



**ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA**



**SAN JUAN DE DIOS**

## **Trabajo Fin de Grado**

**Título:**

***Proyecto educativo sobre actuaciones  
ante urgencias neurológicas***

Alumno: Julia Antón Herencias

Director: Carlos Valencia Rodríguez

**Madrid, abril de 2022**



# Índice

Glosario de abreviaturas .....	5
Resumen.....	6
Abstract .....	7
Presentación.....	8
Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	9
Estado de la cuestión.....	10
1.    Fundamentación.....	10
1.1    Convulsiones.....	10
1.2    Epilepsia.....	13
1.3    Traumatismo craneoencefálico (TCE) .....	14
1.4    Síncope vasovagal (SVV).....	17
1.5    Accidente cerebrovascular (ACV).....	19
1.6    Urgencia neurológica.....	21
1.7    Cuidados y actuaciones .....	22
1.7.1    CC (crisis convulsiva) y CE (crisis epiléptica).....	22
1.7.2    TCE.....	22
1.7.3    SVV.....	23
1.7.4    ACV .....	23
2.    Justificación .....	24
Metodología .....	26
1.    Población Diana.....	26
2.    Captación.....	27
3.    Objetivos .....	28
3.1    Objetivo General .....	28
3.2    Objetivos Específicos.....	28
3.2.1    Objetivos cognitivos .....	28
3.2.2    Objetivos de habilidad.....	28
3.2.3    Objetivos afectivos .....	28
4.    Contenidos .....	29

5.	Programación y recursos materiales.....	30
5.1	Programación del taller .....	30
5.1.2	Primera sesión.....	33
5.1.3	Segunda sesión.....	34
5.2	Materiales y recursos necesarios .....	35
6.	Evaluación .....	35
6.1	Evaluación de la estructura y el proceso.....	35
6.2	Evaluación del proceso.....	36
6.3	Evaluación de los resultados .....	36
	Bibliografía.....	37
	Anexos .....	40
	Anexo 1. Escala de coma de Glasgow .....	41
	Anexo 2. Encuesta sobre conocimiento acerca de actuaciones ante urgencias neurológicas .....	42
	Anexo 3. Resultados de la encuesta de conocimientos .....	45
	Anexo 4. Registro de inscripción al taller .....	51
	Anexo 5. Folleto informativo del taller .....	52
	Anexo 6. Cartel informativo del taller.....	53
	Anexo 7. Encuesta de satisfacción para finalizar la primera sesión.....	54
	Anexo 8. Encuesta de evaluación al finalizar el taller .....	55

## Glosario de abreviaturas

Abreviatura	Concepto
CF	Convulsión febril
CC	Crisis convulsiva
CE	Crisis epiléptica
SVV	Síncope vasovagal
ACV	Accidente Cerebrovascular
TCE	Traumatismo craneoencefálico
AIT	Ataque isquémico transitorio
PIC	Presión intracraneal
CIP	Código ictus pediátrico

## Resumen

**Introducción:** Existen diferentes estudios que muestran como a lo largo de los últimos años la asistencia o el número de pacientes en urgencias ha aumentado progresivamente, sobre todo a partir de los ochenta años y debido al envejecimiento de las poblaciones, lo que señala la necesidad de cambiar la estrategia de atención o de atención a urgencias, lo que es otro punto que resalta la necesidad de aumentar la educación poblacional. Es necesario explicar e instruir sobre las distintas patologías neurológicas que presentan una gran prevalencia en nuestra población tanto a nivel infantil como geriátrico incluyendo también la mediana edad y todas ellas conllevan un proceso complejo de actuación

**Objetivo:** Conseguir que la población aprenda los pasos a seguir o actuaciones en caso de encontrarse en las distintas situaciones urgentes de especialidad neurológica planteadas.

**Metodología:** Se va a desarrollar un proyecto educativo para adultos con hijos menores de edad pertenecientes al municipio de Villarejo de Salvanes, incluyendo los consultorios pertenecientes al mismo.

**Implicaciones para la práctica enfermera:** Este proyecto permitirá dotar con la información suficiente a la población seleccionada para poder mejorar la prevención en cuanto a la patología neurológica y aumentar la seguridad en el momento de actuación tanto para el paciente como para la persona que le esta auxiliando.

**Palabras clave (DeCS):** urgencias, neurología, síncope, lesiones traumáticas del encéfalo, convulsión, epilepsia, pediatría, cuidados de enfermería.

## **Abstract**

**Introduction:** Different studies show that the number of patients in the emergency rooms has increased over the years, especially those who are over the age of 80. It shows the necessity of changing the assistance strategy, which also indicates a clear need of improving the education of the population. Teaching people about the different neurological pathologies that are the most prevalent is crucial.

**Goal:** Getting the population to know the steps to follow if they are in a neurological emergency.

**Methodology:** An educational project is going to be developed for adults with underaged children who live in Villarejo de Salvanes, including the consulting rooms.

**Implications for nursing practice:** This project will provide the selected population with sufficient information to improve prevention related to neurological pathology and increase the security at the time of performance for both the patient and the person who is assisting.

**Key words (MEsH):** Emergencies, neurology, syncope, brain injuries traumatic, seizures, epilepsy, pediatrics, nursing care

## Presentación

Las patologías neurológicas desarrolladas a lo largo de este trabajo presentan una gran prevalencia en nuestra población tanto a nivel infantil como geriátrico incluyendo también la mediana edad, todas ellas conllevan un proceso complejo de actuación, ya que en muchas ocasiones no se tienen los conocimientos correctos o específicos para enfrentarse de una forma adecuada a las manifestaciones o cuadros sintomatológicos que se puedan llegar a presentar, ya que son episodios muy frecuentes y comunes en nuestra población, pero de los que sin embargo no se tiene la información suficiente como para actuar ante ellos.

La principal razón por la que decidí plantear este Trabajo Fin de Grado (TFG) sobre actuaciones ante urgencias neurológicas fue por mi propia experiencia en ello. Desde pequeña he sufrido diferentes episodios sincopales a los que se asocian frecuentemente convulsiones, y la mayoría de las actuaciones por parte de mi entorno han sido diferentes por el grado de desconocimiento al no saber qué hacer y al no conocer cuál es la forma de tratarlo, aunque si algo han tenido todos en común es el nerviosismo y la preocupación que generan este tipo de escenarios, y por ello creo que si todos supiéramos los principales pasos a seguir y las precauciones que debemos tomar, ese nivel de inquietud o incluso angustia disminuiría y podríamos ayudar enormemente a la otra persona.

Es cierto que a lo largo de los últimos años se ha concienciado y educado a la población ante una gran urgencia neurológica como son los accidentes cerebrovasculares. Es una patología tiempo-dependiente, por lo que era de vital importancia concienciar a la población para poder evitar graves secuelas e incluso numerosos fallecimientos por este motivo. No obstante, creo que hay muchas otras patologías que son claramente importantes de las que todavía no hay suficiente concienciación y que por ello considero imprescindible abordarlas y fomentar la educación poblacional sobre las urgencias neurológicas.

Por último, me gustaría dedicar unas líneas de este TFG para agradecer en primer lugar a mi familia su gran apoyo incondicional, su comprensión, su paciencia y sobre todo su seguridad y confianza, gracias a ellos puedo decir que he crecido y he podido desarrollarme tanto profesional como personalmente. En segundo lugar y del mismo modo, me gustaría agradecer a todos los profesores de la escuela San Juan de Dios y a todos los profesionales sanitarios, las herramientas y capacidades que me han otorgado para poder llegar a ser una gran persona y por supuesto, una gran enfermera.



## Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para realizar la búsqueda bibliográfica y recopilar toda la información necesaria para la elaboración de este TFG, se ha recurrido a fuentes de datos primarias como PubMed, Dialnet, EBSCO, SciELO, a través del uso de diferentes filtros de búsqueda o la aplicación de los principales descriptores empleados en ciencias de la salud como son MeSH y DeCS. Para realizar la búsqueda los filtros empleados han sido el “año de publicación”, “idioma: inglés o español” y “últimos 5 años”.

DeCs	MeSH
Síncope	Syncope
Lesiones traumáticas del encéfalo	Brain Injuries, Traumatic
Convulsión	Seizures
Epilepsia	Epilepsy
Urgencia	Emergencies
Neurología	Neurology
Pediatría	Pediatrics
Cuidados de enfermería	Nursing Care

Además, se ha recurrido a los diferentes recursos facilitados por las distintas bases de datos como Elsevier Elibrary, Eureka o Medline. En cuanto a revistas científicas, se realizó la búsqueda en la “Revista de Neurología”, “MSD manuals”, “Enfermería global”, “Harvard Health Journal” y “The Lancet”

# Estado de la cuestión

## 1. Fundamentación

En el siguiente apartado, vamos a abordar y explicar los cuadros clínicos neurológicos más importantes o prevalentes que surgen en nuestra sociedad, episodios con los que personas que no tengan información previa pueden encontrarse y pueden no saber actuar o no saber qué está pasando, ya que no sabrían identificar las manifestaciones o sintomatologías que se están produciendo.

De esta manera, nos centraremos en seis manifestaciones o cuadros relevantes, que son las convulsiones, las crisis epilépticas, traumatismos craneoencefálicos, síncope vasovagales, accidentes cerebrovasculares y hablaremos también del concepto y prevalencia de la urgencia neurológica, además de los distintos cuidados y actuaciones que podemos realizar en caso de encontrarnos con las diferentes situaciones explicadas.

### 1.1 Convulsiones

Las convulsiones son aquellos episodios en los que se produce una alteración eléctrica imprevista, la cual el cerebro no es capaz de controlar. Las alteraciones eléctricas pueden producirse en forma de descargas y, por tanto, pueden llegar a producir alteraciones en el comportamiento, en la actividad motora y emocional, sin embargo, con este tipo de episodio no se puede realizar un diagnóstico de epilepsia. Generalmente, las convulsiones tienen una duración aproximada de treinta segundos a dos minutos, pero si esta dura se amplía a cinco minutos se tratará de una emergencia médica. (1)

Se puede hacer una clasificación de los tipos de convulsión en función de la sintomatología, la gravedad y la región cerebral afectada:

- **Convulsiones focales:** Son el resultado de una actividad eléctrica alterada en una zona cerebral determinada. Este tipo de convulsiones pueden presentar pérdida de conocimiento o no. En el caso de que no haya pérdida del conocimiento, es posible que se produzcan modificaciones en la forma de percibir olores, sonidos o incluso cambios en la visión, además de limitaciones para hablar, mareos o sensación de hormigueo. Los síntomas característicos de esta clase de convulsiones pueden confundirse con otras patologías neurológicas como pueden ser migrañas o incluso patología mental.

