

5. Valoración enfermera en la disminución y/o pérdida transitoria de consciencia: síncope

ASSESSMENT NURSE IN THE DECREASE AND/OR TRANSIENT LOSS OF CONSCIOUSNESS: SYNCOPE

L.C. Redondo Castán

Universidad San Jorge (USJ) y Servicio 061 Aragón (SALUD-GA).

C. Porroche Urtiaga

Enfermero Servicio 061 Aragón (SALUD-GA).

A.B. Compaired Guio

Enfermera Servicio Aragonés de Salud (GA).

L. Gimeno García

Enfermera C.A Luroy Kommune (Noruega).

RESUMEN

La demanda asistencial a nivel extrahospitalario ante una persona que presenta una disminución o pérdida transitoria del nivel de consciencia (PTC) es frecuente en la población general. Así en el estudio de Sánchez y colaboradores estiman que entre 3 y 4 personas de cada 10 sufrirán un episodio de PTC a lo largo de su vida en la edad adulta y que 2 de cada 10 jóvenes sufrirán al menos un episodio en la adolescencia (1).

La pérdida transitoria de consciencia, en particular el síncope definido éste como la *pérdida de consciencia transitoria, espontánea con recuperación rápida sin secuelas y debida a hipoperfusión global cerebral*, suele ser banal, pero entre el 1-3% de esta población requerirán un ingreso hospitalario para estudio y/o control del evento. Esta incidencia implica que el profesional de enfermería que atiende un proceso de PTC debe saber realizar una correcta valoración enfermera sistemática para discriminar situaciones de riesgo vital e informar o solicitar ayuda al servicio de urgencias y/o emergencias (061/112) si fuese necesario. Así mismo repasaremos los indicadores de calidad asistencial presentados por la Sociedad Española de Cardiología en el proceso del síncope SEC-Primaria de 2021 (2).

Este trabajo quiere ofrecer una valoración enfermera en procesos de PTC llevándola a cabo de forma focalizada y sistemática mediante los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon (MG) (3).

Palabras clave: Valoración enfermera, síncope, pérdida transitoria consciencia.

ABSTRACT

The demand for assistance at the out-of-hospital level in the face of a person who presents a decrease or transient loss of the level of consciousness (PTC) is frequent in the general population. Thus, in the study by Sánchez et al., they estimate that between 3 and 4 people out of 10 will suffer an episode of PTC throughout their lives in adulthood and that 2 out of 10 young people will suffer at least one episode in adolescence (1).

Transient loss of consciousness, particularly syncope, defined as transient, spontaneous loss of consciousness with rapid recovery without sequelae and due to global cerebral hypoperfusion, is usually trivial, but between 1-3% of this population will require hospital admission. For study and/or control of the event. This incidence implies that the nursing professional who attends a CTP process must know how to carry out a correct systematic nursing assessment to discriminate life-threatening situations and inform or request help from the emergency and/or emergency services (061/112) if necessary. Likewise, we will review the care quality indicators presented by the Spanish Society of Cardiology in the 2021 SEC-Primary syncope process (2).

This work wants to offer a nursing assessment in CTP processes, carrying it out in a focused and systematic way through the 11 Functional Patterns of Marjory Gordon (MG) (3).

Keywords: Nursing assessment, syncope, loss of consciousness.

OBJETIVOS

1. *Valorar* la situación de un proceso de pérdida transitoria del nivel de consciencia: síncope.
2. *Identificar* si estamos ante un síncope o una pérdida de consciencia de otro origen.
3. *Informar* del proceso valorado con datos basados en la valoración por signos y síntomas
4. *Solicitar* ayuda medicalizada en caso de riesgo vital (4) para el paciente*.

**Riesgo vital: Riesgo inminente de muerte y/o posibilidad cierta de que se produzca un daño irreparable de un órgano o función.*

INTRODUCCIÓN

Según la Guía de Práctica clínica de la European Society of Cardiology de 2018, el síncope es un síntoma de un proceso y se define como: “*pérdida de consciencia transitoria, espontánea (no traumática) con recuperación rápida sin secuelas y debida a hipoperfusión global cerebral. Se caracteriza por un inicio rápido, una duración corta y una recuperación espontánea completa*”.

La valoración enfermera es fundamental, así como la cumplimentación del registro de enfermería que se acompañará, si procede, de las pruebas complementarias realizadas al paciente.

