Errores clínicos y fantasías de los errores clínicos. Seminario de Innovación en Atención Primaria nº 29. Granada, 6 y 7 de febrero de 2015

http://equipocesca.org/errores-clinicos-y-fantasias-de-los-errores-clinicos-seminario-de-innovacion-en-atencion-primaria-no-29-granada-6-y-7-de-febrero-de-2015/

http://sano-y-salvo.blogspot.com.es/2015/02/hablemos-sobre-errores-clinicos.html

BANCO DE CASOS CLÍNICOS RECOGIDOS DURANTE EL DEBATE VIRTUAL PREVIO AL PRESENCIAL

Retraso diagnóstico y culpabilización entre compañeros.

Rozando la medianoche de un día de verano, durante una guardia más (aunque nunca igual) en el servicio de Urgencias hospitalarias, inmerso en el permanente estado de alerta habitual.

Atendí a una señora de 80 años, que acudía por "mareo". Recientemente hablábamos en mi unidad docente sobre el "paciente difícil", y salía a relucir una de las definiciones propuestas del término, como aquella situación/paciente (en este caso motivo de consulta) que te coloca un "nudo en el estómago" nada más verlo en la lista de pacientes a atender en el día, o en el panel de pacientes que ocupan los boxes.
Aportaba un informe del servicio de emergencias, que habían trasladado a la paciente desde su domicilio que, como suele ser costumbre, nos dejan en el casillero correspondiente del box del paciente. Me quedé con la sensación de que en ese ambiente domiciliario no hubo suficiente comunicación o entendimiento, ya que el motivo de traslado era "descartar ACxFA". Revisando la historia de clínica de la paciente, constaba que tenía una FA permanente ya desde 3 años atrás al menos... Entre sus otros antecedentes, constaba una TVP, una trombopenia a estudio por Hematología, intervenida de fractura de cadera derecha con colocación de prótesis total hacía unos 10 años, con reintervención hacía un año por fractura periprotésica.
Hacía 31 días intervenida de fractura de cadera izquierda con clavo endomedular.

Previo a este acontecimiento la señora tenía una funcionalidad aceptable en su vida diaria, según me relataba la hija, que la acompañaba, residía en su domicilio propio creo recordar... Ahora precisaba usar muletas o bastón para desplazarse, más teniendo en cuenta la reciente intervención.

Las quejas de la paciente giraban en torno al referido mareo, que definía como una "tontera", sin datos de alarma según mis esquemas, relatando un cuadro de vómitos alimenticios y biliosos los días previos con persistencia de sensación nauseosa. Asociaba el inicio de los síntomas a la toma de paracetamol, que necesitó por molestias en la cadera izquierda. Deposiciones normales esa misma mañana. El día previo había tenido un cuadro similar, autolimitado, que también achacaba a la toma de paracetamol.

Hacía 2 días había sido valorada en su domicilio por su médico por aumento del dolor en zona inguinal y glútea, con mayor dificultad para deambular. Al ojear el evolutivo registrado por su médico recuerdo que no fue algo que me impresionara. Tampoco lo hizo la exploración física, en la cual movilizaba considerablemente bien la cadera, y mostraba un dolor leve en región glútea pero sin dolor a la palpación en región inguinal. Las heridas quirúrgicas tenían buen aspecto.

Recuerdo que la hija de la paciente resultó bastante insistente en el tema de la cadera. Mi justificación de dichas molestias eran siempre en torno a la paulatina recuperación de la intervención en una mujer de semejante edad. Me tranquilizaba el que su médico no le hubiese dado más importancia y que tenía a los 9 días cita de control en Traumatología.
Aún así, solicité una radiografía de la cadera izquierda, creo que más por insistencia de la hija, donde se objetivaba el clavo dentro de la cabeza femoral. Comenté su resultado con un médico adjunto, quien reforzó mi idea de buena colocación del material de osteosíntesis, y así lo dejé reflejado en el informe.

El resto de la exploración era normal. La paciente mostraba un buen estado general, a pesar de lo relatado. Solicité una analítica sanguínea general y de orina. Ésta, un tanto injustificada quizá, y que resultó estar alterada mostrando una clara bacteriuria. En el

análisis de sangre llamaba la atención una PCR elevada, una hipopotasemia leve y una discreta leucocitosis. Recuerdo que en mi reflexión entonces, la cuestión era si achacar esos síntomas a una posible ITU con síntomas un tanto atípicos... Por otro lado, por mi breve experiencia ello se cumplía más en personas con cierto deterioro cognitivo, con mayor postración... Solicité un urocultivo e inicié tratamiento antibiótico empírico con alta al domicilio. Todo ello muy cuestionable, con un más que probable error en el diagnóstico.

Mi sorpresa fue que unos meses más tarde, recibí una nota del SAPU (servicio de atención al paciente), con mi primera reclamación, de la hija de la paciente.

En la consulta de Traumatología, la recién graduada médica en dicha especialidad (finalizó su residencia unos pocos meses atrás) que le atiende en consulta, decide enviar a la paciente a urgencias para ingreso y colocación de prótesis total por migración del clavo (cut-out).

La hija de la paciente, entonces, pone reclamación por considerar que el diagnóstico del día en que atendí a su madre en Urgencias no fue el correcto y lo calificó como mala praxis.
Desde el SAPU al día siguiente, lo pusieron en conocimiento del jefe de servicio de Urgencias (quien me mostró su apoyo en todo momento, quizá por ser también responsable de docencia de los residentes de MFyC en el ámbito hospitalario), y del servicio de Traumatología para su valoración.

Unos días después les contestó la Traumatóloga con una única frase en la que afirmaba que su “diagnóstico lo realizó con la radiografía que se realizó entonces en Urgencias” (la que yo solicité), a pesar de haberse realizado la paciente otra de forma programada justo previo a la consulta, esa misma mañana.
Repasando ambas radiografías, quedaba más que evidente que en la inicial la migración podría intuirse en una persona experimentada, y que se mostraba completamente fuera de la cabeza femoral en la segunda, seguramente por una necrosis avascular de la cabeza de femoral, que no tuve presente en dicho momento y se me pasó desapercibida.

Creo que dicha afirmación, lo único que hizo fue crear la sensación en la hija de la paciente de que su madre fue mal atendida en Urgencias, y fue lo que motivó la queja por su parte. Afortunadamente, ese lapso de tiempo transcurrido por el retraso del error diagnóstico, 9 días, no supuso complicaciones añadidas ni consecuencias mayores para la paciente.

Recuerdo sentirme perdido, ante todo, por no poseer herramientas ni información sobre qué hacer en estos casos. No tenemos formación alguna sobre estos temas.

Contactamos con la Traumatóloga vía telefónica, no hablando directamente conmigo sino con el tutor docente hospitalario, y se justificó aludiendo que la primera radiografía que visualizó de la paciente fue la que yo solicité en su día, donde ya percibió la complicación.

Creo que lo que motivó mi error fue, por una parte, no tomarme lo suficientemente en cuenta la insistencia de la hija y, por otra, no solicitar la opinión del residente de Traumatología ese día, para valorar la radiografía, y haber confiado en la percepción del médico adjunto de Urgencias. Y me pregunto cuántas veces atendemos a personas con problemas de salud y se nos pasan desapercibidos datos importantes y que pueden hacer variar la evolución de la enfermedad...

Lo único que hicimos fue contestar vía escrita a la paciente y su hija, reconociendo el error y con un mensaje de disculpa. No hubo más contacto entre "compañeros" residentes.

Excesos en embarazadas.

Esta es la historia del caos que estoy viviendo. Soy una mujer de 32 años gestante en la semana 32+5. Es mi tercer embarazo. El primero (gemelar) en 2009 fue un aborto diferido en la cita de la eco de la semana 12 ya que ninguno de los dos

fetos tenia latido. El segundo a término y sin complicaciones en 2010, de una niña sana. Y el tercero, actual y que está siendo una odisea, de un niño.

-En la analítica del primer trimestre, debido a una alteración de la hormona PAPP-A me salió riesgo alto de síndrome de Down. El pliegue nucal en la eco correspondiente media 1,5 mm.

-Me llaman de urgencia del hospital para citarme al día siguiente, comunicármelo y plantearme la posibilidad de realizar una biopsia. A lo cual, accedo.

-A todo esto le pongo en antecedentes laborales sobre estrés en el trabajo y dos visitas a urgencias con ataques de ansiedad.

-Sin comunicar a mi empresa que estoy embarazada, informo de las pruebas médicas, la biopsia y el reposo absoluto de 48 hrs recomendado. La empresa me comunica la negativa al permiso para ausentarme y me comunica que es por cuenta y riesgo propio. Desde entonces me encuentro en situación de IT.

-Debido a la situación de la placenta al final la biopsia no se llevó a cabo y me citaron para amniocentesis el 30/09/14. Esa misma noche manché rosado. Manteniendo instrucciones sobre reposo, el 6/10 volví a manchar rosado. Como tenía revisión ginecológica, acudí a mi cita y lo comenté. Tenía una fisura de bolsa, perdía líquido y debía permanecer ingresada. En ese momento estaba aproximadamente en la semana 17. Al cabo de 11 días y suministro de antibiótico intravenoso, marcho a casa con prescripción de reposo absoluto ya que el nivel de PCR había bajado pero todavía había restos de líquido amniótico en las pruebas. Tras varios controles, recibo el alta de reposo por haberse cerrado la fisura y no tener más pérdidas.