- Convulsiones generalizadas: Son aquellas producidas en todas las zonas cerebrales y por este motivo reciben esta denominación. Se encuentran distintas clases de convulsiones generalizadas:
  - Crisis de ausencia: Reciben también el nombre de “petit mal” y son características en niños. Se mantiene la mirada fija desorientada, el episodio tiene una duración aproximada de entre cinco y diez segundos y puede repetirse varias veces a lo largo del día. (1)
  - Crisis tónicas generalizadas: Producen “rigidez muscular” mayormente en región dorsal y extremidades, pudiendo producir caídas. (1)
  - Crisis atónicas generalizadas: Reconocidas como “convulsiones de caída”. Cursan con falta de control muscular pudiendo producir un colapso súbito. (1)
  - Crisis mioclónicas: Es característica la actividad espasmódica imprevista caracterizada por movimientos repetidos, bruscos, arrítmicos, involuntarios, mayormente de hombros y extremidades superiores. Frecuentemente este tipo de crisis puede confundirse con un diagnóstico de epilepsia o incluso crisis de estrés. (2)
  - Crisis tónico-clónicas generalizadas: Reconocidas como “convulsiones de gran mal”. La convulsión es más intensa, puede producirse rigidez, actividad espasmódica y ocasionalmente pérdida del control vesical o mordeduras en la lengua. La duración puede aumentar a minutos. (1)

Para el desencadenamiento de una crisis convulsiva podemos encontrar numerosas causas. En primer lugar, hay que tener en cuenta que son las neuronas las encargadas de la creación y transmisión del impulso eléctrico, por lo que cualquier circunstancia que pueda llegar a impedir esa transmisión puede producir el comienzo de la convulsión. (1)

La causa más frecuente es la epilepsia, pero no toda la persona que convulsiona tiene el diagnóstico de epilepsia. Otras de las causas que se encuentran son un patrón de sueño alterado, destellos luminosos, determinados fármacos, traumatismos craneoencefálicos, accidentes cerebrovasculares, tumores cerebrales, consumo de drogas o alcohol e incluso han encontrado evidencias relacionadas con el COVID-19, el cual, en ocasiones, ha agravado la patología neurológica diagnosticada en los pacientes. (4)

Según un estudio observacional realizado en urgencias del Hospital Español (México) con 10.395 pacientes pediátricos, se ordenaron las causas de crisis convulsivas según la frecuencia con la que se presentaban y el primer lugar corresponde a episodios no febriles (crisis de ausencia) con causas indeterminadas y en el mismo rango establecieron las epilepsias, a continuación, en tercer lugar posicionaron las crisis con causa febril, posteriormente crisis con origen metabólico (hiponatremia e hipoglucemia) y finalmente crisis secundarias. Aunque, el principal motivo de urgencia mayormente era el mal control de las crisis epilépticas ya diagnosticadas. (5)

Una de las causas más relevantes y frecuentes en pediatría son los episodios febriles, la cual es definida por la Liga Internacional contra La Epilepsia (1993) como: *“una convulsión asociada a una enfermedad febril, en ausencia de una infección en el Sistema Nervioso Central (SNC) o un desequilibrio hidroelectrolítico, en niños mayores de 1 mes de edad sin antecedentes de convulsiones afebriles previas”* (6)

Este tipo de convulsión puede estar asociados a infecciones, aunque la causa suele ser multifactorial (virus, vacunas como el sarampión o la rubeola, predisposición genética o sistema inmune deprimido). Las convulsiones febriles no se relacionan con un aumento en la mortalidad a largo plazo ni tienen efectos negativos en el proceso de crecimiento de los niños. Los antipiréticos pueden reducir el riesgo de episodios convulsivos febriles, este es una de las medidas a adoptar y por ello es importante educar a los padres y orientarles sobre las medidas a adoptar ante este tipo de circunstancias. (7)

Se realiza una clasificación según la complejidad y duración de las crisis convulsivas febriles:

- Convulsión febril típica o simple: Se trata de una crisis de duración inferior a quince minutos, *“generalizada”*, la cual solo sucede una vez durante un espacio de tiempo de veinticuatro horas en un niño de estado febril. Los niños con este tipo de convulsiones tienen más riesgo de desarrollar el diagnóstico de epilepsia que el resto de la población, aunque menor las convulsiones atípicas. (6)

- Convulsión febril atípica o compleja: Se trata de una crisis de duración mayor a quince minutos, “focal”, la cual se puede repetir en un periodo de veinticuatro horas. (6)

Tipo de convulsión febril	Características
Convulsión febril típica o simple	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representa el 70% de los casos</li> <li>• Su duración es breve (&lt; 15 minutos)</li> <li>• Generalizada</li> <li>• 1 vez en 24 primeras horas</li> </ul>
Convulsión febril atípica o compleja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representa el 30% de los casos</li> <li>• Su duración es más extensa (&gt; 15 minutos)</li> <li>• Focal + Recurrente</li> </ul> (aumentan los episodios en las 24 primeras horas)

Tabla 1: Elaboración propia a partir de Revista de SEAPA (6)

## 1.2 Epilepsia

La OMS define esta patología como: “La epilepsia es una enfermedad cerebral no transmisible crónica. Se caracteriza por convulsiones recurrentes, que son episodios breves de movimiento involuntario que pueden involucrar una parte del cuerpo (parcial) o todo el cuerpo (generalizado) y en ocasiones se acompañan de pérdida de conciencia y control de la función intestinal. Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde una al año hasta varias al día.” (8)

Existe poca información sobre cómo comienzan las crisis epilépticas (CE) y cuál es la causa de su finalización, aunque se tiene la sospecha de que terminan por agotamiento de las neuronas implicadas en el proceso o por la inhibición de algunas zonas cerebrales también implicadas. Es importante reconocer dos conceptos claves de las CE, uno de ellos es el aura y otro el período postictal. (9)

- **Aura:** Conjunto de síntomas que se producen de forma previa a la crisis, normalmente se trata de alteraciones emocionales y sensoriales que informan a la persona y por tanto facilitan su reconocimiento y preparación para la crisis. (9)
- **Periodo postictal:** Se trata del tiempo consecutivo a la crisis, donde se muestran síntomas residuales como la confusión, letargia, cefaleas o mialgias. En la mayoría de los casos, el paciente permanece dormido y sus pupilas pueden estar midriáticas. (9)

Se recurre a la Clasificación Internacional de las crisis epilépticas (ILAE-1981) para conocer las diferentes manifestaciones y tipología existentes: (9)

Crisis parciales o focales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis parciales simples</li> <li>• Crisis parciales complejas</li> <li>• Crisis parciales con evolución secundaria hacia generalizada</li> </ul>
Crisis generalizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis de ausencia “petit-mal”</li> <li>• Crisis mioclónicas</li> <li>• Crisis clónicas</li> <li>• Crisis tónicas</li> <li>• Crisis tónico-clónicas</li> <li>• Crisis atónicas</li> </ul>
Crisis epilépticas inclasificables	

*Tabla 2: Elaboración propia a partir de ILAE (1981)*

### 1.3 Traumatismo craneoencefálico (TCE)

Un TCE hace referencia a cualquier impacto que pueda dañar o perjudicar la zona cefálica que implica el cuero cabelludo, cráneo, cerebro e incluso vasos sanguíneos de esta región, aunque para hablar de TCE no tienen que estar dañadas todas las estructuras anteriores. La lesión, puede iniciarse en el momento del traumatismo, distinguiéndose como primaria (impacto directo), o pasado un período de tiempo indeterminado (días o semanas) considerándose como secundaria (como respuesta al traumatismo original). (10)

- **Lesión primaria:** Sucede en el momento exacto de la lesión, es decir, justo después de la “agresión mecánica”. Se diferencian dos clases de impacto:
  - **Estático:** Daño producido por la colisión con un objeto duro. En este caso la relevancia del TCE se determina por la “energía cinética” que se produce sobre el cráneo y que es la encargada de ocasionar las posibles fracturas y hematomas producidos. (9)

- Dinámico: Un ejemplo de ello serían los accidentes de tráfico. El impacto ocasiona dos clases de movimientos, uno de ellos es la traslación y el otro es la rotación, ambos responsables del desplazamiento de los distintos componentes intracraneales y, por tanto, responsables también de las lesiones, contusiones y hematomas que puedan producirse. (9)
- Lesión secundaria: Son lesiones bien sistémicas o intracraneales que se producen en un periodo de tiempo posterior, y, por tanto, pueden exaltar los daños ya producidos o incluso ocasionar nuevos. Este tipo de lesiones deben predecirse y evitarse en los centros sanitarios, y extremar la vigilancia ya que pueden aparecer nuevos síntomas o agravarse los ya presentes en cualquier momento de la fase aguda del traumatismo. (9)

Según la afectación que conlleve el TCE, se realiza la siguiente clasificación: (11)

- Traumatismo craneal abierto: Conlleva una extensión que implica la afectación del cuero cabelludo y cráneo (incluyendo meninges y tejido cerebral). Se produce en este caso una fractura de cráneo afectando a estructuras intracraneales y afectación cerebral.
- Traumatismo craneal cerrado: Ocurren cuando se colisiona la cabeza, se produce un impacto de esta con un objeto o incluso cuando se produce una agitación excesiva o violenta de la misma zona. Tiene lugar dos movimientos importantes, la aceleración y deceleración cerebral.

Según la aparición de lesiones		Según la integridad del TCE	
Lesión primaria	→ En el momento de la lesión	TCE abierto	→ Exposición cerebral
Lesión secundaria	→ Tiempo posterior (segundos, minutos, días)	TCE cerrado	→ No hay exposición cerebral

Tabla 3: Elaboración propia

El nivel de gravedad de los distintos TCE se definirá por el grado de afectación o impacto, para ello se utiliza la Escala de coma de Glasgow (anexo 1) de esta forma se clasifican de leves a graves (o coma) asignando diferentes puntuaciones según los requisitos de la escala, los valores de 13 a 15 son pacientes estables, de 9 a 12 se clasifican como moderados y por último entre 3 y 8 son graves.

Esta escala es universal por lo que se utiliza en todo el mundo para la valoración del estado neurológico y la evolución de los pacientes con afectación neurológica (nivel de conciencia o disfunciones) (10)

En referencia a los TCE en la etapa infantil, es importante destacar que los accidentes forman parte del proceso de desarrollo de los niños, la frecuencia de los TCE es elevada, se podría decir que ocurren diariamente en la etapa de juego, en muchas ocasiones son episodios banales, sin graves manifestaciones, pero en otras circunstancias pueden ser realmente graves y ocasionar incluso el fallecimiento del niño. (12)

Se ha estudiado que la prevalencia de los TCE aumenta en las zonas urbanas marginales, donde la frecuencia de los accidentes aumenta en las zonas con peor nivel socioeconómico. Además, se destaca que las madres con mayor número de hijos presentan un aumento del porcentaje de los TCE sufridos.

Lo más importante es que la mayoría, siendo este un gran porcentaje, de los TCE se producen en los domicilios, siendo los dormitorios el lugar predominante. La importancia o incluso responsabilidad de conseguir un hogar seguro es de los padres y por ello es importante realizar una educación poblacional adecuada para disminuir los posibles TCE que se puedan producir, siempre cuando sean evitables. (12)

Otro de los datos destacables es que a medida que el niño crece, los accidentes aumentan y por ello también lo hacen los TCE, lo que establece una relación directa entre los accidentes y las habilidades desarrolladas por los niños. (12)



## 1.4 Síncope vasovagal (SVV)

Se define síncope como la pérdida repentina y temporal de la consciencia, la cual no es debida a un TCE y se acompaña de una seguida recuperación espontánea. Generalmente se produce una isquemia lo que produce la falta de un correcto flujo sanguíneo. Los síncope pueden ocasionarse por distintas razones: (13)

- Síncope situacional, producido por episodios donde aumenta la presión producida por estrés
- Síncope farmacológico, ocasionado por el uso de determinados fármacos como pueden ser diuréticos, vasodilatadores o antihipertensivos, además de los ansiolíticos.
- Síncope vasovagal (SVV), producido por una brusca disminución de la tensión arterial ocasionada por diferentes situaciones como dolor o aumento de la temperatura.

