

INFORME ACERCA DE LA ATENCIÓN PRESTADA AL SR. MP POR EL DR. LH

Realizado por Juan Gérvas, Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid.

Resumen del caso clínico

Del estudio y análisis de la documentación clínica y legal suministrada se deduce que el Sr. MP, de 43 años de edad, fue atendido por primera y única vez en la consulta del Dr. LH en la mañana del 21 de diciembre de 2005 por un cuadro de malestar general, con molestias físicas y psíquicas mal definidas. Que dichas molestias tenían localización en cuello y garganta y se acompañaban de cuadro de estrés y de ansiedad, y sensación de fiebre y dolor muscular. Que el Sr. MP era fumador de un paquete de tabaco al día y soportaba una importante presión laboral. Que el cuadro clínico mejoró con tratamiento ansiolítico durante el curso de la visita, y que el paciente pasó a su domicilio con un tratamiento tranquilizante. Al día siguiente el cuadro no se había resuelto, el dolor predominante era precordial, y a través de un tercero (la esposa del Sr. MP) se solicitó por teléfono opinión profesional al mismo médico, quien no teniendo hueco en la consulta aconsejó la derivación a urgencias. Por el aumento de los dolores y la presentación de vómitos, el Sr. MP acudió esa noche al hospital y fue atendido en urgencias con infarto agudo de miocardio estable, buena tensión arterial y síntomas de pericarditis (fiebre incluida), con ingreso en cuidados intensivos, sin arritmias ni insuficiencia cardiaca; posteriormente el estudio coronario demostró la obstrucción arterial responsable del infarto y una lesión difusa por depósitos de grasa en todas las arterias del corazón. Que por consecuencia de las lesiones permanentes del infarto y de la ateromatosis difusa el Sr. MP ha dejado de trabajar. Que hay una discrepancia clave entre médico y paciente respecto al motivo de consulta el 21 de diciembre, de “carraspera y distermia” (con el diagnóstico de “disconfort faringoamigdalár”) según el registro en la historia clínica, y de cuadro típico de infarto agudo de miocardio (“intenso dolor precordial que se irradia a espalda, hombros, garganta y mandíbulas con sudoración profusa, ansiedad, gran

malestar general y descomposición intestinal”) según la declaración del paciente.

Cuestiones planteadas al perito abajo firmante por el juez Sr. JR en relación con los hechos descritos (objeto del auto civil 0682-5/2009), a instancia del Dr. LH

1/ Si la praxis médica aplicada el día 21 de diciembre de 2005 por el Dr. LH al Sr. MP en la primera y única visita fue coherente con los conocimientos actuales de la Medicina.

RESPUESTA: SÍ

RAZONAMIENTO

A los médicos se les ha de pedir prudencia en su actuación, y que lo documenten. El Dr. LH actuó prudentemente en el proceso de atención al Sr. MP, y lo documenta. En este caso, la historia clínica recoge lo esencial en la atención a un paciente nuevo: 1/ el motivo de consulta, 2/ los antecedentes de interés, 3/ la exploración, 4/ la impresión diagnóstica, y 5/ la recomendación terapéutica. Lo clave en la atención a cualquier paciente es la historia clínica y la exploración médica, con las que se llega a un diagnóstico correcto en más del 90% de los casos. El uso de pruebas diagnósticas debe reservarse para las sospechas clínicas bien fundadas.

Respecto a la discrepancia entre médico y paciente en torno al motivo de consulta, hay que tener en cuenta el “sesgo de recuerdo” del paciente, que puede llevarle a reinterpretar su caso una vez tiene el conocimiento que da la atención médica de un infarto de miocardio. Así, si se le ha preguntado *a posteriori* sobre aumento de sudoración, se acordará que el día de los hechos tuvo tal incremento, por más que no le diera importancia en su momento, y que lo atribuyera a la fiebre (fiebre objetivada en urgencias hospitalarias, al día siguiente del encuentro entre médico y paciente). En el momento de recordar su situación describe un caso tan típico de infarto de miocardio que es imposible que no se diagnostique ni que no se registren en la historia clínica síntomas y

signos clave para todo médico de cabecera. Si hubiera sido tan típico la historia clínica lo revelaría.

Puesto que la historia clínica no es un registro notarial, hay que deducir algunas cosas de la entrevista clínica, que se ratifican en los documentos anexos. Por ejemplo, se deduce que los síntomas orgánicos que llevaron a la consulta no estaban bien definidos, pues localizados en cuello llevaron a una exploración en particular de la garganta, pero también general, con determinación de la tensión arterial, y auscultación cardio-pulmonar. Además, el componente de ansiedad no se registra en la historia, pero ambos protagonistas relatan su diagnóstico y tratamiento en el curso del encuentro clínico, y es lo que lleva a la propuesta terapéutica del seguimiento, con un medicamento tranquilizante.

El Dr. LH actuó con gran rigor científico, como demuestra éste considerar al paciente en su conjunto, en su globalidad. También apunta calidad excelente el registro del diagnóstico en la historia clínica (“discomfort faringoamigdalár”), pues refleja lo que sabe el médico en el momento de la anotación, sin forzar la redacción para dar una descripción más técnica (por ejemplo “faringitis”) pero menos cierta.