-A todo esto, el resultado de la amniocentesis es un bebe sin alteraciones en los cromosomas 13, 18, 21, X e Y.

-En la analítica del segundo trimestre aparece riesgo bajo de DTN pero alteraciones tiroideas. La matrona me deriva al endocrino pero al estar ingresada me repitieron analíticas y la hormona tiroidea era normal. La endocrino me da el alta en cuanto a esta situación y no manda medicación.

-Mientras, en el control ecográfico de la semana 20, detectan una malformación en la columna, una hemivértebra a la altura de la lumbar. Otro jarrón de agua fría… Tras varios controles ecográficos en distintas semanas el ginecólogo no ve

opresión medular, ni problemas de riñones, ni a nivel líquido cefalorraquídeo, que al parecer suelen ser complicaciones añadidas a las malformaciones de columna. Además, el bebe mueve perfectamente las extremidades inferiores y superiores. Ya solo queda evaluarlo al nacimiento y ver si el pediatra considera necesario derivarlo a traumatología.

-Ahora, con la prueba de azúcar O'Sullivan estamos con las mismas… Alteración! El resultado es 147. La matrona me manda realizar la prueba de la tolerancia oral a la glucosa. De nuevo otro resultado alterado: la glucemia al minuto 180 sale 184. Toca repetirla de nuevo. Y de nuevo al minuto 180 sale 150.

-Derivada de nuevo a la endocrino me informa de la dieta y no me manda más controles glucémicos ya que al salir solo una glucemia mal no puede diagnosticar diabetes gestacional. A no ser que en la próxima eco de la semana 33 que tengo este jueves 22, de repente el bebe vaya muy por encima de su semana de gestación, en cuyo caso, me ha dicho que vuelva a verla. Hasta ahora ha ido acorde a su semana de gestación, incluso al principio unos días por debajo.

Ahora, después de todas las complicaciones, vienen con la recomendación a las embarazadas de la vacunación contra la tosferina… Cuando pregunto por evidencias de que realmente sea efectivo y que no suponga ningún problema para el bebe nadie sabe nada, simplemente es recomendación del ministerio, ese que nos engaña y manipula. En el anterior embarazo era la Gripe A y ahora la tosferina… Busco información por internet, sin saber cuáles son fuentes fiables y no me inspira confianza vacunarme. Pero con tantas complicaciones, con el gafe que llevo, me genera la inquietud de saber si estoy obrando bien.

Si el miedo es la tosferina, ¿por qué vacunar contra difteria y tétanos también? Si la vacuna es obsoleta y no es adecuada para la bacteria, ¿de qué sirve vacunar?

El médico de cabecera me comentó que el ministerio habrá valorado de manera positiva los posibles efectos adversos de la vacuna en la mujer (sin riesgo para el bebe) frente al daño mayor que puede ocasionar la enfermedad en el lactante al nacer.

Así que tengo el dilema de la vacunación y no sé qué hacer. Solo quisiera poder disfrutar lo que me queda de embarazo, después de tanta visita y pruebas

médicas...

Caso de Josep.

Josep es un varón de 57 años sano que suele acudir, de manera ocasional, a nuestro centro por problemas de salud de carácter banal. De los contactos previos tengo una muy buena relación médico-paciente con él.

Hace unos dos años inicia un síndrome prostático y después de realizar un examen físico y algunas pruebas analíticas (función renal y sedimento de orina normales con PSA de 1,7) se diagnostica de una hiperplasia prostática benigna. No se inicia tratamiento farmacológico debido a su escasa sintomatología.

Hace 8 meses acude por un empeoramiento clínico con nicturia y una polaquiuria que no le afecta durante su actividad de vida diaria. En una de estas visitas de seguimiento me comenta que hace unos días ha notado unas molestias durante las deposiciones y una escasa rectorragia discreta. En la exploración destaca una hemorroide externa y una pequeña fisura anal. Se descarta una infección urinaria. Dado que no existe afectación sistémica se le recomienda medidas no farmacológicas y, de acuerdo con el paciente, le recomiendo que si no mejora acuda de nuevo. Decidimos iniciar tratamiento sintomático con tamsulosina ante el empeoramiento del cuadro prostático.

Hace dos meses acude de nuevo ya que la sintomatología prostática ha empeorado, las rectorragias han vuelto aparecer y su hábito deposicional se ha alterado con unas diarreas pastosas. Ante este nuevo cuadro, se decide enviar al paciente al Servicio de Digestivo de nuestro Hospital de referencia para realizar una colonoscopia.

A las dos semanas acude para decirme que le han diagnosticado un adenocarcinoma de recto. Durante la entrevista me critica porque no lo he enviado antes ya que, según le han dicho en el hospital, se podía haber beneficiado de un tratamiento más efectivo con un diagnóstico precoz.

Le explico que la sintomatología inicial se atribuyó a la fisura anal pero que después de haber empeorado se decidió enviarlo para su estudio. Al final de la entrevista me doy cuenta que mi actitud con el paciente es muy reactiva y a la defensiva y en ningún momento del encuentro le pido disculpas ante un posible error.

Unas semanas después se le realiza una hemicolectomia y actualmente realiza las visitas de seguimiento en el servicio de Oncología del Hospital.

Al cabo de unos días accedo a su historia para seguir su evolución y observo que se ha cambiado de médico.

A veces me lo encuentro por la calle acompañado con su mujer. Parece que tiene buen aspecto pero el saludo de los dos es frío y distante.

Posibles errores cometidos:

1. Diagnóstico diferencial de la rectorragia no realizado.
2. No se han aplicado de manera correcta las recomendaciones de la guía de práctica clínica de la rectorragia.
3. Retraso diagnóstico del adenocarcinoma de recto.
4. Mala comunicación con el paciente.

Los factores que, a su juicio, contribuyeron a que ocurriera.

-Enfoque de la sintomatología solo a nivel prostático
-Simplificación diagnóstica de los síntomas digestivos
-Minimización de la rectorragia por parte del paciente.
-Falta de accesibilidad de pruebas digestivas.
- Lista de espera de pacientes con sospecha de cáncer digestivo
- Falta de tiempo en la consulta

Las consecuencias que ocasionó o que pudo haber ocasionado.

- Retraso diagnóstico y posiblemente terapéutico

- Deterioro de la relación médico-paciente.
- Cambio de médico por parte del paciente

Las medidas que se tomaron para evitar que volviera a ocurrir.
- Revisión de la guía de práctica clínica sobre rectorragia.
- Proponer vía clínica sobre casos con rectorragia con priorización organizativa sobre casos con sospecha de neoplasia.
-Mejorar la comunicación con el paciente: como comunicar los errores al paciente.

Agrupar los factores condicionantes en:
Graves Moderado
Errores personales Simplificación diagnóstica de los síntomas digestivos
- Falta de tiempo en la consulta
Enfoque de la sintomatología solo a nivel prostático
Fallos del sistema - Lista de espera de pacientes con sospecha de cáncer digestivo
-Falta de accesibilidad de pruebas digestivas.
Minimización de la rectorragia por parte del paciente.

Evento adverso obstétrico.

Hace tiempo que empecé a ceder mis guardias. La excusa era mi salud y la tan traída conciliación familiar. Pero los niños crecen y son las guardias las que pagan la hipoteca y los másteres universitarios y no ese sueldo menguante que tenemos. Así que tomé la decisión y hace un par de días volví al inhumano ciclo de las 24 horas hospitalarias. Al sentarme en el catre de la habitación de guardia, me asaltó el recuerdo y lo vi claro: cuánto daño puede hacerte un evento adverso aunque no hayas cometido ningún error. Había dejado las guardias porque estaba aterrorizada ante la idea de volver a sentirme inútil, tonta y vencida por la crudeza de la vida, la enfermedad y la muerte.

Os transcribo el informe médico:

"Mujer de 40 años, secundípara y gestante a término ingresada para estudio de hipertensión por hallazgo de cifras tensionales elevadas en control de Atención Primaria.

Antecedentes Familiares: Madre hipertensión.

Antecedentes Personales: No refiere antecedentes relevantes, tampoco alergias ni hábitos tóxicos.

