

333/104 - EL SABIO PONE EN PRÁCTICA LO APRENDIDO DE SUS ERRORES

R. Maye Soroa¹, O. Casanueva Soler¹, C. Marinero Noval², C. Raquel Bustillo³, R. Correa Gutiérrez¹, M. Alonso Santiago¹.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Central de Asturias.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón 66 años diabético, hipertenso. IQ de neoplasia vesical hace 8 años. Refiere moderado dolor epigástrico irradiado a espalda, de aproximadamente 1 semana coincidiendo con la toma de un antibiótico. Dos vómitos alimenticios en las últimas 2 horas. No diarrea. Niega otra sintomatología acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. AC: Rítmica sin soplos. Dolor moderado a la palpación profunda epigástrica, sin defensa. Murphy y Blumberg negativos. Indicándose dieta blanda y nolotil. Acude de madrugada 24 h después sudoroso y con mismo dolor epigástrico. Solicitamos analítica, ECG y analgesia. Realizamos TAC abdominal ante dolor pese a analgesia, objetivándose una enteritis inespecífica y una discreta dilatación aneurismática de 3 cm en aorta. Ingreso en Digestivo. A la hora del ingreso se objetiva en el ECG realizado en urgencias: RS a 90° con elevación del ST en cara inferior con descenso en V1 y V2. ECG que no miré evidentemente.

Juicio clínico: IAM de cara inferior.

Diagnóstico diferencial: Gastritis (AINES, OH, H. Pylori). RGE. Hernia de hiato. Úlcera péptica. Desgarro esofágico. Esofagitis. Cáncer esofágico. Cólico biliar. Colecistitis. Pancreatitis aguda. Cáncer pancreático. IAM. Pericarditis. Ruptura de aneurisma aórtico. Pleuritis. Patología pulmonar en hemitórax inferior: neumonía. Infarto pulmonar.

Comentario final: El paciente acudió a su MAP, junto al que yo rotaba. Como es obvio me generó inseguridad y miedo por el error cometido. Mi tutora me ayudó a enfrentarme al miedo de ser cuestionada y salir adelante. Es por eso que en este congreso tutor-residente he decidido presentarlo ya que no solo aprendemos conocimientos de nuestros tutores, sino también aptitudes. Ante una epigastralgia deben tenerse en cuenta tanto causas digestivas como extraabdominales. Si existen FRCV es relevante la realización de un ECG. La solicitud de pruebas debe ser consecuente con los diagnósticos diferenciales que planteemos. Tras solicitud de una prueba complementaria es primordial el análisis de la misma. Ante clínica abigarrada debemos ampliar los diagnósticos diferenciales, descartando patología mortal.

Bibliografía

García Cabezudo J. Montoro Huguet M et al. Aproximación al paciente con dolor abdominal agudo. Principios Básicos de Gastroenterología para Médicos de Familia; 2.^a edición. Jarpyo Editores. Madrid,

Coll-Muñoz Y, Valladares-Carvajal F, González-Rodríguez C. Infarto agudo de miocardio. Actualización de la Guía de Práctica Clínica. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2018 Dic 27]; 6(2): [aprox. 20 p.]. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/403>

Palabras clave: Epigastralgia, infarto miocardio, error diagnóstico.