Es de vital importancia discriminar un proceso clínico con o sin gravedad para solicitar la ayuda necesaria e iniciar intervenciones enfermeras.

La PTC la podemos clasificar en:

Tabla 1. Clasificación de la pérdida transitoria de consciencia (elaboración propia) tomado de 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope (5).

Pérdida transitoria de consciencia (PTC)		
Síncope	PTC secundario a traumatismo craneoencefálico (TCE)	PTC NO sincopal
<ul style="list-style-type: none"> - Síncope reflejo o neuromediado - Síncope debido a hipotensión ortostática - Síncope de origen cardiaco 		

En este trabajo nos centraremos en el síncope clasificándolo de la siguiente manera:

1. Síncope reflejo (neuromediado)

a. Vasovagal. Suele ser el más habitual y aparece en personas jóvenes y sanas. En muchas ocasiones aparece en ambientes calurosos, situaciones prolongadas de bipedestación, estrés emocional, etc. Es favorecido por el cansancio, el ayuno, esfuerzo físico intenso y brusco entre otros. Se suele preceder de pródromos (bostezos, malestar epigástrico, debilidad, parestesias, calor, ansiedad, visión borrosa, hiperventilación, palpitaciones, palidez, diaforesis, náuseas, cefalea, mareo, etc.).

ii. Síncope vasovagal ortostático. Es más frecuente en personas mayores o largos periodos en cama. Aparece cuando la persona adopta la posición de decúbito a bipedestación o de sedestación a bipedestación. Está favorecido por la medicación hipotensora vasodilatadora. Suele precederse de pródromos, aunque también puede aparecer de manera brusca.

iii. Emocional (miedo, pánico, fobia a la sangre).

b. Situacional. Su aparición puede ser secundaria a aumentos de presión abdominal o intratorácica, como los provocados por la tos, la micción, defecación y por un dolor intenso. La sintomatología es igual que en el síncope vasovagal.

i. Miccional.

ii. Estimulación gastrointestinal, por ejemplo, al tragar o al defecar, posprandial (6), etc.

iii. Tos, estornudos.

iv. Tras ejercicio físico.

v. Otros (reír, tocar instrumento de viento, etc.).

c. Síndrome del seno carotídeo. Este síncope puede producirse al comprimir el seno carotídeo al realizar determinadas actividades cotidianas como afeitarse, ajustarse el nudo de la corbata, abrocharse la camisa o al mover la cabeza de forma brusca. La estimulación del seno carotídeo puede producirse por tres mecanismos: cardioinhibitorio, vasodepresor o cerebral.

d. Formas atípicas (sin pródromos o desencadenantes aparentes o presentación atípica)

2. Síncope debido a hipotensión ortostática

a. Acumulación venosa durante el ejercicio (inducida por el mismo), después de las comidas (hipotensión posprandial) y después de un largo reposo en cama (falta de forma física).

b. Inducida por fármacos (causa más frecuente de hipotensión ortostática): Vasodilatadores, diuréticos, fenotiazina, antidepresivos.

c. Depleción de volumen: Hemorragia, diarrea, vómitos, deshidratación, etc.

d. Disfunción autónoma primaria (hipotensión ortostática por causas neurológicas).

e. Disfunción autónoma pura, atrofia sistémica múltiple, enfermedad de Parkinson, demencia con cuerpos de Lewy, etc.

- f. Disfunción autónoma secundaria (hipotensión ortostática por causas neurológicas): Diabetes, amiloidosis, lesiones de la médula espinal, neuropatía autónoma autoinmunitaria, neuropatía autónoma paraneoplásica, etc.

3. Síncope de origen cardiaco

Se presenta con mayor frecuencia en personas con antecedentes de patología cardiaca y en personas mayores. Es indicador de peligrosidad. Representa un 10% de todos los síncope y es provocado habitualmente por arritmias. No suele cursar con pródromos, pudiendo aparecer de manera brusca tanto en decúbito como durante el esfuerzo.

a. Arritmia como causa primaria

- i. Bradicardia:
- ii. Disfunción del nodo sinusal (incluido el síndrome de bradicardia/taquicardia).
- iii. Trastornos del sistema de conducción auriculoventricular.

b. Taquicardia:

- i. Supraventricular.
- ii. Ventricular.

c. *Cardiopatía estructural*: estenosis aórtica, isquemia o Infarto agudo de miocardio (IAM), miocardiopatía hipertrófica, masas cardiacas (mixoma auricular, tumores, etc.), enfermedad o taponamiento pericárdico, anomalías congénitas de las arterias coronarias, disfunción de prótesis valvular...

d. *Enfermedad cardiopulmonar* y de grandes vasos: embolia pulmonar, disección aórtica aguda, hipertensión pulmonar...

FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNCOPE

El cerebro depende de la perfusión sanguínea para mantener su función fisiológica. El flujo arterial cerebral viene dado por sendas arterias carotíneas (derecha e izquierda) en su porción anterior y las arterias vertebrales (derecha e izquierda) en la porción posterior a buscar el polígono de Willis (7). La perfusión cerebral depende de la presión arterial (PA) y de las resistencias arteriales cerebrales, que varían según la PA. Cuando la PA desciende de 60-70 mmHg el flujo cerebral disminuye de forma significativa y se puede alterar el nivel de consciencia debido a una causa de hipoxia sistémica o a un fallo de la perfusión cerebral (disminución del Gasto Cardíaco, hipotensión brusca, disminución selectiva de la perfusión cerebral o por una hipovolemia).

El síncope se debe a una hipoperfusión cerebral transitoria que origina una pérdida de conocimiento transitorio explicado por factores hemodinámicos y neurológicos que se encuentran alterados en distintas circunstancias como (8):

- Disminución del retorno venoso sistémico.
- Disminución del Gasto Cardíaco.

- Arritmias cardiacas.
- Valvulopatías.
- Aumento de la resistencia local al flujo sanguíneo cerebral por ejemplo en pacientes con hiperventilación extrema (situaciones de ansiedad, pacientes simuladores, etc.) que produce una hipocapnia aguda (estímulo vasoconstrictor local).

Conociendo la fisiopatología podemos afirmar la importancia de realizar una correcta valoración cardiaca.

Complicaciones del síncope

- Asfixia por obstrucción de la vía aérea (caída de la lengua sobre la epiglotis obstruyendo la vía aérea).
- Broncoaspiración de contenido gástrico.
- Depresión/alteración respiratoria.
- Traumatismo: TCE, fracturas.
- Otras complicaciones secundarias a la patología de base.
- Arritmias cardiacas periparada/Parada cardiorrespiratoria (PCR).

METODOLOGÍA ENFERMERA

Entre los diagnósticos NANDA relacionados con el proceso del paciente que ha sufrido un síncope podemos enumerar los siguientes más habituales y ordenadas por número de codificación (Tabla 2).

Objetivos planteados

Una vez valorado el paciente planteamos los objetivos: (ver Tabla 3: NOC)

1. Optimizar el estado circulatorio favoreciendo un flujo sanguíneo continuo. NOC 0401
2. Mantener un estado óptimo de presión de perfusión cerebral. NOC 0406
3. Minimizar la hipotensión arterial para favorecer y mantener la presión del flujo sanguíneo cerebral. NOC 2114

Para conseguir estos objetivos realizaremos las *intervenciones enfermeras* oportunas y ordenadas por número de codificación, entre las que podemos señalar (ver Tabla 4: NIC).

CÓD.	NANDA	DEFINICIÓN
00009	Disreflexia autónoma	Respuesta no inhibida, amenazadora para la vida, del sistema nervioso simpático ante un estímulo nocivo tras una lesión medular a nivel de la séptima
00029	Disminución del gasto cardíaco	La cantidad de sangre bombeada por el corazón es inadecuada para satisfacer las demandas metabólicas del organismo
00086	Riesgo de disfunción neurovascular periférica	Susceptible de sufrir una alteración en la circulación, sensibilidad o movilidad de una extremidad, que puede comprometer la salud
00146	Ansiedad	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia
00200	Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca	Susceptible de disminución de la circulación cardíaca (coronaria), que puede comprometer la salud
00201	Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz	Susceptible de disminución de la circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud
00206	Riesgo de sangrado	Susceptible de disminución del volumen de sangre, que puede comprometer la salud
00240	Riesgo de disminución del gasto cardíaco	Susceptible de bombear una cantidad de sangre inadecuada por el corazón para satisfacer las demandas metabólicas del cuerpo, que puede comprometer la salud
00257	Síndrome de fragilidad del anciano	Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad
00267	Riesgo de tensión arterial inestable	Susceptible de existir fluctuación del flujo en el paso de la sangre a través de los vasos arteriales, que puede comprometer la salud
00296	Riesgo de síndrome metabólico	Susceptibilidad de desarrollar un conjunto de síntomas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular y de diabetes mellitus tipo 2, que puede comprometer la salud
00311	Riesgo de deterioro de la función cardiovascular	Susceptible de alteración en el transporte de sustancias, homeostasis corporal, eliminación de los residuos metabólicos tisulares, y funciones orgánicas, que puede comprometer la salud

