

ECOIE 2016
ESTACION DE CARDIOLOGIA

Título del caso	Sincope
Autor	Sergio Manzano Fernández
Colaboradores (en su caso)	Pedro J Flores Blanco
Revisor	Arcadio García Alberola
Fecha de preparación	20-02-2016
Nombre del paciente (figurado)	Laura
Edad del paciente	29 años
Queja/Síntoma guía	Sincope
Diagnóstico final	Sincope vasovagal
Otros posibles diagnósticos (en su caso)	Ninguno
Duración de la estación	10 minutos
Propósito del caso (evaluación, año de estudio, objetivos docentes,...)	Evaluación de competencias básicas en pacientes con pericarditis aguda. Anamnesis 25%, Exploración física 25%, Manejo clínico 25%, Comunicación 25%. Año de estudio: 6º curso Objetivo docente: reconocer una patología frecuente y su correcto manejo.

DATOS GENERALES DEL CASO

Lugar de la asistencia médica	Urgencias del hospital.
Queja fundamental a exponer al médico en el inicio (mensaje claro y sistemático)	Sincope
Resumen del resto de síntomas (incluidos los no existentes)	Visión borrosa, sensación de calor y palidez.
Preocupación fundamental del enfermo: "pregunta reto"	<i>"miedo a presentar otro episodio en el trabajo"</i>
Repercusión emocional de la enfermedad	Está preocupada por si le vuelve a ocurrir en el trabajo.
Resumen sobre: <ul style="list-style-type: none"> - aspectos socio-familiares y de estilo de vida de interés - antecedentes personales y familiares básicos 	Mujer de 29 años, soltera, trabaja de cajera en un supermercado desde hace unos días. Nivel socioeconómico y cultural medio. Tabaquismo. No otros factores de riesgo cardiovascular. Sin antecedentes familiares de interés.
Resumen de los datos de Exploración Clínica valorables y patológicos	En consulta: buen estado general, consciente y orientada, TA 100/60 mmHg y FC 50 lpm. Resto normal.

CARACTERIZACIÓN DEL PACIENTE

Edad (específica, intervalo de edad)	29 años
Sexo (H, M, cualquiera)	Mujer
Perfil físico general (altura, peso, sobrepeso, delgadez,...)	Talla 1.65m. Peso 50 kg.
Perfil psicológico general (manifestación de emociones, lenguaje corporal, expresividad,...)	El perfil psicológico de la paciente es normal. Manifiesta las emociones con naturalidad. El lenguaje corporal es adecuado y muestra un nivel de expresividad neutro (ni inhibida ni exaltada)
Comunicación (tono de voz, gramática y lexicología, respuesta a las preguntas,...)	Coherente y colaboradora inicialmente. Tras el síncope le cuesta entender y se muestra algo confusa. La confusión mejora en unos 60 segundos y posteriormente vuelve estar como inicialmente.
Signos físicos específicos (cicatrices, tatuajes, ...)	Nada destacable.
Aspecto y cuidado: - higiene, pelo y maquillaje - vestimenta, complementos,...	Buena higiene Pelo largo. Morena Pantalones vaqueros y camisa.
Rasgos distintivos ajustados al caso (algunos se pueden simular)	Ninguno

DATOS ESPECÍFICOS DEL CASO CLÍNICO

Síntoma guía / Queja principal	Único, sencillo y comprensible
<p>Anamnesis:</p> <ul style="list-style-type: none"> - comienzo de los síntomas - evolución de los mismos - episodio único/recurrencia - síntomas continuos/intermitentes - localización - síntoma fundamental (no olvidar) - síntomas acompañantes - intensidad de los síntomas - periodicidad de los síntomas - factores de alivio o empeoramiento - medicación empleada - exploraciones complementarias disponibles (aportar) 	<p>Acude tras presentar esta mañana estando de pie en la cola del banco un episodio de pérdida de conocimiento brusco con recuperación espontánea en unos segundos. Como consecuencia de la pérdida de conocimiento ha caído al suelo pero no presenta signos externos de traumatismo craneoencefálico. Previo al episodio presentó sensación de calor y visión borrosa. No dolor torácico ni palpitaciones ni otros síntomas asociados. Sin embargo, al despertar refiere que presentó un náuseas y un vómito alimenticio. Una persona que estaba junto a ella en la</p>

