

FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE MURCIA

ECOE 2016, 4 de junio.

ESTACIÓN N° 7: NEUROLOGÍA.

INFORMACIÓN GENERAL

CASO: Migraña con aura.

TÍTULO DEL CASO: Mujer de 28 años que consulta por episodios de alteración visual transitoria y cefalea.

LUGAR: Box de Urgencias en un Hospital de tercer nivel.

TIPO: Actor.

INSTRUMENTO EVALUATIVO: Paciente estandarizado.

ÁREAS COMPETENCIALES EVALUADAS Y SU PONDERACIÓN

| Área competencial | Porcentaje sobre el total |
|--|---------------------------|
| ANAMNESIS | 35 |
| EXPLORACIÓN CLÍNICA | 25 |
| PLAN DE MANEJO CLÍNICO | 20 |
| HABILIDADES TÉCNICAS | - |
| PREVENCIÓN Y PROMOCION DE SALUD | - |
| RELACIONES INTERPROFESIONALES | - |
| ASPECTOS ÉTICO-LEGALES y PROFESIONALISMO | 5 |
| HABILIDADES DE COMUNICACIÓN | 15 |

AUTOR: Ramón Villaverde González.

COLABORADOR: Francisco Antonio Martínez García.

ÚLTIMA REVISIÓN: 28/02/2016.

PROPÓSITO DEL CASO: Evaluación ECOE.

DATOS ESPECÍFICOS DEL CASO CLÍNICO

1. Nombre de la estación: Mujer de 28 años con episodios de alteración visual transitoria y cefalea.

2. Situación de partida

Lucía Cano García, de 28 años, acude a Urgencias de un hospital a primera hora de la mañana por haber presentado poco después de despertar, un episodio de alteración visual de unos 20 minutos de duración que se ha seguido de una cefalea intensa que persiste.

Dispone de 8 minutos para realizar **anamnesis, exploración, petición de pruebas, propuesta de diagnóstico** y posible **tratamiento**.

El paciente le proporcionará los datos de resultados de los **exámenes de exploración física** que usted le realice.

El paciente le proporcionará los resultados de las **pruebas complementarias** que usted solicite de forma expresa.

Tiene a su disposición una **hoja para marcar el posible diagnóstico y el tratamiento**.

3. Guión para el paciente/actor

3.1. Enfermedad Actual

Lucía Cano García, de 28 años, acude a Urgencias del hospital a primera hora de la mañana por haber presentado, poco después de despertar, un episodio de alteración visual de unos 20 minutos de duración que se ha seguido de una cefalea intensa que persiste 2 horas después. Cuando llega a Urgencias todavía persiste el dolor.

Viene padeciendo episodios similares desde hace unos 3 años, en los últimos meses son más frecuentes y presenta al menos cuatro o cinco episodios al mes.

En esta ocasión la alteración visual ha sido más intensa. Comienza como un arco brillante en la periferia derecha de su campo visual y poco después aparece visión borrosa, "como niebla o como si viera a través de un cristal traslúcido", que se va extendiendo por todo el campo visual, afecta a ambos ojos. A los 15 minutos aproximadamente comienza a recuperarse. A los 20 minutos ya ha recobrado por completo la visión y poco a poco aparece una cefalea intensa, pulsátil, que afecta a la mitad derecha de la cabeza, sobre todo a la región anterior. El dolor es intenso, ha tomado un comprimido de ibuprofeno, después ha tenido náuseas y ha vomitado. Le molesta mucho la luz y los ruidos. La intensidad del dolor aumenta con los movimientos. La ha traído su padre a urgencias, no puede conducir y en esa situación no puede ir a trabajar. Cuando es atendida en Urgencias persiste la sintomatología.

Desde hace 3 ó 4 años le ocurren episodios similares, a veces las alteraciones visuales no se siguen de dolor de cabeza, pero la mayor parte de las veces sí lo hacen, y en algunas ocasiones los dolores de cabeza no se preceden de alteración visual. La mayoría de estos episodios de cefalea consisten en: alteraciones visuales por los dos ojos que duran unos 15-20 minutos, seguidos de cefalea en uno de los dos hemicráneos, pulsátil ("como los latidos del corazón"), de una intensidad tal que le obliga a dejar de hacer lo que esté haciendo, que empeora con el ejercicio físico

(andar, subir escaleras...) y mejora con el reposo, con náuseas y vómitos, le molestan los ruidos y sobre todo la luz.. Toma ibuprofeno o paracetamol pero los efectos son solo parciales y el dolor dura varias horas.

