Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2052

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2457 - "HÁGAME ESTAS RECETAS"

M. García Almela[a], N. Alba del Pozo[b], J.C. Ferrández Rodríguez[c], M. Morales Alemán[c], y M.E. Sánchez Quijada[d]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. [b]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Flota. Murcia. [c]Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Jesús Marín. Molina de Segura. Murcia. [d]Médico Residente 2º año. Centro de Salud La Flota. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 40 años que acude sola a la consulta de Atención Primaria con un informe de Urgencias del día anterior de su hijo de 14 años en el que aparece: Motivo de consulta: fiebre de 1 semana y dolor abdominal. Exploración física y por aparatos normal (abdomen: normal). Analítica: 40.000 leucocitos con DI. Juicio clínico: gastroenteritis versus estreñimiento. Tratamiento: ciprofloxacino, paracetamol y dieta blanda. La mujer le solicita al Médico de Atención Primaria que le haga la receta del antibiótico aunque comenta que el dolor abdominal persiste, está peor pero está contenta “porque ya no tiene fiebre”. El médico le dice que le hará la receta sin problema pero antes le gustaría ver al paciente, por lo que la madre lo trae.

Exploración y pruebas complementarias: Palidez cutánea, constantes estables, Temperatura 37 ºC. Abdomen: doloroso a la palpación, sin masas ni organomegalias, signos de defensa, irritación peritoneal importante, Blumberg dudoso, Rovsing dudoso, peristaltismo disminuido. Resto de la exploración física normal.

Juicio clínico: Ante esa exploración física tan sugerente y el dato de la analítica se deriva a urgencias hospitalarias realizándose ecografía abdominopélvica y diagnosticándose de peritonitis siendo intervenido de Urgencia.

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, peritonitis, obstrucción intestinal, perforación gástrica.

Comentario final: En esta situación y ante la leucocitosis importante el médico solicita que el paciente acuda para explorarlo y valorarlo. Efectivamente tenía un abdomen patológico, un abdomen agudo, motivo por el que decide derivación urgente. Aquí dada la clínica y las exploraciones complementarias el médico tenia ciertas dudas de si de verdad se había explorado correctamente al paciente. Si realmente con esa clínica y esa leucocitosis tenía un abdomen “normal”. De hecho, lo más probable es que ni se hubiera explorado al paciente pues el informe era del día anterior y el paciente presentaba un “abdomen en tabla” que no evoluciona en menos de 24 horas (el paciente comenzó con la clínica desde hace una semana). Conclusión: la enseñanza de este caso se basa en que la exploración física es un pilar fundamental en nuestro trabajo. Tan importante o más que las exploraciones complementarias. También nos enseña a no hacer juicios diagnósticos basados en informes de otros profesionales y a no caer en el error de muchos médico, ya sea por presión

asistencial o por " burn out " de no de explorar, de diagnosticar al paciente detrás de una mesa. Pues la sospecha principal aquí es que ese abdomen no era normal. En esta situación el paciente fue reevaluado por otro profesional con una sospecha diagnóstica de gravedad y eso le evitó de consecuencias peores o de incluso la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickley LS. Guía de Exploración Física e historia clínica. 10ª sdición. Lippincott Williams and Wilkins Wolters Kluwer Health, 2012.

2. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4ª sdición. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona, 2011.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.