



Clínica cotidiana

La importancia del diagnóstico diferencial en atención primaria

Manuel Jiménez Rodríguez^{a,*}, David Gómez Barbancho^b, Aday Herrera Rojas^b, Pedro García Ramos^a

^aCentro de Salud Don Benito Oeste. Don Benito (Badajoz). ^bCentro de Salud José María Álvarez. Don Benito (Badajoz).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de febrero de 2021

Aceptado el 30 de octubre de 2022

On-line el 18 de noviembre de 2022

Palabras clave:

Neumotórax

Guía práctica

Medicina

Atención primaria

Keywords:

Pneumothorax

Practice guideline

Medicine

Primary care

R E S U M E N

El médico de atención primaria debe conocer al paciente en un contexto global, lo que incluye la esfera biopsicosocial. Es el primer contacto de una atención sanitaria integral, igualitaria y continuada; es, por tanto, el entorno de mayor accesibilidad para el paciente. Por ello, el razonamiento de un diagnóstico diferencial correcto es de suma importancia para evitar llegar a un diagnóstico erróneo y privar al paciente de un correcto procedimiento terapéutico.

En la actualidad, todo este proceso está en riesgo, debido a la saturación prolongada del primer nivel asistencial, por situaciones con falta de personal, y exceso de consultas por día.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

The importance of the differential diagnosis in primary care

A B S T R A C T

The primary care physician must know the patient in a global context that includes the socio-economic, personal, family and work sphere. It is the first contact of a comprehensive, equal and continuous health care. It is therefore the most accessible environment for the patient. Therefore, the reasoning of a correct differential diagnosis is of the utmost importance to avoid reaching a wrong diagnosis, depriving the patient of a correct therapeutic procedure.

At present, this whole process is at risk, due to the prolonged saturation of the first level of care, due to situations with lack of personnel, and the excess of consultations per day.

© 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: manueljimenezrodriguez94@hotmail.com (M. Jiménez Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2022.053>

2254-5506 / © 2022 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Varón de 21 años de edad, fumador de 15 cigarrillos al día, de etnia gitana y domicilio en otra localidad; está en seguimiento por Psiquiatría tras haberle diagnosticado trastorno de ansiedad y abuso de sustancias estupefacientes.

Avisa por sufrir dolor torácico de 20 minutos de duración, de carácter punzante, en la línea media clavicular derecha, que se irradia hacia la zona axilar y llega hasta la espalda, de intensidad moderada-intensa; aumenta con la inspiración profunda y se acompaña de disnea de moderados esfuerzos, sin cortejo vegetativo, ni fiebre. La clínica comenzó cuando estaba caminando. No hay evidencia de ningún antecedente traumático.

Durante la exploración observamos que se trata de un paciente de complexión delgada, con regular estado general, con ligera taquipnea, taquicardia e hipotensión, disneico en reposo con saturación de oxígeno del 94 %; está consciente y orientado, sin dolor con la palpación de los arcos costales; en la auscultación se aprecia murmullo vesicular conservado en el campo pulmonar izquierdo, sin ningún ruido sobreañadido; en el campo pulmonar derecho el murmullo vesicular es inexistente en el ápex.

Se deriva al hospital de referencia con diagnóstico de neumotórax espontáneo (figuras 1 y 2).

Comentario

El neumotórax espontáneo es una patología muy frecuente. Existen cifras ajustadas por edad para primarios, que oscilan desde los 16,8 casos por 100.000 habitantes y año (varones: 24 y mujeres 9,8)², recogidas en Inglaterra, hasta los 4,2 casos por 100.000 habitantes y año en Estados Unidos, o los 3,8 por 100.000 habitantes del neumotórax secundario (varones: 6,3 y mujeres: 2)¹.

Dados los antecedentes personales del paciente, todo indica que se trata de un paciente con un nuevo episodio en el contexto de una crisis de ansiedad, pues la presencia de factores tóxicos, como el tabaco y su acción destructora sobre el parénquima pulmonar, hace que el riesgo de desarrollar un neumotórax pueda incrementarse hasta veinte veces. (Recomendación GRADO 1 B)².

La edad es otro factor que puede llevar a error. Cada patología es más frecuente en un determinado rango de edad. En el caso mencionado, debido a la edad joven del paciente, se puede llegar a pensar que no tiene ningún factor de riesgo que nos oriente hacia patología grave y urgente. Además de esto, se ha de tener en cuenta que existen aspectos económicos, psicosociales y de comportamiento, que influyen en la utilización de los servicios sanitarios³. Se concluye así que el acceso a los servicios de Atención Primaria está en relación con factores predisponentes, facilitadores y de necesidad⁴.

La hora de la consulta es otro aspecto a añadir. Un paciente sin cita previa no puede catalogarse como “no urgente”, y por ende darle menos importancia que al resto. Detrás de ello, puede haber una urgencia vital.

Conclusión

La atención primaria es el primer escalón, la puerta de entrada al sistema sanitario. No existen motivos justificables que impi-

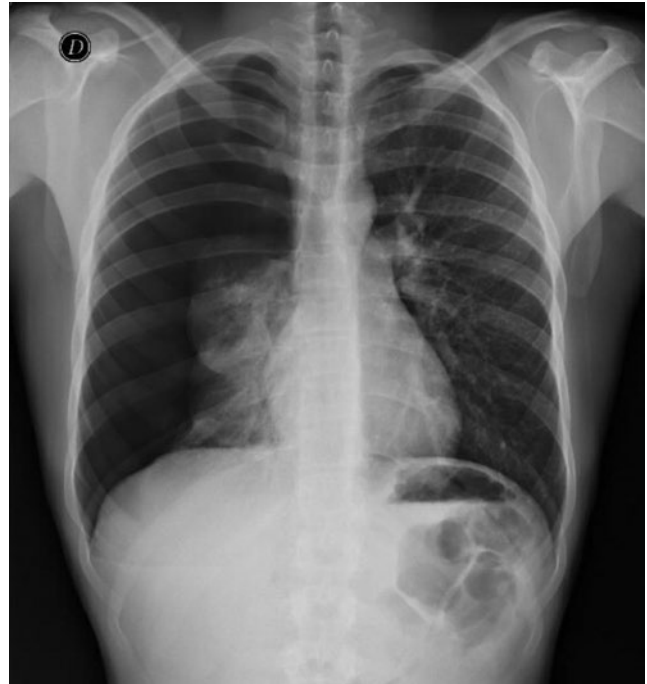


Figura 1 – Radiografía anteroposterior de tórax. Véase neumotórax.



Figura 2 – Radiografía lateral de tórax.

dan actuar de una manera correcta. El pronóstico puede ser poco alentador si falla este primer escalón.

Por esto se debe tratar de favorecer cualidades como el incentivo a profesionales, terminar con los llamados “contratos basura”, aumentar los presupuestos de AP, dar acceso a mayor número de pruebas diagnósticas y convertirla así en un punto en la escala de tratamiento del paciente mucho más resolutiva⁵.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta D, Hansell A, Nichols T, Doung T, Ayres JG, Strachan D. Epidemiology of pneumothorax in England. *Thorax*. 2000; 55: 666-71.
2. Bense L, Eklund G, Wiman LG. Smoking and the increased risk of contracting spontaneous pneumothorax. *Chest*. 1987; 92: 1009-12.
3. Hulka BS, Wheat JR. Patterns of utilization. The patient perspective. *Med Care*. 1985; 23: 438.
4. Rebhan P. Health Care Utilization: Understanding and applying theories and models of health care seeking behavior. Case Western Reserve University; 2011.
5. González P, La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. *Semergen*. 2005; 31(5): 214-22.