<ul style="list-style-type: none"> - preocupación fundamental: pregunta reto 	<p>cola del banco le dijo que estaba pálida previo a la caída al suelo y que no presento convulsiones. Desconocemos tensión arterial, frecuencia cardiaca y glucemias durante el eventos sincopal. Un testigo (enfermero) intento tomarle pulso y al parecer no se lo detectaba, cuando comenzó a recuperar la consciencia refiere que empezó a notar el pulso, aunque débil y lento. Al ver que se recuperaba intentó incorporarse, pero volvió a marearse y le dijeron que esperase acostada un rato. Tras unos diez minutos pudo incorporarse sin problemas. Su preocupación fundamental es el miedo a tener una muerte súbita.</p>
<p>Antecedentes personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - enfermedades propias de la infancia - previas: enfermedades, cirugía, ingresos, accidentes - alergias - factores de riesgo vascular - medicación - historia ginecológica: menarquia, menopausia, embarazos, abortos,... 	<p>Sin antecedentes médicos de interés. Intervenida de amígdalas en la infancia. Estilo de vida cardiosaludable.</p>
<p>Antecedentes familiares (edades, vivos, muertos): padres, hijos, hermanos,..</p>	<p>Padre con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 e hipertensión arterial. Madre y 2 hermanos sin antecedentes.</p>
<p>Datos sociales: estado civil, profesión y antigüedad en el trabajo, nivel educativo, sexualidad, situación financiera, aficiones y ocio,...</p>	<p>Soltera. Cajera de supermercado Nivel educativo y socioeconómico medio.</p>
<p>Estilo de vida: tabaco (historia y actual, dieta (hábitos alimenticios), ejercicio físico</p>	<p>Estilo de vida cardiosaludable.</p>
<p>Exploración Clínica:</p>	<p><u>En consulta:</u> Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. TA 100/60. FC 50 lat/min. T^a 36,5°C. 18 resp/min AP: murmullo vesicular conservado. AC: bradicárdica. Rítmica sin soplos. Abdomen y MMII: normales.</p>
<p>Manejo clínico:</p>	<p>Ante un síncope debe realizar anamnesis detallada y exploración física. Con los datos de la anamnesis y la exploración física debe realizar el diagnóstico de síncope vasovagal.</p>

	<p>Debido a que está en una consulta puede solicitar un electrocardiograma si bien dadas las características del cuadro no es obligatorio. No precisa más exploraciones complementarias.</p>
--	--

EVALUACIÓN

ÁREAS COMPETENCIALES EVALUADAS Y SU PONDERACIÓN

Área competencial	Porcentaje sobre el total (100 %)
ANAMNESIS	25%
EXPLORACIÓN CLÍNICA	25%
PLAN DE MANEJO CLÍNICO	25%
HABILIDADES TÉCNICAS	
PREVENCIÓN Y PROMOCION DE SALUD	
RELACIONES INTERPROFESIONALES	
ASPECTOS ÉTICO-LEGALES y PROFESIONALISMO	
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	25%

PUNTUACIÓN TOTAL Y PARCIALES ASIGNADAS AL CASO

Puntuación del caso	Puntuación total (100 puntos)
Anamnesis: 25 puntos (3 puntos por cada ítem excepto el ítem 2 que puntúa 4 puntos cada uno).	<p>Preguntar por:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Síntoma fundamental (pérdida de conocimiento). 2. Comienzo de los síntomas y evolución (inicio brusco, segundos de duración y recuperación completa espontánea). 4. Contexto del síncope (estando de pie en la cola del banco. No síncope de esfuerzo). 5. Síntomas previos (sensación de calor y visión borrosa. No dolor torácico ni palpitations). 6. Síntomas posteriores (nauseas y vómito alimenticios). 7. Episodios previos (No similar, si episodios presincopeciales situacionales). 8. Antecedentes de cardiopatía (No).
Exploración física: 25 puntos (10 puntos por cada uno de los ítem excepto el último que se puntuará con 5 puntos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Toma de tensión arterial. 2. Toma de pulso. 3. Auscultación cardiaca (bradicárdica, rítmica y sin soplos)
Manejo clínico y relaciones interprofesionales: 25 puntos (8 puntos por cada unos de los ítem salvo el primero que se puntuará con 9 puntos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta hospitalaria 2. Explicar naturaleza benigna del cuadro. 3. Explicar como puede evitar nuevos episodios 4. Solicitar TAC craneal, ecocardiograma y/o radiografía de tórax supondrá una puntuación máxima de 10 puntos en este apartado. 5. Cursar ingreso hospitalario supondrá no puntuar en este apartado. 6. Solicitar ECG o analítica no restará ni sumará puntos.
Comunicación: 25 puntos (2.5 puntos por cada ítem)	Listado evaluativo común de 10 ítems aprobado por el comité ECOE.

