



CESEM

Centro de Entrenamiento en Simulación de Emergencias

SCPC_ SIMULACIÓ CLÍNICA EN PACIENT CRÍTIC



A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Contenido

SCPC_ ALGORITMO DE SERVICIO. EL ABCDE DESDE OTRO PUNTO DE VISTA.....	3
1- HISTORIA DE LA VALORACIÓN ABCDE.....	3
2- MÁS ALLÁ DE LA VALORACIÓN ABCDE.....	3
3- DE LA VALORACIÓN ABCDE AL ALGORITMO DE SERVICIO	8
3.1. VALORACIÓN ABCDE.....	9
3.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS.....	13
4- ALGORITMO DE SERVICIO.....	19

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

SCPC_ ALGORITMO DE SERVICIO. EL ABCDE DESDE OTRO PUNTO DE VISTA.

1- HISTORIA DE LA VALORACIÓN ABCDE

La metodología ABCDE se atribuye a Styner, un cirujano norte americano que en 1976 sufrió un accidente en una avioneta con su familia, y tuvieron que ser ingresados en un hospital local. Styner observó que la atención recibida por los profesionales sanitarios del hospital frente a sus familiares que estaban en estado crítico tenía carencia de estructura, sistemática y razonamiento crítico y lógico.

Tras ese suceso, Styner diseñó un programa de formación basado en la atención del paciente traumático, sentando las bases de cursos de soporte vital avanzado en trauma. A posteriori se diseñó la misma metodología para pacientes con patología clínica.

Varios estudios recientes, en los que el objetivo ha sido observar el conocimiento de los profesionales sobre la sistemática, concluyen que los profesionales sanitarios, independientemente de su título profesional, carecen de formación y entrenamiento específico basada en la valoración ABCDE de un paciente crítico, y argumentan que a pesar de que faltan más estudios para poder corroborarlo con más seguridad, tener interiorizada la estructura y metodología de la valoración primaria aumenta la seguridad profesional frente a situaciones con Riesgo Inminente de Muerte (RIM).

2- MÁS ALLÁ DE LA VALORACIÓN ABCDE

Tras varias ediciones del curso SCPC, hemos podido comprobar que tener una estructura, no solo del ABCDE sino saber realizarlo desde un razonamiento lógico y crítico, sabiendo entrelazar signos y síntomas, al igual que desarrollar una estructura de inicio a fin del servicio en sí, disminuye el estrés profesional, aumenta la seguridad personal, la capacidad de adaptación, y la anticipación a posibles adversidades del paciente crítico.

Nuestros cerebros procesan a diario una cantidad infinita de información, y la mayor parte de ésta es procesada de manera inconsciente y utilizada como hábito rutinario.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Por ejemplo: Observo que llevo el cordón de los zapatos desatado... me ato el zapato.

Este hecho se realiza de forma inconsciente, nuestro cerebro supone que si no me ato el zapato me puedo tropezar y caer; que si está lloviendo puedo coger un paraguas para no mojarme; que si la nevera funciona la comida estará bien refrigerada, o que si el congelador se ha estropeado los alimentos de su interior se habrán echado a perder.

Pero bien, ¿qué sucede cuando la información es de gran importancia y nuestra decisión tiene un peso importante, y tiene que ser procesada para poder llevar a cabo una acción?

Necesitamos el razonamiento y la base de decisiones con datos sólidos en lugar de suposiciones. Es aquí cuando la ESCALERA DE LA INFERENCIA entra en acción.

¿QUÉ ES LA ESCALERA DE LA INFERENCIA?

Es una herramienta que ayuda a la explicación de cómo nuestro cerebro procesa información para la toma de decisiones a través de 7 niveles representados en una escalera.

El pensamiento va desde la parte inferior, y va subiendo de escalón antes de tomar la decisión de realizar una acción.

Esta escalera describe la forma natural que utiliza nuestro cerebro de manera natural al realizar juicios sobre situaciones, y cómo uno mismo se ve influenciado por el sesgo cognitivo (errores de razonamiento que hacen malinterpretar una información) llevando nuestras suposiciones a conclusiones específicas.

Ser conscientes de esto durante la activación, y las acciones a llevar a cabo frente a un paciente crítico, puede evitarnos creer que nuestro pensamiento de lo observado es verdad (sesgo cognitivo), y utilizar así la curiosidad para indagar sobre lo que le está ocurriendo al paciente.



A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

El sesgo cognitivo generalmente aparece cuando pasamos por alto información relevante, enfatizamos información irrelevante o enmarcamos una situación de una manera determinada.

Chris Argyris, conocido como fundador del desarrollo organizacional, propuso en 1970 el concepto de la “escalera de inferencia” para poder explicar cómo las personas hacen y sostienen sus suposiciones sobre el mundo; denominó a estas suposiciones “MODELOS MENTALES”. Según él, los modelos mentales actúan como una lente para influir en la manera de ver y entender el mundo y así después decidir cómo actuar en función de nuestra propia comprensión.

¿CÓMO SUBIR PELDAÑO A PELDAÑO POR LA ESCALERA?

Tal y como hemos mencionado con anterioridad, la escalera de la inferencia consta de 7 escaleras, y el pensamiento va desde la parte inferior a la superior, subiendo de escalón antes de tomar la decisión de realizar una acción.

1- OBSERVACIÓN DE DATOS

Observamos los hechos de una situación sin realizar ninguna interpretación de lo sucedido, únicamente se asimila la realidad de lo que estamos viendo o está sucediendo.

Por ejemplo: Nos activan por un paciente de 22 años inconsciente.