“La causa principal es la disminución de la perfusión cerebral producida por una disminución del gasto cardiaco y/o resistencia vascular periférica.” (14)

Causas de síncope	Gravedad
Trastorno del SNC	NO
Causa no cardiaca	NO
Causa cardiaca	Sí → Paro cardiaco → muerte

Tabla 4: Elaboración propia (14)

Los síncope o “pérdida de conciencia transitoria” son muy frecuentes en el ámbito de urgencias y se considera “emergencia médica” ya que puede ocasionar daños tanto físicos como psíquicos, además son episodios que pueden evolucionar a crisis convulsivas e incluso al fallecimiento, por ello, es necesario realizar un diagnóstico precoz, inmediato y prevenir la progreso o evolución de este. (14)

Se debe analizar la gravedad y el contexto en el que se ha producido el síncope, para de esta forma prevenir empeoramientos y evitar el fallecimiento del paciente en caso de que se tratara de riesgo alto y por tanto episodio grave y además se deberá encontrar la etiología causante para determinar el tratamiento adecuado. (14)

Riesgo alto	Riesgo medio	Riesgo bajo
<p>cualquier edad + cardiopatía significativa + síncope relacionado con la anterior</p>	<p>&gt;70 años + síncope psicógeno, vagal, ortostático, indeterminado</p> <p>&gt;30 años + síncope neurológico, metabólico, farmacológico</p>	<p>&lt;30 años sin cardiopatía</p> <p>&lt;70 años + síncope psicógeno, vagal, ortostático, indeterminado</p>

*Tabla 5: Elaboración propia (14)*

El proceso de actuación puede llevarse a cabo con una correcta educación sanitaria, explicando el tipo de trastorno del que se trata, su benignidad y definiendo medidas y pasos generales para poder solventar el episodio sincopal y evitar de esta forma factores agravantes y empeoramiento de la situación y, por tanto, del paciente. Se puede enseñar a reconocer los síntomas previos al síncope (prodrómicos), la posición de seguridad y cómo evitar posibles traumatismos, sobre todo en caso de desvanecimientos.

Se debe tener en cuenta, que el SVV es el más común, su fisiopatología esta basada en un reflejo cardiovascular deteriorado y que, por lo tanto, produce una contención del sistema simpático cuyas consecuencias o cuya manifestación es la hipotensión, aumento de la actividad del sistema parasimpático y bradicardia. (15)

En este tipo de pacientes, el tratamiento es sintomatológico, es decir, se tratan los síntomas, pero no hay farmacología que trate concretamente los SVV, por tanto, el tratamiento fundamental es la educación, incluyendo el estilo de vida y el ejercicio físico. (15)

Actualmente se han abierto nuevas líneas de investigación para buscar tratamiento a aquellos casos de SVV que dificulten o incapaciten la vida de algunas personas donde los episodios suceden de forma continua o recurrente. Uno de ellos es el tratamiento que emplea la ablación por radiofrecuencia endocárdica de los plexos ganglionares y la red parasimpática del nódulo sinusal. Este tipo de tratamiento parece estar obteniendo resultados eficaces para los SVV refractarios, aunque todavía se necesitan estudios más grandes para poder llevarse a cabo. (16)

## 1.5 Accidente cerebrovascular (ACV)

Se define ACV o más conocido como Ictus, a la interrupción del aporte sanguíneo a una región cerebral concreta, que, por tanto, ocasiona una isquemia e incluso la muerte del tejido de esa zona cerebral afectada produciendo deficiencias neurológicas en diferentes grados de severidad dependiendo del grado de extensión y situación. (17).

Las causas principales por las que se producen los accidentes cerebrovasculares son principalmente el seccionamiento de un vaso sanguíneo produciendo una hemorragia cerebral o por la falta de riego sanguíneo produciendo una isquemia. Debido a estas causas se realiza la siguiente clasificación:

- Ictus isquémico: Se produce una alteración encefálica secundaria a una disminución del aporte sanguíneo producido por un bloqueo de vasos sanguíneos cerebrales, trombosis, embolias o una disminución del gasto cardiaco (18)
  - Ataque isquémico transitorio (AIT): Denominado transitorio debido a que su duración es menor a veinticuatro horas, son episodios breves, reversibles y por tanto no se producen deficiencias neurológicas. El episodio es localizado, la sintomatología varía en función de la región afectada, cuando se restaura el riego normal se recupera el estado inicial. (17,18)
  - Infarto cerebral: La duración aumenta y es superior a veinticuatro horas, por tanto, la isquemia se prolonga y puede ocasionar la necrosis del tejido, siendo irreversible y por tanto produciéndose deficiencias neurológicas. Dentro de este podemos distinguir varios subtipos como el lacunar o cardioembólico. (19)
- Ictus hemorrágico: Producidos por la ruptura de un vaso sanguíneo localizado en la región cerebral (encefálico o aneurisma). Las hemorragias pueden ser intracerebrales (Se produce el aumento de la presión intracraneal PIC) incluyendo las parenquimatosas y ventriculares y hemorragias que afectan a las meninges cerebrales (subaracnoidea, epidural y subdural) (20)

Los ACV también pueden producirse a nivel pediátrico. En niños la causa principal de los ACV isquémicos son patologías inflamatorias como “vasculitis”. La sintomatología puede confundirse con la presente en crisis epilépticas o crisis migrañosas donde se producen las mismas manifestaciones, por ello, es fundamental realizar un diagnóstico exhaustivo y estratégico, manteniendo las constantes vitales y alertar la vigilancia neurológica para prevenir daños severos o la extensión de la isquemia. (21)

Para realizar esta vigilancia y sistema de prevención se ha iniciado la promoción del Código Ictus Pediátrico (CIP) aunque no en todas las comunidades autónomas de nuestro país. El objetivo principal de este CIP es garantizar una asistencia rápida y eficaz para poder conseguir el tratamiento adecuado y aumentar las posibilidades de recuperación. (21).

Es importante destacar las consecuencias o el grado de afectación que tiene el ictus isquémico a nivel pediátrico. En el 50% de los casos se produce una disminución de la calidad de vida, en el 12% el fallecimiento y en el 60% de los casos se produce discapacidad o incluso deficiencias motoras posteriores al ictus. (21)

La sintomatología que se presenta es variable y depende de la edad de los pacientes, pero algunas formas de presentación pueden ser las siguientes: crisis epilépticas repetidas, deficiencia motora ya sea de inicio brusco o de forma gradual, alteración del habla, alteración de la consciencia, cefalea intensa que puede acompañarse de vómitos (aunque este último síntoma suele ser más predominante en ictus hemorrágicos), vértigos, alteración de la coordinación e inicio de movimientos extrapiramidales (movimientos involuntarios, no controlables) (21)

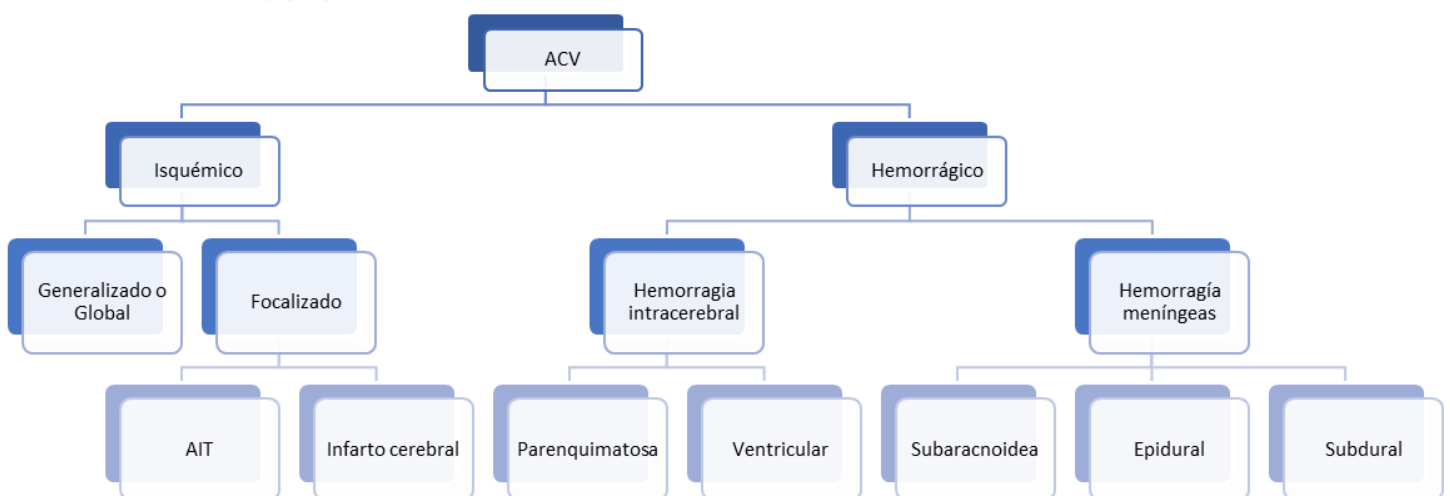


Figura 1: Elaboración propia

## 1.6 Urgencia neurológica

Actualmente no hay una definición concreta de lo que son las urgencias neurológicas, es cierto que se describen las patologías que se consideran como tal pero no existe una definición común que englobe todo el concepto y las distintas urgencias que se podrían incluir en este amplio concepto.

Lo que si se describe es la epidemiología o la incidencia de las urgencias neurológicas más comunes tanto en nuestro país como en otros que nos pueden servir de referencia para saber o incrementar la educación y la vigilancia y de esta forma aumentar el nivel de prevención o disminuir las posibles secuelas que se puedan llegar a producir.

Existen diferentes estudios que muestran como a lo largo de los últimos años la asistencia o el número de pacientes en urgencias ha aumentado progresivamente, sobre todo a partir de los ochenta años y debido al envejecimiento de las poblaciones, lo que señala la necesidad de cambiar la estrategia de atención o de atención a urgencias, lo que es otro punto que resalta la necesidad de aumentar la educación poblacional. (22)

Las urgencias neurológicas han experimentado un gran aumento en los servicios de urgencias y, además, como consecuencia, un aumento de la demanda del servicio, lo que ha dado lugar a un desarrollo de la neurología y un aumento de los profesionales especializados en diferentes centros. Todo ello ha llevado a la realización de numerosos estudios para analizar la relevancia y gravedad de las urgencias neurológicas y concretamente en un estudio realizado en nuestro país se concluye que la neurología es la segunda especialidad más solicitada en los servicios de urgencias. (23)

En referencia a la gravedad, se concluye que casi el 75% de las urgencias de tercer nivel se consideraron de riesgo vital según nuestro sistema de triaje. Por ello se destaca la gran importancia de establecer un mecanismo de acción precoz incluyendo el diagnóstico y el tratamiento. (23)

Las urgencias neurológicas tienen un “mayor riesgo vital” y, por tanto, se produce un aumento de las secuelas que se pueden producir, todo ello en comparación con otras urgencias. En patologías como ACV o CE es importante realizar un diagnóstico rápido e iniciar el tratamiento en cuánto antes, por ello, se ha aconsejado que en urgencias neurológicas vitales el tiempo de evaluación sea inferior a quince minutos desde la llegada del paciente y en caso de que la urgencia neurológica no sea vital se aumentará el tiempo a cuarenta y cinco minutos. (24)

## **1.7 Cuidados y actuaciones**

En este apartado, se explicará brevemente las distintas actuaciones o cuidados que se deben realizar en los diferentes cuadros presentados anteriormente, además de instrucciones o consejos a tener en cuenta.

### **1.7.1 CC (crisis convulsiva) y CE (crisis epiléptica)**

En caso de estar ante un episodio convulsivo o epiléptico, independientemente del tipo que sea, febril o secundario a otro acontecimiento sucedido e independientemente de la clase de epilepsia de la que se trate, los cuidados y pasos a seguir en este caso son los mismos.

En primer lugar, se comprobará el estado de la vía aérea y se asegurará la permeabilidad de esta, para ello se dará importancia al aprendizaje de la posición lateral de seguridad, y en caso de vómitos se evitará la aspiración y el atragantamiento. Posteriormente, se deberá resaltar que no se introduce ningún objeto en la cavidad bucal, ni se sujeta al paciente ya que se pueden ocasionar luxaciones, sin embargo, se debe garantizar un lugar seguro, retirar todos los objetos que puedan producir daños y garantizar que no se golpee contra superficies duras o dañinas. Otro de los aspectos a indicar, es la cronometración de la crisis, ya que si esa dura más de cuatro minutos el episodio se puede agravar y entraría en “estatus convulsivo”. Se enseñará a identificar la fase de “aura”, es decir, a identificar los síntomas previos a la crisis para poder evitar los efectos secundarios o las consecuencias tras las convulsiones. Será recomendable aconsejar que en caso de que se tenga tratamiento anticonvulsivo pautado, este sea administrado, ya que esta es muy efectiva. (26, 27)

### **1.7.2 TCE**

Los TCE tienen una prevalencia muy alta en nuestra sociedad, mayoritariamente en la etapa infantil, pero es importante seguir ciertas recomendaciones en caso de encontrarse ante este tipo de suceso.

