

profiláctico con curetaje e injerto óseo. Las fracturas patológicas curan con tratamiento ortopédico.

## **EJEMPLO DE INCIDENTE CRITICO.**

### **MUJER CON INFECCION RESPIRATORIA QUE NO MEJORA.-**

Pilar Fernandez de Urretavizcaya \*, José Ramón Loayssa Lara.

\* Médico de Familia. Servicio de Urgencias Hospital de Navarra.

\*\* Médico de Familia. Centro de Salud de Noain.

### **CASO CLINICO.-**

Paciente de 73 años con antecedentes de Hipercolesterolemia, dispepsia ulcerosa, Leucemia promielocítica aguda diagnóstica 1992 y actualmente en remisión completa. Presentó hace 10 días un cuadro gripal, dentro de un periodo epidémico, con fiebre, tos y expectoración. Se le realizó RX que resultó normal. Fue tratada con antibióticos (Macrolido) y solución oral expectorante. La fiebre desapareció pero no la tos por lo que acudió de nuevo a su médico.

### **Actitud del médico.-**

Este le pregunto si tenía fiebre y expectoración (la paciente manifestó que la tos era seca) y le auscultó. Le dijo que la auscultación estaba bien y que siguiera una semana más con un mucolítico.

### **Resultado.-**

La paciente acude a Urgencias a las 36 horas porque manifiesta que sigue con tos que no le deja respirar. Interrogada describe disnea de pequeños esfuerzos ortopnea. El pulso es de 165 arritmico. La auscultación pulmonar muy poco llamativa con buena ventilación y algunos dudosos crepitantes basales. A la paciente se le practicó una RX de tórax (ver imagen) y un ECG que mostraba Fibrilación auricular con respuesta ventricular media a 165 latidos por minuto.

Informe de la RX de tórax: cardiomegalia, redistribución vascular, derrame cisural.

La paciente es diagnosticada de insuficiencia cardiaca congestiva en el contexto de Fibrilación auricular rápida.

### **Valoración actuación del médico.**

No contamos con su testimonio directo por lo que es difícil juzgar su actuación concreta. No obstante podemos especular sobre los sucesos acaecidos que ponen de relieve posibles errores que no son tan infrecuentes en el caso de circunstancias como esta.

Aparentemente estamos ante una circunstancia habitual en la consulta un paciente con una infección respiratoria acude de nuevo a la consulta quejándose de que aunque la intensidad de algunos síntomas ha disminuido ( en este caso la fiebre) sin embargo la tos persiste. La persistencia de la tos después de una infección respiratoria aguda en muchas ocasiones carece de trascendencia clínica.

En estos casos de una nueva visita del paciente con un cuadro respiratorio el médico puede centrarse en descartar exclusivamente en una complicación respiratoria del cuadro y especialmente una neumonía (en este caso probablemente no se solicitó una RX por la falta de fiebre y porque esta ya se había solicitado una previamente quizás antes de lo que era recomendable) o una bronquitis. Ante la auscultación pulmonar prácticamente normal y el hecho de que la tos aislada tras una infección respiratoria aguda es una circunstancia frecuente y casi siempre banal, el médico no consideró procedente una evaluación mas detenida del paciente.

Quedan dudas sobre si el médico realizó auscultación cardiaca o al menos tomo el pulso (podiera ser que la taquiarritmia y la Insuficiencia Cardiaca a consecuencia de esta aparecieran posteriormente) pero pudiera ser que obviara estas exploraciones, al no considerar la insuficiencia cardiaca entre las hipótesis

diagnósticas, ya que tampoco tenía antecedentes que la favorecieran esta posibilidad.

Tampoco esta claro que se hiciera un buen interrogatorio dirigido a descartar la presencia de disnea. Hay que tener en cuenta que este síntoma a veces no es descrito claramente por los pacientes a tener un importante componente subjetivo y que a no ser que sea de reposo (en este caso no lo era) el médico puede no notarla. La Tos puede ser para el paciente mas llamativa que la disnea que puede considerar consecuencia del cansancio que cree que produce la "gripe" o incluso la toma de antibióticos.

En este caso otro factor importante que posiblemente condicionó la actuación errónea del médico de familia es la auscultación respiratoria sin signos llamativo. Habitualmente los médicos no esperan que una insuficiencia cardiaca clínicamente tan manifiesta presente tan pocos signos auscultatorios. Sin embargo esto puede ocurrir en un porcentaje no despreciable de casos y los médicos de familia deberían tenerlo en cuenta.

#### **CONCLUSIONES.-**

1) La solicitud de una RX prematuramente puede posteriormente interferir en su solicitud cuando sea mas pertinente.

2) El interrogatorio cuidadoso para descartar la existencia de disnea y para determinar sus características cuando esta exista (ver mas adelante), es importante en todos los pacientes con infección respiratoria.

3) Ante la persistencia de tos con auscultación respiratoria normal tras una infección respiratoria no se debe olvidar la posibilidad de un cuadro extrapulmonar como la insuficiencia cardiaca de este caso o de otros como la sinusitis.

4) Una de las decisiones mas difíciles para el médico de familia es decidir el grado de focalización a mantener. No es eficiente realizar un examen completo en todos los pacientes sobre todo si se trata de cuadros tan frecuentes como la infección respiratoria. Pero limitarse a un solo sistema puede resultar peligroso. Quizás en personas mayores o con antecedentes sea conveniente una exploración cardiaca siempre que se haga la pulmonar e incluso una exploración abdominal y de extremidades. Pero lo que el médico de familia no debe olvidar es que exploraciones simples y rápidas de realizar como es la toma del pulso puede proporcionar, como en este paciente, información decisiva para la orientación clínica del cuadro.