2- SELECCIÓN DE DATOS

En este momento se seleccionan hechos concretos que van en función de creencias o experiencias previas propias, centrándonos en ciertos detalles que nos llaman la atención para recopilar información que creemos importante en función de nuestras preferencias de lo que estamos observando. En este punto aparece el sesgo cognitivo, y dependiendo de nuestra destreza puede llegar a ser el “culpable” de la decisión final.

Ejemplo de la selección de datos: *Nos activan por un paciente de 22 años inconsciente en un barrio marginal un viernes por la noche a las 2:00 de la mañana.*

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Realidad de la selección de datos: Nos activan por un paciente de 22 años que está inconsciente y crees que, al estar en un barrio marginal a las 2:00 de la mañana de un viernes, no es un paciente inconsciente, sino un paciente que ha bebido alcohol o se ha tomado algún tipo de droga.

***Recordad que este punto se ve influenciado por creencias o experiencias previas.**

3- DAR SIGNIFICADO A LOS DATOS

Lo ideal sería no basarnos en creencias o experiencias observando los datos de manera subjetiva, sino ser capaces de analizar los datos de manera objetiva, dando así el significado real que tiene lo que está sucediendo.

Ejemplo del significado a los datos: Trabajo en el turno de noche siempre en la misma zona y cada semana viernes o sábado salimos de servicio y atendemos a personas similares con acceso a alcohol y/o drogas.

Ejemplo de la realidad del contexto: También has realizado servicios en sitios similares a horas y días de la semana similares y han sido pacientes críticos con RIM y ahora mismo no sabes si está sucediendo lo mismo.

4- HACER SUPUESTOS

En este escalón aparecen las suposiciones sin considerar si lo observado, recogido y el significado de los datos son específicos de esta situación en particular. Solo tenemos en cuenta las suposiciones de otras experiencias vividas anteriormente.

Ejemplo de suposición: Esta persona tiene las mismas condiciones que el paciente de la semana anterior, en la misma calle y a la misma hora, así que seguramente tendrá lo mismo. "Ha tomado alcohol y está durmiendo"

Ejemplo de la realidad del contexto: La persona no es la misma, no sabemos si ha tomado alcohol o cualquier otra sustancia, no sabemos si tiene alguna enfermedad y tampoco nada de lo que ha sucedido.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

5- SACAR CONCLUSIONES

Llevamos nuestras suposiciones al punto de sacar conclusiones de situaciones no indagadas y de cómo deberíamos de actuar frente a ellas.

Ejemplo de sacar conclusiones: *Es una persona más que ha bebido en exceso.*

Ejemplo de la realidad del contexto: *Paciente indigente con antecedentes de diabetes que ha sufrido una hipoglucemia. Última vez vista consciente hace 5 horas. Hace aproximadamente 5 días que está con diarrea y malestar.*

6- ADOPTAR CREENCIAS

Las conclusiones tomadas se transforman en creencias personales que se repetirán en un futuro. Así pues, las conclusiones estarán basadas en nuestras creencias y éstas se verán reforzadas continuamente por nuestras conclusiones, indiferentemente de si las conclusiones son reales o no.

Es en este momento cuando nace el **bucle simple**, siendo un círculo vicioso frente a una misma situación o similar, propiciado por nuestras creencias e influyendo directamente en nuestra toma de decisiones (**acción-reacción**). Dicho de otra forma, es la manera en que aprendemos a reaccionar ante un suceso con la información que tenemos con el fin de obtener un determinado resultado.

Y en realidad deberíamos hacer uso del **bucle doble**. Comprender el porqué de la situación que estamos viviendo a través de la empatía dando lugar al razonamiento. En este aprendizaje podemos cambiar nuestras decisiones y adaptarlas a las diferentes circunstancias, dependiendo de la recopilación de datos que recojamos, con el objetivo de reaccionar de manera distinta frente a un mismo suceso.

Ejemplo de adoptar creencias: *Como es un abuso de alcohol, llevamos al paciente al hospital y cerramos el servicio.*

Si continuamos con esta creencia, el paciente puede empeorar.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

***Ejemplo de la realidad del contexto:** Si realizamos una valoración ABCDE del paciente de manera detallada, observaremos la hipoglucemia y pediremos ayuda solicitando un recurso superior para el tratamiento del paciente.*

7- ACCIÓN

En el último escalón llevamos a cabo la acción que hemos decidido como correcta basada en nuestras creencias. En realidad, estamos llevando a cabo una acción en función de nuestras propias suposiciones de creencias y experiencias vividas anteriormente en lugar de realizar una acción tomada con los hechos reales de la situación.

***Ejemplo de acción:** Cargamos al paciente en la ambulancia y lo trasladamos.*

***Ejemplo de realidad del contexto:** Realizamos la valoración ABCDE al paciente y observamos una hipoglicemia, activamos un recurso superior para que le administren el tratamiento correspondiente.*

LA ESCALERA DE LA INFERENCIA VS LOS SESGOS INCONSCIENTES

Relacionamos la escalera de la inferencia con los **sesgos de confirmación o sesgo implícito** porque las acciones tomadas están basadas de suposiciones, creencias o actitudes aprendidas con anterioridad de las que necesariamente no podemos ser conscientes.

Este tipo de sesgo no es un proceso de toma de decisiones como la escalera de la inferencia, sino que es un factor que influye en nuestro modo de pensar y de tomar decisiones.

3- DE LA VALORACIÓN ABCDE AL ALGORITMO DE SERVICIO

La valoración ABCDE, igual que la XABCDE, nos sirve para la valoración integral del paciente. Su uso de manera estructurada, ordenada y metódica ayuda a observar signos y síntomas de más o menos gravedad, para poder así actuar en consecuencia.