Estos episodios los tenía 1 vez al mes, generalmente alrededor de la menstruación. En los últimos meses son más frecuentes (4-5 al mes), piensa que es debido a que está más estresada y duerme poco, está preparando oposiciones para magisterio, además de continuar con su trabajo de profesora.

No ha tenido fiebre, no ha recibido vacunaciones ni ningún tratamiento médico reciente. No ha sufrido traumatismos craneales. Sus familiares y compañeros no han notado cambios de personalidad o ánimo.

Su médico de familia la había derivado a Neurología una semana antes pero no la han llamado aún.

3.2. Antecedentes Personales: Sin alergias medicamentosas conocidas. No es diabética, ni tiene hipertensión arterial ni hipercolesterolemia. Nunca ha fumado y apenas toma alcohol. No tiene enfermedades cardíacas ni pulmonares conocidas. Nunca ha ingresado en un hospital. Trabaja como profesora de educación primaria desde hace dos años.

Nulípara.

Situación basal: Adecuada para su edad, independiente, activa, soltera.

Tratamiento crónico: Toma anticonceptivos orales (etinilestradiol)

3.3. Antecedentes familiares: Su madre es hipertensa y tuvo jaquecas en la juventud. Su padre ha tenido recientemente un ictus "leve".

3.4. Perfil del paciente: Se trata de una mujer joven de nivel cultural alto, educada y amable, aunque afectada por dolor de cabeza y le molesta la luz, por lo que tiende a hablar con los ojos cerrados. Viste de manera informal. Nivel socioeconómico medio-alto. Vive en ambiente urbano.

4. Unidades Básicas de Información (UBIs)

4.1. UBI de entrada: lo que la paciente dice al examinando tras el saludo.

"Hola doctor. Vengo al hospital porque tengo un dolor de cabeza fuerte y he perdido la visión durante un rato esta mañana." (La actriz debe mostrar afectación por el dolor de cabeza, así como fotofobia, pero colaborando adecuadamente con el doctor).

4.2. UBIs obligatorias y de rescate

- Si el profesional propone diagnóstico y/o tratamiento *sin explorarle*, le dirá: **"Doctor, ¿no me va a explorar?"**.

- Si el profesional le indica que le va a explorar, la actriz preguntará **"Doctor, ¿qué me va a explorar?"** y le entregará la hoja con las exploraciones que el alumno solicite:

- Constantes vitales y exploración sistémica básica
- Exploración neurológica
- Signos meníngeos
- Fondo de ojo.

- Si el profesional no le solicita alguna de las anteriores, la actriz preguntará **"Doctor, ¿va a explorarme algo más?"**.

- Si el profesional propone diagnóstico y/o tratamiento *sin pedirle pruebas*, le dirá: **"Doctor, ¿no me va a pedir pruebas?"**.

- Si el profesional le pide pruebas, el actor le irá proporcionando solo aquellas que expresamente le solicite. Si no dispone de alguna solicitada le contestará que no la tiene.
- Si el profesional no le dice el diagnóstico, le dirá **“Doctor, ¿qué enfermedad cree que tengo?”**, para recordarle que cumplimente la hoja del diagnóstico.
- Si el profesional no le pone tratamiento, le dirá: **“Doctor, ¿no me pone tratamiento?”**, para indicarle que cumplimente la hoja del tratamiento.
- **Las hojas de diagnóstico y tratamiento** estarán en la mesa, en un lugar visible y accesible.