Gestación actual de curso normal, controlada sin incidencias. Al ingreso se realiza perfil analítico que no muestra alteraciones relevantes. Inicia trabajo de parto espontáneo a las pocas horas del ingreso. Tras varias horas de evolución se indica cesárea por no progresión de la dilatación. La intervención se realiza sin complicaciones y el postoperatorio inmediato es favorable. A las 2 horas de la cesárea la puérpera es valorada al referir sensación de mareo que coincide con un episodio de hipotensión. Se retira la bomba analgésica y se perfunden líquidos, mejorando la clínica y la tensión arterial. Se encontró en ese momento a la paciente consciente, orientada y comunicativa, el sangrado vaginal era escaso, el útero estaba contraído y el abdomen blando, depresible y no doloroso. Tres horas después se vuelve a valorar a la paciente al referir dificultad respiratoria. En la valoración se comprueba disnea, una baja respuesta a estímulos, pulso palpable, sangrado vaginal escaso, útero contraído y abdomen sin defensa, blando y depresible. Se indica oxigenoterapia, se solicita analítica urgente y se avisa a equipo de apoyo. La dificultad respiratoria y la obnubilación aumentan rápidamente por lo que se decide intubación orotraqueal, se canaliza vía central y se aumenta la perfusión de líquidos, a pesar de lo cual se produce bradicardia e hipotensión, por lo que se inicia reanimación cardiopulmonar avanzada que se mantiene durante más de sesenta minutos sin éxito. Se sospecha cuadro de embolismo de líquido amniótico"

Esto es el informe oficial. Lo que no cuenta la historia médica es la angustia que te anuda el estómago al pensar que has fallado en algo en la cesárea y eso la ha matado. El drama de golpear su pecho intentando que reviva mientras el bebé llora en la cuna. Informar a los familiares intentando contener a la vez tus lágrimas y sus gritos. Hacer otra cesárea a las dos horas de ésta y pedir que te sequen las lágrimas mientras operas. Vomitar hasta la primera papilla en el cuarto de guardia. Sufrir las notas de prensa, los

comentarios hirientes de ajenos y el pésame sincero de los compañeros. Intentar hablar de nuevo con la familia y descubrir que te odian y te culpan. Y que te denuncian: “vamos a por ti”. Revisar una y otra vez todos los pasos, buscar errores y no encontrarlos, despertarte por la noche con la fantasía de un error para revisar de nuevo la bibliografía del embolismo de líquido amniótico. Llorar, llorar y llorar. Empezar a actuar a la defensiva, escribir historias pensando en que serán leídas por jueces, por fiscales, por periodistas, nunca por compañeros. Dejar de hacer guardias…

Siempre he tenido claro quién es la víctima en esto: la paciente y su familia. Pero empiezo a reconocer que yo también fui víctima ese día. Y mucho. Y habré de poner algún remedio o acabaré cometiendo errores reales por culpa de mi terror a cometerlos.

Tos y tristeza en mujer de 60 años.

Hoy he visto en la consulta a una señora de 60 años, a la que hasta ahora siempre en todaslas consultas (que son frecuentes) había acompañado su marido. Conozco a la señora pero no en profundidad porque no llevo mucho tiempo en este cupo.
La señora me había consultado hasta ahora todas las veces por dos motivos alternativos: una tos crónica y un cuadro depresivo (más bien distímico).
El marido en las consultas siempre tomaba la iniciativa de la entrevista y yo me he dejado llevar y lo permitía "es que ella no pone de su parte" "es que esa tos es psicológica" "es que no quiere salir", " es que se obsesiona con las cosas"... Siempre parecía atento, preocupado por ella...
Al dirigirme a ella, siempre encogía los hombros con gesto triste y decía " si es que no puedo...".
No entraré en las profundidades del cuadro de tos crónica porque eso daría para otro rollo (sólo decir que casi le hacen una biopsia pulmonar por lo que ha resultado ser un artefacto en un TAC, desaparecido en el siguiente).
Hoy ha venido sola. Para una receta de nosequé en teoría. En la práctica venía a contarme que ahora está mejor de ánimo (tras un cóctel molotov prescrito por Salud Mental, o más probablemente porque ha mejorado un conflicto que arrastraba con su

nuera) se ha dado cuenta de que su marido la tiene anulada. Que no la deja opinar, que no la deja salir sola, que no le permite retomar sus hobbies... Que la hace sentir inútil.
¿Qué me ha pasado? ¿Cómo no he profundizado antes en las causas de fondo de la tristeza de esta señora? ¿Es un caso próximo al maltrato y yo no había visto nada de nada? Yo que procuro ser empática, llegar más allá de la superficie de las demandas...
En una consulta a reventar he estado 20 minutos con ella, pues era sin duda una "consulta sagrada" y llevo todo el día intentando analizar mi actuación y pensar cómo seguir a partir de ahora.

La neo de laringe (y creía haberlo hecho bien)

Hace unos meses vino Manuel por recetas para su madre. Cuando estaba terminando de hacérselas me dijo: *" y a ver si vengo un día a comentarle lo de mi perdida de peso"* .
Estaba ronco y efectivamente había adelgazado mucho. Le conocía, bebedor y fumador, cincuenta y tantos.
-Nada de a ver cuando vienes, le dije. -Ahora mismo me cuentas. ¿Cuánto llevas con ronquera?

Para acortar: Neo de laringe. En unos 15 días estaba ingresado para cirugía. Ahora está con Rt y Qt, conservó cuerdas vocales y no hay metas a distancia. Yo lo sentí, pero me alegre porque "le pesque" aun sin venir él como paciente.

Bueno, pues un día mientras Manuel estaba ingresado vino su pareja a por recetas, yo iba agobiado y cuando me pidió además para la abuela, que no tenía cita, le debí poner mala cara y me queje de que no se la hubiera pedido. Pues la reacción de la mujer me dejo boquiabierto: me dijo que iba poner una reclamación porque llevaba tres días para conseguir cita y que además: "ni tu ni quien atendió en verano a Manuel (en mis vacas) le habéis hecho caso porque llevaba tiempo viniendo a consulta quejándose de que estaba adelgazando". ¡Joder, y yo que pensaba que todo lo había hecho bien y que estarían encantados conmigo!

Yo llevaba meses sin ver al paciente, aunque sí es cierto que había venido en verano,

pero nadie había apuntado nada respecto a pérdida de peso o disfonía. Intente explicárselo a la mujer, pero cuando vi que casi se inicia una discusión, me disculpé y di por zanjado el asunto (o eso quise pensar)

Aún así las veces que ha venido la esposa he estado tenso y me he sentido "culpable"

El otro día vino Manuel. Tenía muy buen aspecto y estaba animado. No le note nada resentido hacia mí y quise creer que todo es una fantasía de su pareja que estaba cabreada conmigo por lo de las recetas de la abuela o algo así. Pero no me atreví a preguntarle si él creía que no le había hecho caso en algún momento.

Pero ahora, leyendo vuestros correos me doy cuenta que esto no está resuelto. La próxima vez que venga Manuel y haya oportunidad, le preguntare si en algún momento, o por alguna razón se ha sentido poco escuchado. Creo que será beneficioso para ambos.

La neo de páncreas y el agradecimiento al final

En mi experiencia tengo un caso que expresa este tema de la "reparación". Se trataba de un paciente con molestias epigastricas inespecíficas que finalmente fue una neo de páncreas. El diagnostico por mi parte se retrasó más de lo que podríamos considerar adecuado y esto fue evidente tanto para el paciente como para mí. Lo hablamos él y yo, y ello me permitió acompañarlo durante toda su enfermedad y durante su proceso de muerte.

A los 8 días de morir entró su esposa en la consulta con un inmenso ramo de flores y me dijo:*"Es para vd, mi marido me dejó encargado que se lo trajera después de su muerte"*. Es de las pocas veces en que me cayeron lágrimas y no me arrepiento de que me pasara.

Perlas inolvidables!!!!!

La amenaza de denuncia.

Trabajaba de tarde en dos consultorios de Madrid. Cuando estaba finalizando la consulta en el segundo pueblo, nos dan un aviso del primero por un paciente joven de 38 años que había empezado bruscamente con una cefalea muy intensa.

A nuestra llegada menos de 15 min más tarde, le encontramos en parada. Iniciamos RCP, avisamos a la UVI, realizamos masaje 20 min, y la UVI otros 30 minutos, con la consecuencia final del fallecimiento del paciente.

Recuerdo que en todo el proceso me quedé acompañando a la familia, y salimos del domicilio sobre las 23h. Estábamos todos desolados, pero recuerdo una frase de la hermana del paciente a la esposa de éste, que se me clavó en el alma: *" ahora tenemos que ir a por la herencia de las niñas"* (hijas del paciente fallecido). Reconozco que me quedé atónita, triste, confusa, disgustada, nerviosa, preguntándome en qué habría fallado en consultas anteriores del paciente...y temiendo las consecuencias también.

Pensé que la familia entera se cambiaría con el médico de la mañana. Les acompañé en el duelo lo mejor que pude, les reiteré que lo sentía. Pude hablar en consulta con cada miembro de la familia con tranquilidad, escucharles, y contrariamente a lo que yo temía la relación siguió siendo fluida y buena. Estuvieron a la espera del resultado de la autopsia, que no fue concluyente: posible arritmia. No pusieron denuncia como temí en el primer momento, y lo mejor es que conseguimos mantener una buena relación profesional con la familia.

El suicida somatizador

Tenía en mi cupo un paciente hiperfrecuentador de unos 60 años que también acudía a las consultas de psiquiatría y estaba etiquetado como trastorno somatomorfo. De nivel socioeconómico bajo, separado , sin relación con su familia, vivía solo y acudía

casi semanalmente contándome siempre síntomas nuevos y pidiéndome pruebas complementarias y derivaciones .Su aspecto era desaliñado y con poco higiene, y su discurso negativo y tendente a la rumiación... vaya de esos que sufren más riesgo que los atendamos menos y peor…

Recuerdo que regresé a mi consulta después de ausentarme unos días para unos cursos de psiquiatría donde tome buena nota sobre el manejo de los somatizadores / hiperfrecuentadores : tenía que ponerle limites . Y así lo hice: El paciente acudió un viernes sin cita a mi puerta, sin apuntarse de urgencias como hacia otras veces y le sugerí con asertividad que me pidiera hora para la semana siguiente. Cuando cerré la puerta recuerdo mi satisfacción por haber conseguido no ceder una vez más a sus demandas y haberle marcado limites.

