¿Otra vez las prisas?

Dicen que no por mucho madrugar amanece más temprano... e incluso está el dicho vísteme despacio que tengo prisa. El error de este mes podría incluir un "y con servicios saturados ni te cuento".

Caso clínico

Palomo Sanz V[1], Orío Moreno E[1], Zancada Martínez B[1], Morales Gutiérrez F[2]

[1]Médico. [2]DUE.

Centro de Salud de Torrelaguna (Madrid)

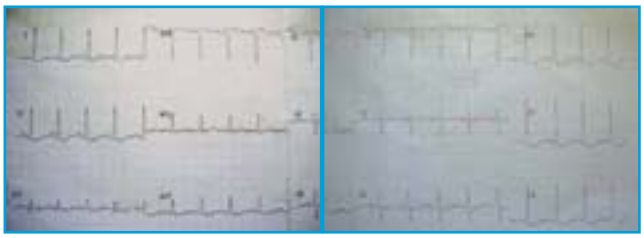
Mujer de 46 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que vive en medio rural. Acude al anochecer al médico de guardia en su centro de salud (CS) por presentar fiebre de 39° y malestar general con escasa tos seca desde mediodía. Ha estado acostada un par de horas, pero se ha tenido que levantar por presentar fatiga en la cama que ha mejorado al incorporarse.

A la exploración se aprecia el estado febril (38,5°C) de la paciente, enrojecimiento difuso de la faringe sin enantema, con mucosidad escasa retrofaríngea, auscultación cardiopulmonar normal; no hay erupción cutánea ni tampoco signos meníngeos y la exploración abdominal y neurológica son normales. El médico de guardia interpreta el cuadro como una infección respiratoria vírica y aconseja a la enferma tomar paracetamol y/o ibuprofeno según la fiebre y acudir a su médico de cabecera.

Veinticuatro horas más tarde la paciente vuelve a urgencias. No pudo dormir casi la noche anterior porque "cuando se echaba se ahogaba a la vez que notaba opresión torácica y al incorporarse se le pasaba esa angustiosa sensación. Ha tenido poca tos seca y fiebre de 38-39°C. Refiere que no se ha atrevido a venir por la mañana a su médico por el "ahogo" que notaba y por ello es traída al CS por su esposo.

En este momento la exploración física es similar a la del día anterior, salvo que efectivamente se nota cierta fatiga al hablar a la paciente. La saturación de hemoglobina medida con pulsioxímetro es de 95%, la temperatura de 38°C, la presión arterial de 116/76 mmHg, no hay edemas ni hepatomegalia ni ingurgitación yugular ni estertores pulmonares y el pulso es rítmico a 120 lpm.

El médico, dado que la sintomatología más importante de la enferma es la ortopnea y la sensación opresiva precordial que mejora al incorporarse, dentro del contexto de una infección respiratoria y en ausencia de datos de insuficiencia cardiaca, decide hacer un ECG (**figuras 1a y 1b**), donde se aprecia ritmo de taquicardia sinusal, (seguramente por la fiebre), con eje QRS a 60°, alteraciones de la repolarización (ST rectificado y o descendido en DI, DII, V4,V5 y V6), T positiva-negativa en DII, DIII, y aVF, y T negativa de V4 a V6. Ante estos hallazgos, sugestivos de pericarditis, el facultativo la remite al hospital de referencia para valoración por el Cardiólogo y así lo hace constar en el documento de derivación.



Figuras 1a, 1 b

A la mañana siguiente la paciente vuelve a consulta con el informe de la urgencia del hospital: de entrada el médico de puerta o "clasificador" indica como motivo de consulta "sensación de dolor torácico opresivo esta tarde y T negativas". El médico que redacta el informe ("muy joven", nos dice nuestra enferma) y que la atendió durante su estancia en "boxes", escribe "…su médico de atención primaria le dijo que tenía muchas flemas y faringe enrojecida y le mandó aquí". Sigue el informe transcribiendo que "la paciente tuvo dolor torácico leve de características

pleuríticas". La exploración física transcrita es similar a la descrita en su CS. En la analítica sanguínea (hemograma, glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, cloro, bilirrubina total, CK-MB, gasometría y troponina) sólo destacan 15.800 leucocitos con 83% de neutrófilos; resto de parámetros son normales.