HOJA DE EVALUACIÓN

- **Evaluación:**

- **Anamnesis y manejo clínico:** evaluador
- **Comunicación:** conjunta evaluador y actor

ANAMNESIS, 25 puntos	Sí	No
Pregunta por síntoma fundamental (3 puntos).		
Pregunta por el comienzo de los síntomas y la evolución (4 puntos).		
Pregunta por el contexto clínico del síncope (3 puntos).		
Preguntar por síntomas previos (3 puntos).		
Pregunta por síntomas posteriores (3 puntos).		
Pregunta por episodios previos similares (3 puntos).		
Preguntar por antecedentes de cardiopatía (3 puntos).		
EXPLORACIÓN FÍSICA, 25 puntos	Sí	No
Solicitar o realizar toma de tensión arterial (10 puntos)		
Solicitar o realizar toma de pulso (10 puntos)		
Realizar auscultación cardíaca (5 puntos)		
MANEJO CLÍNICO/RELACIONES INTERPROFESIONALES, 25 puntos	Sí	No
Alta hospitalaria (9 puntos)		
Explicar naturaleza benigna del cuadro (8 puntos)		
Explicar como puede evitar nuevos episodios y que debe hacer en caso de síntomas prodrómicos (8 puntos)		
Solicitar TAC craneal, ecocardiograma y/o radiografía de tórax supondrá una puntuación máxima de 10 puntos en este apartado.		
Cursar ingreso hospitalario supondrá no puntuar en este apartado.		
Solicitar ECG o analítica no sumara ni restara puntos.		
COMUNICACIÓN, 25 puntos	Sí	No
Apariencia cuidada, buena higiene, postura corporal correcta (2.5 puntos).		
Escucha adecuada, no interrumpe, está atento, mira mientras habla (2.5 puntos).		
Cordialidad, realiza una buena acogida, sonrío (2.5 puntos).		
Respeto, en ningún momento critica o realiza juicios peyorativos (2.5 puntos).		
Tranquilidad, se mantiene sereno, con control emocional (2.5 puntos).		
Optimismo, ve los aspectos positivos de las situaciones, intenta dar ánimos al paciente, sin seguridades prematuras (2.5 puntos).		
Contacto, el contacto físico al realizar exploraciones físicas o saludar es cuidadoso y amable (2.5 puntos).		
Interés, se interesa por las opiniones, las creencias, valores o preocupaciones del paciente (2.5 puntos).		
Expresión inteligible, se expresa de manera que se le entiende claramente (2.5 puntos).		
Empatía, ante las emociones intensas del paciente (dolor, ansiedad, alegría) participa se solidariza o las entiende para reconvertirlas (2.5 puntos).		
TOTAL (máx. 100 puntos)		

SITUACIÓN DE PARTIDA

Se encuentra Vd. en el Servicio de Urgencias del Hospital, donde acude una mujer de 29 años llamada LAURA, por síncope.

Dispone de 10 minutos para realizar anamnesis, exploración física, emitir un diagnóstico y establecer tratamiento.

PRUEBAS QUE FACILITARÁ EL ACTOR (SI SE SOLICITAN):

1. Documento 1: **ECG** (Se entregara si lo solicita).
2. Documento 2: **Analítica** (Se entregara si la solicita).
3. Documento 3: **Radiografía de tórax** (Se entregara si la solicita).
4. Documento 4: **TC craneal** (Se entregara si la solicita).
5. Documento 5: **Ecocardiograma** (Se entregara si la solicita).

GUIÓN PARA EL ACTOR

UBI DE ENTRADA

“Hola doctor, vengo porque esta mañana he perdido el conocimiento...” (pausa para que el médico le pregunte...).