Pasaron días y días hasta que me enteré que ese fin de semana se había suicidado, se lo encontraron muerto en su casa. Me quede tan aturdida que rápidamente fui a explicárselo al psiquiatra de mi centro que le conocía bien y que me tranquilizo diciéndome que era de los trastornos somatomorfos más grandes que había conocido y que el suicidio posiblemente era inevitable…

Nadie de su familia vino a verme, nadie me reclamó no haberle atendido, ni siquiera había registro informático de su última solicitud de visita de pasillo y entonces no estábamos informatizados

<u>La ventilación no invasiva</u>

Estaba de guardia en urgencias y llegó un señor de 79 años con antecedentes únicamente de HTA y DMNID, un señor que era la primera vez que venía a urgencias, me comunicó que no era "mucho de ir a médicos", que él estaba como una rosa.... Entró por la puerta andando tan normal con su señora al lado y yo flipando porque en la hoja de triaje ponía que tenía una saturación de 90%....

Lo interrogué a él y a su mujer y me dijo su mujer que ya había tenido que insistirle para que fuera al médico, que llevaba unos días que no lo veía bien, que lo notaba somnoliento y que esa tarde se había caído en la cocina... No tenía fiebre, negaba disnea o dolor torácico, no tenía síndrome miccional ni alteración del hábito deposicional. El señor me decía "niña no te preocupes, estoy bien" y decía que su mujer era una exagerada.

Yo, ante los hallazgos de las constantes de triaje con esa saturación, pedí a la enfermera que realizara una gasometría arterial.... tenía un pH de 7.25, una pCO2 de 60 y una pO2 de 50... ¡¡Mi cara fue de estupefacción!! Corrí a enseñársela a una adjunta, y ella también acudió a explorar al paciente... me dijo: bueno tranquila, pídele una analítica y una radiografía de tórax.... Al final de todo me dijo que lo ingresará en interna con nebulizaciones de salbutamol y atrovent y yo le hice caso.

Al día siguiente me enteré que cuando la internista vio la gasometría urgentemente acudió a urgencias para realizar ventilación no invasiva y llamó a la UCI. Me lo comunicaron a mí y me dijeron que ese paciente desde un principio habría que haberlo ventilado, que se podía haber muerto y que lo habíamos manejado muy mal.

Yo me sentí fatal. La verdad que me costó recomponerme.... y a la pregunta de: ¿cómo lo hacemos para recomponernos? En mi caso fui a ver al paciente una vez que salió de la UCI, fui a la planta de neumología donde estaba ingresado y eso me sirvió mucho. El paciente lejos de estar enfadado conmigo, estaba muy contento con mi atención en urgencias y su mujer me explicó media vida...

La paciente que quería algo más

Acudió a consulta una paciente nueva para mí, aunque con mucha historia detrás ya que venía de otro médico en mi CS.

Para resumir la paciente consultaba por: agotamiento físico, rumiaciones, imposibilidad para dormir, llanto fácil… bueno hasta aquí una consulta de las muchas que tenemos

cada día. Yo siempre trato de que hablen sobre lo que les agobia tanto y comienzo por preguntar sobre sus circunstancias vitales. Parte ya las sabía, estaban recogidas en su historia y otras las conocía por una de sus hijas, que es paciente mía desde hace más tiempo.

La situación era la siguiente: una mujer de 55 años, separada, trabajando en tres sitios diferentes y con tres hijas en el paro y dos nietos, todos a su cargo. Uno de sus nietos, de unos 3 años, sufrió, este verano, una hemorragia cerebral y tras pasar un par de meses en el hospital, con muy pocas garantías de supervivencia ya lo tienen de alta en casa, pero con graves secuelas neurológicas. La paciente contaba que no era capaz de aceptar la situación ni descargar su angustia con nadie, pues en su familia y cito sus palabras: *"no se habla de problemas"*.

A mi me apenaba la situación que me contaba y tras dejarla hablar largo rato comenzamos a ver las posibles soluciones a su problema de salud. En un momento dado, una idea cruzó por mi mente: la paciente quería algo más. Efectivamente, comenzó a contarme lo preocupada que estaba por su hija pequeña, la que es paciente mía, la veía mas delgada, rara y en los últimos días menos habladora que de costumbre. Yo conocía la razón, justo el día antes había venido a la consulta a recoger el resultado de un test de embarazo, positivo claro, y aunque no buscado, le hacía mucha ilusión y quería seguir adelante con el embarazo.

Por supuesto que mi respuesta a la pregunta indirecta de la madre fue decirle que hablase con su hija ya que yo no estaba autorizada a dar información sobre mis pacientes a nadie, salvo con permiso explícito.

La rotura de los tendones de Aquiles y la quinolona

Hace como dos años acudió un paciente a consulta, de nivel sociocultural bajo, enolismo y tabaquismo importante, de unos 62 años. De los que vienen poco, con un trato correcto, aunque sin querer derivaciones para pruebas (como espirometría,

analíticas, y mucho menos hospital), muy poca adherencia a fármacos. Clara sintomatología de EPOC, sin estudiar. Intolerancia al clavulánico (que no alergia)

Acudió por una traqueobronquitis bastante afectado... Y por los antecedentes explicados se me ocurrió darle levofloxacino entre otras por la comodidad de un cp al día.
Pues... ya le podía haber dado cualquier otro antibiótico...
La cuestión al cabo de unos días, tras dar un salto desde una altura de medio metro, se rompió los dos tendones de Aquiles. Ingreso en el hospital y precisó cirugía bilateral.

No paso por atención primaria, pero como me llega al correo los ingresos hospitalarios, lo vi en la historia hospitalaria. Hablé con un traumatólogo amigo mío que no lo había atendido aunque es del equipo, y "en su opinión" no era por el levofloxacino. Aunque yo me sentía bastante culpable, y si creía que era por eso. La verdad es que me sentía fatal, temía ver al paciente, aunque tuve tiempo para pensar que hacer cuando lo viera.

Al salir de alta me trajeron al paciente a la consulta la mujer e hijo en silla de ruedas y con las dos extremidades escayoladas. Los recibí, comenté que ya sabía lo que había pasado porque había visto los informes en el hospital. Honestamente les dije que sentía mucho lo que le había pasado, que que mala pata que fueran las dos piernas, y que lo que le había pasado podía tener relación con el antibiótico que le había dado días antes.

No recuerdo exactamente como se lo dije pero si recuerdo la primera frase del paciente tras mi explicación... *"algo había oído en el hospital"*... y lo dijo con un paralenguaje muy neutro, sin enfado, ni recriminación. Y a partir de ese momento, no noté que la relación cambiara, siguió como siempre. Bueno, eso creo yo, lo cierto es que siento respeto hacia él por su comprensión, y "le tengo aprecio", la verdad.

<u>El coma hiperosmolar siendo R1</u>

De mediados de R1 vino a la Urgencia un coma hiperosmolar diabético que lleve durante varias horas… y fue mal. Acabé pidiendo ayuda a la UCI que se quedó a la

paciente pero al final fue un exitus, probablemente por el mismo proceso, aunque nunca estuvo del todo esclarecido (no encontramos desencadenante más que la propia hiperglucemia)

El proceso que la llevo a ella estuvo plagado de malentendidos... Por una parte se llamó el día anterior a la educadora diabética por 480 en el glucómetro que comentó subir las dosis de insulina a 6 U y el familiar entendió que solo pusiese esas 6 (en vez de las 18 que solía), la mujer calmaba la sed con coca-colas, cuando vino la medico a valorarla "dijo" (contaba el familiar, aunque lo más probable es que hubiese un malentendido) de no ponerle la insulina que le tocaba... Un desastre (cúmulo de calamidades fortuitas). Y conmigo la cosa no fue mejor.

Durante meses estuve planteándome que había hecho mal (porque sospechaba y aun a veces sospecho si no "se me murió la paciente" en vez de "se murió" como comentaba un compañero) científicamente, aunque era una paciente muy compleja (muy mayor y muy pluripatológica, hiperglucemia de más de 1000, muy "pasada" clínicamente, aunque con buena calidad de vida) y estuve preguntando a todo el mundo (casualmente, estaba rotando por endocrino), tranquilizándome todos sobre que lo más probable es que habiendo hecho "otras cosas" (cambios en sueroterapia, en la infusión de bomba de insulina, poner ATB o no...) el resultado hubiera sido el mismo.

Aun le doy vueltas, pero de una manera más sana. Pero lo que más me pesa en la conciencia (aparte de lo físico) sobre este caso es lo mal que me comuniqué con el familiar. Ni siquiera pude despedirme de él ni informarle cuando se la llevo la UCI... y me pregunto si no se sintió "culpado" por las conversaciones que tuvimos por lo que pasó. Intenté comunicarme con él después del episodio y no lo conseguí. Posteriormente pasaron los meses y perdió el sentido.