5. Resultados de exploración física y de las pruebas diagnósticas.

1. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes vitales: Presión Arterial 130/80 mmHg, FC 70 lpm, Tª 36.5°C.
- Exploración física sistémica básica: Coloración de piel y mucosas, auscultación cardiopulmonar y abdomen normales.
- Exploración neurológica: Nivel y contenido de conciencia normales, agudeza visual conservada (cuenta dedos a 4 m y es capaz de leer), campimetría por confrontación normal, isocoria y normorreactividad pupilar, no existe defecto pupilar aferente, motilidad ocular externa normal, resto de pares craneales normales, incluido reflejo corneal, no nistagmus, fuerza, tono, sensibilidad superficial, cortical y profunda normales, pruebas cerebelosas normales, los reflejos de estiramiento muscular son vivos (+++/++++) y simétricos y los reflejos cutaneoplantares son flexores, la marcha es normal y la maniobra de Romberg es negativa.
- Exploración de signos meníngeos: No existe rigidez de nuca, las maniobras de Brudzinsky y Kernig son negativas.
- Exploración de fondo de ojo: Se muestra fotografía.

2. ANÁLISIS:

(Entregar hoja)

Bioquímica: glucosa 98 mg/dL; creatinina 0,71 mg/dL; urea 23 mg/dL; Na 140 mmol/L, K 4.1mmol/L

Hemograma: 7300 leucocitos (61% de neutrófilos, 23% de linfocitos), Hb 14.3: Hcto 42,3%; VCM 89, plaquetas 198.000.

Coagulación: actividad de protrombina 100%; PTTA 23”

6. Hoja de diagnóstico y tratamiento. Para el examinando.

Apartados de:

1) Diagnóstico propuesto: (en blanco)

Migraña con aura

2) Tratamiento inicial propuesto: (en blanco)

-Para las crisis de dolor:

En ese momento antiinflamatorios y antieméticos IV.

Cuando mejora, alta a su domicilio.

Para próximas crisis recomendar combinación de antiinflamatorios y antieméticos al inicio del aura o dolor; opcional triptanes cuando ceda el aura.

- Tratamiento profiláctico: Válidos topiramato, flunaricina, zonisamida; también propanolol, nadolol.

7. Hoja de evaluación para observador

Valorará las competencias "médicas".

8. Hoja de evaluación para el paciente (actor)

Valorará las habilidades de comunicación.

9. Listado de material y personal

1. Mobiliario tipo consulta: mesa, sillas para examinando, paciente y observador.
2. Biombo si se desea "esconder" al observador.
3. Oftalmoscopio.
4. Martillo de reflejos.
5. Actor.
6. Observador/Evaluador.
7. Responsable de estación.
8. Copias de situación de partida.
9. Copias de resultados de exploración.
10. Copias de hojas de petición de pruebas complementarias.
11. Copias de resultados de pruebas diagnósticas.
12. Copias de hojas de diagnóstico y tratamiento.
13. Copias de hojas de evaluación.

Personal necesario

(Teniendo en cuenta que serán 3 ruedas simultáneas, hay que multiplicar estos números x 3)

| Items | Número por cada rueda |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Actriz | 2 |
| Evaluador | 2 |
| Suplentes de actrices y evaluadores | A determinar por la organización |
| Responsable de estación* | 2 (1 turno mañana y 1 turno tarde) |

* En La Arrixaca podría haber 1 solo responsable de estación para las 2 ruedas (1 por la mañana y 1 por la tarde).

VALORACIÓN DEL LISTADO EVALUATIVO (Para observador y paciente)

ESTACION N° 7: Mujer de 28 años que consulta por episodios de alteración visual transitoria y cefalea.