En este apartado iremos interiorizando conceptos de más básicos a más complejos hasta ser capaces de valorar un ABCDE desde una manera muy sencilla, y ser capaces de realizar una valoración, usando tanto Habilidades Técnicas (HT) como Habilidades No Técnicas (HNT), a

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

través de un razonamiento lógico. El objetivo será ampliar conocimientos para la anticipación, la comunicación, el trabajo en equipo y la consciencia situacional de todo el equipo.

Vamos a pensar en las letras por órganos:

- A: Todo lo que tenga que ver con la vía aérea superior.
- B: Todo lo que tenga que ver con las vías respiratorias altas (tráquea y pulmones).
- C: Todo lo que tenga que ver con el sistema circulatorio (corazón y vasos sanguíneos).
- D: Todo lo que tenga que ver con el sistema nervioso.
- E: Todo lo que tenga que ver con el sistema dérmico.

3.1. VALORACIÓN ABCDE



Para iniciar la valoración ABCDE es necesario primero comprobar que el paciente respira y tiene pulso. Una vez estamos seguros de eso pasaremos a la exploración detallada de cada una de estas letras buscando todos esos signos y síntomas que nos producen una alerta. Esta alerta la visualizaremos mentalmente como una bombilla (se nos enciende una bombilla diciéndonos que algo no va bien) y ésta será la puerta de entrada a nuestro razonamiento lógico con la pregunta:

- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra?
- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento

para apagar la bombilla o disminuir su intensidad?

Una vez resueltas las dos preguntas, pasaremos a la siguiente letra, y esperaremos a saber si la decisión tomada ha apagado o no esa bombilla en la revaloración.

A su vez, en cada letra podemos encontrar un RIM que tendremos que solucionar de manera rápida y eficaz.

Ejemplo:

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Paciente inconsciente que respira y tiene pulso, y que no presenta ninguna hemorragia exanguinante.

De presentarla, sería la X, y deberíamos abordar este paciente empezando por controlar dicha hemorragia.

A:

- Observación a través de mis ojos, manos y oídos.
 - Roncus y secreciones
- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra? No.
- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento para apagar la bombilla o disminuir su intensidad? Sí.
 - Abrir vía aérea.
 - Colocar Guedel.



Pregúntate las lesiones RIM: ¿Puede llegar a ser un paciente NI/NV (No intubable/ No ventilable)? ¡PIDE AYUDA!

PASO A LA SIGUIENTE LETRA...

B:

- Observación a través de mis ojos, manos y oídos.
 - FR:10 x'
 - Cianosis labial
 - Patrick 5
 - Sibilantes a la auscultación
- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra? Sí.
 - Saturación O2 89%
 - Capnografía 47 mmHg
 - Onda del capnógrafo: Aleta de tiburón.
- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento para apagar la bombilla o disminuir su intensidad? Sí.
 - Oxigenar y ventilar al paciente con mascarilla y balón de reanimación FiO2 1-15lx'

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- Mi razonamiento lógico: Necesito aumentar el oxígeno y disminuir el CO₂, y además el paciente tiene una FR muy baja, tengo que ayudarlo a ventilar.



Pregúntate las lesiones RIM: ¿Probabilidad de que este paciente tenga un neumotórax?

PASO A LA SIGUIENTE LETRA...

C:

- Observación a través de mis ojos, manos y oídos.
 - Pálido.
 - Diaforético.
 - Pulso radial conservado, rítmico y rápido.
 - Frío.
- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra? Sí.
 - Colocación del monitor
 - Monopolares y bipolares y realización de ECG
 - Tira de ritmo.
 - Los 6 pasos de la lectura de ritmo.
 - ¿Hay actividad eléctrica? Sí.
 - FC ventricular: 110 lpm.
 - QRS ancho o estrecho? Estrecho.
 - ¿El ritmo QRS es regular o irregular? Regular
 - ¿Hay actividad auricular? Sí.
 - ¿Si hay actividad, se relaciona con el ventrículo? Sí
 - Ecografía
 - Mi razonamiento lógico a lo observado:
 - Taquicardia sinusal. Teniendo en cuenta que tengo un paciente inconsciente con una B muy afectada, es normal esta taquicardia.
 - La B me está alterando la C.
 - Tensión arterial: 143/86 mmHg.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento para apagar la bombilla o disminuir su intensidad? Procedimiento no, técnica sí.
 - Colocar una vía venosa periférica para la administración de medicación para la mejoría de la B.
 - Mi razonamiento lógico: Esperaré a la revaloración para observar si al mejorar la B me mejora la C.



Pregúntate las RIM: ¿Existe la posibilidad de que el paciente tenga un shock hipovolémico o taponamiento cardiaco?

PASO A LA SIGUIENTE LETRA...

D

- Observación a través de mis ojos, manos y oídos.
 - Paciente con alteración del Glasgow: Glasgow de 5 (desglosar por respuesta ocular/verbal/motora).
 - Pupilas hiporreactivas, tamaño y simetría normal.
- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra? Sí.
 - Glicemia: 123mg/dl.
 - Ecografía.
- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento para apagar la bombilla o disminuir su intensidad? No.
 - Mi razonamiento lógico: La disminución del Glasgow y la hiporreactividad de las pupilas pueden ser debidas también a la alteración de la B. La hipoxia ha causado que al paciente le disminuya el nivel de conciencia. Puedo plantearme intubar por la alteración que tengo en la B y también por el Glasgow, pero esperaré a la revaloración



Pregúntate las lesiones RIM: ¿El paciente tiene un TCE grave?

PASO A LA SIGUIENTE LETRA...