Yo soy quien mejor cuida de mi marido.

Varón de 79 años. Casado sin hijos. Anciano frágil. Neoplasia vesical en 2012 tratada con RTU y quimioterapia intravesical. Nefrostomía bilateral secundaria a hidronefrosis (2013).Múltiples ingresos hospitalarios. No red de apoyo familiar ni social.

Su mujer es la cuidadora principal y única, diagnosticada de una demencia tipo alzheimer que le impide el buen cuidado de su marido, aunque ella no es consciente y se considera autosuficiente porque fue enfermera. Relación de pareja buena con afectividad y cariño. Ingresos familiares adecuados a sus necesidades.

PROBLEMAS: Anciano con necesidad de cuidados y cuidadora sin recursos propios. Rechazo de la cuidadora a soluciones fuera del domicilio y a ayuda instrumental por parte del Centro de Salud. La pareja no quiere ser separada y rechaza gestionar su ingreso en residencia. No reconocimiento por parte del Sistema Sanitario de los ingresos hospitalarios por causa social.

DISCUSIÓN: Trabajo colaborativo con trabajadora social del que surgen tres elementos para la discusión. El primero de ellos es: cuando una cuidadora enferma se niega a recibir ayudas ¿Se puede hacer algo más que buscar un pacto?. El segundo es que cuando un enfermo que precisa cuidados no tiene la garantía de estos en su red de apoyo ¿Hay que plantearse una denuncia a fiscalía aún sabiendo que la pareja no desea ser separada y puede plantearse un conflicto de respeto entre sentimientos y necesidad de cuidados? Por último, nos planteamos los ingresos hospitalarios de causa social (claudicación de la esposa) con altas médicas posteriores sin abordar dicho problema.

En este difícil caso al final el paciente ha fallecido. La mujer era consciente de cuidar bien a su marido aunque no lo hiciera. Y él por amor no la iba a traicionar. Sólo decir que por salida de nefrostomía acudió 56 veces en un año a urgencias. Por cierto no tenían familia.

Una odisea en el dolor.

Paciente varón de 29 años que debuta con dolor en hombro izquierdo que aumenta gradualmente de intensidad, comenzando autotratamiento con AINEs desde el inicio del proceso (noviembre, 2012) sin encontrar remisión sintomática. Como únicos antecedentes médicos de interés destaca una miopericarditis hace 10 años que requirió ingreso en UCI y alergia a penicilinas, junto con otras manifestaciones de atopia.
El paciente, natural de Castilla-La Mancha, reside en Holanda (Utrech) en el momento de aparición del cuadro, país en el que trabaja como ingeniero desde hace un año. Posee un nivel básico de idioma holandés, manejándose habitualmente en inglés tanto el trabajo como en las actividades cotidianas.

Tras 15 días desde la aparición del dolor, acude a consulta de su centro de AP dentro de la asistencia ofrecida por el seguro que tiene contratado (financiación parcialmente pública y provisión privada de servicios). En este centro de AP se asigna un médico a cada nueva visita de los pacientes y se intenta preservar un cierto grado de seguimiento de cada proceso por el mismo médico. El MAP piensa en tendinitis del manguito de los rotadores como primera opción y le ofrece dos posibilidades: inyección local de triamcinolona (corticosteroide sintético) en el propio centro o derivación al especialista en traumatología (opción que supone un mayor coste económico). El paciente, con dificultades económicas, opta por la inyección de corticoides; que se administran durante los días siguientes.

Tras una remisión parcial, el dolor empeora una semana después, extendiéndose hasta los dedos 4º y 5º de la mano izquierda. Se describe como un 'quemazón', asociando hormigueo, adormecimiento e impotencia funcional progresiva desde el comienzo del cuadro; no asocia prurito ni inflamación. Acude de urgencia a su centro de AP, donde la atiende el mismo MAP, y se pauta diclofenaco y paracetamol. A los tres días visita de nuevo solicitando analgesia de mayor intensidad debido a las dificultades para continuar su actividad laboral, se pauta paracetamol con codeína y diclofenaco. Cuatro días

después acude a consulta del mismo centro con empeoramiento del dolor y recibe una prescripción de tramadol de uso diario junto con AINEs, siendo citado para revisión cinco días después. El tramadol provoca dificultades en la esfera laboral y el médico le sugiere una baja laboral; el paciente se niega ante la posibilidad de perder su trabajo.
En menos de una semana regresa a urgencias de este centro refiriendo persistencia del dolor, que ya se ha extendido por todo el miembro superior izquierdo llegando a la punta de todos los dedos. Se le ofrece iniciar tratamiento con opioides mayores como alternativa, que son rechazados por el paciente ante la posibilidad de adicción. El médico indica baja laboral, citándose a las dos semanas para revisión por parte del médico de la empresa. El dolor persiste y acude, una semana después de iniciar la baja a su centro de AP, donde se baraja la posibilidad de enviarlo para valoración hospitalaria. Se remite a un servicio de urgencias hospitalario en Utrech y allí es recibido por un especialista en traumatología. Este plantea una bursitis como primera posibilidad diagnóstica y realiza una ecografía del hombro junto con una infiltración de corticoides, citando para revisión a los 10 días. Unos días después de ir al SUH, acude a consulta con el MAP quien, ante la persistencia del cuadro, pauta oxicodona de uso diario (10 mg/12h) + paracetamol.

En la revisión posterior con el traumatólogo, este deriva al neurólogo al no constatar mejoría e introduce diazepam a demanda. Una semana después acude a consulta de neurología (hasta entonces los contactos con especialistas hospitalarios le habían supuesto un coste de 350 euros, pero al superar la 'franquicia' en ese momento pasaban a ser gratuitos), donde se solicita una resonancia magnética de cuello bajo sospecha de radiculopatía, la cual resulta normal. Ante la normalidad en la RM de cuello, el neurólogo deriva al especialista de hombro del mismo hospital, quien solicita una RM de hombro programada para un mes después (finales de abril).

Durante el mes de abril (2013), acude al MAP de su centro habitual, quien aumenta la oxicodona (60 mg diarios + 20 mg de rescate) y el diazepam (30 mg) y añade gabapentina (300 mg/8h). Aumenta la preocupación del paciente por su puesto de trabajo, debido a la próxima renovación de su contrato en agosto.

Tras realizarse la RM de hombro y sin haber recibido la valoración de los resultados, regresa a España para pasar tres semanas en Vigo, donde trabaja su pareja. Ella había mantenido hasta entonces una actitud escéptica respecto a las intervenciones médicas a las que se sometía, pero a raíz de convivir con el estado de ánimo del paciente (disfórico, irritable, depresivo) comienza a presionar para que visite alguna consulta de traumatología allí. Acude a la consulta privada de un especialista en aparato locomotor que orienta el diagnóstico hacia una patología traumatológica y sugiere cirugía exploratoria de hombro (a realizarse por este profesional) ante la normalidad de la RM de cuello. El paciente rechaza esta intervención. Tras la negativa a la cirugía, su pareja muestra dudas acerca de la naturaleza del dolor y sugiere que es posible que 'esté en la cabeza' del paciente. La sensación de falta de comprensión hacia su sufrimiento acompañará al paciente, a partir de ese momento en muchos de sus contactos, tanto en el ámbito sanitario como en su vida cotidiana.

Ya en Holanda acude a consulta de traumatología, donde le recibe un especialista sustituto que reprograma la consulta al encontrarse de baja el especialista de hombro y deriva también al anestesista para control del tratamiento del dolor y a neurología para nueva valoración. El anestesista retira la gabapentina al considerar que no ha respondido a la misma y sugiere tratamiento con electroestimulador transcutáneo (TENS) 8-12 horas/día, el cual se instaura durante 3 meses sin respuesta alguna. El neurólogo solicita una prueba de electromiografía, realizada por un técnico y valorada por el especialista a posteriori, en la que no se encuentra ninguna alteración. El neurólogo valora la patología traumatológica como primera opción a la espera de la revisión pendiente por el especialista de hombro. Acude a este unos días después, que concluye normalidad en la RM de hombro sin poder constatar ninguna posible lesión ni patología probable. En ese momento recibe el alta por parte de traumatología y se deja el seguimiento en manos del anestesista (manejo del dolor) y del MAP.

Una semana después, (en julio, ya consciente de que es imposible conservar su puesto de trabajo), solicita a su MAP una segunda opinión, siendo derivado a la consulta de traumatología de otro centro hospitalario. En este nuevo centro se plantea como opción diagnóstica la disquinesia escapular, al observar atrofia de cintura escapular y zonas

adyacentes, junto con disminución del tono muscular en brazo y antebrazo. Se propone tratamiento basado en rehabilitación continuando con la analgesia pautada en ese momento.

