

No siempre cuatro ojos ven más que dos

El tiempo, la presión asistencial, y quizás algo de inercia... el dar algo por hecho puede, siempre, pasar factura. Tener cuatro ojos no sirve de nada si además de mirar no se esfuerzan por ver. Asumir como ciertas las impresiones iniciales de un colega induce frecuentemente a errores que, de otro modo, serían fácilmente evitables. Aquí, el médico de cabecera dio por vigente un informe de ECG de quince días atrás y el médico suplente dedujo equivocadamente, en vez de pedir una prueba diagnóstica accesible.

Caso clínico

Orío Moreno E¹, Palomo Sanz V¹, Bárcena Miguel R², Zancada Martínez B¹,
Morales Gutiérrez F², Ruiz Arriazu A²

¹Médico

²DUE

Centro de Salud de Torrelaguna. Madrid

Varón de 51 años. Vive en medio rural y como antecedentes familiares destaca que a su padre le diagnosticaron enfermedad coronaria antes de los 50 años. Entre sus antecedentes personales destacan hipertensión arterial (HTA) en tratamiento con inhibidores de la ECA (IECA) y betabloqueantes, diabetes mellitus (DM) tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales, dislipemia en tratamiento con estatinas, exfumador desde hace 7 años e hipoacusia crónica. Es un paciente habitual de la consulta, que realiza sus revisiones periódicas de salud con buen control de sus factores de riesgo y buena adherencia terapéutica.

Hace un mes y medio presentó episodio de dolor cólico lumbar izquierdo que se irradiaba a abdomen con descompensación de su presión arterial. El episodio fue controlado con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a altas dosis y refuerzo del tratamiento antihipertensivo con aumento de la dosis de IECA y asociando un diurético por su cardiólogo de zona.

Acude a su médico de cabecera aportando el informe



Figura 1

del cardiólogo con descripción de un ECG normal (ritmo sinusal a 59 lpm, PR normal, QRS estrecho, T negativa en III aislada) y refiriendo encontrarse bien, aunque, ocasionalmente, presenta una sensación de quemazón en región precordial que su médico interpreta como pirosis secundaria a AINE, por lo que se inició tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.

A los 15 días acude de nuevo a consulta médica por persistencia de la sensación de quemazón cuando realiza moderados esfuerzos; desde hace 4 días se ha hecho más continua. El paciente lo relaciona con el aumento de la dosis de IECA. El médico suplente, con gran sobrecarga asistencial (asumía dos consultas médicas por falta de personal), no considera oportuno realizar nuevo ECG. Al relacionar el paciente los síntomas con la medicación, decide reducir la dosis del IECA.

Esa misma tarde acude a urgencias del Centro de Salud por “dolor quemante” en región precordial que se irradia a miembros superiores, iniciado en reposo, de unos veinte minutos de duración, sin otra clínica acompañante y que cede espontáneamente. Se le realiza ECG en el que destaca ritmo sinusal a 64 lpm, QRS estrecho, T negativa simétrica en V3-V4 e isofásica en cara inferior.

Con el diagnóstico de cardiopatía isquémica aguda se decide su traslado a urgencias hospitalarias. Allí, tras coronariografía, se le diagnostica lesión grave de descendente anterior que se resuelve tras la implantación de un Stent.

COMENTARIO

En este caso el error vino por parte de su médico de cabecera y del médico suplente.

Del médico de cabecera porque, dado que el paciente aportaba un informe cardiológico con ECG normal de hace unos 15 días, no indagó en la características del dolor y directamente asumió que el problema era digestivo por la cantidad de AINE que el paciente había tomado; se olvidó de que los eventos cardiovasculares son agudos y que el paciente tenía importantes factores de riesgo cardiovascular (HTA, DM, dislipemia, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz...).

El médico suplente, a causa de la gran sobrecarga asistencial, el poco tiempo disponible para cada paciente y el desconocimiento del mismo, obvió realizar una prueba diagnóstica al alcance de todos los médicos de atención primaria.