria (médicos, enfermeros, residentes y estudiantes rotantes por el servicio), más próximos a la localización del incidente, los que pueden y deben estabilizar al paciente, mientras llegan los recursos adecuados para asegurar su traslado a un centro especializado.⁴

Desde los albores de las profesiones sanitarias, tanto médica (Galeno, Hipócrates...), como enfermera (escuela de Theodor Fliedner, Alemania, 1836, y posteriormente Florence Nightingale), la formación ha sido considerada uno de los pilares fundamentales para conseguir una asistencia de calidad a los enfermos y heridos.

Dentro de la política de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, la formación se postula como un valor fundamental orientado a mantener la excelencia de sus profesionales a través de la actualización y mejora de sus competencias. La actuación de la organización debe favorecer el aumento de la motivación, compromiso y mejora de la calidad asistencial de sus profesionales, lo que resultará en un mayor grado de salud y bienestar de la población de nuestra comunidad. (5).

³ Fuente: Informe situacional UME 1 del Área de Valladolid, septiembre de 2013



Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), se considera que los profesionales de la salud deben y tienen derecho a la actualización permanente de conocimientos mediante la formación continuada, así como la revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población” (6)

La formación continuada y periódica de nuestros profesionales sanitarios de atención primaria, que son los que suelen atender en primer lugar a estos pacientes, resulta fundamental, dando un mayor protagonismo a los profesionales de enfermería en la asistencia a este tipo de pacientes, y aumentando la coordinación entre niveles asistenciales (4,5)

Por este motivo, en este estudio se plantea la efectividad de una intervención formativa teórico-práctica sobre profesionales de diferentes centros de salud del área de Valladolid Oeste, entendiendo, a la luz de los datos anteriores, que dicha formación, realizada de manera periódica y continuada, repercutirá beneficiosamente en el nivel de conocimientos y habilidades prácticas asistenciales, reduciendo el estrés que en el profesional sanitario produce el enfrentarse a situaciones de urgencia o emergencia médica en un medio en el que éstas se dan con menor frecuencia, y aumentando de esta forma la calidad asistencial ofrecida a estos pacientes, así como reduciendo la morbimortalidad en los mismos.



3.-OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Objetivo General:

-Evaluar la efectividad de una intervención formativa sobre manejo de paciente inconsciente para profesionales de atención primaria del área de salud Valladolid Oeste.

Objetivos específicos:

-Evaluar el nivel de estrés del personal sanitario de atención primaria ante el paciente inconsciente previo y posterior a la intervención.

-Evaluar los conocimientos del personal sanitario de atención primaria ante el paciente inconsciente previo y posterior a la intervención.

-Evaluar la utilidad de la intervención formativa en los profesionales sanitarios.

4.-HIPÓTESIS

- *Nula:* Una intervención formativa realizada a personal de atención primaria sobre manejo inicial del paciente inconsciente no tendrá variaciones en el nivel de conocimientos y estrés de los mismos ante esta situación.
- *Alternativa (unidireccional):*
 - Se espera que una intervención formativa realizada a personal sanitario de atención primaria sobre el manejo inicial de paciente inconsciente mejore el nivel de conocimientos y de estrés del mismo ante esta situación.



5.-METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo cuasi-experimental de tipo no controlado o antes-después, realizado en diez centros de salud pertenecientes al área de Valladolid Oeste, tanto en el medio rural (Tordesillas, Medina de Rioseco, Mota del Marqués y Zaratán), como urbano (Arturo Eyries, Casa del Barco, Parquesol, Covaresa, Plaza del Ejército y Huerta del Rey).

La población objeto de estudio fueron médicos, enfermeros, médicos internos residentes, enfermeros internos residentes y estudiantes de los grados de Medicina y Enfermería que desarrollaban su labor profesional en dichos centros, dentro del ámbito de la Atención Primaria, en los meses en que se desarrolló el estudio.

Se realizó una selección muestral no probabilística de conveniencia, debido a la facilidad de acceso a la población de estudio, obteniéndose finalmente un tamaño muestral de 132 personas.

5.1-Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio a aquellos sujetos que pertenecían a una de las categorías profesionales anteriormente expuestas, así como que trabajaran activamente en el centro en el momento del estudio, y que acudieran voluntariamente a la actividad formativa.

Se excluyeron del estudio a aquellos sujetos que, o bien no completaron en su totalidad la actividad formativa, o que voluntariamente se negaron a cumplimentar las encuestas evaluadoras, así como aquellas encuestas con errores de cumplimentación.



5.2-Intervención propuesta

Sesión formativa teórico-práctica, de aproximadamente una hora y quince minutos de duración, con casos clínicos sobre manejo de pacientes inconscientes.

5.3-Material utilizado y método aplicado

Para llevar a cabo este estudio, fue necesario contar con los siguientes medios:

- Ordenador con conexión a cañón de proyección.
- Dispositivo de almacenamiento externo.
- Sala adaptada para la realización de actividad (mesas y sillas suficientes, climatización adecuada, pantalla de proyección, etc.)
- Cartulinas de color rojo, verde, azul, amarillo y negro.
- Copias suficientes de las encuestas evaluadoras previa y posterior a la sesión.
- Material de escritura.
- Software necesario para el desarrollo de la presentación, así como para la recogida y análisis de datos (Microsoft Power Point®, versión 2007 y programa IBM SPSS Statistics®, versión 21)



El estudio fue desarrollado en base al siguiente cronograma:

2014

enero						
L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

febrero						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

marzo						
L	M	X	J	V	S	D
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

abril						
L	M	X	J	V	S	D
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

mayo						
L	M	X	J	V	S	D
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

junio						
L	M	X	J	V	S	D
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

- Fase I: Diseño y preparación del estudio
- Fase II: Desarrollo del estudio
- Fase III: Recogida y análisis de datos



Fase I: Diseño y preparación del estudio:

Durante esta fase, se hizo una búsqueda bibliográfica, con fines documentales para llevar a cabo la actividad formativa y conocer la situación actual del tema. Asimismo, se definió la metodología del estudio.