Su vecina, fisioterapeuta, le anima a acudir a un centro hospitalario en La Haya para ser valorado por un equipo 'puntero' de traumatólogos con amplia experiencia en hombro. Solicita aprobación a su MAP para acudir a este centro, quien le pone numerosos inconvenientes para llevar a cabo la derivación. Este MAP (la misma que había pautado la oxicodona y había aumentado la dosis hasta la dosis máxima) le recrimina la búsqueda de respuestas y le recomienda aceptar su condición de paciente con dolor crónico incapacitante; también sugiere una posible somatización y adicción a la oxicodona. El paciente rechaza la retirada de la oxicodona por miedo a sufrir nuevos ataques de dolor y es derivado al equipo de especialistas en traumatología, afirmando el MAP que sería lo último que haría por el paciente. En La Haya se le realiza una RM con contraste, en la que se aprecia una ligera lesión en el manguito de los rotadores, y tras valoración por un equipo multidisciplinar de traumatólogos, neurólogos y radiólogos se concluye un diagnóstico de disquinesia escapular y neuritis braquial inespecífica, pautando rehabilitación.

Todo este proceso fue seguido por su médico de empresa, con el que se entrevistaba de forma periódica, supervisando y planteando alternativas centradas en la reinserción al trabajo (bloqueo nervioso, cirugía, etc) o trabajo terapéutico (reinserción paulatina a su puesto de trabajo según necesidades, unas 2-4 horas al día dos días a la semana), el cual es aceptado por el paciente con buenos resultados (ayuda esporádica en la empresa, asesorar al sustituto que cubría su baja), lo que facilita una buena sintonía con el entorno laboral a pesar de la baja.

A finales de agosto, antes de regresar a España, intentó conseguir una reserva suficiente de Oxicodona y Diazepam por temor a un periodo largo de tiempo antes de que se lo prescribieran de nuevo. El MAP que le venía siguiendo se negaba a hacer una prescripción larga de oxicodona (que ella misma había pautado por primera vez), considerando al paciente adicto a esta sustancia. Finalmente, el anestesista prescribe

medicación suficiente para un mes y medio y prepara los documentos necesarios para transportar los medicamentos a través del aeropuerto.

Durante las 3 primeras semanas de estancia en España acude al MAP que conoce desde hace 10 años en Albacete, con el que había mantenido contacto durante su periodo en Holanda y había empezado a gestionarle una cita con el traumatólogo para acelerar el proceso antes de que llegara. Este le recomienda iniciar la deshabituación de la oxicodona en la Unidad de Conductas Adictivas. En ese momento toma: Diazepam 10-10-10 + Oxicodona 30-0-30 y dosis de 20 mg de rescate. El paciente rechaza asistir a la UCA.

Después de su estancia en Albacete, se traslada a Vigo a vivir con su pareja tras estar más de un año separados, relación que se había deteriorado a raíz de la aparición del dolor (menos comunicación, aletargamiento por la oxicodona, estado de ánimo depresivo, etc). En Vigo comienza a quedarse sin medicamentos y acude a un Centro de Salud para que se le asigne un Médico de Desplazamiento Temporal. Tras superar serias dificultades administrativas, acude a un MAP en Vigo; quien, después de la segunda receta, le indica que debe dejar la oxicodona, a pesar de no tener un diagnóstico claro. Un amigo neurólogo, tras escuchar su caso y observar el estado de su hombro en un encuentro casual por la calle, le sugiere el diagnóstico de Síndrome de Parsonage-Turner. Al comentarlo con el MAP en Vigo, este descarta esa posibilidad diagnóstica y obliga a la reducción de la dosis de diazepam y oxicodona.

Comienza a bajar 5 mg de Diazepam cada semana. El MAP no lo considera suficiente y obliga a iniciar una deshabituación 'agresiva' paralela de la oxicodona, proponiendo una reducción semanal de un tercio de la Oxicodona con el objetivo de 'quitarse de eso cuanto antes'. Un día y medio después, acude a un servicio de urgencias hospitalario en Vigo tras sufrir un cuadro de dolor súbito muy intenso, lo que obliga al ingreso hospitalario y a la administración de Petidina IV. Allí recibe la recomendación de reducir la dosis de forma mucho más paulatina. A partir de ese momento, evita el contacto con el MAP que le venía atendiendo al sentirse muy perjudicado por sus decisiones y desconfiar de su juicio clínico. Se ve forzado a usar las reservas de

oxicodona que tenía desde Holanda para reducir a dosis 0 en un tiempo que considera razonable. En ese momento se encuentra tomando AINEs a altas dosis como tratamiento analgésico sustitutivo para la oxicodona, según prescripción del MAP.

Dos meses después, acude a consulta de traumatología en Albacete; donde, a través de un amigo trabajador del hospital, consigue que su cita sea con el especialista en patología del hombro. El traumatólogo deriva a neurofisiología para un nuevo estudio de EMG sin cuestionar la necesidad de tratamiento analgésico. Otro amigo, residente de neurofisiología, adelanta su cita para el EMG y acude un par de semanas después. Allí se diagnostica una plexopatía del tipo neuralgia amiotrófica difusa, planteándose un posible Síndrome de Parsonage-Turner. Unos días más tarde, el traumatólogo establece el diagnóstico de Síndrome de Parsonage-Turner, indicando rehabilitación como base del tratamiento, añade Pregabalina y seguimiento por parte de la Unidad del Dolor. Visita la consulta de un médico rehabilitador en Galicia, que aprueba la fisioterapia bajo cobertura pública. Después de varias semanas de espera para la primera cita sin recibir ningún aviso, el paciente acude a preguntar por su cita pendiente. Se entrevista con otro facultativo de RHB, quien se niega a expresarse en castellano (sólo lo hace en Gallego), afirmando que no hay hueco y retrasando la posibilidad de empezar la rehabilitación en unos meses. Al día siguiente le llaman para comenzar una serie de 20 sesiones de rehabilitación en un centro de salud alejado en más de una hora de su domicilio, pero asignado por demarcación territorial.

Después de varias semanas sin obtener resultados en términos de dolor y recuperación funcional, es recibido por un fisioterapeuta privado que afirma que la pauta de tratamiento que está siguiendo dentro de la cobertura pública es insuficiente y dice literalmente que 'están tratando como si tuvieras un esguince de tobillo'. El tratamiento consistía en 20 minutos de neuroestimulación transcutánea, 20 minutos de infrarrojos y 10 minutos de movilización de la articulación. Comienza a recibir sesiones de RHB al margen de la terapia propuesta en el centro de salud; el paciente mantendrá, a partir de entonces, programas de rehabilitación en centros privados de diferentes ciudades durante el resto de su proceso asistencial.

Un mes y medio después, acude a consulta de un tercer médico rehabilitador que pone en duda todas las aproximaciones diagnósticas anteriores. Plantea la necesidad de unas 'excavaciones' más pronunciadas en los músculos afectados (mayor grado de atrofia muscular) para establecer el diagnóstico de un síndrome de Parsonage-Turner y sugiere otras posibles etiologías como neuralgia postherpética sin pápulas; la cual sería, en cualquier caso, autolimitada. Afirma que el dolor remitirá en unos meses y retira la RHB que estaba realizando en el centro público, al no considerarla necesaria. El paciente continúa con las sesiones de RHB en el centro privado.

Tres semanas después de la visita a este último médico de rehabilitación (finales de abril, 2014), acude a consulta de traumatología en Albacete en la que se constata notable progresión en movilidad y fuerza del brazo izquierdo, con recuperación del tono muscular en todo el miembro superior, y mejora de la sensibilidad distal. Se le realiza un EMG de seguimiento en el que se aprecian signos importantes de reinervación, atribuidos (según el especialista en neurofisología y el traumatólogo) al importante trabajo llevado a cabo en las sesiones de rehabilitación. Ambos facultativos insisten en el diagnóstico de síndrome de Parsonage-Turner a pesar de las dudas que ofrecía el médico rehabilitador en Galicia.

Tres semanas después (mediados de mayo) asiste a una revisión por parte de la unidad del dolor en Vigo, el anestesista recomienda añadir Duloxetina a la Pregabalina que tomaba para control de los episodios lacinantes recurrentes que sufre y mejorar las parestesias. En la revisión posterior en Agosto se sugiere la reducción de la dosis de Pregabalina hasta alcanzar la que el paciente considere adecuada.

Refiere efectos secundarios muy marcados que aparecen relacionados con el inicio en la administración de Duloxetina (bostezos muy frecuentes, diaforesis, apatía, náuseas), los cuales desaparecen progresivamente pasadas tres semanas. El efecto secundario que persiste durante meses es la alteración de la respuesta sexual, con imposibilidad de tener orgasmos o haciéndose estos de aparición muy retardada. Tanto en la unidad del dolor como el MAP en Albacete no ofrecen ninguna respuesta a este problema, tratando esta afectación como algo secundario e 'inevitable'.

Durante el verano se dedica casi exclusivamente a la rehabilitación, ejercicio físico y a la realización de tareas del hogar y otros cuidados informales tanto en su entorno familiar como con su pareja. No se ve capacitado para incorporarse a ningún tipo de trabajo ante el miedo a la reaparición de dolor intenso y en las dos entrevistas laborales a las que acude encuentra problemas por su condición de enfermo crónico.