La radiografía de tórax (**figuras 2a y 2b**) se informa como de "no aumento del índice cardiotorácico, sin imágenes de condensación pulmonar, con silueta mediastínica de tamaño y contornos normales y sin pinzamiento de senos costofrénicos.

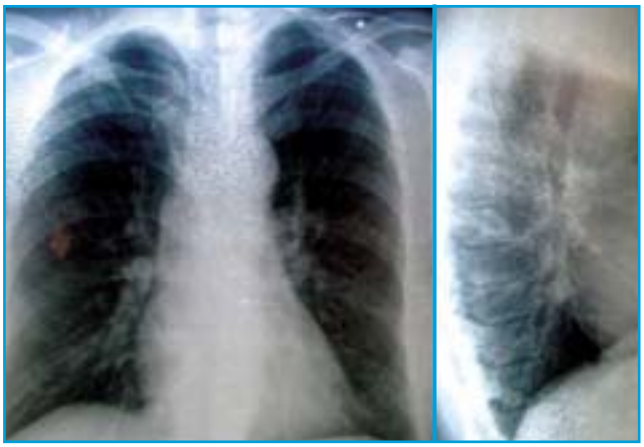
El informe no hace referencia a más pruebas complementarias, ni siquiera al ECG que se le realizó en la urgencia hospitalaria a nuestra enferma , que muestra las mismas características del realizado en el CS.

Al final el compañero (seguramente MIR, aunque no sabemos especialidad ni año), emite su juicio clínico: "Infección respiratoria. Se descarta patología médico- quirúrgica urgente actual". Y en sus recomendaciones terapéuticas aconseja textualmente "control y seguimiento por médico de atención primaria, amoxi-clavulánico 875 cada 8 horas, paracetamol 1 g si fiebre o dolor, abundante hidratación" y termina añadiendo "...este tratamiento deberá ser revisado por su médico de atención primaria".

La paciente fue tratada con ibuprofeno 600 mg cada 8 horas y remitida con carácter preferente al cardiólogo (aún estamos pendientes de su informe), pero ya a los tres días del primer electrocardiograma la paciente estaba asintomática y el ECG era normal. Los cambios electrocardiográficos son bastante sugestivos de pericarditis, aunque, dado el corto período de normalización del trazado, debe de tratarse de una "reacción pericárdica" más que de una auténtica pericarditis.

COMENTARIO

En la primera consulta de la paciente con el médico de guardia del CS, éste debería haber realizado un electrocardiograma porque la enferma ya relataba claramente el síntoma de ortopnea (aunque sólo de dos horas de duración). Así pues, nuestro compañero cometió un pequeño error disculpable por la corta evolución de los síntomas.



Figuras 2a, 2b

En cambio es mucho más patente el error del compañero MIR de la urgencia hospitalaria: primero porque ya el diagnóstico de remisión a urgencias era de pericarditis y él lo obvió; segundo porque realizó un ECG que no se informó (probablemente ni siquiera lo llegó a ver); en último lugar por no avisar al Cardiólogo a quien iba dirigida la paciente.

Suponemos que la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios y la insuficiencia de medios (materiales y humanos) son en gran parte responsables de este "error médico". De hecho hemos visto cómo se piden pruebas que al alta ni siquiera se han tenido en cuenta (a pesar de ser relevantes para el síndrome que nos ocupa), pero, en cualquier caso, estamos éticamente obligados a "prestar a cada paciente una atención médica de calidad humana y científica" (¡con qué frecuencia olvidamos lo de humana!). No debemos olvidar que "individualmente o por mediación de sus Organizaciones, el médico debe llamar la atención de la comunidad sobre las deficiencias que impiden el correcto ejercicio de su profesión".

(Estos últimos párrafos están sacados del Código de Ética y Deontología Médicas).

COROLARIO

Los autores desean expresar su solidaridad con el médico Ex-Coordinador de Urgencias del hospital Severo Ochoa de Leganés expedientado.