

Caso Clínico para Soporte Vital Básico nº 4 PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO

Realizado por Alfonso Ruíz Gómez. Técnico de SAMUR - Protección Civil.

Motivo de consulta: Varón 50 años, en el interior de autobús urbano, sentado, que se muestra agitado y gesticulando un fuerte dolor en región torácica.

Antecedentes personales: por problemas con el lenguaje por ser extranjero, desconocemos antecedentes tratamientos o alergias medicamentosas, presuponemos bebedor por lo que nos refiere un demandante que dice conocerle, y tabaquismo por color amarillento en dedos de mano derecha, mal estado general aparente.

Valoración del paciente: Paciente consciente, eupnéico, y agitado, que presenta aparente dolor torácico agudo, paciente tiene pulsera hospitalaria en MSI y pegatinas de electrodos EKG.

Constantes vitales(A partir de la pregunta 7):

FC- 85 lpm, Rítmico

FR-24 rpm

TA-120/80 mmHg

SATo2- 95% / 98% con O₂

GLASGOW -15.

PUPILAS- Isocóricas, medias y reactivas.

PREGUNTAS DEL TEST:

PREGUNTA 1: ¿Cuál sería la primera medida que adoptaríamos en este caso?

- a) **Valoración de la escena comprobando que es segura.**
- b) Solicitar SVA para valoración facultativa.
- c) Traslado inmediato a SVB.
- d) Solicitar presencia policial para evitar presión social.

PREGUNTA 2: Tras comprobar que la escena es segura y que el paciente está agitado (no agresivo) y no facilita la valoración, cuál de las siguientes, es la opción más correcta:

- a) Sacar al paciente por la fuerza del autobús.
- b) Sacar al paciente del autobús rápidamente para que pueda continuar viaje y llevarle andando hasta la unidad de SVB.
- c) Sujetar al paciente y pedirle que se tranquilice.
- d) **Comenzar la valoración de la atención del paciente en el interior del autobús solicitando al conductor que desaloje el mismo para preservar la intimidad del paciente y de la actuación en conjunto.**

PREGUNTA 3: Que datos podríamos valorar por simple apariencia sin tener que tocar al paciente y que debemos informar a la central puesto que transmiten mucha información clínica.

- a) **Coloración de la piel, sudoración y existencia de dolor.**
- b) Grado de dolor según escala del dolor.(Clasificación 1-10)
- c) Estado respiratorio y circulatorio (Frecuencia y tipo).
- d) Todas las anteriores son correctas.

PREGUNTA 4: Cual es la impresión de gravedad que les sugiere el paciente aparentemente.

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

PREGUNTA 5: ¿Con esta valoración y sin aun tener una valoración de constantes por paciente poco colaborador, cual es la siguiente medida que adoptaría?

- a) Informar a la Central de posible patología psicósomática.
- b) Informaríamos a la Central de posible intoxicación etílica.
- c) Informaría a la central de paciente poco colaborador e intentaríamos seguir tranquilizándole.
- d) Solicitamos cuanto antes SVA por aparente dolor torácico agudo, e informamos de imposibilidad realizar lectura de constantes vitales por el momento.**

PREGUNTA 6: Ya informada la Central, con el paciente más tranquilo y en reposo, cuál de las siguientes acciones es adecuada en este caso.

- a) Comenzar a realizar lectura de constantes vitales.
- b) Suministrar O₂.
- c) Dejar preparado el DESA por ser una posible patología de origen coronario.
- d) Todas las anteriores son correctas.**

PREGUNTA 7: Cuál de las siguientes constantes vitales que obtenemos, nos puede parecer que está al límite de la normalidad.

- a) TA- 120/80 mmHg
- b) FC – 85 lpm
- c) FR- 24 rpm**
- d) SATO₂- 95%

PREGUNTA 8: Valorando la SAT O₂ Y la FR y la posible patología, ¿A qué porcentaje y litros suministraremos el Oxígeno?

- a) 3 litros y Fio₂ 50%
- b) 10-12 litros Fio₂ 28%
- c) 10-12 litros con mascarilla reservorio. (Alta concentración)**
- d) No suministramos oxígeno puesto que con esta FR y SAT O₂ no se precisa.

PREGUNTA 9: El paciente dispone de Nitroglicerina sublingual y nos hace ver que desea auto-administrársela.

- a) Desaconséjelo por la Tensión Arterial que tiene el paciente.
- b) Desaconséjelo por la Frecuencia Respiratoria que tiene el paciente.
- c) No se lo impida, pero hágalo constar en el informe e informe a la USVA a su llegada.**
- d) Desaconséjelo por la Frecuencia Cardíaca que tiene el paciente.

COMENTARIOS:

Este caso tuvo la complejidad de que aparentemente en el primer contacto con el paciente parecía una patología típica de paciente psicósomático que no dejaba valorarse y que estaba haciendo llamadas de atención. Por el simple hecho de dar veracidad al concepto “CUANDO UN PACIENTE DICE QUE LE DUELE, ES QUE LE DUELE”, sin tener aparente clínica asociada y sin valoración primaria, solicitamos SVA, para paciente con dolor en pecho que refiere como muy agudo y que no aumenta a palpación.

Encontramos dos tipos de síndromes coronarios agudos (SCA):

- SINDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCACEST).
- SINDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST (SCASEST).

Este caso fue finalmente un SCACEST. El infarto con elevación del ST (SCACEST) se considera la forma más grave de presentación del infarto. En este caso, como resultado de una obstrucción total de la arteria coronaria se interrumpe -de forma prolongada- el suministro de sangre al miocardio. Ésta es la causa de que se produzcan grandes daños en una zona amplia del corazón. La mayoría de las personas identifican el infarto con esta forma de presentación. El síntoma clave en el síndrome coronario agudo es la aparición de dolor en el centro del pecho o en el brazo izquierdo. La duración de este dolor suele ser de minutos en el caso de la angina y más prolongado en el infarto de miocardio. Pueden aparecer otros síntomas como:

- Náuseas y malestar.
- Dolor en la boca del estómago.
- Sensación de falta de aire.
- Sudoración.
- Mareos.
- Los paciente pueden presentar hipotensión o hipertensión y aparecer arritmias e insuficiencia cardíaca.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico completo se consigue con:

- Exploración física.
- EKG 12 derivaciones.
- Biomarcadores (Troponinas etc.,)
- Imágenes (Técnicas no invasivas como Ecocardiografía, RM etc. y técnicas invasivas como la angiografía coronaria).

Normalmente las dos primeras se realizan en medio extrahospitalaria y las otras dos en medio hospitalario, aunque en SAMUR –PC, es posible incluso entra en el procedimiento la realización de prueba de imagen ECOFAST, para confirmar la afectación miocárdica, y para descartar fibrinólisis por taponamiento cardiaco.

EL Diagnóstico y tratamiento en SVB será tratar de colocar al paciente en posición semi sentada, en reposo absoluto y tranquilizarle en la medida que nos sea posible, realizar una valoración primaria, y secundaria, para la obtención de constantes vitales, realizar una breve historia con los antecedentes del paciente, sintomatología apreciada, posibles alergias y cuando empezaron los síntomas.

En todo momento tendremos preparado el DESA al lado del paciente y administraremos O₂ alta concentración con mascarilla reservorio 10-12 l.

Si el paciente desea bajo su responsabilidad auto-administrarse Nitroglicerina sublingual, desaconsejarlo si TAS sistólica es inferior a 90 mmHg y/o la FC es inferior a 50 lpm.