En caso de que se trate de un episodio leve, se podrá aplicar frío local en la zona y vigilar las veinticuatro horas posteriores. Es importante llamar a servicios de emergencia o acudir a los estos en caso de que se trate de un niño menor de tres años, en caso de que se trate de una herida abierta que necesite sutura, ante una pérdida o disminución de conciencia, episodios somnolientos, movimientos oculares anormales, hemorragias nasales u otorragias. (27)

En caso de TCE más severo y antes de todo, el primer paso será avisar a los servicios de emergencias, posteriormente se realizará una valoración a través de la escala de Glasgow, además, será importante no movilizar al paciente ya que al no conocer la afectación del traumatismo se podría dañar la columna vertebral, y como en el caso anterior será importante mantener permeable la vía aérea. (26)

### **1.7.3 SVV**

Las recomendaciones ante síncope vasovagales o de otro tipo, son muy sencillas. En caso de estar ante ello, lo primero será comprobar si el paciente respira, asegurando la permeabilidad de la vía aérea y observando el tórax para ver el movimiento respiratorio, además comprobaremos la existencia de pulso.

Cuando se ha finalizado la comprobación y se afirma que respira y que tiene pulso, se continúa a poner al paciente en la posición adecuada y en este caso, será con las piernas elevadas. Se deberá estar pendiente del tiempo que dure el episodio sincopal, si este es superior a un minuto, deberá acudir a urgencias y también deberá hacerlo si se golpea la región de la cabeza, si se acompaña de convulsiones o si presenta dificultades respiratorias. (27)

Una vez que se recupere, no se recomienda ingerir ni líquidos ni sólidos hasta esperar que se recupere, el paciente intentará dormirse, no se recomienda evitarlo ya que es aconsejable que descanse, siempre vigilando su estado. (27)

### **1.7.4 ACV**

El protocolo de actuación ante los ACV está muy determinado y se ha llevado a cabo una correcta educación para la salud. Se resalta la importancia de identificar los siguientes síntomas relevantes y relacionados con esta urgencia neurológica (28):

- Disartria
- Alteración visual
- Ataxia, apraxia
- Mareo y cefalea
- Disminución del nivel de conciencia
- Alteración en la coordinación y equilibrio.

En caso de presentar los síntomas mencionados, se llamará a los servicios de emergencias y si lo consideran se activará el código ictus para disminuir el tiempo de actuación, ya que será la prioridad en este caso, para disminuir al máximo las posibles secuelas.

## 2. Justificación

Las urgencias neurológicas, como se han descrito en el apartado anterior, tienen una gran importancia, la cual ha ido aumentando en los últimos años de forma exponencial, lo que ha contribuido al desarrollo y a la evolución de la especialidad de neurología en urgencias para poder abordar el aumento de la complejidad de la patología neurológica, así como los distintos diagnósticos que están surgiendo. (25)

Las patologías más frecuentes que se presentan en las urgencias de los hospitales son los ACV, por lo que se han desarrollado distintos proyectos educativos para educar a la población a detectar el inicio de esta patología y poder actuar lo más rápido posible. El segundo cuadro más frecuente son las CE, suponiendo el 15% de los casos presentados y en posición seguida se encuentran los síncope incluyendo entonces el SVV. (25)

Actualmente, según el INE los accidentes cerebrovasculares continúan siendo la tercera causa de muerte en nuestro país, los últimos datos son del año 2020 y se registraron 25.817 muertes, por ello es importante conocer esta patología y saber cómo detectarla rápidamente, porque se trata de una urgencia neurológica tiempo-dependiente. (29)

No se han descrito proyectos educativos para la población sobre las urgencias neurológicas en el SVV o CE; solamente existen proyectos educativos en relación sobre el ACV. Una formación para población no sanitaria, donde se describan los principales pasos a seguir en caso de que estemos ante una CE o ante un SVV, serviría de ayuda para evitar traumatismos en ambos casos que agraven los episodios y ayudaría a evitar posibles secuelas y avisar de forma precoz a los servicios de emergencia en caso de que el escenario sea peligroso o se complique el cuadro clínico.

Para comprobar el grado de información y desconocimiento que tiene la población ante estos episodios y como consecuencia, para poder orientar adecuadamente el proyecto educativo, se ha realizado una encuesta para padres con hijos menores de edad (<18 años).

En esta encuesta, se establecen veintisiete preguntas con sistema verdadero, falso para que los padres muestren sus conocimientos y para poder conocer si alguna vez se han enfrentado a alguna de las situaciones planteadas en la prueba, lo que nos da información sobre la prevalencia y sobre la importancia de conocer los pasos a seguir para poder disminuir la angustia que puede llegar a generar el desconocimiento. (Anexo 2)



Además, es importante señalar que el proyecto educativo, será realizado en el ámbito rural, ya que el grado de desconocimiento de actuaciones ante este tipo de urgencias, se incrementa en todos los rangos de edad.

Será importante añadir otro motivo que justifica la realización de este trabajo, y este, es la incidencia de las diferentes patologías en el distrito de Villarejo de Salvanes, donde se llevará a cabo.

- La incidencia de ictus es de 255 casos por 100.000 habitantes
- La incidencia de epilepsia es de 44 casos
- La incidencia de TCE es de 200 casos por 100.000 habitantes
- La incidencia de SVV es de 600 casos por cada 100.000 habitantes en adultos. (30)

Por tanto, se concluye que suceden 250 episodios de urgencias neurológicas al año en Villarejo. Esta cifra se calcula suponiendo que la incidencia de estos episodios en el área de Villarejo fuera similar a la incidencia producida en España, aunque naturalmente se conoce que la urgencia entre cada patología es diferente y se debe tener en cuenta que los SVV pueden no acudir al centro de salud y los ACV requerirán actuación urgente.

# Metodología

## 1. Población Diana

Para la realización de este proyecto, se han seleccionado a aquellos adultos que tengan hijos y que estos sean menores de edad, ya que el entorno de los mayores de edad es diferente y el rango de edad comprendido desde los 18 años hasta la edad adulta tiene menor incidencia o prevalencia en cuanto a las urgencias seleccionadas. Además, la población seleccionada deberá pertenecer al entorno rural y más concretamente al municipio madrileño de Villarejo de Salvanés, incluyendo los consultorios de los pueblos de alrededor que pertenecen al mismo. El único **criterio de exclusión** que se establece es que los padres o adultos apuntados, no podrán ser profesionales sanitarios.

Para llevar a cabo el proyecto, se deberá tener en cuenta la población existente en los municipios seleccionados, conociendo que el centro de salud principal es el situado en Villarejo de Salvanés donde encontramos una población de 7.552 y sabiendo que el mismo tiene seis consultorios adscritos en seis municipios diferentes que son los siguientes: Belmonte de Tajo, Villamanrique de Tajo, Brea de Tajo, Estremera, Valdaracete y Fuentidueña de Tajo.

Por tanto, tendremos una población total de 14.809 (2021), donde la mitad pertenece a la cabeza de la comarca, Villarejo de Salvanés, que como se ha comentado previamente, es donde está localizado el centro de salud principal y la otra mitad restante pertenece a los consultorios adscritos nombrados anteriormente.

Municipio	Población
Villarejo de Salvanés	7.552
Fuentidueña de Tajo	2.228
Belmonte de Tajo	1.751
Estremera	1.381
Villamanrique de Tajo	762
Valdaracete	612
Brea de Tajo	523
TOTAL	14.809

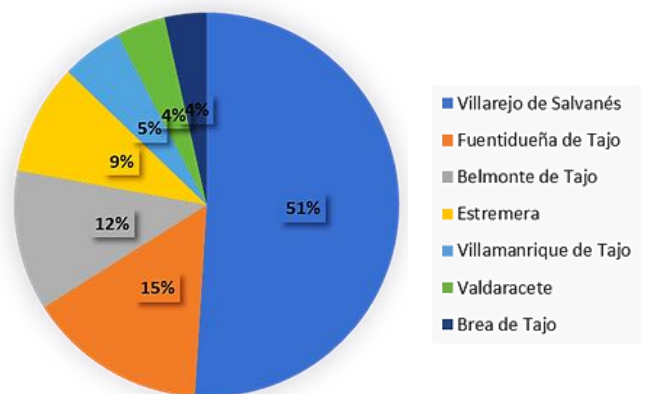


Tabla 6 y Figura 2: Elaboración propia a partir de datos obtenidos por INE (31)

Por tanto, según los datos recogidos, se realizarán dos turnos de dos sesiones con catorce personas en el centro de salud situado en Villarejo de Salvanés y en los consultorios adscritos al tener menor población se reducirá a un turno de dos sesiones con diez personas.

Se impartirá en total a setenta y ocho personas, conjuntamente entre el centro de salud y los distintos consultorios.

## **2. Captación**

Las sesiones se realizarán en el centro de salud y en los consultorios adscritos, consultando previamente con el equipo directivo del mismo e informándonos de la disponibilidad del espacio y de los horarios establecidos para su ejecución. Posteriormente, se cumplimentará un formulario de registro e inscripción, para poder conocer las personas asistentes y garantizar su plaza, este lo podrán encontrar en los distintos centros de salud o en la página web de los diferentes ayuntamientos. (Anexo 3)

Uno de los métodos de captación será informar a los profesionales del centro sobre el proyecto, especificando todos los puntos de interés para que estos puedan proporcionar la información suficiente a los padres y hacerles partícipes. Además, se elaborarán folletos y carteles publicitarios para repartirlos y que los vecinos del pueblo puedan leerlos con detenimiento, a parte, tendrán la función de ser llamativos para poder atraer a los participantes a realizar el taller. (Anexos 4 y 5)

Otro método de captación que se puede emplear es la utilización de los consejos de salud o las distintas organizaciones vecinales que existen en los medios rurales, en muchas ocasiones, en los centros de salud de los pueblos, la enfermera o los profesionales sanitarios pueden conocer los grupos existentes entre los vecinos y pueden incidir en la participación del grupo de forma que estos se animen a participar y a fomentar la realización de la actividad entre ellos.

## **3. Objetivos**

### **3.1 Objetivo General**

El objetivo general, es conseguir que la población del distrito elegido aprenda los pasos a seguir o actuaciones en caso de encontrarse en las distintas situaciones urgentes planteadas en el proyecto.

### **3.2 Objetivos Específicos**

#### **3.2.1 Objetivos cognitivos**

- Los participantes identificarán los signos de alarma más llamativos en caso de urgencia.
- Los participantes analizarán la importancia de una rápida actuación en las urgencias neurológicas planteadas en el taller educativo.
- Los participantes distinguirán las causas que provocan la situación de urgencia.
- Los participantes conocerán los pasos a seguir en las distintas situaciones planteadas.

#### **3.2.2 Objetivos de habilidad**

- Los participantes realizarán correctamente la posición lateral de seguridad
- Los participantes comprobarán correctamente la permeabilidad de la vía aérea
- Los participantes realizarán los pasos indicados en un tiempo óptimo para garantizar la efectividad de la actuación.
- Los pacientes demostrarán sus habilidades aprendidas a través de simulaciones.

#### **3.2.3 Objetivos afectivos**

- Los participantes expresarán su posible desconocimiento ante los episodios planteados
- Los participantes verbalizarán sus dificultades ante la realización de alguna maniobra previamente explicada
- Los participantes valorarán la utilidad o efectividad de la realización del taller.
- Los participantes compartirán posibles experiencias vividas ante las urgencias planteadas.