Como ya se ha mencionado, se trató de una sesión sobre manejo inicial del paciente inconsciente, que fue diseñada y planificada en los meses de enero y febrero de este año. Dicha actividad quedó dividida en tres partes bien diferenciadas:

-Parte teórica: Con una duración aproximada de unos 40 minutos, en ella se exponían los conocimientos teóricos sobre el tema elegido, utilizando como herramienta de ayuda una presentación digital de diapositivas diseñada y maquetada por el equipo investigador mediante la aplicación Microsoft Office Power Point versión 2007 (*ver la misma en el Anexo 3*), y en la que se desarrollaron los siguientes puntos:

- * Definición de paciente inconsciente. (1,2)
- * Algoritmo general de manejo de este tipo de pacientes. (7, 8, 12, 13, 14)
- * Diagnósticos diferenciales de la inconsciencia. (1, 2, 3, 12, 13, 14)
- * Abordaje general y específico del paciente inconsciente. (1, 2, 3, 7,8, 9, 10, 11, 12, 13, 14)
- * Síntesis de los puntos más importantes de la sesión.

-Parte práctica: Tras finalizar la exposición, y durante 20 minutos, se ponían de manifiesto los conocimientos adquiridos durante la primera parte, a través de cuatro casos clínicos reales atendidos por profesionales de atención primaria en diferentes centros de salud, tanto del ámbito rural como urbano:



- * Paciente simulador: Crisis conversiva.
- * Paciente en situación de parada cardiorrespiratoria.
- * Paciente en situación de hipoglucemia.
- * Paciente con bloqueo atrio-ventricular de tercer grado.

En esta parte de la sesión se intentó, de una forma interactiva, reforzar aquellos aspectos de la parte teórica cuya comprensión pudiera resultar más dificultosa, así como resolver las posibles dudas que hubiesen surgido en el desarrollo de ambas partes de la sesión.

Para lograr objetivar los puntos fuertes y débiles de los profesionales de atención primaria tras la exposición, se les propuso, en la resolución de los casos, preguntas de elección múltiple, cuya respuesta era sometida a la votación del grupo de alumnos por medio de cartulinas de diferentes colores (rojo, verde, azul, amarillo y negro), que coincidían con el color de las diferentes respuestas de cada cuestión a resolver.

-Evaluación previa y posterior: A pesar de su corta duración (unos 10 minutos), para el equipo investigador ésta era la parte más importante de la actividad formativa, puesto que constituía la herramienta fundamental para el análisis de las variables de estudio planteadas con anterioridad, y permitía confirmar o rechazar las hipótesis de estudio planteadas.

Ambas encuestas (reflejadas en los anexos I y II) tienen en común los datos sociodemográficos del sujeto sometido a estudio, así como una pregunta cerrada, con valoración en escala de intervalo (1-10) sobre el nivel de estrés ante un paciente inconsciente.

Como se puede apreciar en los dos primeros anexos, se ven ligeras diferencias en la ordenación de las preguntas que evalúan el nivel de conocimientos, así como dos preguntas de opinión con respuesta cerrada afirmativa o negativa acerca de la frecuencia con la que se asisten este tipo de pacientes en atención primaria (a fin de evaluar de



forma subjetiva la percepción de la frecuencia con la que se da este tipo de patología), y sobre la utilidad de la actividad formativa para su vida profesional.

Respecto a los conocimientos, su valoración se basó en cinco preguntas de respuesta múltiple, sumando dos puntos la respuesta correcta, y cero puntos la incorrecta o no contestada.

Se seleccionaron estas cuestiones como evaluación de los aspectos básicos de la asistencia inicial de un paciente inconsciente: la seguridad del profesional y el equipo asistencial (Preg.1), el diagnóstico diferencial (Preg.2), la valoración de la consciencia según la escala internacional de Glasgow (Preg.3), y dos abordajes etiológicos frecuentes en este tipo de patología (Preg. 4 y 5).

Todos estos interrogantes son referidos a la encuesta previa a la intervención realizada. Se puede ver una variación del orden de las preguntas dentro de la encuesta, y de las respuestas dentro de cada pregunta, a fin de añadir un pequeño grado de dificultad en la encuesta posterior, así como enmascarar en cierta medida la similitud de los aspectos evaluados en ambos cuestionarios.

Por último, en la esquina inferior derecha del cuestionario, aparece un código numérico (CN), utilizado para asignar cada cuestionario previo y posterior a un solo profesional, y de esta forma poder aparear las encuestas.

Una vez diseñada la actividad formativa, y establecidos los tiempos de cada una de las partes, se realizaron por el equipo investigador varias pruebas, para seleccionar los métodos de aprendizaje que mejor se adaptaran a los alumnos, eligiendo tanto métodos expositivos (explicativo e interactivo), como técnicas de descubrimiento (resolución de casos clínicos), que sirvieran al mismo tiempo para adquirir y reforzar conocimientos y habilidades prácticas.