Tabla 3. NOC. Elaboración propia de: tomando datos de Herdman Th & Katmisuru S. *Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación*. 2018-2020. 11ª edición NANDA Internacional Elsevier. 2019. <https://www.nnnconsult.com/>

CÓD.	NOC	Descripción
0401	Estado circulatorio	Flujo sanguíneo sin obstrucción, unidireccional a una presión adecuada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar
0406	Perfusión tisular: cerebral	Adecuación del flujo sanguíneo a través de los vasos cerebrales para mantener la función cerebral
2114	Severidad de la hipotensión	Gravedad de los signos y síntomas por la presión arterial baja episódica

Tabla 4. NIC. *Elaboración propia de: tomando datos de Herdman Th & Katmisuru S. Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación. 2018-2020. 11ª edición NANDA Internacional Elsevier. 2019. <https://www.nnnconsult.com/>*

CÓD.	NIC	Descripción
2540	Tratamiento del edema cerebral	Limitación de lesiones cerebrales secundarias derivadas del edema del tejido cerebral. ➤ Observar si hay confusión, cambios del nivel de consciencia, síntomas de mareo y síncope.
4090	Manejo de la arritmia	Prevenir, reconocer y facilitar el tratamiento de las anomalías del ritmo cardíaco. ➤ Determinar si el paciente sufre dolor torácico o síncope asociado con la arritmia.
4091	Manejo del marcapasos: permanente	Cuidado del paciente que recibe soporte permanente del bombeo cardíaco mediante la introducción y uso de marcapasos. ➤ Enseñar al paciente los signos y síntomas de un marcapasos disfuncional (p. ej., bradicardia menor de 30 lpm, mareo, debilidad, fatiga, molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema en partes declives, disnea paroxística nocturna, disnea de esfuerzo, hipotensión, casi síncope, síncope claro, parada cardíaca). ➤ Controlar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea) especialmente en cada visita ambulatoria.
4096	Manejo del desfibrilador: interno	Cuidado del paciente sometido a detección y resolución de arritmias cardíacas potencialmente mortales mediante la introducción y uso de un desfibrilador cardíaco interno. ➤ Monitorizar los síntomas de arritmias, isquemia o insuficiencia cardíaca (p. ej., mareo, síncope, palpitaciones, dolor torácico, disnea), sobre todo en cada visita a consultas externas.
4104	Cuidados del embolismo: periférico	Manejo de los pacientes con oclusión de la circulación periférica. ➤ Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardíaco (p. ej., sibilancias de nueva aparición, hemoptisis, disnea, taquipnea, taquicardia, síncope), pues los pacientes que presentan TVP tienen un mayor riesgo de recidiva y de EP.
4106	Cuidados del embolismo: pulmonar	Manejo de un paciente que presenta una oclusión de la circulación pulmonar. ➤ Evaluar los cambios del estado respiratorio y cardíaco (p. ej., sibilancias de nueva aparición, hemoptisis, disnea, taquipnea, taquicardia, síncope), pues los pacientes que presentan TVP tienen un mayor riesgo de recidiva y de EP.
4110	Precauciones en el embolismo	Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos. ➤ Evaluar de forma crítica cualquier síntoma de sibilancias de reciente aparición, hemoptisis o dolor inspiratorio, dolor torácico, en el hombro, en la espalda o pleurítico, disnea, taquipnea, taquicardia o síncope.
4175	Manejo de la hipotensión	Prevenir y tratar los niveles de presión arterial más bajos de lo normal. ➤ Vigilar las complicaciones (p. ej., visión borrosa, confusión, mareos, síncope, palidez, sudoración fría, taquicardia, somnolencia, debilidad, alteración del nivel de consciencia, convulsiones, disnea, dolor torácico).
5820	Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.
6680	Monitorización de los signos vitales	Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.
7680	Ayuda en la exploración	Proporcionar ayuda al paciente y al cuidador durante un procedimiento o exploración.
7880	Manejo/utilización de la tecnología	Uso de equipo y dispositivos técnicos para monitorizar el estado del paciente o mantener la vida.
7920	Documentación	Registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica.