## 4. Contenidos

Los contenidos principales del curso de actuaciones ante urgencias neurológicas en los centros de salud del distrito de Villarejo de Salvanes son los siguientes:

- Definición de las urgencias neurológicas planteadas (CE, SVV, TCE, ACV)
- Explicación de la etiología causante de los episodios propuestos.
- Explicación de las manifestaciones y sintomatología característica.
- Explicación de la importancia de una rápida actuaciones ante determinadas patologías.
- Valoración del patrón respiratorio, incluyendo la permeabilidad de la vía aérea.
- Valoración del nivel de conciencia, (empleando la escala de Glasgow explicada)
- Realización de las distintas posiciones a realizar en caso de urgencia.
  - Posición lateral de seguridad.
  - Posición de Fowler.
  - Elevación de miembros superiores.
- Metodología para proporcionar un entorno seguro tanto para el paciente como para la persona que proporciona los cuidados necesarios.
- Métodos de prevención de complicaciones como traumatismos en caso de las CE o CF



Figura 3: Elaboración propia

## 5. Programación y recursos materiales

### 5.1 Programación del taller

El taller educativo sobre actuaciones ante urgencias neurológicas para padres con hijos menores de edad estará impartido por un mismo enfermero, que será el mismo tanto en el centro de salud principal como en los consultorios adscritos, ya que es el experto o formado previamente en este ámbito de urgencias, aunque se podrá solicitar otro enfermero de apoyo, sobre todo para la parte práctica o simulaciones.

La programación estará compuesta principalmente por dos sesiones de una hora y media de duración cada una, siendo en total tres horas de curso y serán impartidas un día a la semana, de forma que se realizará la primera sesión el día 12 de abril y la segunda el día 19 de abril.

El número de participantes deberá ser de 14 personas en el caso de Villarejo de Salvanes y de 10 personas si hablamos de los consultorios adscritos a este, además de la plaza perteneciente al enfermero encargado de impartir el taller.

Cada sesión estará compuesta por una primera introducción breve, explicando la sistemática del curso y los distintos temas que se abordarán cada día. Posteriormente se impartirá la formación teórica necesaria para comprender cada patología y la importancia del taller, así como las actuaciones que se deberían llevar a cabo y a continuación se finalizará cada sesión con una parte práctica y simulaciones para que los participantes aprendan a actuar y sepan como enfrentarse a cada situación de forma adecuada y lo más rápido posible.

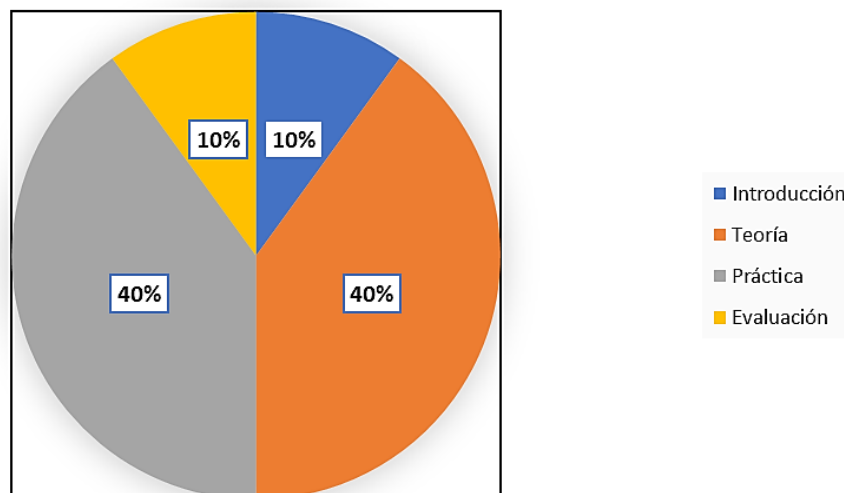


Figura 4: Elaboración propia

<b>SESIÓN 1: 12 de abril 2022</b>	
18:00 a 18:20	Introducción al taller y explicación de la sistemática
18:20 a 18:40	Definición, etiología y manifestaciones de la convulsión, crisis epiléptica y SVV
18:40 a 19:00	Cuidados a realizar en situación de convulsión, crisis epiléptica y SVV
19:00 a 19:30	Simulación y práctica de las actuaciones explicadas en la sesión

*Tabla 7: Elaboración Propia*

En la primera sesión se introducirá el taller, se comenzará con una breve presentación del enfermero encargado de impartir el curso y de los participantes para conocer sus nombres. A continuación, se explicará la metodología que se va a llevar a cabo y los objetivos que se pretenden conseguir a la finalización del curso.

Una vez finalizada la introducción se procederá al comienzo de la materia explicando la definición de la convulsión, las crisis epilépticas y los síncope vasovagales, conociendo también las principales diferencias entre ambas, además se expondrán las principales causas que pueden producir los episodios planteados y las manifestaciones que observaremos en caso de que se produzcan.

Todo ello se realizará empleando una técnica expositiva, es decir, con la utilización de un PowerPoint de apoyo que permita la explicación y una charla participativa que permita la exposición de dudas y una técnica de análisis para la descripción de las actuaciones o cuidados a realizar en cada una de las patologías, a través del planteamiento de casos prácticos.

Tras finalizar la parte teórica se llevará a cabo una simulación, donde se pondrán en práctica los cuidados definidos previamente, de forma que cada participante pueda ejecutarlos y aprender la forma adecuada de realizarlos en caso de que se encontrará en una situación como las expuestas.

Para finalizar, se pasará una breve encuesta para comprobar si les ha parecido útil y si han adquirido los conocimientos expuestos. (Anexo 6)

<b>SESIÓN 2: 19 de abril 2022</b>	
18:00 a 18:20	Introducción a la materia de la sesión y recuerdo de la sesión anterior
18:20 a 18:40	Definición, etiología y manifestaciones del ACV y TCE
18:40 a 19:00	Cuidados a realizar en situación de ACV y TCE
19:00 a 19:30	Simulación y práctica de las actuaciones explicadas en la sesión

*Tabla 8: Elaboración propia*

En esta segunda sesión se comenzará haciendo un breve recordatorio de la sistemática o metodología a seguir y una breve introducción de los contenidos que se abordaran en esta última clase.

La metodología será la misma que en la sesión anterior, se comenzará con el PowerPoint de la segunda sesión, donde se explicará la definición, etiología, sintomatología y cuidados o actuaciones de los accidentes cerebrovasculares y los traumatismos craneoencefálicos.

Posteriormente se continuará con la simulación preparada previamente, además en esta parte se incluyen dos casos prácticos planteados a través de videos donde se refleje claramente las manifestaciones más relevantes y destacas de cada una de las urgencias de la sesión, de forma que los pacientes puedan observarlo de una forma lo más real posible y les sea más sencillo realizar la simulación con escenificaciones entre ellos.

Una vez finalizadas las dos sesiones se pasará la misma encuesta planteada previamente en el estudio de la importancia de las actuaciones ante urgencias neurológicas y una breve encuesta de evaluación del taller.



### 5.1.2 Primera sesión

<b>SESIÓN1º: 12 de abril</b>		
<b>Duración</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Número de participantes</b>
90 minutos	2 enfermeros, uno docente y otro de apoyo si fuese necesario	Villarejo de Salvanés: 14 por turno Consultorios: 10 por turno
<b>Contenidos</b>		<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición de Convulsión</li> <li>Definición de Crisis epiléptica</li> <li>Definición de Síncope Vasovagal</li> <li>Etiologías</li> <li>Manifestaciones</li> <li>Cuidados a realizar</li> </ul>		<p>Conocer las patologías tratadas, así como las manifestaciones y causas características para poder actuar de forma rápida.</p> <p>Se obtendrá formación práctica para poder realizar los cuidados de forma correcta y lo más rápido posible</p>
<b>Técnicas empleadas</b>		<b>Sistemas de evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnicas de iniciación grupal: “la tarjeta de presentación” donde cada participante escribirá su nombre y las urgencias que creen que se tratarán o las más comunes</li> <li>Técnica expositiva: Donde se impartirá la teoría en forma de diapositivas y se podrá añadir discusión sobre los temas tratados</li> <li>Técnica para el desarrollo de habilidades: Los participantes aprenderán a realizar los cuidados urgentes a través de simulaciones o escenificaciones.</li> </ul>		<p>Se pasará una encuesta de satisfacción donde se reflejará la utilidad que tiene el taller para los participantes y si les ha parecido adecuado.</p> <p>Se realizarán las simulaciones donde los docentes podrán evaluar las técnicas a través de la demostración de estas por parte de los participantes.</p>

Tabla 9: Elaboración propia

### 5.1.3 Segunda sesión

<b>SESIÓN 2º: 19 de abril</b>		
<b>Duración</b>	<b>Número de docentes</b>	<b>Número de participantes</b>
90 minutos	2 enfermeros, uno docente y otro de apoyo si fuese necesario	Villarejo de Salvanes: 14 por turno Consultorios: 10 por turno
<b>Contenidos</b>		<b>Objetivos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Definición del Accidente cerebrovascular</li> <li>Definición de Traumatismo craneoencefálico</li> <li>Etiologías</li> <li>Manifestaciones</li> <li>Cuidados a realizar</li> </ul>		<p>Conocer las patologías tratadas, así como las manifestaciones y causas características para poder actuar de forma rápida, además de las posibles medidas de prevención, sobre todo en el caso de los TCE.</p> <p>Se obtendrá formación práctica para poder realizar los cuidados de forma correcta y lo más rápido posible</p>
<b>Técnicas empleadas</b>		<b>Sistemas de evaluación</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Técnica expositiva: Donde se impartirá la teoría en forma de diapositivas y se podrá añadir discusión sobre los temas tratados</li> <li>Técnica para el desarrollo de habilidades: Los participantes aprenderán a realizar los cuidados urgentes a través de simulaciones o escenificaciones.</li> </ul>		<p>Se pasará una encuesta de conocimientos donde se reflejará lo aprendido por parte de cada participante.</p> <p>Se pasará una encuesta de evaluación del taller</p> <p>Se realizarán las simulaciones donde los docentes podrán evaluar las técnicas a través de la demostración de estas por parte de los participantes.</p>

Tabla 10: Elaboración propia

## **5.2 Materiales y recursos necesarios**

Los materiales necesarios para la realización del taller serán los siguientes:

- Sala con el tamaño necesario para 14 personas o 10 en el caso de los consultorios
- Una silla para cada participante más el enfermero docente
- Ordenador con proyector para la visualización del PowerPoint, imágenes y videos
- Esterillas por cada dos participantes
- Una pizarra con rotuladores
- Bolígrafos para cumplimentar las encuestas
- Formulario de inscripción relleno
- Hoja con la encuesta de satisfacción
- Hoja con la encuesta de conocimientos
- Hoja con la evaluación del taller
- Folletos informativos

## **6. Evaluación**

### **6.1 Evaluación de la estructura y el proceso**

La evaluación de la estructura y el proceso de este proyecto educativo servirá para analizar tanto la parte teórica como práctica y conocer los puntos fuertes del taller, es decir, las fortalezas de este y los puntos deficientes o debilidades que habrá que corregir y mejorar de cara a otros turnos u otras ediciones. (Anexo 7)

Algunos puntos que se evaluarán serán los siguientes:

- La calidad de los conocimientos del docente
- La forma de transmisión de la materia
- La dinámica empleada en las sesiones del taller
- La utilidad de la realización del taller

## 6.2 Evaluación del proceso

En la evaluación del proceso se valorará la metodología y sistemática que se ha llevado a cabo y el proceso que se ha seguido para la consecución de los objetivos planteados, para ello se emplearán las encuestas tanto de satisfacción (Anexo 6) como de evaluación del taller, donde podremos ver reflejado si los participantes se han sentido integrados y si les ha parecido útil y adecuado para todos.

## 6.3 Evaluación de los resultados

Para evaluar los resultados se utilizará la encuesta de conocimientos pasada previamente a modo de justificación de este trabajo, para poder comprobar si los participantes han aprendido las actuaciones más importantes que se deberán realizar en caso de encontrarse en un futuro ante las urgencias neurológicas explicadas en el taller educativo (Anexo 2).