Fase II: Desarrollo del estudio

Durante este período, el equipo investigador puso en marcha el diseño planteado en el anterior apartado. Durante los meses de marzo y abril de este año, se llevaron a cabo diez sesiones formativas en diferentes centros de salud, impartidas por la alumna autora del estudio, y siendo ayudada por uno y otro de los tutores para resolver las posibles dudas, tanto médicas como enfermeras, que se produjeran durante la misma. El horario utilizado fue de 8:00h-9:15h, o bien de 13:45h-15:00h, adaptándose el equipo investigador al tramo de tiempo habitual dedicado a la formación de los profesionales que trabajaban en los mismos, y establecido por el coordinador de docencia del centro.

En cada sesión, se comenzó con la realización de las encuestas previas, que se iban entregando conforme se accedía al aula donde tenía lugar el taller. Posteriormente, y tras una breve presentación de los ponentes, y la aclaración de los objetivos de la actividad, se desarrollaban las partes teórica y práctica de la misma, finalizando con la entrega y cumplimentación de la encuesta posterior, y la resolución de las dudas que hubieran podido surgir.

Fase III: Recogida y análisis de datos

Tras cada sesión formativa, se producía una reunión de trabajo del equipo investigador, a fin de organizar los datos recogidos por medio de los cuestionarios entregados, y proceder al descarte de aquellos con errores de cumplimentación, así como aparear las encuestas válidas.

Posteriormente, los datos obtenidos fueron introducidos en la aplicación informática IBM SPSS Statistics® para su correcta organización y posterior análisis



5.4-Definición de variables y análisis de datos

Las variables definidas y utilizadas en el estudio fueron las siguientes:

-Como variables socio-demográficas, recogidas en las encuestas ya mencionadas (v. Anexos I y II) se incluyeron sexo, centro de salud de referencia, así como el tiempo trabajado y la edad de los sujetos a estudio, categoría profesional y ámbito (rural o urbano). Las categorías profesionales definidas fueron médico, enfermero, médico interno residente (MIR), enfermero interno residente (EIR), estudiante de medicina y estudiante de enfermería.

-Asimismo, se planteó la variable frecuencia o no de la patología objeto de la actividad formativa (el paciente inconsciente), así como la variable utilidad del taller para la vida profesional de los sujetos a estudio.

-Como variable independiente, se definió la intervención formativa teórico-práctica propuesta a la muestra de sujetos incluidos en el estudio. Esta variable no fue medida, puesto que en este estudio no hay grupo control, impartándose la actividad formativa al 100% de los sujetos del mismo.

-Como variables dependientes, relacionadas directamente con la actividad formativa, se plantearon la variación de niveles de conocimientos globales y la variación de estrés del profesional ante el manejo inicial de un paciente inconsciente pre y post-intervención.

Análisis de variables

-Las variables socio-demográficas y la variable utilidad del taller fueron medidas mediante tablas de frecuencia, y expresadas en porcentajes relativos respecto al tamaño muestral total. Para las variables edad y años trabajados, se usaron intervalos de diez y cinco años respectivamente, a fin de facilitar a los alumnos la realización de las encuestas.



-La variable frecuencia o no de presentación del paciente inconsciente fue igualmente medida en una tabla de frecuencias relativas, pero agrupando los resultados en función del ámbito de trabajo (rural o urbano) de los profesionales encuestados.

-Respecto a las variables dependientes, primeramente se hizo una prueba de Kolmogorov-Smirnov para valorar la distribución de las variables, con resultado de distribución no normal de las mismas, por lo que se llevó a cabo el análisis de contraste de hipótesis utilizando como estadístico la T de Student, a un nivel de significación $\alpha=0.01$, y expresando los resultados con medidas de tendencia central (media) así como de dispersión (desviación estándar), y construyendo intervalos de confianza al 95%. Por último, se calcula el nivel de significación p, y la diferencia tipificada según la fórmula de Cohen para la diferencia de medias en muestras relacionadas.

5.5-Requisitos éticos

Se pidió permiso expreso a la jefatura de docencia de la gerencia de atención primaria de Valladolid Oeste, así como el consentimiento verbal de participación voluntaria en el estudio a los profesionales incluidos en el mismo, garantizándose su anonimato, y el tratamiento en exclusiva y custodia de los datos aportados por parte del equipo investigador.



6.-RESULTADOS

Se seleccionó una muestra de 132 profesionales sanitarios que desarrollaban su actividad en los centros de salud del área sanitaria oeste de Valladolid, de los cuales el 18,9% eran hombres (n=25) y el 81,1% eran mujeres (n=107), siendo la distribución por rango de edad la siguiente: entre 50-60 años (48,5%), de 40-50 años (22%), entre 20-30 años (14,4%), mayores de 61 años (10,6%) y cerrando con los profesionales comprendidos entre 30-40 años (4,5%).

En relación a la categoría profesional, un 43,9% de los participantes fueron médicos, frente a un 38,6 % de enfermeros, un 11,4% constituido por médicos y enfermeros residentes y un 6% de estudiantes de los grados de medicina y enfermería. Un 78,8% de los profesionales sanitarios contaban con más de 15 años de experiencia profesional.

Respecto al ámbito de la atención primaria donde llevan a cabo su labor asistencial, un 62,9% (n=83) lo hacían en el medio urbano, mientras que un 37,1% (n=49) pertenecían al medio rural.