VALORACIÓN ENFERMERA EN UN PROCESO DE PÉRDIDA TRANSITORIA DE CONSCIENCIA: SÍNCOPE

Independientemente del escenario en el que nos encontremos siempre comenzaremos con una valoración del entorno y así proporcionar un ambiente adecuado y seguro en la asistencia sanitaria.

Es importante identificarnos/presentarnos para relacionarnos con las personas que se encuentran en la escena creando así un ambiente de confianza que mejore nuestra intervención.

Lo más importante en este proceso es la realización de una buena historia clínica detallada comenzando con la valoración.

La valoración enfermera la vamos a centrar en tres pilares fundamentales:

1. **Monitorización completa** (recogida en los patrones funcionales 4 y 6 de MG). Pulsioximetría (frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno), frecuencia respiratoria, presión arterial, monitorización electrocardiográfica (ritmo y ECG de 12 derivaciones), glucemia capilar, temperatura, EtCO₂, dolor (mediante escalas: EVA, EVN, etc.), Escala de coma de Glasgow (GCS), escala AVDN, reactividad pupilar.
2. **Breve historia clínica.** Para sistematizar la historia clínica podemos utilizar la regla nemotécnica "**SAMPLER**":
 - **Signos y síntomas del episodio.** Características y duración del episodio, si el paciente presenta amnesia del suceso hay que recopilar información de testigos que hayan presenciado el evento. Pródromos: Sudoración, palidez, náuseas y ansiedad, etc. Síntomas después del cuadro: Si aparece confusión, cefalea o desorientación, hará pensar en un origen neurológico.
 - **Alergias.**
 - **Medicación que esté tomando.**
 - **Antecedentes personales** como cardiopatía, número y frecuencia de episodios similares.
 - **Lunch (comida):** hora y alimento ingerido por última vez.
 - **Eventos que condujeron a este proceso.** Situación en la que ocurre y posibles factores desencadenantes o relacionados, por ejemplo: ortostatismo, cambios posturales, factores emocionales (ansiedad, miedo, etc.), aparición con el esfuerzo físico, dolor torácico, relacionado con la ingesta alimenticia, fármacos, alcohol, etc.
 - **Riesgo:** Factores de riesgo relacionados con el proceso. Historia familiar de síncope o muerte súbita.
3. **Exploración (9):**
 - a. **Inspección.** Proceso de obtención de datos utilizando fundamentalmente la vista, y es una habilidad consciente y deliberada que se desarrolla de forma metódica y organizada.
 - b. **Auscultación** bien de forma directa, con el oído, o indirecta o mediada, con un estetoscopio, de los fenó-

menos acústicos o ruidos que se originan en el organismo.

- c. **Palpación** utilizando el sentido del tacto para obtener información de los tegumentos. Se realiza para sentir con el tacto, las estructuras corporales.
- d. **Percusión** utilizaremos el sentido del oído y del tacto, consiste en golpear una superficie corporal con los dedos, de forma directa o de forma mediada, para producir sonidos o buscar puntos o zonas de dolor.

Valoración enfermera detallada centrada en la monitorización completa, breve anamnesis (método SAMPLER) y exploración física (inspección, auscultación, palpación y percusión)

VALORACIÓN INICIAL CENTRADA POR PATRONES

La valoración inicial centrada por patrones de MG vamos a recoger los datos relacionados con el episodio sincopal revisando aquellos patrones que presentan alteraciones al paciente:

1. Patrón funcional **1** de MG: **Percepción- manejo de la salud.**
 - Anamnesis: se recoge las alergias medicamentosas conocidas, así como la medicación que toma de manera no habitual y/o crónica. Estado vacunal y hábitos tóxicos (tabaco, drogas, etc.)
 - Exploración: Posición en la que nos encontramos al paciente.
2. Patrón funcional **2** de MG: **Nutricional – metabólico.**
 - Anamnesis: Presencia de signos y síntomas y pródromos.
 - Exploración física: Glucemia, estado de la piel y mucosas, a nivel abdominal signos de irritación abdominal.
3. Patrón funcional **3** de MG: **Eliminación.**
 - Anamnesis: Preguntar por incontinencia urinaria, estado miccional, estreñimiento.
 - Exploración física: Puede tener sudoración excesiva en el momento del síncope. Si ha presentado relajación de esfínteres podemos sospechar de una crisis epiléptica.
4. Patrón funcional **4** de MG: **Actividad-ejercicio.**
 - Anamnesis dirigida a valorar disnea, tos, debilidad, ágor, etc.
 - Exploración física: auscultación pulmonar (sibilancias, roncus, crepitantes), auscultación cardíaca, realización de un electrocardiograma de 12 derivaciones, valorar presencia de pulsos, edemas, etc. En la función motora y sensitiva valorar la existencia de parálisis-paresias, estado pupilar, preguntar por convulsiones y presencia de signos meníngeos. Es necesario

conocer posible traumatismo por la caída si la hubo y el estado de la integridad ósea.

5. Patrón funcional **5** de MG: **Descanso-sueño.**

- Anamnesis dirigida a preguntar por la calidad del sueño, insomnio y si precisa de medicación coadyuvante para descansar.

6. Patrón funcional **6** de MG: **Cognitivo-perceptivo.**

- Anamnesis va dirigida a la situación de PTC, orientación témporo-espacial.
- Exploración física utilizamos la escala AVDN (valorando el estado de alerta, respuesta verbal, respuesta al dolor o no hay respuesta) y la Escala de Coma de Glasgow (GCS) (10) (Figura 1: GCS)

7. Patrón funcional **7** de MG: **Autopercepción-autoconcepto.**

- Anamnesis: Preguntar por la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas.

8. Patrón funcional **8** de MG: **Rol-relaciones.**

- Anamnesis dirigida a la búsqueda de problemática social, familiar, laboral. La familia vive la situación con una sensación de desajuste, desorientación y/o preocupación; no entienden el porqué de la circunstancia.
- Exploración dirigida en busca de signos y síntomas de estrés provocados por maltrato, violencia familiar, etc.

9. Patrón funcional **9** de MG: **Sexualidad-reproducción.**

- Anamnesis dirigida a posibles complicaciones del embarazo.

10. Patrón funcional **10** de MG: **Adaptación-tolerancia al estrés.**

- Anamnesis dirigida a la búsqueda de sentimientos de estrés.
- Exploración dirigida a la búsqueda de signos y/o síntomas de estrés.

11. Patrón funcional **11** de MG: **Valores y creencias.**

...haciendo un resumen tenemos:

Valorar el nivel de consciencia que se corresponde con el NIC 2540

El/la paciente precisa una valoración general con especial atención al nivel de consciencia y reconocer rápidamente la situación de riesgo vital por excelencia: Parada Cardiorrespiratoria (PCR), una vez descartada valorar el estado neurológico mediante una escala sencilla como es la AVDN, valorar estado y reactividad pupilar, así como tomar la glucemia (para descartar causa metabólica)

Es importante descartar/identificar una situación de Riesgo Vital entendida ésta como aquella situación de riesgo inminente de muerte y/o posibilidad de que se produzca un daño irreparable de un órgano o una función. En este caso

hay que informar a la mayor brevedad posible al servicio de emergencias 061/112 e intervenir.

Valoración de la Presión Arterial que se corresponde con el NIC: 4175

La monitorización de la PA es fundamental en procesos de PTC para valorar la tendencia y recuperación del paciente así prevenir y tratar los niveles de presión arterial más bajos de lo fisiológico.

Vigilar las complicaciones que puedan aparecer en el paciente como: visión borrosa, confusión, mareos, palidez, sudoración fría, taquicardia, somnolencia, debilidad, alteración del nivel de consciencia, convulsiones, disnea, dolor torácico, repetición del síncope.

