

CASO CLÍNICO SAMUR PARA SOPORTE VITAL BÁSICO – Nº 2

Motivo de la consulta: Varón de 43 años que sufre una caída mientras circulaba en bicicleta con dos compañeros por una zona restringida al tráfico. Los compañeros han llamado al 112 informando de que se encuentra inconsciente.

Antecedentes personales: Ligero sobrepeso. Deportista ocasional. Sin antecedentes de interés ni alergias. Fumador (10 cigarros al día). Bebedor ocasional. No toma medicación.

Valoración inicial del paciente: A la llegada de la USVB el paciente se encuentra sentado en el suelo, consciente y orientado en persona y espacio y ligeramente desorientado en tiempo. Los compañeros informan que ha estado inconsciente algo más de 1 minuto. Presenta erosiones en codo y antebrazo derecho y erosiones en rodilla derecha. Informan que la caída ha sido a muy baja velocidad.

Constantes vitales:

- Frecuencia cardíaca: 48 lpm. Con ritmo regular y pulso radial presente.
- Frecuencia respiratoria: 16 rpm. Con movimientos torácicos simétricos.
- Tensión Arterial: 100/60 mmHg.
- Sat O₂: 88% sin O₂
- Glasgow: 14-15
- Pupilas: Tamaño normal, isocóricas y reactivas.

PREGUNTAS DEL TEST Caso Clínico SVB nº 2

Pregunta 1: ¿Cuál sería la primera medida a adoptar en este caso?

- a) Trasladar al paciente inmediatamente a la ambulancia.
- b) Solicitar información a los compañeros.
- c) Preguntar su nombre al paciente e identificarnos.
- d) Valoración de la escena comprobando que es segura.**

Pregunta 2: Una vez garantizada la seguridad de la escena. ¿Qué tendremos en cuenta para hacer la estimación inicial de gravedad?

- a) Mecanismo Lesional.
- b) Valoración rápida del estado neurológico (AVDN)
- c) Estado respiratorio y circulatorio.
- d) Todas las anteriores.**

Pregunta 3: Con los datos de los que disponemos hasta el momento ¿Cuál sería su impresión de gravedad?

- a) Leve
- b) Menos grave
- c) Potencialmente grave**
- d) Muy grave

Pregunta 4: ¿Cuál de las siguientes acciones no considera prioritaria en este momento?

- a) Colocación en decúbito supino con control cervical manual y collarín.
- b) Colocación de O₂ con mascarilla de alta concentración. Tras comprobar pulsioximetría.
- c) Cura aséptica de todas las erosiones.**
- d) Toma de todas las constantes vitales.

Pregunta 5: ¿Con la información disponible solicitaría una USVA?

- a) No. Esperaría a continuar valorando.
- b) No. Realizaría una inmovilización completa y trasladaría al hospital.
- c) Si. Por la desorientación temporal.
- d) Si. Ya que reúne varios criterios de solicitud de USVA.**

Uno de los acompañantes informa de que el paciente le ha dicho que se encontraba mal, ha intentado detenerse y se ha caído antes de lograrlo quedando inconsciente. También informa de que no es diabético ni epiléptico. Los datos que le facilita el acompañante le hacen pensar que puede tratarse de un cuadro de síncope. Reevalua al paciente con el siguiente resultado:

- Frecuencia cardíaca: 40 lpm. Con ritmo regular y pulso radial ausente.
- Frecuencia respiratoria: 26 rpm. Con movimientos torácicos simétricos.
- Tensión Arterial: No detectable
- Sat O₂: 90% con O₂
- Glasgow: 14
- Pupilas: Tamaño normal, isocóricas y reactivas.

Pregunta 6: ¿Cómo actuaría mientras espera a la USVA?

- a) **Reinformaría a la Central de la variación de las constantes y colocaría el DEA de forma preventiva.**
- b) Aumentaría el caudal de O₂.
- c) Ventilaría al paciente con bolsa-mascarilla.
- d) Iniciaría compresiones torácicas.

Pregunta 7: El paciente no respira y no tiene pulso. El DEA le indica que dé una descarga. ¿Cuál de las siguientes acciones **no es correcta**?

- a) Realizar compresiones torácicas mientras se carga el aparato.
- b) Avisar que se retire todo el mundo antes de dar la descarga.
- c) **Comprobar pulso inmediatamente después de la descarga para comprobar si ha sido efectiva.**
- d) Iniciar compresiones inmediatamente después de la descarga sin comprobar pulso.

COMENTARIOS

El caso presentado es el de un síncope de origen cardíaco que desemboca en una PCR.

La valoración de la escena es imprescindible ya que los riesgos no son únicamente los derivados de la circulación a motor, en este caso hay que señalar el lugar y desviar el tráfico de otros ciclistas y valorar la existencia de cualquier otro riesgo.

El síncope reúne una serie de características.

- Existe pérdida de conocimiento.
- La pérdida de conocimiento es de corta duración
- Es autorregulado. El paciente recupera el conocimiento por sí sólo.

¿Qué tipos de síncope hay?

Atendiendo a sus causas podemos clasificar el síncope en tres grandes grupos fundamentales:

- Cardiovascular: Generalmente vasovagal
 - Cardíaco:
 - Mecánico (obstructivo)
 - Arrítmico: alteraciones de la frecuencia cardíaca.
- No cardiovascular
 - Neurológico
 - Metabólico: Hipoglucemia, anemia, hipoxemia (disminución de la oxigenación de la sangre arterial), alcohol, sedantes etc.
 - Psiquiátrico: Depresión mayor, histeria, trastornos relacionados con el pánico.
- Origen desconocido (idiopático)

¿Qué tipo es el más frecuente?

Aunque el síncope vasovagal suele ser el más frecuente, sobre todo en personas jóvenes y puede tener diversas causas:

- Ambientes muy calurosos y cerrados.
- Bipedestación prolongada.
- Estrés.
- Deshidratación
-

En todos los síncope en los que no hay recuperación clara de las constantes vitales hay que realizar un electrocardiograma por lo que la activación de una USVA será imprescindible.

Inicialmente la saturación de 88% y la frecuencia de 46lpm en un paciente con ligero sobrepeso y deportista ocasional nos debe impresionar de gravedad, considerándole como un paciente potencialmente grave.

Como hemos colocado mascarilla de alta concentración (mascarilla con reservorio) no procede aumentar el oxígeno ya que la concentración va a seguir siendo la misma. Hay que recordar

que el caudal de oxígeno a utilizar debe conseguir que el reservorio se rellene completamente tras cada inspiración.

La solicitud de una unidad de Soporte Vital avanzado está motivada por la saturación inicial de O₂, la frecuencia cardíaca y la pérdida de conocimiento que nos refieren los testigos.

El empeoramiento posterior del paciente implica reinformar a la Central para que transmita las nuevas constantes a la USVA y el aumento de la bradicardia nos sugiere que pongamos el DEA al paciente de forma preventiva.

Cuando el paciente entra en PCR y aplicamos una descarga tenemos que recordar que debemos iniciar compresiones torácicas de forma inmediata tras la descarga sin comprobar pulso.