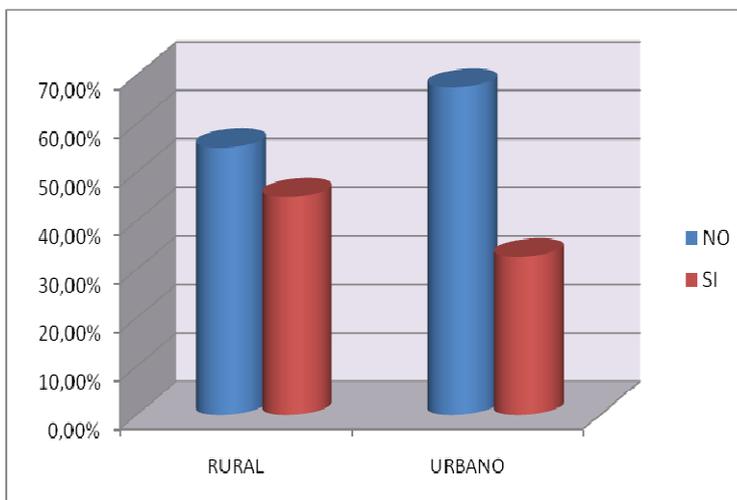


Gráfico 1. Valoración subjetiva frecuencia de patología según ámbito laboral

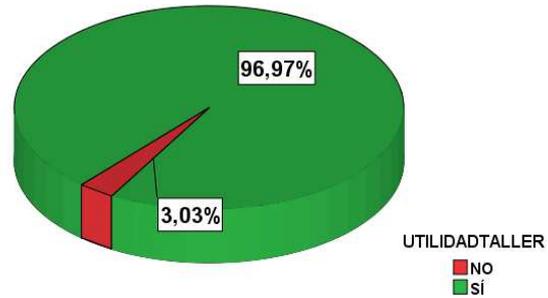
Al ser interrogados por la frecuencia con que asisten a pacientes inconscientes, se ve (gráfico 1) que, en el medio rural, un 44,9% de los profesionales lo consideran una patología frecuente, frente a un 32,5% de los profesionales que trabajan en la capital.



Respecto a la utilidad de la actividad formativa, el gráfico 2 resume la opinión de los profesionales asistentes a la misma.

Los aciertos obtenidos en las preguntas de respuesta múltiple de las evaluaciones previa y posterior quedan reflejados en la tabla 1 (pág. siguiente).

Gráfico 2. Utilidad del taller según alumnos.



Los resultados que responde a la hipótesis principal del estudio son los siguientes:

La media de conocimientos previos a la actividad formativa fue de 6,71 puntos (desviación estándar, DE: 2,13, intervalo de confianza, IC95%: 6,34-7,07); la de conocimientos posteriores a la misma fue de 8,47 puntos (DE: 1,52; IC95%: 8,21-8,72). En cuanto a la media de estrés previo fue de 7,98 puntos (DE: 1,59; IC95% 7,70-8,95), y la de estrés posterior 6,88 puntos (DE: 1,90; IC95% 6,55-7,20).

Respecto a la variación de conocimientos media, esta fue de 1,76 puntos (DE: 2,45; IC95% 1,34-2,18; $p < 0,01$). En lo que se refiere al estrés, tuvo una variación media negativa de 1,11 puntos (DE: 2,31, IC95%: 0,71-1,50; $p < 0,01$).

Se obtuvieron una magnitudes de efecto de Cohen $d = 0,95$ para conocimientos y $d = 0,63$ para el estrés.

**Tabla1.-Conocimientos previos y posteriores. Respuestas correctas**

CUESTIONES (N=132)	Recuento previo	% del N total de tabla	Recuento posterior	% del N total de la tabla
Seguridad propia	86	65,2%	122	92,4%
Diagnóstico diferencial	96	72,7%	117	88,6%
Escala de Glasgow	38	28,8%	63	47,7%
¿Qué no hacer?	118	89,4%	131	99,2%
Tratamiento de intox. por CO	105	79,5%	126	95,5%

7.-DISCUSIÓN

Tras el estudio desarrollado se observa que la mayoría de los asistentes al taller son mujeres (81,1%). Es importante el grupo de profesionales de edades más avanzadas (un 60% superan los 40 años) y con una larga trayectoria profesional (el 78,8% superan los 15 años de carrera profesional). Destaca asimismo la equidad participativa del personal médico y enfermero (43,9% y 38,6% respectivamente).

Podemos ver una diferencia entre los profesionales a la hora de valorar subjetivamente si es frecuente o no enfrentarse a la situación de atender a un paciente inconsciente (44,9% de los sanitarios pertenecientes al medio rural, frente a un 32,5% de los profesionales del medio urbano). Esto podría explicarse por el hecho de que los médicos y enfermeros que trabajan en los centros de salud de los pueblos llevan a cabo la asistencia a pacientes en horario de atención continuada (17-24 h añadidas a sus turnos de consulta habitual), con lo que, al aumentar el número total de personas atendidas, y por la distancia de estos centros al hospital de referencia, se da un mayor número de casos asistidos por estos profesionales que por aquellos que desarrollan su actividad laboral en los centros urbanos.



Al valorar la utilidad de la actividad formativa, observamos que una mayoría de los sujetos del estudio (prácticamente un 97% de los encuestados) consideró de utilidad para su vida profesional el taller.

Respecto a los porcentajes de respuestas correctas en función del aspecto de la asistencia al paciente inconsciente (seguridad propia, diagnóstico diferencial, tratamiento etiológico, escala de consciencia de Glasgow y procedimientos a evitar), observamos que, tanto en la evaluación previa como en la posterior, los profesionales objeto de estudio parecen tener muy claro qué no hacer en esa situación (n = 118 aciertos, 89,4%, y n=131 aciertos, 99,2%), en la preg.4 de encuesta previa y preg.3 de encuesta posterior. Sin embargo, tienen más dificultades a la hora de valorar la escala de consciencia de Glasgow (n= 38 aciertos, 28,8%, y n= 63 aciertos, 47,7%), preguntas 3 y 1 respectivamente. No obstante, se observa mejoría en la tasa de respuestas correctas en todas las cuestiones, casi duplicándose incluso en la pregunta que evalúa el conocimiento de la escala de Glasgow.