| ANAMNESIS (máximo 35 puntos) | SÍ | NO |
|---|-----------|-----------|
| Pregunta por la duración y características del trastorno visual | 5 | |
| Pregunta por las características e intensidad del dolor | 5 | |
| Pregunta si el dolor le ha despertado por la noche | 5 | |
| Pregunta si ha presentado fiebre. | 2 | |
| Pregunta si ha presentado náuseas o vómitos | 4 | |
| Pregunta si tiene fotofobia o fonofobia | 2 | |
| Pregunta si ha presentado previamente episodios de dolor y el número de ellos | 5 | |
| Pregunta si el dolor es incapacitante | 5 | |
| Pregunta si hay antecedentes familiares de cefalea o migraña | 2 | |
| TOTAL PUNTOS ANAMNESIS | | |
| EXPLORACIÓN (máximo 25 puntos) | SÍ | NO |
| Realiza la exploración neurológica | 10 | |
| Toma las constantes vitales (PA, FC, temperatura) y realiza una exploración sistémica básica | 5 | |
| Explora el fondo de ojo | 5 | |
| Explora los signos meníngeos | 5 | |
| TOTAL PUNTOS EXPLORACIÓN | | |
| MANEJO CLINICO (máximo 20 puntos) | SÍ | NO |
| No pide ninguna prueba y explica bien la naturaleza del proceso | 1 | |
| Explica bien la naturaleza del proceso | 1 | |
| Diagnostica: Migraña con aura (5 puntos). (Si solo migraña 3 puntos) | 5 | |
| Tratamiento: Prescribe tratamiento para la crisis de dolor actual; al menos analgésicos-antiinflamatorios (3 puntos) y antieméticos (1 punto) | 4 | |
| Tratamiento: Recomienda tratamiento para próximas crisis de dolor con AINE (3 puntos) y antieméticos (1 punto); también junto a AINE o en lugar de ellos puede prescribir triptanes cuando haya pasado el aura. | 4 | |
| Tratamiento: Prescribe tratamiento profiláctico. Se admiten topiramato, | 3 | |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| flunaricina, zonisamida, β -bloqueantes (propranolol, nadolol, metoprolol...) | | |
| Recomienda retirada de anticonceptivos orales | 2 | |
| TOTAL PUNTOS MANEJO CLÍNICO | | |
| COMUNICACIÓN (máx. 15 puntos) (durante todo el caso clínico) | SÍ | NO |
| Apariencia: Apariencia cuidada, buena higiene, postura corporal correcta. | 1,5 | |
| Escucha: Escucha adecuada, no interrumpe, está atento, mira mientras habla. | 1,5 | |
| Cordialidad: Realiza un buen recibimiento, sonríe. | 1,5 | |
| Respeto: En ningún momento critica o hace juicios peyorativos. | 1,5 | |
| Tranquilidad: Se mantiene sereno, con control emocional. | 1,5 | |
| Optimismo: Ve los aspectos positivos de las situaciones, intenta dar ánimos al paciente. | 1,5 | |
| Contacto: El contacto físico en la exploración física o saludo es cuidadoso y amable. | 1,5 | |
| Interés: Se interesa por opiniones, creencias, valores, preocupaciones y emociones | 1,5 | |
| Expresión: Se expresa de manera que se le entiende claramente todo el rato. | 1,5 | |
| Empatía: Ante las emociones intensas del enfermo (dolor, ansiedad, alegría) participa y se solidariza o las entiende para reconvertirlas. | 1,5 | |
| TOTAL PUNTOS COMUNICACIÓN | | |
| ASPECTOS ÉTICO-LEGAL-PROFESIONAL (máximo 5 puntos) | SÍ | NO |
| Se presenta por su nombre y apellidos | 5 | |
| TOTAL ASPECTOS ÉTICO-LEGAL-PROFESIONAL | | |
| PUNTUACIÓN FINAL (máximo 100 puntos) | | |

Anexo I

SITUACIÓN DE PARTIDA

Lucía Cano García, de 28 años, acude a urgencias de un hospital a primera hora de la mañana por haber presentado poco después de despertar, un episodio de alteración visual de unos 20 minutos de duración que se ha seguido de una cefalea intensa que persiste.

Dispone de 8 minutos para realizar **anamnesis, exploración física, petición de pruebas**, propuesta de **diagnóstico** y posible **tratamiento**.

El paciente le proporcionará los datos de resultados de los **exámenes de la exploración física** que usted decida realizar. Solicítelo al paciente. Si desea algún tipo de maniobra o exploración concreta, solicítela.

El paciente le proporcionará los resultados de las **pruebas complementarias** que usted solicite de forma expresa.
(Marcarlas en Hoja de Petición de Pruebas)

Tiene a su disposición una **hoja para marcar el posible diagnóstico y el tratamiento**.