Otro de los métodos de evaluación será la observación sistemática a través de las simulaciones y escenificaciones realizadas al finalizar cada sesión, en ellas los participantes pondrán en práctica las actuaciones y los docentes podrán evaluar si se han realizado de forma correcta o si hay técnicas que mejorar.

A través de lo explicado anteriormente se evaluarán las tres áreas características, el área cognitiva, de habilidades y afectiva.

- Área cognitiva: Se evalúan los conocimientos adquiridos a través de las preguntas formuladas sobre la teoría impartida en cada sesión. Será en forma de test con preguntas de verdadero o falso para que sea más sencillo de rellenar.
- Área de habilidades: Se evalúan las habilidades a través de la observación sistemática de las actuaciones realizadas por cada participante al finalizar cada sesión del curso. Además, incluiremos en esta área las discusiones de los casos prácticos y de los vídeos expuestos.
- Área afectiva: Se evaluará a través de la encuesta de satisfacción donde se incluyen preguntas sobre las sensaciones de los participantes en cuanto a la realización del taller y la utilidad que tiene para ellos.

## Bibliografía

1. Personal Mayo Clinic. Convulsiones. Available at: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes/s>
2. Alfradique I, Vasconcelos MM. Juvenile myoclonic epilepsy. *Arquivos de neuro-psiquiatria* 2007 Dec;65(4b):1266-1271.
3. Personal de mayo clinic. Convulsiones. Available at: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/seizure/symptoms-causes>
4. Francisco J. Carod-Artal. Neurological complications of coronavirus and COVID-19. 14.04.20 14.04.20.
5. Villa-Bahena S, Rendón-Macías ME, Iglesias-Leboreiro J, Bernáldez-Zapata I, Jesús Garza-Morales S. causas de crisis convulsivas en un servicio de urgencias pediátricas. 2019;86(2):51.
6. Fernández Rodríguez S, Otero LA, Rodríguez F, S, Otero A. Convulsión febril en la infancia: reconocimiento, abordaje y cuidados Febrile Seizure in childhood: recognition, boarding and care 2018;6.
7. Dustin K. Smith, D O, Kerry P. Sadler, M D, Molly Benedum MD. Febrile Seizures: Risks, Evaluation, and Prognosis. *American Academy of Family Physician*.
8. Epilepsia. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>
9. José Luis Párraga Bermejo. Capítulo 8, traumatismos craneoencefálicos. Cuidados del paciente con alteraciones neurológicas: DAE; 2011.
10. Silva, Maria Isabel Caetano da, Silva, Raul Roriston Gomes da, Nogueira SHS, Lopes SM, Alencar RMD, Pinheiro WR. Nursing diagnoses for patients with traumatic brain injury: integrative review. *Enfermería global* 2021 Oct 08: 20(4):584-628.

11. Gordon Mao, Johns Hopkins School of Medicine. Traumatic Brain Injury (TBI). 2021; Available at: <https://www.msmanuals.com/professional/injuries-poisoning/traumatic-brain-injury-tbi/traumatic-brain-injury-tbi>.
12. Heredia C, Lima, Medalit Y, Zárate I, Ponce De León, Annie Ricalde, Lorena A, et al. frecuencia y características epidemiológicas de golpes en la cabeza en niños menores de 5 años.
13. Gerard J.Tortora, Bryan Derrickson. Principios de anatomía y fisiología. 15th ed: editorial médica panamericana; 2018.
14. Luis Villarejo Aguilar, Alberto Ybarra Lara. Urgencia extrahospitalaria: pérdida de conciencia transitoria. Enfermería 21 2011 04/.
15. Aksu T. What might be the place of cardioneuroablation strategy in syncope guideline? Türk Kardiyoloji Derneği arşivi 2018;47(1):69.
16. Maj R, Osório TG, Borio G, Iacopino S, Ströker E, Sieira J, et al. A novel strategy to treat vaso-vagal syncope: Cardiac neuromodulation by cryoballoon pulmonary vein isolation. Indian pacing and electrophysiology journal 2020 Jul;20(4):154-159.
17. José Luis Párraga Bermejo. Capítulo 3, accidentes cerebrovasculares. Cuidados del paciente con alteraciones neurológicas: DAE; 2011.
18. Ángel R, Jiménez C. Accidente cerebrovascular: enseñanza, prevención y detección por los alumnos de Enseñanza Primaria Obligatoria Stroke: teaching, prevention and detection by compulsory primary school students. ;44.
19. R.Gutierrez Zúñiga, B.Fuentes, E.Díez Tejedor. Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio Ischemicstroke. Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado 2019.
20. Jesús Manuel Álvarez Porrero, María Luisa Domínguez Pérez. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes. 3rd ed.: DAEeditorial; 2018.
21. Revilla PM, Ruiz Del Olmo I, Pablo J, Íñiguez G. accidente cerebrovascular no hemorrágico, ictus isquémico, diagnóstico, prevención y tratamiento.

22. Ukkonen M, Jämsen E, Zeitlin R, Pauniahho S. Emergency department visits in older patients: a population-based survey. BMC Emerg Med 2019 -02-27;19.
23. Gómez Ibáñez A, Irimia P, Martínez-Vila E. Urgencias neurológicas y guardias de Neurología. Anales del sistema sanitario de Navarra 2008;31:7.
24. Tiempos de atención de urgencias neurológicas en un hospital regional de alta complejidad.
25. Casado V. Neurological patient care in Emergency Departments. A review of the current situation in Spain. Neurología (English Edition) 2011;26(4):233.
26. Rosa Suñer Soler. Tratado de enfermería neurológica. 3rd ed.: Elsevier; 2013.
27. Dr. Juan Casado Flores, Dra. Raquel Jiménez García. Guía primeros auxilios para padres y madres. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús 2017.
28. De A, Ferrero T. 6. Importancia de la educación para la salud en la detección precoz del ictus. IV Número 2021;36:128.
29. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. 2020; Available at: <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica>
30. Dr. José Mario Rodríguez Alfaro. Evaluación inicial del paciente con síncope. Revista Médica Sinergia 2020 jun.
31. Instituto Nacional de Estadística. Población por municipios y sexo. 2021; Available at: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=2881#!tabs-tabla>.

## **Anexos**



# Anexo 1. Escala de coma de Glasgow

## Escala de Glasgow

Mide el nivel de conciencia utilizando diversos indicadores como la apertura ocular, la respuesta verbal o la respuesta motora. Los valores de todos los indicadores se suman y se obtiene el resultado de la escala. El nivel normal es 15 y el valor mínimo es 3.

### 1. Apertura Ocular – E

- Espontánea 4
- A estímulos verbales 3
- A estímulos dolorosos 2
- No hay respuesta 1

### 2. Respuesta verbal – V

- Orientado 5
- Desorientado 4
- Palabras inapropiadas 3
- Sonidos incomprensibles 2
- No hay respuesta 1

### 3. Respuesta motora – M

- Obedece a ordenes verbales 6
- Localiza el dolor 5
- Retira ante estímulo doloroso 4
- Flexión anormal 3
- Extensión 2
- No hay respuesta 1

## Anexo 2. Encuesta sobre conocimiento acerca de actuaciones ante urgencias neurológicas

### Encuesta sobre conocimientos acerca de actuaciones ante urgencias neurológicas

La siguiente encuesta es anónima, solo deberá indicar su edad o curso al que pertenece. Deberá de responder a las siguientes afirmaciones eligiendo entre las dos opciones posibles, verdadero o falso:

Indique número de hijos:

Indique edad de sus hijos:

1. Todos los tipos de epilepsia cursan con convulsiones.  
 Verdadero  
 Falso
2. Las convulsiones son movimientos involuntarios bruscos, enérgicos y repetidos de cabeza y extremidades.  
 Verdadero  
 Falso
3. En las crisis epilépticas de cualquier tipo el paciente se queda siempre inconsciente.  
 Verdadero  
 Falso
4. En una crisis epiléptica hay que sujetar enérgicamente al paciente para que no convulsione.  
 Verdadero  
 Falso
5. Tener una crisis convulsiva ya es suficiente para diagnosticar a una persona de epilepsia.  
 Verdadero  
 Falso
6. Cuando una persona semi-inconsciente comienza a vomitar, la posición más segura es colocarla tumbada boca abajo.  
 Verdadero  
 Falso
7. Que una persona que ha tenido una pérdida de consciencia tenga mordeduras en la lengua suele indicar que ha sido una simple lipotimia.  
 Verdadero  
 Falso

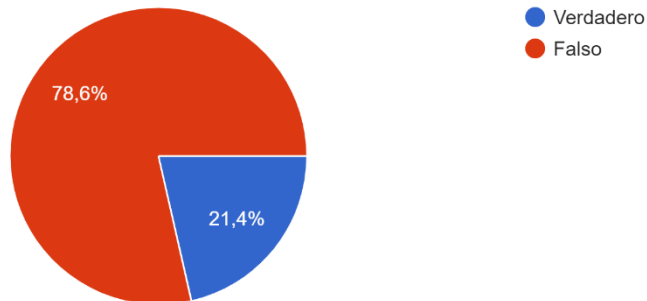
8. Durante una crisis epiléptica es conveniente introducir algún objeto en la boca para que no se muerda.
- Verdadero
  - Falso
9. Ante una crisis epiléptica deberemos proporcionar un ambiente seguro y sujetarle para evitar lesiones.
- Verdadero
  - Falso
10. Mantener un patrón de sueño inadecuado puede ocasionar crisis epilépticas
- Verdadero
  - Falso
11. Los destellos luminosos pueden desencadenar crisis epilépticas.
- Verdadero
  - Falso
12. En una crisis convulsiva uno de los síntomas es la relajación de esfínteres
- Verdadero
  - Falso
13. En un síncope, la posición más correcta del paciente es ponerlo sentado con la cabeza hacia abajo.
- Verdadero
  - Falso
14. Cuando una persona pierde el conocimiento lo primero que hay que hacer, antes de nada, es tomarle el pulso en la muñeca para ver si está acelerado o lento.
- Verdadero
  - Falso
15. Ante un síncope, lipotimia o desmayo, es conveniente colocar frío en la nuca.
- Verdadero
  - Falso
16. La causa más frecuente de un síncope es una bajada de la tensión arterial.
- Verdadero
  - Falso
17. Uno de los síntomas previos a un desvanecimiento es el aumento de la temperatura corporal.
- Verdadero
  - Falso

18. En caso de traumatismo, tras una caída, se movilizará al paciente y se levantará para observar los daños.
- Verdadero
  - Falso
19. En caso de traumatismo en el que la persona queda inconsciente lo primero que tenemos que comprobar es la respiración, antes incluso que su estado circulatorio.
- Verdadero
  - Falso
20. Si en caso de traumatismo el paciente nos comenta que está mareado debemos administrarle líquidos por boca para rehidratarle.
- Verdadero
  - Falso
21. Si observas un accidente de tráfico y una de las víctimas queda inconsciente, debes trasladarla inmediatamente en tu coche al centro sanitario más próximo para no perder tiempo.
- Verdadero
  - Falso
24. ¿En algún momento ha vivido alguna de las situaciones presentadas con sus hijos?
- Verdadero
  - Falso
25. ¿En algún momento ha vivido alguna de las situaciones presentadas con sus hijos?
- Verdadero
  - Falso
26. En caso de haber vivido alguna de las situaciones anteriores, ¿ha sentido miedo o angustia al enfrentarse a ellas?
- Verdadero
  - Falso
27. ¿Cree que sentiría miedo o angustia al enfrentarse a alguna de las situaciones planteadas?
- Verdadero
  - Falso

### Anexo 3. Resultados de la encuesta de conocimientos

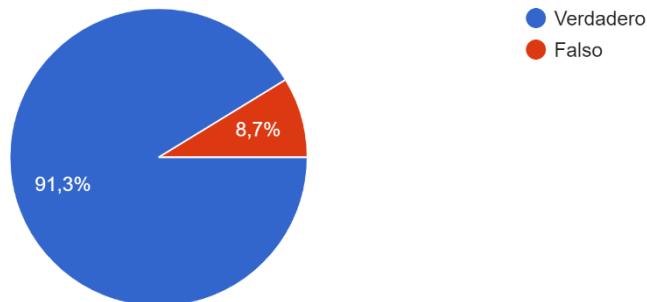
Todos los tipos de epilepsia cursan con convulsiones.