Monitorización electrocardiográfica de la FC y del ritmo que se corresponde con los NICs 4090, 4091 y 4096

La enseñanza de los signos de alarma a pacientes con enfermedad del ritmo, con insuficiencia cardiaca, portadores de marcapasos previene, en muchas ocasiones, situaciones de gravedad. Es importante educar al paciente y/o familia y/o acompañantes los signos y síntomas de un marcapasos disfuncional (p. ej., bradicardia menor de 30 lpm, mareo, debilidad, fatiga, molestias torácicas, angina, disnea, ortopnea, edema en partes declives, disnea paroxística nocturna, disnea de esfuerzo, hipotensión, casi síncope/presíncope, síncope claro, etc.) las primeras medidas a instaurar en el caso que aparezca una parada cardiorrespiratoria.

En pacientes portadores de sistemas de detección de arritmias y/o desfibriladores implantados que sufren un síncope hay que monitorizarlos y realizar un electrocardiograma de 12 derivaciones así valorar el funcionamiento de estos dispositivos.

Valoración de la enfermedad cardiopulmonar que se corresponde con los NICs: 4090, 4104, 4106

Es importante evaluar posibles cambios del estado respiratorio y cardíaco como son los ruidos respiratorios patológicos (sibilancias, crepitantes de aparición brusca) pueden ser signos de aparición de un TEP, hemoptisis, disnea, taquipnea, taquicardia los cuales pueden estar relacionados con enfermedad cardiopulmonar manifestándose con un síncope.

EXCELENCIA EN LOS CUIDADOS

Los estándares de calidad asistencial indican que este proceso debemos realizar un registro mínimo de datos para asegurar la excelencia de los cuidados.

CONCLUSIONES

El síncope es un proceso habitual.

Generalmente es un proceso benigno, aunque resulte alarmante para el paciente y/o testigo/s presentes.

Tabla 5. *Elaboración propia. Registro mínimo de datos del proceso síncope de la SEC-AP, versión III, sept 2021.*

Registro mínimo de datos e intervenciones	
Datos de Filiación personal: Sexo, edad	
Pródromos	
Factores predisponentes	
Forma de presentación: náuseas, vómitos, palpitaciones, etc	
Forma de caída, color de piel, duración de la pérdida de consciencia, mordedura de lengua, relajación/incontinencia de esfínteres, movimientos, etc.	
Forma de recuperación	
Monitorización completa de constantes vitales:	Frecuencia cardiaca (FC) Frecuencia respiratoria (FR) Saturación O ₂ % Presión arterial (PA) Glucemia (mg/dL)
Auscultación Cardiopulmonar	
Antecedentes personales de patología cardiaca	
Registrar criterios de riesgo como: Cardiopatía isquémica, Insuficiencia Cardiaca, episodios de Taquicardia Ventricular (TV), Bloqueo auriculoventricular, alteraciones del QT, Historia familiar de muerte súbita, Síndrome de Brugada	
ECG de 12 derivaciones con motivo de episodio sincopal para diagnóstico etiológico y estratificación de riesgo	
Exploración neurológica básica (funciones sensitiva y motor)	
Tratamiento	

Las intervenciones enfermeras en este proceso van encaminadas a:

- Discriminar el cuadro: Valoración enfermera completa estandarizada.
- Realizar un registro excelente para poder hacer un seguimiento adecuado a los/las pacientes que lo precisen.
- Informar/comunicar y transmitir el proceso.