Valorando globalmente los conocimientos previos y posteriores al taller formativo, vemos una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$) entre las medias previa y posterior (1,76 puntos). Asimismo, podemos observar una variación negativa en el nivel de estrés, estadísticamente significativa ($p < 0,01$), de 1,11 puntos tras la actividad.

Para completar el análisis de las variables dependientes en el estudio, calculamos la diferencia tipificada según la fórmula de Cohen, obteniendo un valor $d=0,95$ para conocimientos (lo que se traduce en una importante relación entre la variación del nivel de conocimientos y la intervención formativa), y un valor de $d=0,63$ para la diferencia del nivel de estrés (que indica una relación práctica de esta variable con el taller).



8.-CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, podemos rechazar la hipótesis nula del estudio, y concluir que una intervención formativa sobre manejo inicial de paciente inconsciente para profesionales de atención primaria en el área oeste de Valladolid tiene un efecto beneficioso y estadísticamente significativo sobre el nivel de conocimientos y estrés de dichos profesionales.

También podemos concluir que la formación de nuestros profesionales de atención primaria es fundamental para lograr la excelencia en la labor asistencial que realizan hacia los pacientes.

9.-LIMITACIONES DEL ESTUDIO. RECOMENDACIONES Y AMPLIACIÓN

-La dificultad principal del estudio radicó en la falta de tiempo para el diseño y el desarrollo del mismo, debido a la obligación de compatibilizar el horario habitual de mis prácticas clínicas con el horario de trabajo de mi tutor y co-tutor.

-Por otra parte, en ocasiones ha sido dificultoso lograr la colaboración de los profesionales asistentes al taller (limitados por sus propios horarios laborales), así como completar la parte práctica en algunas de las sesiones, por la cantidad de dudas que surgían durante las mismas.

-Durante la realización del estudio, el equipo investigador observamos que, una buena manera de mejorar la formación de los profesionales de atención primaria podría ser fijar un día a la semana en todos los centros de salud dedicado a la formación de sus profesionales, con un horario fijo y amplio (unas dos horas), a fin de reducir la limitación que supone el tiempo actual disponible, tan ajustado para el desarrollo de actividades formativas.

-También se pueden implementar actividades formativas interactivas y complementarias, que fomentasen la participación activa de los profesionales en la toma de decisiones de abordaje y manejo de diferentes patologías, a fin de ampliar los



conocimientos y habilidades adquiridos en la sesión impartida (taller de soporte vital, manejo de arritmias, urgencias diabetológicas, politraumatizado...).

-Por último, se podría ampliar este estudio haciendo un seguimiento a los tres y seis meses de la realización de los talleres, para averiguar si los profesionales han tenido ocasión de poner en práctica lo aprendido, y el resultado obtenido. Asimismo, se podría llevar a cabo un estudio más amplio, a nivel comunitario, realizando posteriormente un análisis de la variación de morbimortalidad en la asistencia a pacientes inconscientes en atención primaria a nivel de Castilla y León.

10.-AGRADECIMIENTOS

Doy gracias, en primer lugar a mi tutor, D. Carlos Escudero Cuadrillero, enfermero de la UME 1 de Valladolid, y a mi co-tutor, D. Germán Fernández Bayón, médico de urgencias en atención primaria en Ávila, por la ayuda y el apoyo que me han prestado en todo momento.

En segundo lugar agradezco a D. Jesús Matamala Sacristán, coordinador de la unidad de docencia del área oeste de Valladolid, por su colaboración en la planificación y desarrollo de la actividad formativa, y a la Gerencia de Atención Primaria del área oeste de Valladolid por permitirme llevar a cabo los talleres formativos.

Por último, y no menos importante, deseo agradecer la participación de todos los profesionales que se ofrecieron voluntariamente a formar parte del estudio, y a los coordinadores de los centros de salud su colaboración. Sin ellos todo esto no hubiera sido posible.

11.-FINANCIACIÓN

Este estudio no ha sido financiado por ningún organismo público ni privado.

12.-CONFLICTO DE INTERESES

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses



BIBLIOGRAFÍA

1. Calderón de la Barca JM, Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. Cuarta Edición ed. Barcelona: El Sevier España SL; 2010.
2. Borruel Aguilar MJ, Martínez Oviedo A, Estabén Boldova Vea. Manual de Urgencias Neurológicas Teruel: Editorial Cometa S.A.; 2013.
3. Personal sanitario de la Gerencia de Emergencias sanitarias de SACYL. Manual de actuación clínica en las unidades medicalizadas de emergencias. 2007 Febrero..
4. Barroeta Urquiza J, Boada Bravo Nea. Los servicios de Emergencia y Urgencias médicas extrahospitalarias en España Alcobendas-Madrid: MENSOR; 2011.
5. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Líneas estratégicas y objetivos en formación 2013-2015. Líneas de gestión. Valladolid: Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud de Sacy; 2013.
6. Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de la profesiones sanitarias. BOE, 22.11.03; 280:41442-58..
7. Lopez Messa JB. Novedades en soporte vital avanzado. Med. Intensiva. 2011 Agosto-Septiembre; 35(6): p. 373-387.
8. J.B. ML. Novedades en soporte vital básico y desfibrilación. Medicina Intensiva. 2011 Junio-Julio; 35(5): p. 299-306.
9. Palacios Castañeda D, García Ortiz C, Leal Sanz P. Manejo del enfermo en coma. In Manual de protocolos y actuación en Urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo. Tercera edición ed.; 2010. p. 147-158.
10. Hlava N, Wiener-Kronish J, Campbell L. Intensivist management of difficult airway problems. Clin Pulm Med. 2005; 12: p. 309-1.
11. Chiappero G, Raimondi N. Manejo de vía aérea en trauma. In Emergencias médicas y paciente crítico. Buenos Aires: Panamericana; 2009. p. 250-257.
12. Asensio Asensio L. Pérdida de conciencia. Síncope y coma. In Guía de Actuación en Atención Primaria. Tercera Edición ed. Barcelona: SEMFYC; 2006. p. 235-246.
13. González Martínez J, Gómez Mooren S, Castelbon J. Alteración del nivel de consciencia. Coma. In Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital 12 de Octubre. Sexta Edición ed. Madrid; 2007. p. 983-996.