E

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- Observación a través de mis ojos, manos y oídos.
 - o No hay nada que me llame la atención en la exploración de cabeza a pies.
- ¿Puedo utilizar electromedicina para obtener más información sobre esta letra? Sí.
 - o Capnografía
- ¿Puedo realizar alguna técnica o procedimiento para apagar la bombilla o disminuir su intensidad?
 - o Preservar la temperatura.



Pregúntate las lesiones RIM: ¿El paciente puede estar sufriendo una hipotermia severa?

Durante la actuación, si es posible y el número de profesionales dentro del equipo lo permite, que alguien sea el encargado de realizar el SAMPLE para obtener más información.

MI MARCO MENTAL → EL MARCO MENTAL DE TODO EL EQUIPO

Perfecto, ésta ha sido la valoración que el hemos hecho al paciente como habilidad técnica. Ahora la siguiente pregunta sería, ¿cómo hacemos para hacer uso de las HNT dentro de la valoración para poder compartir nuestro marco mental con el resto de los compañeros, y así hacer que todo el mundo esté en la misma consciencia situacional, y pueda haber una comunicación fluida, una escucha activa y, como consecuencia, una anticipación?

A nivel gráfico podría ser así:

ALGORITME DE VALORACIÓ DEL PACIENT AMB RAONAMENT LLÒGIC				
PAS 1 IMPRESSIÓ INICIAL DEL PACIENT	PAS 2 VALORACIÓ XABCDE AMB ULLS I MANS	IMPORTANT! A CADA LLETRA ENS PREGUNTAREM EL PAS 3 I 4 ABANS DE PASSAR A LA SEGÜENT LLETRA	PAS 3 L'ELECTROMEDICINA EM POT AJUDAR A COMPLEMENTAR LA MEVA VALORACIÓ XABCDE?	PAS 4 PUC REALITZAR ALGUNA TÉCNICA, PROCEDIMENT O TRACTAMENT?
				ETC...

3.2. HABILIDADES NO TÉCNICAS

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Entendemos como HNT las habilidades cognitivas (toma de decisiones, consciencia situacional, etc.) e interpersonales (comunicación efectiva, trabajo en equipo, liderazgo, etc.) que sostienen y mejoran las competencias técnicas.

El desarrollo de las HNT tiene como resultado la mejora de la seguridad del paciente y el rendimiento del equipo en situaciones de crisis.

Es necesario el desarrollo de estas HNT debido principalmente a dos elementos:

- **El factor humano**, que se entiende como la interrelación entre humanos, herramientas, procedimientos y equipos que se utilizan dentro de nuestro lugar de trabajo.
- **El contexto** de nuestra asistencia, caracterizado para el trabajo en equipo en situaciones complejas y dinámicas donde el tiempo es un factor limitado.

Podemos agrupar las HNT en 4 áreas:

ÁREA 1: TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo se define como aquello llevado a cabo por grupo de personas que quieren conseguir un objetivo común. Para poder llevar a cabo este objetivo necesitamos un líder y followers.

Necesita de un **LÍDER O GESTOR DE RECURSOS** para realizar esa valoración ABCDE, compartir toda la información, tomar decisiones, dirigir y distribuir tareas, asignar roles, proporcionar el bienestar del resto de los miembros... Ser un buen líder no quiere decir saberlo todo o hacer de todo y mandar sobre los demás. Un buen líder es quien coordina, planifica, se anticipa, toma decisiones en equipo y mantiene una comunicación asertiva y clara compartiendo su marco mental con el resto del equipo, y dando pie que estos puedan dar su feedback in situ.

Un buen líder tiene que saber pedir ayuda lo antes posible, conocer sus propias limitaciones y las de su equipo, es un signo de fortaleza. De lo contrario puede llevar a una situación de riesgo para el propio paciente. Recordar que trabajamos para el bienestar de éste.

Para el buen funcionamiento del equipo es necesaria la comunicación efectiva por parte del líder y la escucha activa por parte del resto del equipo.

Del líder debe conseguir que todo el equipo se sienta responsable del paciente.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

OTRAS FORMAS DE LIDERAR:

- **LIDERAZGO COMPARTIDO**
 - o El liderazgo compartido es un modelo en el que el poder no emana de una única persona, sino que es una responsabilidad compartida que surge de cada punto y de todos los miembros del equipo de manera horizontal y compartida.
- **HANDS-OFF**
 - o El liderazgo “hands-off” se utiliza cuando hay los suficientes miembros en un equipo como para abordar la patología del paciente de manera eficaz y el líder puede ejecutar una visión global de todo el escenario al mismo tiempo que verbaliza la ejecución de valoración, técnicas o procedimientos manteniendo una consciencia situacional en todo momento junto a una comunicación efectiva.

Una **COMUNICACIÓN EFECTIVA** es la capacidad y el proceso de compartir ideas, pensamientos, conocimientos e información relevante de la manera más comprensible para el receptor del mensaje. En este momento es cuando aparece la capacidad de compartir con claridad y empatía el marco mental que cada uno tiene.

Más adelante volveremos hablar sobre este punto.

Por otra parte, la **ESCUCHA ACTIVA** es una estrategia de comunicación que consiste en la habilidad de escuchar con conciencia plena el mensaje del interlocutor, con el objetivo de entender lo que está diciendo y sucediendo de manera enfocada y empática.


Se define como **MARCO MENTAL** un conjunto de creencias o actitudes relativas sobre un tema u objeto. En nuestra práctica clínica el marco mental es capacidad de transmitir todo aquello que observamos y creemos sobre el paciente que tenemos delante. Nuestros pensamientos irán a la par de nuestro comportamiento y de la toma de nuestras decisiones. Si no compartimos ese marco mental de la valoración del paciente, la consciencia situacional del resto del equipo no tiene por qué ser la misma que la nuestra, y como consecuencia no habrá anticipación de acciones o prevención de posibles sucesos.