UBIs ENFERMEDAD ACTUAL:

- “Esta mañana he ido a hacer unas gestiones al banco y mientras estaba de pie haciendo cola he empezado a notar que me mareaba ... no quería moverme por no perder la cola, pero como iba a más me he ido hacia un banco y de camino he perdido el conocimiento y me he caído al suelo”
- Si me pregunta sobre qué he notado antes de perder el conocimiento → contestaré: “he notado que me mareaba, como si el suelo se moviese, y además mucho calor y como si se me nublara la vista”
- Si me pregunta si he notado palpitaciones o dolor torácico antes de perder el conocimiento → contestaré: “No”
- Si me pregunta si me he golpeado la cabeza al caer: “creo que me he golpeado en la cabeza, pero ha sido un golpe flojo porque un señor que había allí me ha cogido mientras me caía porque me ha visto que no estaba bien”
- Si me pregunta cuánto tiempo ha durado la pérdida de conocimiento → contestaré: “no lo sé exactamente, pero no creo que han pasado más de unos pocos segundos; además, la gente que había allí me ha dicho que en seguida he vuelvo a abrir los ojos y hablar”
- Si me pregunta qué he notado al recuperar el conocimiento → contestaré: “pues estaba aturdida, como cuando te acabas de despertar, no sabía muy bien que hacía en el suelo ni tanta gente mirándome. Me han dado nauseas, he tenido dos o tres arcadas y he vomitado un poco lo que había desayunado. Pero en poco tiempo he empezado a encontrarme mejor y en seguida sabía dónde estaba y qué me había pasado”
- Si me pregunta qué he hecho después → contestaré: “en pocos minutos me he encontrado casi normal y he intentado levantarme, pero me he vuelto a marear un poco y me han dicho que me quedase tumbada un rato más. Me han dado de beber un poco de agua y pasados unos 10 minutos me he levantado poco a poco y ya me encuentro bien. Al principio no sabía si venir, pero con tantos casos de gente que se muere de repente estando bien me ha dado miedo y he venido”
- Si me pregunta por qué he venido a la consulta → contestaré: “Al principio no sabía si venir, pero con tantos casos de gente que se muere de repente estando bien, me ha dado miedo y he venido”

- Si me pregunta si me han tomado la tensión durante el episodio o que han hecho los testigos → contestaré: “Había un chico allí que decía que trabajaba como enfermero en un centro de salud. Me ha dicho que cuando he perdido el conocimiento me ha intentado tomar el pulso y que no lo conseguía, pero después, cuando yo ya estaba recuperándome, dice que notaba el pulso muy débil y lento ”
- Si me pregunta si he estado enferma recientemente → contestaré: “No, hace años que no he estado enferma”
- Si me pregunta si esto me ha pasado antes / si he tenido alguna vez otra pérdida de conocimiento aparte de esta → contestaré: “Es la primera vez que pierdo el conocimiento, aunque si he tenido algún mareo alguna vez en sitios con calor y mucha gente. Una vez creo que estuve a punto de perder el conocimiento, pero me senté en una silla y se me pasó”

UBIs ANTECEDENTES PERSONALES

- “No padezco de nada”
- “De pequeña me quitaron las amígdalas”
- “No he estado nunca ingresada”
- “ Yo creo que llevo una vida sana, no bebo ni fumo”
- “No suelo hacer deporte”
- “No tomo pastillas para nada”.

UBIs ANTECEDENTES FAMILIARES

- “Mis abuelos fallecieron cuando eran muy mayores, tenían algún achaque pero nada importante que yo sepa”
- “Vivo con mis padres y mis dos hermanos”
- “Mis padres están bien, se pone insulina porque es diabético y creo que toma una pastilla para el colesterol”
- “Mi madre no padece de nada”
- “Mis hermanos no padecen de nada”

UBIs MANEJO CLÍNICO

- Respecto a las **pruebas que le puede solicitar el médico:**
 - ECG (Se entregara si lo solicita).
 - Analítica (Se entregara si la solicita).
 - Radiografía de tórax (Se entregara si la solicita).
 - TC craneal (Se entregara si la solicita).
 - Ecocardiograma (Se entregara si la solicita).
- Cuando el médico le informe del **diagnóstico:** “¿Pero eso es grave Doctor? ¿Puedo perder la vida por esto? ¿Me puedo repetir?” (pregunta nerviosa y con cara de angustia)
- Respecto al **tratamiento:** “¿Entonces cuál es el tratamiento para esto?” “¿Qué puedo hacer para que no me repita?”

RECURSOS NECESARIOS PARA LA ECOE

Recursos Humanos: 1 responsable, 3 evaluadores Y 3 actrices.

Recursos estructurales: 3 consultas.

Recursos Materiales:

- Hoja de SITUACIÓN DE PARTIDA → tres copias.
- Pruebas complementarias (5 documentos) → tres copias.
- Hoja de LISTADO EVALUATIVO (check list) de anamnesis, manejo y comunicación. → tantas copias como alumnos