14. D PC, C GO, P LS. Manejo del enfermo en coma. In Manual de protocolos y actuación en urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo; 2010. p. 186-196.
15. Salamanca Castro AB. El aeiou de la investigación en enfermería. Primera Edición ed. Madrid: Fuden; 2013.
16. Morales Vallejo P. El contraste de medias. In Morales Vallejo P. Estadística aplicada a las ciencias sociales. Madrid: Pujol & Amado SL; 2008. p. 3-41.
17. Morales Vallejo P. El tamaño del efecto (effects size). Análisis complementarios al contraste de medias. In Morales Vallejo P. Estadística aplicada a las ciencias sociales. Madrid; Octubre 2012. p. 3-21.



ANEXO I

ENCUESTA EVALUACIÓN PREVIA TALLER: “MANEJO INICIAL DEL PACIENTE INCONSCIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Categoría profesional: Médico, Enfermera/o, MIR, EIR, Estudiante M, Estudiante E.

Sexo: V M **Edad:** 20-30 31-40 41-50 51-60 >61

Tiempo trabajado: 0-5 años 5-10 años 10-15 años + de 15 años.

- 1) ¿Qué nivel de estrés supone para usted atender a este tipo de pacientes? (1-10):
- 2) ¿Cree usted que este tipo de paciente se ve frecuentemente en Atención Primaria (Centro de Salud, SUAP, PAC, etc)? SI / NO

Valoración de conocimientos:

- 1) ¿Qué es lo primero que debemos valorar ante un posible paciente inconsciente?
 - a) Estabilidad hemodinámica
 - b) Nivel de consciencia
 - c) Seguridad propia y del paciente
 - d) Focalidad neurológica
- 2) ¿Cuál de los siguientes no es un diagnóstico diferencial del síncope?
 - a) Crisis convulsiva
 - b) Traumatismo craneoencefálico
 - c) Crisis conversiva
 - d) Todos ellos lo son
- 3) Un POSIBLE paciente inconsciente, que responde localizando el dolor, abre los ojos al dolor, y tiene un lenguaje inapropiado, ¿qué grado según la escala de Glasgow tendrá?
 - a) 7
 - b) 10
 - c) 14
 - d) 5
- 4) ¿Qué no se debe hacer NUNCA ante un paciente inconsciente con posible traumatismo craneoencefálico y hemorragia nasal u ótica?
 - a) Estabilización hemodinámica y respiratoria
 - b) Comprobar inconsciencia
 - c) Sondaje nasogástrico
 - d) Valoración neurológica
- 5) ¿Cuál es el tratamiento fundamental de la intoxicación por CO en un paciente inconsciente?
 - a) Administrar O2 al 100%
 - b) Realizar respiración boca a boca
 - c) Administrar O2 en función de la saturación por pulsioximetría
 - d) Poner gafas nasales a 4l/minutos

Código
numérico



ANEXO II

ENCUESTA EVALUACIÓN POSTERIOR TALLER: “MANEJO INICIAL DEL PACIENTE INCONSCIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA”

Categoría profesional: Médico, Enfermera/o, MIR, EIR, Estudiante M, Estudiante E.

Sexo: V M **Edad:** 20-30 31-40 41-50 51-60 >61

Tiempo trabajado: 0-5 años 5-10 años 10-15 años + de 15 años.

- 1) Tras la charla ¿Qué nivel de estrés supone ahora para usted atender a este tipo de pacientes? (1-10):
- 2) ¿Cree usted que un taller de estas características le puede resultar útil en su vida profesional? SI / NO

Valoración de conocimientos:

- 6) Un POSIBLE paciente inconsciente, que responde localizando el dolor, abre los ojos al dolor, y tiene un lenguaje inapropiado, ¿qué grado según la escala de Glasgow tendrá?
 - e) 7
 - f) 14
 - g) 5
 - h) 10
- 7) ¿Qué es lo primero que debemos valorar ante un posible paciente inconsciente?
 - e) Estabilidad hemodinámica
 - f) Seguridad propia y del paciente
 - g) Nivel de consciencia
 - h) Focalidad neurológica
- 8) ¿Qué no se debe hacer NUNCA ante un paciente inconsciente con traumatismo craneoencefálico y hemorragia nasal u ótica?
 - e) Sondaje nasogástrico
 - f) Estabilización hemodinámica y respiratoria
 - g) Comprobar inconsciencia
 - h) Valoración neurológica
- 9) ¿Cuál es el tratamiento fundamental de la intoxicación por CO en un paciente inconsciente?
 - a) Realizar respiración boca a boca
 - b) Administrar O₂ en función de la saturación por pulsioximetría
 - c) Administrar O₂ al 100%
 - d) Poner gafas nasales a 4l/minuto
- 10) ¿Cuál de los siguientes no es un diagnóstico diferencial del síncope?
 - e) Crisis convulsiva
 - f) Traumatismo craneoencefálico
 - g) Crisis conversiva
 - h) Todos ellos lo son