Para efectuar una comunicación efectiva durante el servicio es necesario:

- Decir todo aquello que pensamos. La solución al problema está en el equipo y todos los miembros son importantes.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- Es necesario seleccionar la información que queremos transmitir, el momento en que decirla, y cómo hacerla efectiva.
- Dirigirnos por el nombre a una sola persona, mantener el contacto visual y dar respuesta afirmativa a la recepción del mensaje.

 **Recuerda que trabajamos para el bienestar del paciente y no decir lo que pensamos frente un paciente crítico puede perjudicar la evolución del mismo.**

ARÉA 2: CONSCIENCIA SITUACIONAL

La **CONSCIENCIA SITUACIONAL** tiene tres niveles:

- NIVEL 1: PERCEPCIÓN DEL ENTORNO
- NIVEL 2: COMPRENSION DE LA SITUACIÓN ACTUAL, que incluye la anticipación de posibles consecuencias
- NIVEL 3: PROYECCIÓN DEL ESTADO FUTURO, el cual determina la decisión o la reacción.

El equipo será capaz de mantener una buena consciencia situacional si en cualquier momento del servicio puede dar respuesta a las siguientes 3 preguntas:

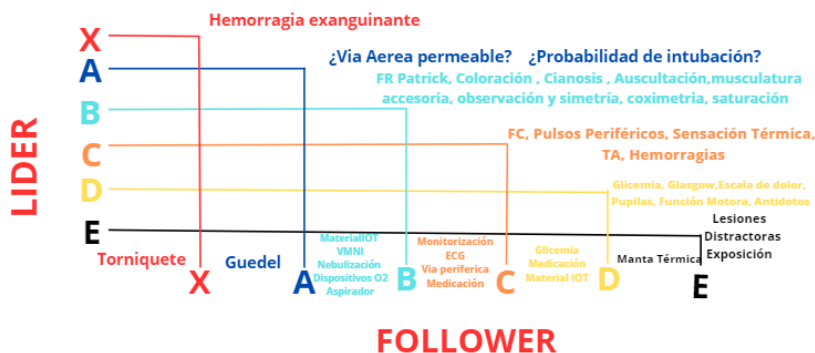
- 1- ¿Qué ha pasado?
- 2- ¿Qué está pasando?
- 3- ¿Qué puede pasar?

Así pues, es tarea y responsabilidad del **LÍDER** y de **LOS FOLLOWERS** mantener una comunicación y escucha activas por ambas partes para poder tener en todo momento una **CONSCIENCIA SITUACIONAL** real del paciente. Podríamos decir que es beneficioso para el paciente mantener una conversación fluida durante la atención de un paciente crítico o no para saber anticiparse a cualquier evento que suceda de manera natural, y muy importante que sea sin juicio de valores por parte de nadie del equipo.

Verbalizar en voz alta la valoración ABCDE de un paciente con el razonamiento lógico, incluido todo aquello que vemos y hacemos, hará compartir el **MARCO MENTAL** de cada uno del EUIPO y eso hará que aparezca la **CONSCIENCIA SITUACIONAL** de manera inconsciente.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Eso dará como fruto poder anticiparse y planificar para cualquier acción o procedimiento a seguir.



ESTA ES LA RAZÓN Y LA GRAN IMPORTANCIA DE LOS BINOMIOS...
TODOS TENEMOS QUE COMPRENDER EL TRABAJO DE LA OTRA PARTE DEL EQUIPO Y EL PORQUÉ

ÁREA 3: ANTICIPACIÓN Y PLANIFICACIÓN

Diseñar, compartir y tener preparados distintos planes de actuación nos permitirá afrontar posibles dificultades que pueden suceder para obtener así el mejor resultado en el rendimiento del equipo.

Podéis utilizar distintos métodos para la anticipación y planificación de pasos a seguir frente a un paciente crítico.

- STOP/START (10" para organizar 10')
 - o Frente a cambios repentinos esta técnica de comunicación breve nos proporcionara supervisar los planes ya establecidos y compartir información, tomar decisiones dentro del equipo y realizar cambios que se puedan precisar y distribuir el trabajo.
 - *Ejemplo: Se decide la intubación de un paciente con un Cormack-Lehane III. Antes de proceder a realizar la técnica el líder decide hacer un STOP para explicar los distintos planes de actuación a seguir para realizar la técnica repartiendo los roles que cada miembro del equipo realizará.*
 - *El líder se identifica como quien intubará al paciente y reparte los roles entre los distintos miembros del equipo.*
 - o *Técnico I: Preparación de la medicación.*
 - o *Técnico II: Preparación de los distintos dispositivos de intubación, y quien proporcionará el material al líder o gestor de recursos.*

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- *Medicación que utilizaremos:*
 - *Fentanest.*
 - *Etomidato.*
 - *Succinilcolina.*
 - *Una vez intubado, rocuronio.*
- *PLAN A: Intento de Intubación con tubo del nº8 con guía mediana. Realizaré 3 intentos como máximo de 30" cada uno. ¿Por favor, Técnico I, podrás informarme del tiempo y de la saturación de oxígeno mientras realice la técnica?*
- *PLAN B: Si el plan A no funciona, cambiaremos la técnica y procederé a intubar con guía FROVA. Solo habrá un intento.*
- *PLAN C: Si los planes A y B no funcionan, procederé a la colocación de un dispositivo supraglótico.*
- *PLAN D: Si no funciona ningún plan de los anteriores procederé a realizar una cricotirotomía.*

Todos los miembros del equipo deberán realizar un **BUCLE CERRADO** a las preguntas del líder y resolver dudas antes de proceder a realizar los planes.