Anexo II

CONSTANTES VITALES Y EXPLORACIÓN SISTÉMICA BÁSICA

Constantes: Presión Arterial 130/80 mmHg, FC 70 lpm, T^a 36.5°C.

Exploración física sistémica básica: Coloración de piel y mucosas, auscultación cardiopulmonar y abdomen normales.

Anexo III

EXPLORACION NEUROLÓGICA

Nivel y contenido de consciencia normales, pupilas isocóricas y normorreactivas, no existe defecto pupilar aferente, motilidad ocular externa normal, resto de pares craneales normales, incluido reflejo corneal, no nistagmus, fuerza, tono, sensibilidad superficial, cortical y profunda normales, pruebas cerebelosas normales, los reflejos de estiramiento muscular son vivos (+++/++++), simétricos y los reflejos cutaneoplantares son flexores, los campos visuales por confrontación son normales; la marcha es normal y la maniobra de Romberg es negativa.

Anexo IV

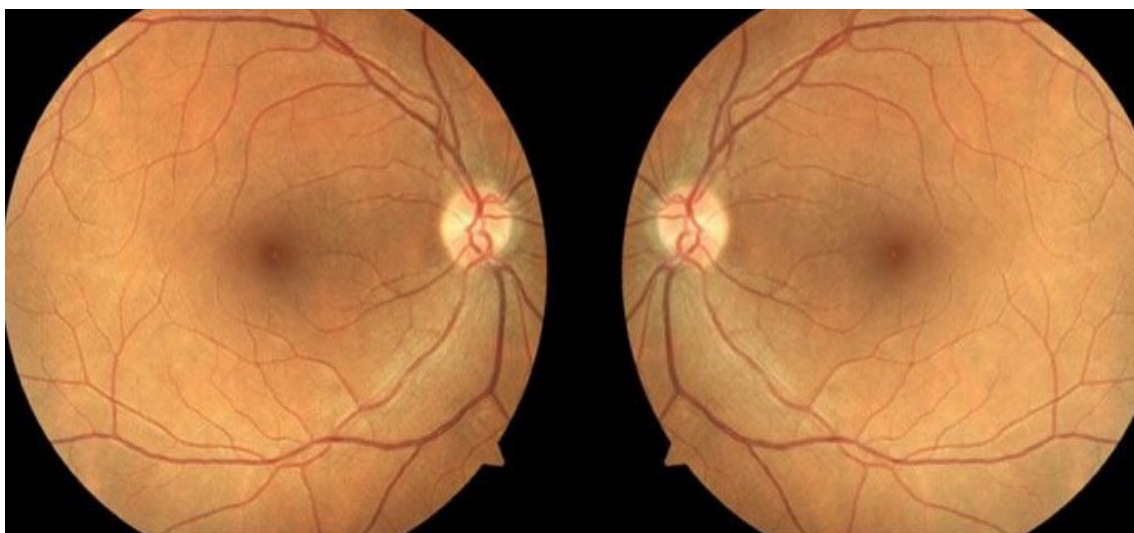
EXPLORACIÓN DE SIGNOS MENÍNGEOS

No rigidez de nuca.

Signos de Kernig y Brudzinski negativos.

Anexo V

FONDO DE OJO



Anexo VI

ALUMNO (Código identificativo):

PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

(Marcar las pruebas solicitadas en Urgencias)

| ANALÍTICA | Solicitar |
|---|------------------|
| - Bioquímica | |
| - Hemograma | |
| - Proteinograma | |
| - Hormonas tiroideas | |
| - Gasometría arterial | |
| - Coagulación y Dímero D | |
| - Citobioquímica LCR | |
| IMAGEN | |
| - Eco doppler de troncos supraaórticos | |
| - Tomografía computerizada (TC) craneal | |
| - Rx tórax | |
| - RM cerebral | |
| OTRAS PRUEBAS | |
| - Electroencefalografía | |

Anexo VII

PROPUESTA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

ALUMNO (Código identificativo):

DIAGNÓSTICO:

TRATAMIENTO:

Firma:

Anexo VIII

HOJA DE EVALUACIÓN (Para observador y paciente-actor)

ALUMNO (Código identificativo):