126 respuestas



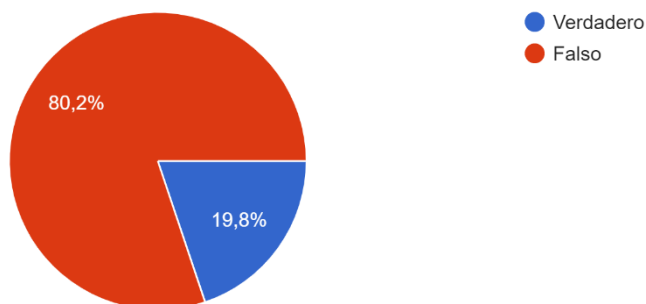
Las convulsiones son movimientos involuntarios bruscos, enérgicos y repetidos de cabeza y extremidades.

126 respuestas



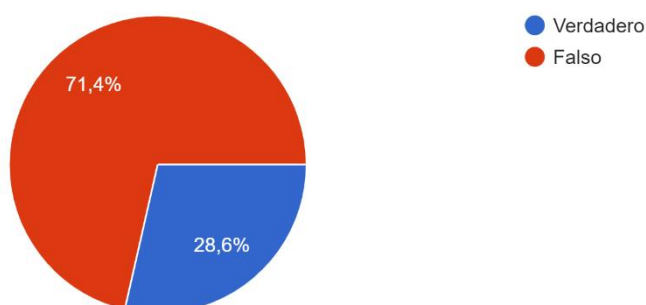
En las crisis epilépticas de cualquier tipo el paciente se queda siempre inconsciente.

126 respuestas



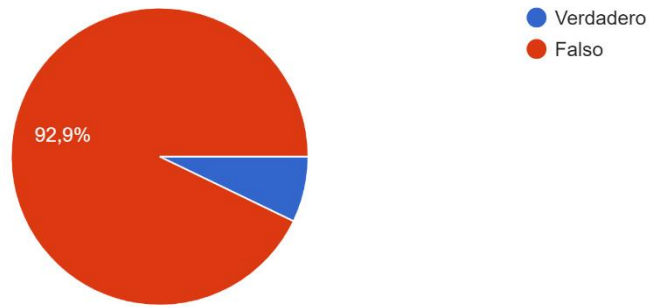
En una crisis epiléptica hay que sujetar enérgicamente al paciente para que no convulsione.

126 respuestas



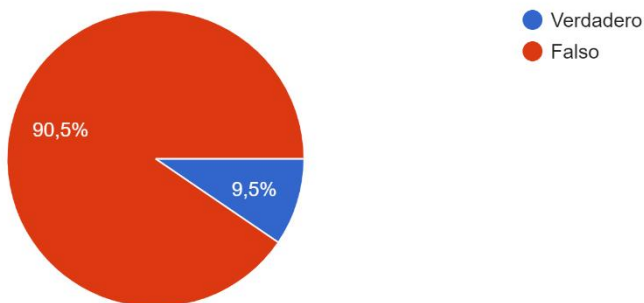
Tener una crisis convulsiva ya es suficiente para diagnosticar a una persona de epilepsia.

126 respuestas



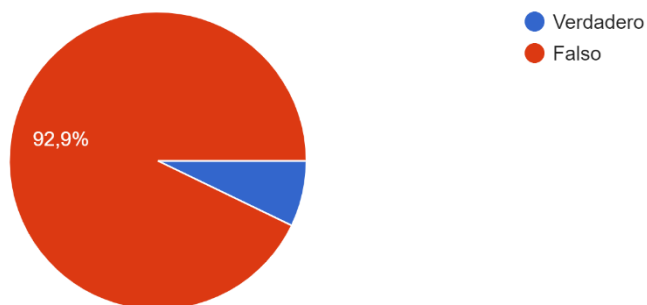
Cuando una persona semi-inconsciente comienza a vomitar, la posición más segura es colocarla tumbada boca abajo.

126 respuestas



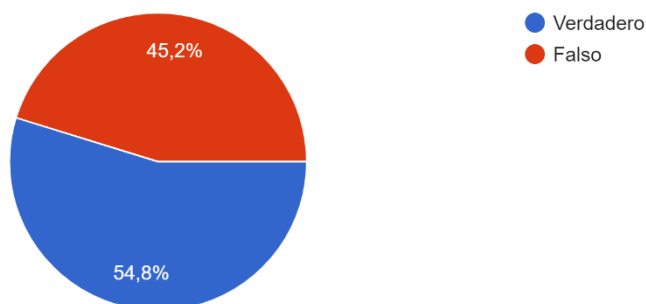
Que una persona que ha tenido una pérdida de consciencia tenga mordeduras en la lengua suele indicar que ha sido una simple lipotimia.

126 respuestas



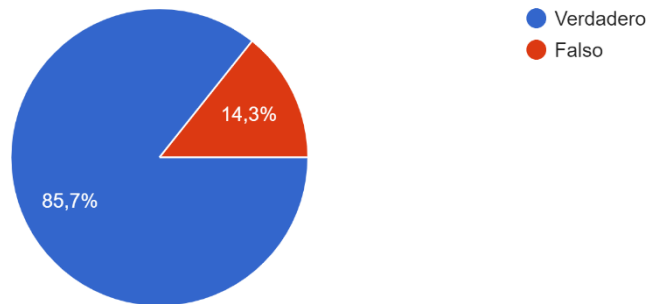
Durante una crisis epiléptica es conveniente introducir algún objeto en la boca para que no se muerda.

126 respuestas



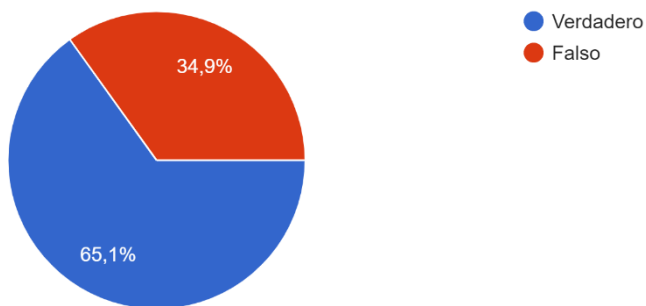
Ante una crisis epiléptica deberemos de proporcionar un ambiente seguro y sujetarle para evitar lesiones.

126 respuestas



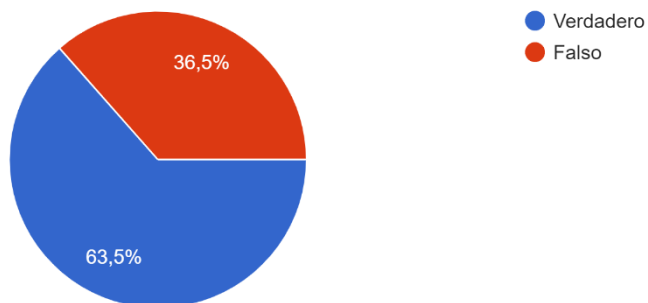
Mantener un patrón de sueño inadecuado puede ocasionar crisis epilépticas

126 respuestas



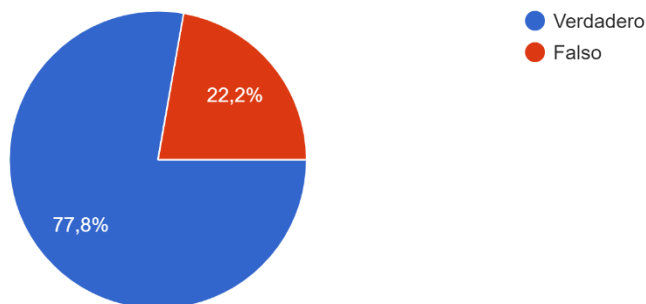
Los destellos luminosos pueden desencadenar crisis epilépticas.

126 respuestas



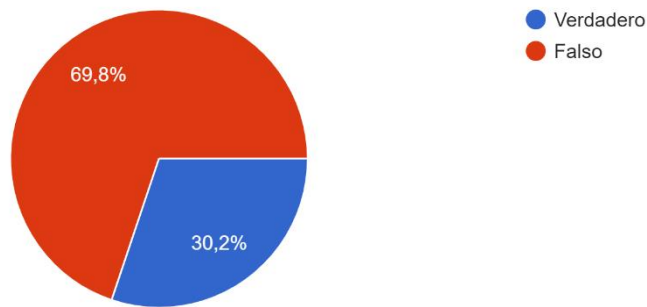
En una crisis convulsiva uno de los síntomas es la relajación de esfínteres

126 respuestas



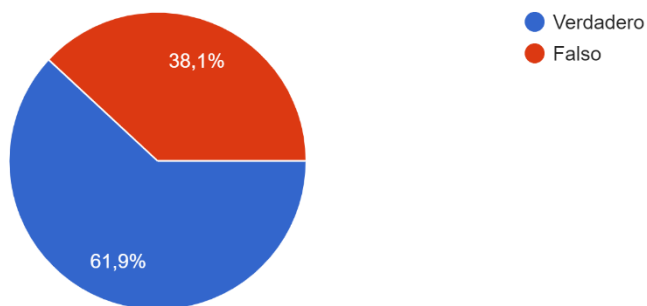
En un síncope, la posición más correcta del paciente es ponerlo sentado con la cabeza hacia abajo.

126 respuestas



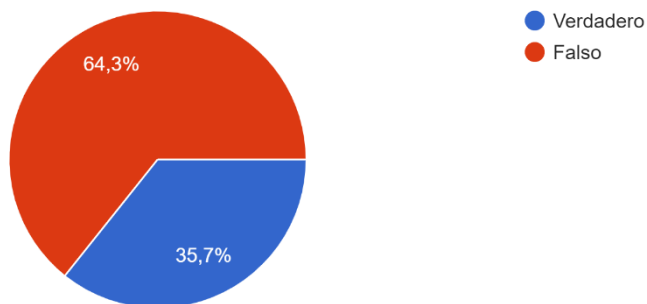
Cuando una persona pierde el conocimiento lo primero que hay que hacer, antes de nada, es tomarle el pulso en la muñeca para ver si está acelerado o lento.

126 respuestas



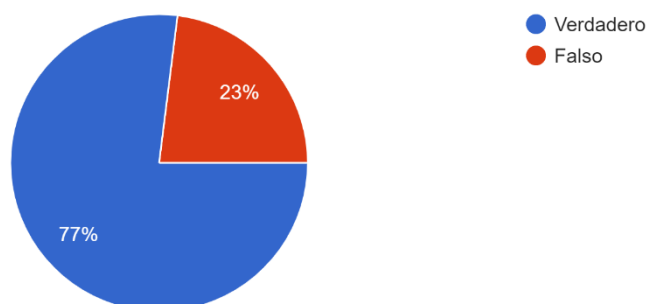
Ante un síncope, lipotimia o desmayo, es conveniente colocar frío en la nuca.

126 respuestas



La causa más frecuente de un síncope es una bajada de la tensión arterial.