El **BUCLE CERRADO** es la nomenclatura que se utiliza para afirmar que se ha recibido una afirmación y que se ha entendido lo que nos han comunicado.

- *Ejemplo:*
 - *Líder: ¿Por favor, Técnico I, podrás informarme del tiempo y de la saturación de oxígeno mientras haga la técnica?*
 - *Técnico I: Recibido, yo contaré los 30" y observaré la saturación de oxígeno, y si disminuye lo comunicaré.*

Antes de finalizar cualquier **STOP** se tiene que dar la oportunidad a cualquier miembro del equipo de que opine sobre las decisiones tomadas. Todos los miembros del equipo pueden solicitar hacer un **STOP** si lo creen necesario.

ÁREA 4: TOMA DE DECISIONES

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Compartir el MARCO MENTAL con todo el equipo y utilizar ayudas cognitivas ayudará a todo el equipo a ganar seguridad sobre lo planeado y evitará errores de fijación (tipo de error cognitivo en los que las personas y los equipos se enfocan en un aspecto de una situación, mientras ignoran información relevante y necesaria). por parte del líder y los followers, haciendo que otro miembro del equipo proponga una solución diferente y haga plantear al resto otras opciones. Es necesario tener la mente abierta a otras opciones.

Así pues, podríamos definir la valoración ABCDE como:

Conjunto de HT y HNT que tienen una estructura metódica, ordenada y razonada. El objetivo es buscar signos y síntomas para obtener una orientación diagnóstica, y así aplicar un tratamiento correcto, a través de una comunicación efectiva y una escucha activa, por parte de todos los miembros del equipo, siempre de la manera más rápida posible y minimizando al máximo el número de errores.

4- ALGORITMO DE SERVICIO

Anteriormente hemos explicado la metodología ABCDE, pero ¿podemos preparar nuestra mente antes de llegar a visualizar y valorar al paciente? La respuesta es sí.

Poder trabajar a través de la competencia inconsciente nos hace ser capaces de poder realizar un procedimiento, técnica o algoritmo de manera inconsciente pudiéndonos focalizar en otros hallazgos.

EL ALGORITMO DE SERVICIO se convertirá a partir de ahora en un procedimiento a interiorizar hasta tal punto que sea nuestra nueva manera de trabajar; hasta tal punto que salga de manera innata, una estructura general para afrontar cualquier servicio de emergencia.

Necesitamos tener la consciencia en alerta, preparar al cerebro para lo que nos podemos encontrar, ayudarlo a que no tenga sorpresas, o que éstas sean las mínimas. Esto nos ayudará a la disminución de imprevistos y aumentará nuestra anticipación.

Creemos que a esa valoración ABCDE se le puede dar un plus de calidad asistencial, y así ganar seguridad en la práctica de las decisiones que tomamos, disminuyendo posibles imprevistos durante el servicio.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Poder trabajar a través de la competencia inconsciente nos hace ser capaces de poder realizar un procedimiento, técnica o algoritmo de manera inconsciente pudiéndonos focalizar en otros hallazgos.

En el momento en el que entra la llamada del servicio a la unidad ya se puede iniciar un algoritmo estructurado para llevar a cabo estrategias de trabajo donde una buena comunicación, el trabajo en equipo, la planificación y la anticipación nos lleven a puntos clave.

Este algoritmo consta de 8 pasos:

1. INFORMACIÓN DEL CENTRO COORDINADOR
2. UBICACIÓN DEL INCIDENTE
3. BRIEFING EN EQUIPO
4. CUADRADO DE VALORACIÓN
5. ABCDE/XABCDE
6. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA
7. TRATAMIENTO
8. EVACUACIÓN

4.1. INFORMACIÓN DEL CENTRO COORDINADOR

El servicio de emergencias se inicia en el momento en el que entra la llamada telefónica al 112 o similar. La recogida de datos (entorno, número de víctimas, signos y síntomas...) son de gran importancia para poder derivar al lugar del incidente la unidad o unidades que el paciente precisa, y para poder dar información relevante a la unidad que asistirá esa incidencia.

4.2. UBICACIÓN DEL INCIDENTE

Hoy en día la mayoría de vehículos de emergencias disponen de un sistema GPS para obtener de una manera rápida y efectiva toda la información necesaria para llegar de manera rápida al lugar del incidente.

Dicho dispositivo nos da información tanto de la distancia como del tiempo que vamos a tardar en llegar al lugar del incidente.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Es importante tener presente si vamos a terreno hostil o sitio conflictivo para la activación o comprobación de que otros recursos están activados, y de no ser así pedir activarlos.

Ese tiempo será del que dispondremos para poder hacer el briefing con el resto del equipo.

4.3. BRIEFING EN EQUIPO


Llamamos **BRIEFING** a una planificación y repaso rápido en voz alta, encabezado por el líder del equipo, pero con participación activa del resto de miembros del mismo. Se realizará previo al inicio de un servicio o procedimiento complejo o de riesgo. El briefing en equipo dentro de la unidad consta de las siguientes partes:



1. Crearemos un clima de confianza y un entorno seguro con todos los miembros del equipo (si no nos conocemos de antes es bueno mantener una charla al inicio de la guardia para romper el hielo).
2. Si disponemos de dispositivos para acceder a la historia clínica del paciente, intentaremos recopilar información importante que nos pueda servir de utilidad durante el servicio.
3. Con la información proporcionada por la central de coordinación realizaremos una posible lluvia de ideas con carencia de sesgo cognitivo sobre posibles causas de RIM. Es importante pensar que SON POSIBLES CAUSAS pero no tienen por qué ser ciertas, esto evitará errores de fijación por parte del equipo.
4. Haremos uso de herramientas cognitivas para repasar algoritmos, procedimientos o posible medicación a administrar.
5. Repartiremos roles y responsabilidades de todos los miembros del equipo.
6. Verbalizaremos el material que creamos necesario coger para hacer frente al servicio.
7. Una vez terminado el briefing el líder del equipo tiene que asegurarse que todos los miembros han entendido su responsabilidad y dar pie a que estos den su opinión.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

EJEMPLO:

 UNIDAD E102, les activamos para un paciente varón de 67 años que ha presentado síncope de repetición. Ahora consciente.