ESTACION N° 7: Mujer de 28 años que consulta por episodios de alteración visual transitoria y cefalea

| ANAMNESIS (máximo 35 puntos) | SÍ | NO |
|--|-----------|-----------|
| Pregunta por la duración y características del trastorno visual | 5 | |
| Pregunta por las características e intensidad del dolor | 5 | |
| Pregunta si el dolor le ha despertado por la noche | 5 | |
| Pregunta si ha presentado fiebre. | 2 | |
| Pregunta si ha presentado náuseas o vómitos | 4 | |
| Pregunta si tiene fotofobia o fonofobia | 2 | |
| Pregunta si ha presentado previamente episodios de dolor y el número de ellos | 5 | |
| Pregunta si el dolor es incapacitante | 5 | |
| Pregunta si hay antecedentes familiares de cefalea o migraña | 2 | |
| TOTAL PUNTOS ANAMNESIS | | |
| EXPLORACIÓN (máximo 25 puntos) | SÍ | NO |
| Realiza la exploración neurológica | 10 | |
| Toma las constantes vitales (PA, FC, temperatura) y realiza una exploración sistémica básica | 5 | |
| Explora los signos meníngeos | 5 | |

| | | |
|---|-----------|-----------|
| Explora el fondo de ojo | 5 | |
| TOTAL PUNTOS EXPLORACIÓN | | |
| MANEJO CLINICO (máximo 20 puntos) | SÍ | NO |
| No pide ninguna prueba y explica bien la naturaleza del proceso | 1 | |
| Explica bien la naturaleza del proceso | 1 | |
| Diagnostica: Migraña con aura (5 puntos). (Si solo migraña 3 puntos) | 5 | |
| Tratamiento: Prescribe tratamiento para la crisis de dolor actual; al menos analgésicos-antiinflamatorios (3 puntos) y antieméticos (1 punto) | 4 | |
| Tratamiento: Recomienda tratamiento para próximas crisis de dolor con AINE (3 puntos) y antieméticos (1 punto); también junto a AINE o en lugar de ellos puede prescribir triptanes cuando haya pasado el aura. | 4 | |
| Tratamiento: Prescribe tratamiento profiláctico. Se admiten topiramato, flunaricina, zonisamida, β -bloqueantes (propranolol, nadolol, metoprolol...) | 3 | |
| Recomienda retirada de anticonceptivos orales | 2 | |
| TOTAL PUNTOS MANEJO CLÍNICO | | |
| COMUNICACIÓN (máx. 15 puntos) (durante todo el caso clínico) | SÍ | NO |
| Apariencia: Apariencia cuidada, buena higiene, postura corporal correcta. | 1,5 | |
| Escucha: Escucha adecuada, no interrumpe, está atento, mira mientras habla. | 1,5 | |
| Cordialidad: Realiza un buen recibimiento, sonrío. | 1,5 | |
| Respeto: En ningún momento critica o hace juicios peyorativos. | 1,5 | |
| Tranquilidad: Se mantiene sereno, con control emocional. | 1,5 | |
| Optimismo: Ve los aspectos positivos de las situaciones, intenta dar ánimos al paciente. | 1,5 | |
| Contacto: El contacto físico en la exploración física o saludo es cuidadoso y amable. | 1,5 | |
| Interés: Se interesa por opiniones, creencias, valores, | 1,5 | |

| | | |
|--|-----------|-----------|
| preocupaciones y emociones | | |
| Expresión: Se expresa de manera que se le entiende claramente todo el rato. | 1,5 | |
| Empatía: Ante las emociones intensas del enfermo (dolor, ansiedad, alegría) participa y se solidariza o las entiende para reconvertirlas. | 1,5 | |
| TOTAL PUNTOS COMUNICACIÓN | | |
| ASPECTOS ÉTICO-LEGAL-PROFESIONAL (máximo 5 puntos) | SÍ | NO |
| Se presenta por su nombre y apellidos | 5 | |
| TOTAL ASPECTOS ÉTICO-LEGAL-PROFESIONAL | | |
| PUNTUACIÓN FINAL (máximo 100 puntos) | | |