Código
numérico



ANEXO III

MANEJO INICIAL DEL PACIENTE INCONSCIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Sheila Calvo Argüello, estudiante de Grado de Enfermería, 4º Curso
Carlos Escudero Cuadrillero, enfermero Emergencias SACYL
Germán Fernández Bayón, FEA MFYC, Instructor SVB, MUAP Ávila

Definición de consciencia:

Estado en el cual el sujeto tiene conocimiento de sí mismo y de su entorno. Cuando esta "conexión" desaparece totalmente, hablaríamos de paciente inconsciente.

PACIENTE INCONSCIENTE

- 1.- Seguridad propia y del paciente
- 2.- Comprobar inconsciencia
- 3.- Abordaje ABCDE
- 4.- Abordaje específico
- 5.- Traslado, o alta in situ.

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y DEL EQUIPO

- Asegurar acceso a la ubicación del paciente
 - Regulación del tráfico
 - Medidas de autoprotección
- Asegurar la ubicación del paciente
 - Apartar objetos peligrosos
 - Movilización de la persona si es preciso
- Asegurar una vía de salida para posible traslado

COMPROBAR INCONSCIENCIA

- Llamar al paciente
- Estímulo doloroso (presión de estiloides, pellizco...)
- No mover la columna cervical si sospechamos traumatismo
- Distinguir:
 - Síncope
 - Coma
 - Crisis convulsiva

Síncope:

• Pérdida brusca, de corta duración, y con recuperación espontánea, del nivel de consciencia. Asocia pérdida de tono muscular voluntario.

- Sus causas son múltiples:
 - Arritmias o enfermedades cardíacas
 - Tromboembolismo
 - Hipotensión ortostática
- Neuromediado:
 - Vagal
 - Situacional



Historia clínica

✓ AP y AF de enfermedades cardiovasculares, neurológicas y metabólicas, así como TCE previos.

✓ Relato del episodio: Por el paciente y/o POR TESTIGOS.

✓ Exploración física, centrándonos en:

- Aspecto general: Coloración, sudoración, temperatura.
- Cardiovascular: Ritmo, soplos (cardíacos y vasculares).
- Neurológica: GCS, signos meníngeos, focalidad.

ACTITUD ESPECÍFICA ANTE UN SÍNCOPE:

➤ Alto riesgo:

- Brusco sin pródomos
- En decúbito o con esfuerzo
- Con focalidad neurológica posterior
- Duración prolongada
- Acompañado o precedido de dolor torácico, palpitaciones, disnea o cefalea

¿Qué debemos hacer?

- Estabilizar al paciente.
- Administrar tratamiento etiológico si procede.
- Activación de SVA o SVB para traslado a Hospital, según estado del paciente

ACTITUD ESPECÍFICA ANTE UN SÍNCOPE:

➤ Bajo riesgo:

- Psicógeno: Traslado a Hospital en SVB, para valoración psiquiátrica.

- Neuromediado u ortostático:

- Precisa pruebas complementarias: Hospital SVB
- No precisa de pruebas complementarias: Alta a domicilio o consultas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

➤ Crisis epiléptica: Diferencia con el síncope convulsivo en que dura más tiempo, recuperación lenta y estado post-crítico.

➤ Vértigo: No confundir con presíncope (en el primero no alteración del nivel de conciencia, sensación de giro de objetos)

➤ TCE que provoque pérdida de conocimiento.

➤ Crisis conversiva: El paciente se resiste a la exploración (apertura palpebral, caída libre de extremidad, etc.)

➤ Coma: No hay recuperación espontánea de la conciencia en poco tiempo, asocia pérdida de tono de esfínteres.

ABORDAJE GENERAL (A-B-C-D-E)



A Y B: ESTABILIZACIÓN DE LA VÍA AEREA

1. Asegurar permeabilidad de la vía aérea (con control cervical s/p):

❖ Manual



❖ Instrumental:



2. Ventilación (SatO2 >94% por pulsioximetría)



C: ESTABILIZACIÓN HEMODINÁMICA

1. Control de TA y FC: Coger vía venosa periférica e iniciar aporte de volumen



2. Monitorizar TA, FC, SatO2 y ECG



3. Control de Hemorragias exanguinantes



D: Exploración Neurológica

AREA EVALUADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	
Espontanea	4
Al Estímulo Verbal	3
Al Dolor	2
No Hay Apertura Ocular	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA	
Obedece Ordenes	6
Localiza el Dolor	5
Flexión Normal (Retina)	4
Flexión Anormal (Descorticación)	3
Extensión (Descerebración)	2
No hay Respuesta Motora	1
RESPUESTA VERBAL	
Orientada, Conversa	5
Desorientada, Confusa	4
Palabras Inapropiadas	3
Sonidos Incomprensibles	2
No hay Respuesta verbal	1

1. GCS

2. Pupilas:

- Isocóricas/Anisocóricas
- Normo/Hiporreactivas
- Miosis/Midriasis

3. Tono muscular

- Hipertonía
- Hipotonía
- Atonía

OTRAS MEDIDAS

-Glucemia capilar

-ECG 12 derivaciones

-Tener preparado SIEMPRE el carro de paradas

-Piernas elevadas si hipotensión.