- 1- Bien, equipo, vamos a hacer briefing para poder planificar lo que haremos, y así ver si tenemos dudas sobre algún tema. Estamos a 7 km.
- 2- En la historia clínica del paciente veo que es hipertenso, dislipémico, que no tiene más que sus visitas de control al centro de atención primaria, y que su tratamiento habitual es simvastatina y enalapril.
- 3- Nos dicen que el paciente ahora mismo esta consciente pero que ha realizado varios síncope.
 - a. Está haciendo mucho calor, puede que sea por mantener la misma medicación de siempre, hidratarse menos y que solo sea un cuadro vagal... pero ha pasado más de una vez por lo que entiendo.
 - b. Por otra parte, tiene edad y antecedentes como para que haya alguna patología cardiaca detrás de esto...puede que sea un bloqueo auriculo-ventricular. Si es así, vamos a obtener tira de ritmo de manera rápida, y voy a sacar el algoritmo de las bradiarritmias.
 - 0,5mg de atropina... recordamos que si es de 3er grado de QRS ancho no será efectivo
 - Bomba de epinefrina
 - Colocación de MCP previa a sedo-analgésia con fentanilo y midazolam, según peso aproximado os digo dosis. Si tenemos que conectar el MCP recordamos mínimo voltaje y frecuencias de 70x' si no conducen los P al QRS y concuerda con el pulso, subiremos el voltaje.
 - c. No han dicho nada de dolor torácico, pero vamos a tenerlo en cuenta, puede que el paciente tenga un IAM. Recordamos que tenemos el código en la tablet y que todos lo podemos mirar. ¿Todos sabemos dónde se encuentra el código en la tablet? Sí, afirmativo. Perfecto.
 - d. ¿Se os ocurre alguna otra cosa?
- 4- Yo cogeré la mochila de primera intervención; Juan, tú coge la bala de oxígeno y el monitor desfibrilador.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- 5- Una vez en el domicilio, que la mochila esté entre nosotros dos. Yo me pondré en cabeza y tú en un lateral y así, si necesitamos material, tendremos acceso los dos de manera fácil.
- Yo hago la valoración ABCDE mientras tú me la complementas con la electromedicina, y así obtenemos toda la información necesaria para saber cómo se encuentra el paciente. Lo haré todo en voz alta pero, por favor, si ves que me dejo alguna cosa me lo haces saber.
- 6- ¿Tienes alguna otra opinión distinta o duda sobre algo? ¡No! ¡Perfecto, vamos a ello!

4.4. CUADRADO DE VALORACIÓN DEL PACIENTE

CUADRADO DE VALORACIÓN 



Una vez llegamos al lugar del incidente empezaremos a tener inputs que nos serán de gran ayuda para empezar a obtener información sobre lo que tenemos ante nosotros, y sobre qué gravedad o no puede llegar a tener. Debemos observar:

1. ANTES DE LLEGAR AL PACIENTE:

OBSERVACIÓN

¿DÓNDE ESTAMOS?

- Vía pública
- Domicilio
- Centro de salud

¿QUÉ VEMOS?

- Vía pública:
 - Peligro, acceso al paciente, agentes externos, nivel de la vía (ascenso/descenso)
 - ¿Dificultad para evacuar al paciente? ¿Necesitaremos otro recurso?

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- Domicilio:
 - Acceso al domicilio (altura del piso, estado del edificio, puerta de la entrada del domicilio, escaleras anchas, estrechas, ascensor como es el domicilio...)
 - ¿Dificultad para evacuar el paciente? ¿Necesitaremos otro recurso?

- Centro de salud:
 - Tipo de centro (CUAP, residencia, hospital)
 - Acceso y evacuación del paciente
 - ¿Dificultad para evacuar el paciente? ¿Necesitaremos otro recurso?

2. CUANDO TENEMOS ACCESO AL PACIENTE

INTERACCIÓN

- ¿El paciente está consciente?
- ¿Interactúa con el medio de manera normal?

CIRCULACIÓN

- ¿Observo alguna hemorragia exanguinante?
- ¿Pálido, normo coloreado?

RESPIRACIÓN

- Posición del paciente
- Escala de Patrick y Borg
- ¿Taquipneico? ¿Bradipneico?

Una vez realizada esta observación y con la recogida de estos datos es bueno crear una primera impresión mental que podrá ser verbalizada en voz alta, pero que tendrá que ser corroborada una vez finalizada la valoración ABCDE/XABCDE.

Catalogaremos a los pacientes de la siguiente manera:

- **PACIENTE LEVE**: Será aquel paciente cuya primera impresión no nos ha parecido de gravedad. Observaremos un paciente consciente que interactúa con normalidad con el medio, y que a simple vista no nos llama la atención nada de la circulación ni de la respiración.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- **PACIENTE POTENCIALMENTE GRAVE:** Será aquel paciente cuya primera impresión no nos gusta. Observaremos un paciente con alteración del nivel de conciencia o que no interactúa con normalidad con el medio y/o tiene alterada la circulación o la respiración.
- **PACIENTE GRAVE:** Será aquel paciente cuya primera impresión nos crea interiormente necesidad de actuar de manera rápida. El paciente que a simple vista no interactúa con normalidad con el medio o está inconsciente, y tiene una circulación y/o respiración alterada.