Realizar una atención estandarizada, basada en la evidencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez, A. C., & Aguado, F. G. L. Síncopes en la adolescencia. *Rev Adolescere*. Enero-febrero 2018; VI (1): 12-23
2. Sociedad Española de Cardiología SEC-Primaria. Proceso Síncope. Versión III, septiembre 2021.
3. Ponce Rodríguez, J. "Proceso de enfermería a paciente con complicaciones neurológicas, con base en los patrones funcionales." *Revista CuidArte* 7.13 (2018).
4. Tay UL, Becerra VC. Ley de urgencia y riesgo vital. *Rev Médica Clínica Las Condes*. Vol 22. Núm 5. Págs. 585-591. Sept 2011.
5. M. Brignole, A. Moya, F.J. Lange, et al. 2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *Eur Heart J*, 39 (2018), pp. 1883-1948
6. Borges López JS, Bazán Rodríguez O. Una causa inusual de síncope. *Rev. Española de Cardiología*. Vol 75. Num 2 págs. 174. Feb 2022. DOI: 10.1016/j.recesp.2021.06.028
7. Ochoa-Monroy E. Círculo arterial cerebral ¿El Polígono de Willis? *Rev Historia de la neurología vascular*. Vol 3 núm 2 (2022). <https://orcid.org/0000-0003-4578-2870>
8. Benditt David G. Síncope: revisión diagnóstica y terapéutica. *Rev. Urug. Cardiol*. [Internet]. 2011 Mar [citado 2023 mayo 15]; 26 (1): 38-54. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202011000100007&lng=es.
9. Alfaro-Lefevre, R Pensamiento crítico, razonamiento clínico y juicio clínico en enfermería (6ª ED.): un enfoque practico. 6ª Edición. Elsevier. Barcelona. 2017.
10. Escala de Coma de Glasgow (GCS) video en URL: <https://youtu.be/v6qpEQxJQO4>
11. Herdman Th & Katmisuru S. (ed). Diagnóstico enfermero: definiciones y clasificación. 2018-2020. 11ª edición NANDA Internacional Elsevier. 2019 <https://www.nnnconsult.com/>
12. Unterhuber M, Tomaino M, Brignole M. Benötigen wir Syncope Units?: Erfahrungsbericht aus Bozen, Südtirol (Italien) [Do we need syncope units?: Experience from Bolzano, South Tyrol (Italy)]. *Herzschrittmacherther Elektrophysiol*. 2018 Jun;29(2):199-203. German. doi: 10.1007/s00399-018-0561-3. Epub 2018 May 14. PMID: 29761334.

13. Kenny RA, Brignole M, Dan GA, Deharo JC, van Dijk JG, Doherty C, Hamdan M, Moya A, Parry SW, Sutton R, Ungar A, Wieling W. Syncope Unit: rationale and re-

quirement--the European Heart Rhythm Association position statement endorsed by the Heart Rhythm Society. Europace. 2015 Sep;17(9):1325-40. doi: 10.1093/europace/euv115. Epub 2015 Jun 24. PMID: 26108809.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW : hazlo así

Institute of Neurological Sciences NHS Greater Glasgow and Clyde

COMPRUEBA

Factores que interfieran en la comunicación, capacidad de respuesta y otras lesiones

OBSERVA

La apertura de los ojos, el contenido del discurso y los movimientos del lado derecho e izquierdo

ESTIMULA

Verbal: diciendo o gritando una orden
Física: presión en la punta del dedo, el trapecio o el arco supraorbitario

VALORA

Asignar de acuerdo a la mejor respuesta observada

Apertura de Ojos

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Abre antes del estímulo	✓	Espontánea	4
Tras decir o gritar la orden	✓	Al sonido	3
Tras estímulo en la punta del dedo	✓	A la presión	2
No abre los ojos, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Cerrados por un factor a nivel local	✓	No valorable	NV

Respuesta Verbal

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Da correctamente el nombre, lugar y fecha	✓	Orientado	5
No está orientado pero se comunica coherentemente	✓	Confuso	4
Palabras sueltas, inteligibles	✓	Palabras	3
Solo gemidos, quejidos	✓	Sonidos	2
No se oye respuesta, no hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Existe factor que interfiere en la comunicación	✓	No valorable	NV

Mejor respuesta motora

Criterio	Observado	Clasificación	Puntuación
Obedece la orden con ambos lados	✓	Obedece comandos	6
Lleva la mano por encima de la clavícula al estimularle el oculo	✓	Localiza	5
Dobla brazo sobre codo rápidamente, pero las características no son anormales	✓	Flexión normal	4
Dobla el brazo sobre el codo, características predominantemente anormales	✓	Flexión anormal	3
Extiende el brazo	✓	Extensión	2
No hay movimiento en brazos ni piernas. No hay factor que interfiera	✓	Ninguna	1
Parálisis u otro factor limitante	✓	No valorable	NV

Lugares Para Estimulación Física

Presión en la punta del dedo
Pelliczo en trapecio
Arco supraorbital

Características de las Respuestas Flexoras

Modificado con el permiso de Van Der Naalt 2004: Ned Tijdschr Geneesk

Flexión anormal

- Estereotipo lento
- Brazo sobre el pecho
- Antebrazo rotado
- Pulgar apretado
- Pierna extendida

Flexión Normal

- Rápida
- Variable
- Brazo lejos del cuerpo

Para información adicional y demostración en vídeo visite www.glasgowcomascale.org

Graphic design by Margarete Frij based on layout and illustrations from Medical Illustration 811 - 200593

Figura 1. GCS.

107