-Cabecera a 30º si no hay contraindicación

ABORDAJE ESPECÍFICO SEGÚN CAUSA

• PCR:

➢ Protocolo SVA avanzado:

1. Iniciar ciclos 30:2
2. Conectar cuanto antes DESA o desfibrilador
3. Seguir indicaciones DESA o valorar ritmo
4. Dar descarga si procede
5. Administrar drogas si procede



➤ Lo más importante:

➤ Las 4H:

1. Hipoxia
2. Hipovolemia
3. Hipotermia

4. Trastornos iónicos.

➤ Las 4T:

1. Neumotórax a tensión
2. Taponamiento cardíaco
3. TEP

4. Tóxicos

TAQUIARRITMIAS (con pulso):

➤ Inestable: Cardioversión eléctrica

➤ Estable: ¿Qué buscamos?

1. Frenar: Beta-bloqueantes (Atenolol, Labetalol) o digoxina.
2. Revertir a ritmo sinusal:
 - QRS estrecho: Maniobras vagales, Adenosina (6mg-6mg-12mg) y/o amiodarona (300mg + 150mg iv si no respuesta)
 - QRS ancho: Amiodarona 300mg iv + 150mg iv si no respuesta.

Bradiarritmias

1. Estable: Según sospecha, alta a consultas o derivación a Urgencias.

2. Inestable:

- Atropina: 1/2 ampolla (0,5mg) iv, se puede repetir cada 3 minutos hasta 3mg. No en BAV de alto grado (2º Mobitz II o 3º)
- Marcapasos externo transcutáneo:
 - No hay: Bomba de adrenalina.
 - ¡¡¡NO HAY BOMBA!!!: Adrenalina, 3 ampollas en 100cc de S.Fco, y regular gotero según respuesta.

Coma hiperglucémico:

➤ Estabilización respiratoria y hemodinámica (respiración de Kussmaul)

➤ Coger vía venosa periférica, e iniciar sueroterapia con suero salino a un ritmo rápido (500ml en una hora)

➤ Corregir hiperglucemia con insulina rápida iv o subcutánea:

- 1 UI cada 50mg /dl de glucemia por encima de 150mg/dl, subcutánea.
- Bolo iv de insulina rápida de 0,15 UI /kg.

Hipoglucemia:

➤ Coger vía venosa periférica, iniciar sueroterapia. SGC 5-10%.

▪ Glucosa al 33% o al 50%, una ampolla iv.

▪ Si no se puede coger vía venosa, Glucagón, una ampolla im, repetible a los 15 minutos.

▪ Ver evolución, y decidir medio de traslado si procede.

• Hospital en caso de ADOs o según evolución del paciente.

Crisis comicial:

➤ Prevención de traumatismos

➤ Si se puede, canalizar vía venosa

➤ Si crisis convulsiva de más de 1 minuto que no cede sola, administrar Diazepam 10mg, intrarrectal, o iv si se puede

➤ Derivación a Hospital de referencia en SVB.



Angor e IAM

- Si el paciente recupera el conocimiento, tranquilizarlo.
- TERAPIA MONA:
 - MORFINA: 1 ampolla en 9 ml de S Fco, y administrar 2ml, repetible.
 - Oxigenoterapia para mantener SatO₂ >94%.
 - Nitroglicerina sublingual, si TAS >90mmHg.
 - Antiagregación: AAS y Clopidogrel y anticoagulación con heparina sc
- Avisar a 112 para activación de "Código SCA"

TCE

- Control de columna cervical.
- Valoración NEUROLÓGICA más importante que en otros casos.
- Si sospechamos HIC: Dexametasona 8mg iv.
- NUNCA SUERO GLUCOSADO.
- NUNCA SONDAJE NASOGÁSTRICO si hemorragia o licuorragia



INTOXICACIONES

- Benzodiacepinas:
 - Pupilas midriáticas.
 - Administrar Flumacenilo (no necesita diluir)
- Opiáceos:
 - Pupilas mióticas
 - Administrar naloxona (no necesita diluir)
- Alcohol:
 - Administrar una ampolla de Benerva iv, o complejo B iv.
 - Administrar suero glucosado

INTOXICACIONES II

- Paracetamol:
 - Mirar ictericia
 - Administrar Acetilcisteína diluida en suero Glc5%
- Monóxido de carbono (CO):
 - Estabilizar al paciente.
 - Administrar oxígeno al 100% (Reservorio)
 - Derivación hospitalaria para observación, en SVB o UME según gravedad del paciente.

POLITRAUMATIZADO

- Lo primero de todo: LA SEGURIDAD PROPIA Y AJENA
- Abordaje ABCDE
- Activación precoz de recursos adecuados (Policía, Bomberos, Emergencias...)
- Si PCR, fijarnos muy bien en causas reversibles: 4H y 4T

¿QUÉ NO HAY QUE HACER?

- NO olvidar NUNCA nuestra SEGURIDAD
- NO vía oral
- NO hacer CONTROL CERVICAL en politraumatizados
- NO sondar con SNG en TCE con hemorragia o licuorragia
- NO suero glucosado en TCE o HIC
- NO Meter cosas en la boca en CRISIS COMICIAL
- NO activar el 112 antes de tener una sospecha clínica
- NO ASUSTARNOS O TENER MIEDO A EQUIVOCARNOS

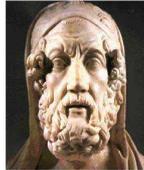


"Debemos tener al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza pueda actuar en él"

Florence Nightingale

"Un buen médico es el que se equivoca raramente, pero el perfecto es el que reconoce sus errores y se esfuerza por mejorar"

Hipócrates



MUCHAS GRACIAS