Una vez más le estamos diciendo a nuestro cerebro que debemos seguir en alerta, o bien que nos podemos relajar.

4.5. ABCDE

Explicado en el punto 3.1 y 3.2.



Recuerda que en este punto tenemos que hacer una recogida explícita de signos y síntomas que nos llaman la atención (bombillas) y verbalizarlas en voz alta para mantener a todo el equipo en la misma consciencia situacional. (ABCDE HT/HNT)



Recuerda preguntarte las RIM.



Recuerda verbalizar tu MARCO MENTAL con todo el equipo.



Recuerda que durante la actuación tú o alguien del equipo se puede encargar de hacer el SAMPLE para obtener más información. Recuerda que este rol puede ser definido durante el briefing.

4.6. y 4.7. ORIENTACIÓN DIAGNOSTICA Y TRATAMIENTO

Una vez recogidos todos los datos, signos y síntomas, ha llegado la hora de utilizar nuestro razonamiento lógico y entrelazar todo lo observado para abordar la patología del paciente, buscando una orientación diagnóstica y proporcionarle el tratamiento adecuado si lo tenemos a nuestro alcance.

En este punto entra en juego otro algoritmo, el de la orientación diagnóstica o patología que creamos conveniente.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- *Ejemplo: Nuestra valoración nos hace pensar que el paciente tiene un Infarto Agudo de Miocardio (IAM): es hora de utilizar el algoritmo del IAM.*
 - *“Equipo, todos los signos y síntomas que acabamos de observar del paciente apuntan a que tiene un IAM, y por lo que hemos observado en el ECG les un IAM Inferior KILLIP I. Lo que vamos hacer ahora es lo siguiente:*
 - *Ramón por favor di por la emisora a la central de coordinación y diles que activamos el CODIGO INFARTO, que nos llamen y ampliamos información.*
 - *¡Recibido, ahora mismo!*
 - *Laura, según el protocolo actual al paciente le corresponde la siguiente medicación:*
 - *300mg de AAS*
 - *180mg de Ticagrelor*
 - *8000 UI de Heparina Sódica*
- Además, le administraremos:*
- *Granisetron 1mg/ml*
 - *75mcg de fentanilo para disminuir el dolor.*
- Tiene la tensión un poco justa, vamos a ver cómo evoluciona.*
- *¡Recibido!*



Recuerda que la magia está en saber realizar una valoración ABCDE/XABCDE de manera detallada para llegar lo antes posible a la obtención de una orientación diagnóstica. Una vez llegado este momento disponemos de ayudas cognitivas y de la central de coordinación para llegar al tratamiento adecuado. Pedir ayuda es de VALIENTES (Punto 16 del CRM).

4.8. EVACUACIÓN

Una vez realizados todos los puntos anteriores llega el momento de preguntarse:

- ¿Es ese el tratamiento definitivo para el paciente?
- ¿Podemos aportar al paciente algún tratamiento más para mejorar su estado actual?
- ¿Es hora de irnos?

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

- ¿Qué hospital es el más adecuado?



Recuerda: Durante la realización del cuadro de valoración ya has observado dónde te encuentras, qué obstáculos puedes encontrar para la evacuación del paciente, si necesitas algún otro recurso para poder hacerlo... Los técnicos de emergencias son los más preparados para decidir como realizarlo y por dónde.

Una vez realizados los 8 puntos del algoritmo de servicio y antes de realizar el traslado del paciente, revalora el XABCDE. Prepárate y anticipa para todo aquello que creas que puede suceder durante el traslado.



Recuerda que si preparas tu cerebro a posibles adversidades tendrá una mayor capacidad de reacción y acción.

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

Bibliografía

1. Edmonson AC. The fearless organization. Wiley, 2019. ISBN 9781119477242.
2. Kahneman D, Sibony O, Sunstein CR. Ruido. Un fallo en el juicio humano. Penguin Random House Grupo Editorial, 2021. ISBN 9788418006371.
3. Kotter J, Rathgeber H. Nuestro iceberg se derrite. Ed. Granica, 2017. ISBN 9789506417543 (papel), 9789506417741 (ebook).

A VECES, SÓLO ES CUESTIÓN DE HACER LO BÁSICO, BIEN HECHO.

4. Goleman D, Boyatzis RE. Emotional Intelligence has 12 elements. Which do you need to work on? Harvard Business Review. February 06, 2017.
5. Goleman D. Building Blocks of Emotional Intelligence. (Serie de 12 libros cortos sobre los elementos de la inteligencia emocional, publicados por More Than Sound Productions en 2017, disponibles en formato digital).
6. Repensar el pensamiento. Trevor Maber. Disponible en:
<https://youtu.be/KJLqOclPqis?si=D5bVAyNrqvKoCqva>
7. Building a psychologically safe workplace | Amy Edmondson | TEDxHGSE. Disponible en:
https://youtu.be/LhoLuui9gX8?si=_wndLBk4xB8NKg9R
8. Por qué los buenos líderes te hacen sentir seguro. Charla Ted. Simon Sinek. Disponible en:
https://www.ted.com/talks/simon_sinek_why_good_leaders_make_you_feel_safe.
9. ¿Eres parcial? Yo sí. Kristan Pressenser. Disponible en:
https://youtu.be/Bq_xYSOZrgU?si=OZ14oJb_TcffkiH6