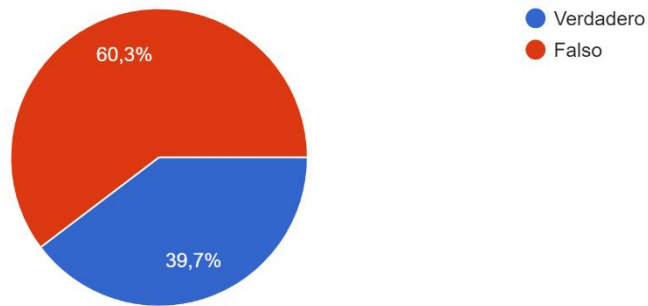
126 respuestas





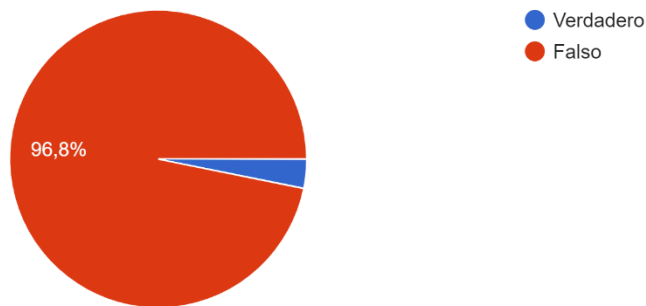
Uno de los síntomas previos a un desvanecimiento es el aumento de la temperatura corporal.

126 respuestas



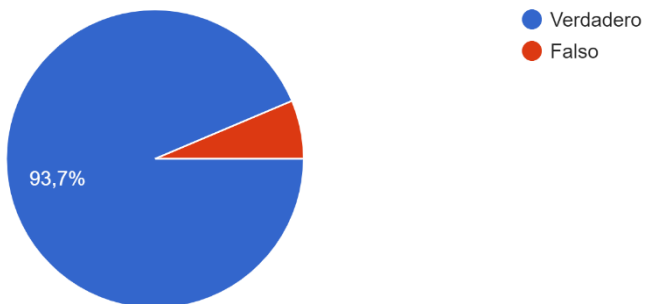
En caso de traumatismo, tras una caída, se movilizará al paciente y se levantará para observar los daños.

126 respuestas



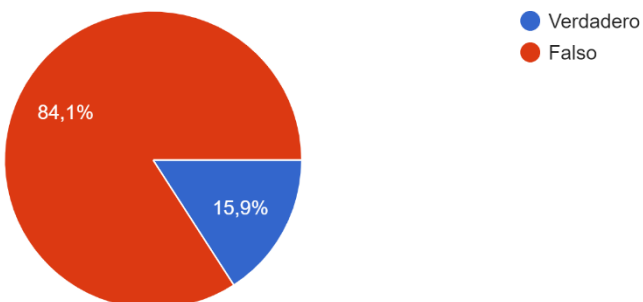
En caso de traumatismo en el que la persona queda inconsciente lo primero que tenemos que comprobar es la respiración, antes incluso que su estado circulatorio.

126 respuestas



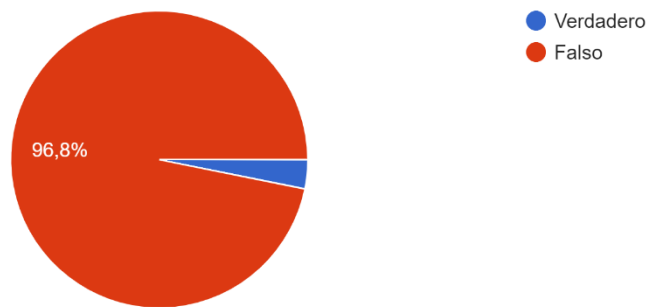
Si en caso de traumatismo el paciente nos comenta que está mareado debemos administrarle líquidos por boca para rehidratarle.

126 respuestas



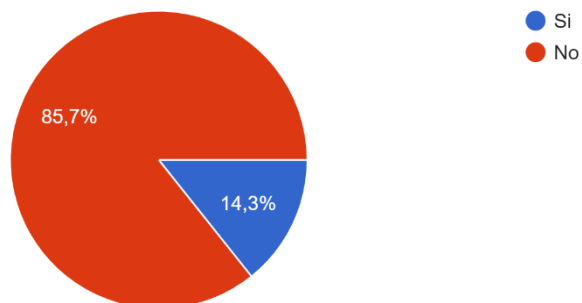
Si observas un accidente de tráfico y una de las víctimas queda inconsciente, debes trasladarla inmediatamente en tu coche al centro sanitario más próximo para no perder tiempo.

126 respuestas



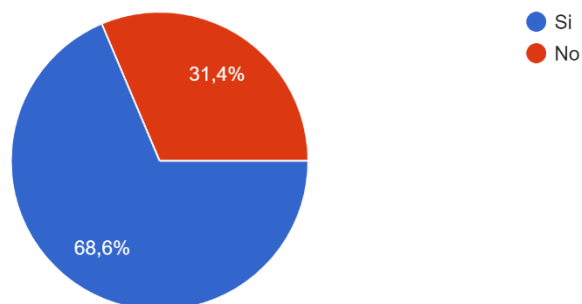
¿En algún momento ha vivido alguna de las situaciones presentadas con sus hijos?

126 respuestas



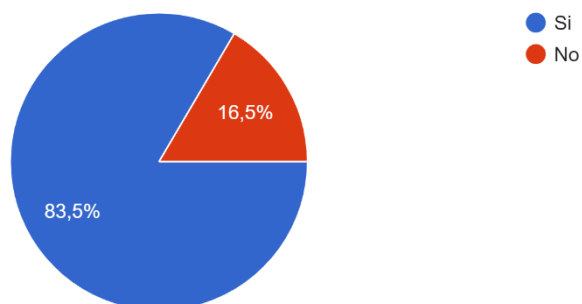
En caso de haber vivido alguna de las situaciones anteriores, ¿ha sentido miedo o angustia al enfrentarse a ellas?

51 respuestas



¿Cree que sentiría miedo o angustia al enfrentarse a alguna de las situaciones planteadas?

121 respuestas



## Anexo 4. Registro de inscripción al taller



### REGISTRO DE INSCRIPCIÓN Y ASIGNACIÓN DE PLAZA

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Teléfono:

Dirección:

Centro de salud referente:

Turno de preferencia:

Edad del participante:

Edad de sus hijo/s:

En Madrid, a ..... de ..... de 20....

Firma:

## Anexo 5. Folleto informativo del taller



**Gerencia Asistencial de Atención Primaria** | **COMILLAS** | **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** | **SAN JUAN DE DIOS**

1º EDICIÓN TALLER EDUCATIVO

**ACTUACIONES ANTE URGENCIAS NEUROLÓGICAS**

12 Y 19 ABRIL 2022 • 18:00-19:30 HRS  
C. DEL HOSPITAL, 7, VILLAREJO DE SALVANÉS  
SALA POLIVALENTE

Inscripción en el centro de salud o en la web de su ayuntamiento.  
Para más información, consulte con su enfermero/a

112

**Gerencia Asistencial de Atención Primaria** | **COMILLAS** | **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** | **SAN JUAN DE DIOS**

### INFORMACIÓN



El taller se llevará a cabo en la sala polivalente del centro de salud y en el caso de los consultorios se realizará en los centros de actividades cedidos por los ayuntamientos.

Se requiere inscripción previa, rellenando un formulario que podrá solicitarlo en los centros de salud y consultorios o lo podrá encontrar en la página web de los ayuntamientos.

### OBJETIVO

Nuestro objetivo es conseguir que los participantes aprendan los pasos a seguir en caso de encontrarse en una situación de urgencia neurológica.



### PROGRAMACIÓN

#### 1º Sesión - 12 de Abril

Se seguirá un orden  
Causas + Manifestaciones + Cuidados

- Síncope Vasovagal
- Convulsiones y Crisis epilépticas

#### 2º Sesión - 19 de Abril

- Accidente Cerebrovascular (ICTUS)
- Traumatismo craneoencefálico

TUTAMBIÉN  
PUEDES  
AYUDAR

**Gerencia Asistencial de Atención Primaria**

**COMILLAS** | **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** | **SAN JUAN DE DIOS**

### INFORMACIÓN



El taller se llevará a cabo en la sala polivalente del centro de salud y en el caso de los consultorios se realizará en los centros de actividades cedidos por los ayuntamientos.

Se requiere inscripción previa, rellenando un formulario que podrá solicitarlo en los centros de salud y consultorios o lo podrá encontrar en la página web de los ayuntamientos.

### OBJETIVO

Nuestro objetivo es conseguir que los participantes aprendan los pasos a seguir en caso de encontrarse en una situación de urgencia neurológica.



**Gerencia Asistencial de Atención Primaria**

**COMILLAS** | **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** | **SAN JUAN DE DIOS**

### PROGRAMACIÓN

#### 1º Sesión - 12 de Abril

Se seguirá un orden  
Causas + Manifestaciones + Cuidados

- Síncope Vasovagal
- Convulsiones y Crisis epilépticas

#### 2º Sesión - 19 de Abril

- Accidente Cerebrovascular (ICTUS)
- Traumatismo craneoencefálico

TUTAMBIÉN  
PUEDES  
AYUDAR

**Gerencia Asistencial de Atención Primaria**

**COMILLAS** | **ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA** | **SAN JUAN DE DIOS**

## Anexo 6. Cartel informativo del taller

**Gerencia Asistencial de Atención Primaria**  
SaludMadrid

**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

**ESCUELA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA**

**SAN JUAN DE DIOS**

1º EDICIÓN TALLER EDUCATIVO

**ACTUACIONES ANTE URGENCIAS NEUROLÓGICAS**

**12 Y 19 ABRIL 2022 • 18:00-19:30 HRS**  
**C. DEL HOSPITAL, 7, VILLAREJO DE SALVANÉS**  
**SALA POLIVALENTE**

Inscripción en el centro de salud o en la web de su ayuntamiento.  
Para más información, consulte con su enfermero/a

DIRIGIDO A PADRES CON HIJOS MENORES DE EDAD

## Anexo 7. Encuesta de satisfacción para finalizar la primera sesión

### ENCUESTA PRIMERA SESIÓN (12 de abril)

Edad:

Responda a las siguientes preguntas marcando 0 como la peor calificación y 5 como la mejor y contestando de forma breve las dos últimas cuestiones. Esta encuesta permite evaluar el grado de satisfacción de los participantes.

¿Qué tan útil le ha resultado la sesión?        
0 1 2 3 4 5

¿Le ha resultado práctico el temario impartido?        
0 1 2 3 4 5

¿Se ha sentido cómo realizando el taller?        
0 1 2 3 4 5

¿Se siente capaz ahora de enfrentarse a las situaciones planteadas en el taller?

¿Le ha resultado dinámica la sesión del día 12 de abril?        
0 1 2 3 4 5

¿Considera que se ha adaptado la información al entendimiento de todos los participantes?        
0 1 2 3 4 5

¿Modificarías algún aspecto de la sesión?

¿Qué sensaciones has tenido durante la sesión?

## Anexo 8. Encuesta de evaluación al finalizar el taller

### ENCUESTA EVALUACIÓN DEL TALLER

Edad:

Responda a las siguientes preguntas marcando 0 como la peor calificación y 5 como la mejor y contestando de forma breve las dos últimas cuestiones. Esta encuesta permite evaluar la sistemática del curso y la calidad del mismo.

¿Qué tan útil le ha resultado la sesión?        
0 1 2 3 4 5

¿Le ha resultado adecuada la duración del curso?        
0 1 2 3 4 5

¿Le han parecido correctos los recursos utilizados?        
0 1 2 3 4 5

¿El taller ha cubierto sus expectativas?        
0 1 2 3 4 5

¿Recomendarías este taller a otras personas?        
0 1 2 3 4 5

¿Considera que los conocimientos se han impartido con claridad?        
0 1 2 3 4 5

¿Consideras que el enfermero docente domina el contenido impartido?        
0 1 2 3 4 5

¿Considera necesaria la parte teórica?        
0 1 2 3 4 5

¿Considera necesaria la parte práctica?        
0 1 2 3 4 5

¿Considera adecuadas el número de sesiones impartidas?        
0 1 2 3 4 5

¿Le han parecido útiles las simulaciones realizadas?        
0 1 2 3 4 5

¿Le ha parecido un taller dinámico?        
0 1 2 3 4 5

¿Cree que sabría enfrentarse ante una urgencia neurológica explicada?        
0 1 2 3 4 5