A principios de septiembre, se traslada a Albacete a vivir con su pareja, asumiendo la responsabilidad de todas las tareas del hogar desde el principio. Dos semanas después, inicia una fase de búsqueda activa de empleo sin éxito. Aunque el dolor se encuentra en remisión progresiva y está controlado con la medicación (Pregabalina, Tapentadol, Duloxetina, Clonazepam), el temor a una reaparición sigue presente y el paciente percibe que no tiene 'fuerza' suficiente para mantener una actividad laboral normal.
En Albacete lleva a cabo un programa de rehabilitación cada vez más activo pautado, por un fisioterapeuta privado, que concede más importancia al trabajo autónomo del paciente que a las visitas a la consulta, las cuales se van espaciando hasta convertirse en revisiones puntuales de la actividad realizada en el domicilio.
El coste económico de todo el proceso asistencial ha sido muy alto, impactando sobre la ya precaria situación económica del paciente (sólo cobró el paro durante tres meses tras su despido en Holanda). Ha pagado más de 100 sesiones privadas de rehabilitación, con un coste económico total de 2500 euros hasta el momento. Cada caja de Oxicodona suponía un coste de más de 4€ y la Lyrica oscila entre 4 y 8€; habiendo recibido también numerosos tratamientos durante periodos de tiempo más cortos (Clonazepam, protectores gástricos, etc). El hecho de recibir asistencia en diferentes ciudades de forma simultánea le obligaba a realizar viajes con un coste de hasta 200 euros para asistir, por ejemplo, a una consulta de traumatología en Albacete.

A finales de septiembre aparecen graves problemas de convivencia con su pareja, la cual recrimina su largo periodo de enfermedad y la falta de expectativas laborales a corto plazo.

En una última visita al anestesista de la unidad del dolor en Albacete, se retiran varios de los fármacos que venía tomando (Duloxetina, Clonazepam y reducción de dosis de Tapentadol), dejando una dosis de mantenimiento diaria de Pregabalina. En la actualidad se encuentra en periodo de remisión de la enfermedad, con una recuperación casi total de la funcionalidad del brazo izquierdo y habiendo desaparecido el dolor, excepto por algunas crisis de dolor intenso que sufre de forma esporádica.

Placa de Tórax y problemas informáticos.

Mi paciente es una chica de 29 años, Gema, vive sola aunque tiene pareja y están pensado en ir a vivir juntos, los dos trabajan en una escuela infantil concertada cerca del domicilio de ella. Yo soy su médico, lo soy de sus abuelos, de sus padres y de su hermana, conozco bastante bien a la familia y sus relaciones, sus lazos. Sé que ella este verano ha estado de vacaciones en Tailandia.

A mediados de diciembre vino por un proceso con febrícula, malestar, odinofagia, algo de tos, con exploración normal, que tratamos como un proceso vírico, ella empezaba sus vacaciones de Navidad (fue justo el 16 de diciembre) y me dijo que seguiría tomando paracetamol para los síntomas y nos felicitamos las fiestas y el año.
Yo me fui de vacaciones poco después y a mi regreso a finales de año, veo que había venido a la consulta durante mis vacaciones porque seguía sintomática, la había valorado una compañera y aunque no queda muy bien reflejado el motivo le pautó amoxicilina-clavulánico que la paciente tomó 6 días.

Pero al finalizar el tratamiento vuelve, María me dice, me encontraba mucho mejor pero al suspender el antibiótico he empezado con décimas, y con un dolor en el pecho, ayer ya tuve fiebre de 38,5 y como tengo que volver al colegio no sé muy bien qué hacer.
Al auscultarla encuentro crepitantes en ápex izquierdo, está eupneica y satura al 99%, , no me gusta que sean en ápex, le pido una Rx de tórax urgente y se va y vuelve a verme al rato.

Existe la mala fortuna de que el sistema informático con el que se cargan las imágenes de rayos no funciona y no puedo acceder a la placa, solicito a la administración que se pongan en contacto con radiología a ver si lo pueden solventar y hablo con el técnico de rayos que me llama y me dice, doctora hay un problema con el programa y no sabemos cuándo se podrá cargar la placa, pero el radiólogo me dice que tiene un infiltrado intersticial en ápex izquierdo.

Ese día tengo la agenda muy cargada, la pobre ha entrado y salido 3-4 veces de mi consulta entre verla, ir a por la placa, volver, que no estuviera… no me acuerdo del viaje, está reflejado en la historia, pero la verdad es que ni lo leo, tampoco se si ha tenido o no relevancia ese viaje en esta historia.

Me planteo que pueda ser una neumonía atípica o una tuberculosis, chica joven, guapa, maestra, sin contactos de riesgo en principio… lo comento con ella, quizás en ese momento tenía que haberle pedido un Mantoux pero no lo hago, el radiólogo me hubiera dicho algo si la imagen resultase sospechosa (pero yo no hablé con el radiólogo) es en apex, es intersticial, ha mejorado con augmentine… total la trato como una neumonía atípica y la reviso a final de la semana. Cuando vuelve a mejorado bastante clínicamente, tiene menos tos, menos dolor, y solo algún día presenta alguna décima, pero le digo que no puede incorporarse a trabajar aún. La reviso 2 veces en semana, la clínica esta mejor pero la auscultación… buff está yendo muy despacio

A las dos semana persisten los crepitantes, y aunque ella se encuentra bien, satura bien, la auscultación no me gusta, finalmente le solicito analítica y le pido un Mantoux, como es miércoles por la tarde lo hablo con la enfermera y el Mantoux se le realiza el viernes para poder realizar la lectura en tiempo, cuando viene hacerse el Mantoux ya están los resultados de analítica, todo normal, sin leucocitosis pero con los reactantes de fase aguda bastante elevados. Cuando pasa a la consulta tras 48 horas, tras un cambio de antibiótico ha empezado con fiebre alta, con bastante dolor, con empeoramiento de la tos, la auscultación ha empeorado ostensiblemente, así que la remito al hospital. Ya habíamos hablado de la posibilidad de que fuera una tuberculosis, y ese mismo día me comenta que han detectado tuberculosis en un niño del colé en el que trabaja, no es de su clase, y no comparte actividades con él, pero me lo quiere contar.

En urgencias le repiten la placa donde se ve una caverna y adenopatías múltiples, le hacer una baciloscopia de esputo donde presenta abundantes bacilos acido-alcohol resistentes, y es ingresada en aislamiento por tuberculosis bacilífera

En todo momento ha estado bien, ya está de alta, en su casa, con arresto domiciliario como dice ella, me manda mensajes con su madre, que viene a recoger los partes de baja y a informarme de cómo va.

Cuando vino el primer lunes a verme después del ingreso, le comenté que igual había habido un retraso diagnóstico por no querer creer por mi parte que su hija tenía una tuberculosis, ella me dijo que todos estaban muy contentos de como la había tratado, de lo pendiente que había estado y que lo importante es que ya se sabía que tenía Gema y se le estaba tratando. Le dije he visto la placa, que placa? me preguntó, la primera que le mandé hacer, es verdad que la he visto y la he comparado con la posterior y así y con un diagnóstico es más fácil ver las cosas, pero ya se dejaba traslucir las adenopatías y el infiltrado… bueno con mucha imaginación se estaba convirtiendo en la caverna que se ve en la segunda placa, ella me contestó que en el hospital le habían dicho eso, que con la primera placa, quizás yo ya podía haber pensado en la tuberculosis, a lo que ella les contó la historia del informe del radiólogo y la falta de acceso por el fallo informático.

Eso me hizo sentir más culpable, de la demora, sus padres y su hermana habían dado positivo en el estudio de contactos, sin signos de enfermedad activa al menos. Se lo dije, compartirlo con ella, me hacía sentir mejor en parte y peor porque la paciente no paraba de defenderme. Eso fue justo a finales de semana, la madre de Gema veía a acompañar a su abuela pero hablamos de Gema de todas formas. Lo que más me sorprendió de todo, fue que en eso momento ¡¡¡me da unos bombones, y me dice, por todo lo que ha hecho, por lo que se ha preocupado, y para pedirle perdón por el riesgo en el que le hemos puesto a usted de contagiarse, estando embarazada además!!!!! Me quedé sin palabras, nunca sabemos que pasa por la cabeza de nuestros pacientes.
Retraso diagnóstico en mi mente, seguimiento cercano en la de ella, pero sea como fuere compartirlo me ha ayudado, les ha ayudado, y me hace ver que aunque siempre intentes estar alerta, aunque siempre creas que valoras las diferentes facetas de la vida

para tomar decisiones, siempre hay que volver a pensar, volver a plantear, volver a revisar y sobretodo reconocer que te has equivocado, hacerlo con humildad, para contigo y para con el paciente, supongo que si este caso hubiese acabado de otra forma (con incapacidad o con muerte) se hubiera visto de otra manera también por parte de todos.

Os meu erros

Uma vez, há 19 anos, era eu residente hospitalar de Medicina Interna (ao fim de 2 anos mudei para Medicina Geral e Familiar), cometi um erro grave de medicação. um dos meus pacientes era um jovem de 16 anos com sarcoma de Ewing de um fémur. os sarcomas de Ewing não deviam ser internados numa enfermaria de Medicina Interna de um hospital geral quando há um hospital oncológico a 1 Km, ainda mais um jovem de 16 anos, numa enfermaria de adultos. a quimioterapia que alguém decidiu fazer-lhe veio numa fotocópia de um livro em inglês. fui eu que a partir dessa fotocópia fiz a prescrição manual em português para as enfermeiras. ao fazê-lo enganei-me e uma das drogas foi prescrita em dose dupla durante 2 dias. o jovem teve uma mucosite brutal (mais brutal que o que já seria com a dose normal). fiquei devastada. contei-lhe, a ele e à mãe, e pedi desculpas. mas todos os dias o via em sofrimento atroz na enfermaria. o jovem acabou por falecer por progressão da doença, num sofrimento enorme. mesmo assim, a mãe, durante muitos anos, enviava-me um postal de Natal, agradecendo-me... durante muito tempo sonhei com este paciente e com crianças e jovens que tinham doenças horríveis nas pernas. dos meus colegas de trabalho não tive mais que silêncio. sei que foi um erro meu, uma distracção. algo muito humano e que podia ter sido evitado se aquele serviço estivesse devidamente preparado para tratar doentes oncológicos. é como se eu tivesse sido o único buraco numa fatia de queijo emental demasiado fina. a principal lição que tirei deste erro foi que, mesmo perante danos tão terríveis, contar a verdade aos pacientes vale a pena e talvez seja a única coisa que pode reparar algum do dano (neles e em nós).

Fantasía de error y TEP masivo.

Durante una guardia, de madrugada, llegó un paciente joven, veintipocos años, hiperventilando y ansioso, pero con constantes mantenidas. El residente (de segundo año) que estaba triando me consultó y le dije que lo pasara a una sala de observación porque *no me gustaba*. Los adjuntos estaban dormidos y los residentes mayores nos habíamos hecho la promesa de no dormir para poder supervisar a los pequeños, para evitar "*errores*". Me acerqué a la sala que tocaba para echarle un ojo al paciente y ayudar al residente que estuviera. Apenas habían pasado los minutos necesarios para desvestir al paciente, colocarle el pijama de hospital y aferrarse a mi mano, los dedos gélidos, su mirada y un desgarrador "ayúdame, ayúdame, ayúdame, ayúdame" que repitió obsesivamente hasta que se agotó y se desplomó en la camilla cianótico. Estuvimos reanimándole casi una hora, sin éxito. Obviamente alguien se encargó en algún momento de despertar a los adjuntos que no dejaron de soltarnos improperios y gritarnos responsabilizándonos de qué habíamos hecho o dejado de hacer. Vivimos con esa angustia hasta que alguien de pasada nos comentó un par de meses después que había sido un TEP masivo bilateral y nada podía haberse hecho...pero hasta entonces, no conseguí conciliar el sueño, tenía pesadillas y supongo que me culpabilizaba como lo hacían mis superiores de que *algo* había hecho mal o *algo* se nos había escapado. Ni que decir tiene que a ninguno de los implicados nos apetecía pasar por las Urgencias...por el terror del error, que no habíamos cometido, pero sufrimos.

Cómo afrontar la fantasía del error […], cómo hablar de ello, cómo tutorizar, cómo mentorizar, cómo enseñar a lidiar con la incertidumbre...fue un abismo.

Prejuicio que conduce a error

Asistí hace años a una paciente de unos 40 años traída a urgencias por un dispositivo de urgencias extrahospitalarias. Llegó tumbada en posición fetal, con los ojos cerrados, y con respuestas agresivas a la estimulación. Constantes normales. La compañera del dispositivo me transfirió la paciente con un comentario final "parece que se ha peleado con su marido hoy". La valoré en box de críticos: mutismo, agresividad, resto de

exploración normal, ¿un incidente emocional reciente?... me fue fácil quedarme con una causa funcional de la clínica. La ingresé en observación con un ansiolítico y esperé resultados analíticos. Llegó el marido a la habitación unos 30 minutos después y hablé con él: "esta mañana fue la médico porque le dolía un oído y le ha mandado antibióticos. Después de comer no se encontraba bien y se acostó un rato. A las cinco he ido a ver como estaba y ya no me contestaba nada más que con ruidos y manotazos, y por eso he llamado a urgencias"... ¿nada de discusión y antecedente estresante?¿una otitis? Reexploré inmediatamente sin encontrar nada nuevo; insistí en los signos de meningismo, y, aunque insistía en la posición fetal, no eran aún claros. Adivinaréis lo que ya parecía ser: una meningitis secundaria a una otitis media. Las limitaciones del hospital en el que trabajo me obligaron a trasladar a otro hospital a la paciente. La analítica llegó poco después normal. Se diagnóstico de meningitis aguda por neumococo y 48 horas después recuperó un nivel de conciencia normal. A la semana se dio de alta asintomática. No volví a ver a la paciente. Di una sesión sobre este error en mi unidad para intentar purgar mi culpa. Mi error, a lo sumo, retrasó unos 30 minutos el inicio de tratamiento antibiótico (aunque no hizo fiebre ni tenía aún signos infecciosos).

Es posible que la ausencia de una anamnesis inicial adecuada cegara mi actuación y desde ese punto de vista podría analizarse no como error sino como un primer juicio clínico equivocado en espera de anamnesis y exploraciones complementarias; pero que un trastorno de conducta en una mujer de 40 años me pareciera como primer (pre)juicio clínico de origen funcional... es un error imperdonable. Y no desde el punto de vista científico sino humano.

Barreras del lenguaje en intento autolítico

Lin es un hombre chino de 46 años, que al parecer por los archivos nunca ha ido al médico ni tiene antecedentes de interés. Lo trae la ambulancia a Urgencias, por encontrarlo en su domicilio con bajo nivel de consciencia, con 4 blisters de ibuprofeno 600mg vacíos a sus pies (40 comprimidos) que no saben a qué hora se ha tomado.

Según los vecinos él trabaja hasta las 14h de la tarde y entra y sale de casa sin relacionarse mucho.

Cuando iban a pasarlo de la camilla de la ambulancia a la nuestra, el paciente se despierta y empieza a levantarse haciendo gestos de que se quiere ir. No habla ni una palabra de español y probablemente despertarse en un box con unos 6 desconocidos alrededor que no entiende no le resulta tranquilizador. Consigo que acceda a hablar con un traductor de referencia que tenemos por teléfono, pero de pie en el pasillo porque está muy a la defensiva y se niega a volver a entrar. Tras diez minutos de conversación, le convencemos de entrar en una consulta y sentarnos a hablar.

Allí me cuenta (le cuenta al traductor chino) que ha ingerido las pastillas (aunque no sabe cómo se llaman ni cuántas ha tomado, ni la hora de ingesta) con intención autolítica en un momento de desesperación impulsivo tras discusión con su mujer. Al parecer ha vomitado poco después de la ingesta (en informe de SUMMA se describen restos de pastillas en boca). Niega haber tenido ideación autolítica previa.

Al parecer el paciente lleva en España desde octubre del 2013 cuando vino mediante reagrupación familiar a encontrarse con su mujer que ya estaba en España, y desde entonces está trabajando aquí de forma ilegal.

En los últimos tiempos ha comenzado a tener discusiones frecuentes con su mujer y ella le ha comunicado que quiere divorciarse, con lo que él no está de acuerdo y que además implicaría que la situación del paciente en este país se volvería irregular (tiene los papeles a través de ella y mantiene gran parte de los ingresos) y tendría que volver a China.

Él expresa sentimientos de vergüenza si su familia descubre que su matrimonio ha fracasado y él no ha podido salir adelante tras emigrar.

Según refiere, su mujer le amenaza con denunciarle a la policía por malos tratos si no accede al divorcio, aunque el paciente niega haberla maltratado nunca física o verbalmente, ni ella a él aunque sí siente que ella utiliza la situación de él para conseguir el divorcio.

Y esto es lo que hay. Un paciente que creemos que se ha tomado dosis peligrosas de ibuprofeno (y luego ha vomitado, pero no sabemos ni cuánto ni cuándo), que se niega a hacerse una analítica y mucho menos a quedar en observación o recibir tratamiento. Que

tras relajarse y romper a hablar parece estar tranquilo y arrepentirse de la decisión impulsiva que ha tomado, pero en contexto de una situación difícil que no parece que vaya a ir a mejor.

En el hospital hay una norma ante los intentos de suicidio que "obliga" a que el psiquiatra de guardia haga una valoración de riesgo autolítico de "todos" los pacientes antes de decidir darles el alta. Pero Lin, claro, no quiere hablar con nadie más. Y me pide por favor que le dé el alta.

Como yo no sé qué hacer y me debato entre lo que me pide y lo que me dicta el monigote racional, decido ser sincera con el paciente: le digo que me preocupan por una parte los daños que puede sufrir por las pastillas que se ha tomado, y que sobre todo me preocupa que vuelva a hacer lo mismo ante un momento de desesperación, pero que él no me deja ayudarle como yo sé ayudar a los pacientes.

Ahí el paciente sonríe levemente por primera vez.

Me promete que no va a volver a intentarlo, y que va a estar bien. Esto yo no me lo creo, claro, pero tampoco tengo otra opción.

Lin se fue del hospital sin analítica, sin seguimiento de su posible sobreingesta de AINEs, y sin ser valorado por el psiquiatra.

Yo de vez en cuando me meto en el ordenador para ver si ha vuelto a acudir, pero es lo que tienen los que viven en la periferia: que una vez que salen los pierdes de vista...