Asombra un poco que el Sr. MP no tuviera médico de cabecera conocido, pues alguna enfermedad habría tenido hasta llegar a los 43 años, sea una simple gripe sea una baja laboral. Pero el Dr. LH lo atiende apropiadamente, como si fuera un paciente que se va a incorporar a su cupo. Ante unos síntomas mal definidos explora lo físico para descartar enfermedad orgánica, y entra en lo psíquico y laboral, para dar respuesta a lo social, mental y espiritual. Es decir, hace un abordaje bio-psico-social, como se le debe exigir a un médico de cabecera. Se puede deducir, además, que en ese único encuentro se empleó un tiempo adecuado, pues el proceso de atención fue mucho más allá que el simple considerar a un paciente “con molestias faríngeas”. Este comportamiento es el adecuado.

A no olvidar que cabe la hipótesis de que el cuadro del Sr. MP fuera en su comienzo sólo una crisis de ansiedad, y que evolucionara a infarto de miocardio en horas posteriores a su atención por el Dr. LH (por la enorme secreción de adrenalina con el estrés en un paciente fumador intenso y con lesión difusa por depósitos de grasa en todas las arterias del corazón).

En Medicina General/de Familia se presentan los problemas desde su comienzo, con síntomas iniciales inespecíficos por lo que la

conducta de “espera expectante” (*to wait and see*) tiene fundamento científico. Hasta la mitad de los casos se resuelven en Medicina General/de Familia sin haber llegado a un diagnóstico definitivo. Es típico que los casos se presenten desde su inicio, con síntomas inespecíficos y vagos, cuyo seguimiento no puede considerarse inapropiado si se basa en dejar pasar el tiempo para que la evolución natural del caso lleve a “dar la cara” a la enfermedad. Así, por ejemplo, el dolor abdominal en Medicina General/de Familia se resuelve sin diagnóstico en el 50% de los casos, y acaba en apendicitis aguda en el 1% de los pacientes. Un buen médico de cabecera debe explorar al paciente cuando consulta por sus síntomas iniciales, y dejar pasar apropiadamente el tiempo, para que la enfermedad evolucione y tenga sentido la derivación a urgencias sólo cuando haya sospecha de apendicitis.

Lo que se puede pedir al médico de cabecera no es un diagnóstico “a la primera” sino una respuesta prudente, y el Dr. LH la da. El Sr. MP acudió a su consulta con síntomas vagos e inespecíficos, de dolor en garganta, sensación de febrícula, y molestias musculares varias. Estos síntomas se corresponden bien con un cuadro de tipo faringitis, y sin embargo el Dr. LH va mucho más allá, hace una exploración amplia cardio-pulmonar y considera aspectos laborales y psicológicos (aunque este aspecto no se registre en la historia, pero se deduce de la declaración de médico y paciente). Este trato adecuado se reconoce implícitamente por el propio paciente, que al no mejorar al día siguiente recurre a través de un tercero (su esposa) y por teléfono al mismo médico, lo que supone una sensación de “ligazón” con el mismo que demuestra el establecimiento de una adecuada relación médico-paciente.

2/ Si fue necesario practicar un electrocardiograma.

RESPUESTA: NO

RAZONAMIENTO

Es inútil realizar electrocardiogramas a pacientes con síntomas y signos vagos e indefinidos. El electrocardiograma es una prueba con poca sensibilidad, muy inespecífica. En una atención prudente en el caso clínico comentado no tiene sentido realizar un electrocardiograma.

El electrocardiograma no es una prueba definitiva en el diagnóstico de infarto de miocardio. Por el contrario, el electrocardiograma es una prueba con escasa sensibilidad, como demuestra que el 51% de los pacientes con alteraciones electrocardiográficas sugerentes de isquemia coronaria no tengan infarto de miocardio ni ningún tipo de isquemia coronaria. Es decir, más de la mitad de los pacientes con electrocardiograma anormal tienen bien el corazón.

Por ello, 1/ tener un electrocardiograma anormal con cambios sugerentes de isquemia de miocardio no significa tener infarto de miocardio, y 2/ tener un electrocardiograma normal sin cambios que sugieran isquemia de miocardio no excluye padecer un infarto de miocardio. Los criterios de anormalidad electrocardiográfica no son suficientes para diagnosticar o excluir un infarto agudo de miocardio.

La prueba más sensible en el diagnóstico de infarto de miocardio agudo es el análisis en sangre de la troponina. Pues bien, ni siquiera esta prueba tiene una sensibilidad absoluta. Así, por ejemplo, para distinguir entre dolor de infarto y dolor muscular la eficiencia de la troponina es sólo del 89%. Además, la troponina en sangre tiene valor a las horas de haber comenzado el infarto, pues su presencia no es instantánea.

El valor predictivo de las pruebas diagnósticas depende de la frecuencia de la enfermedad. La probabilidad de un infarto de miocardio en un paciente es mucho menor en Medicina General/de Familia que en el hospital. Así, en urgencias hospitalarias el 65% de los pacientes con dolor torácico tienen problemas cardíacos. Esa proporción baja casi a la cuarta parte, al 18%, en la consulta de Medicina General/de Familia.

De hecho, en Medicina General/de Familia hay un caso de infarto de miocardio por cada 10.000 visitas atendidas.

Así pues, la probabilidad de un paciente con infarto de miocardio en la consulta del médico de cabecera es muy baja, del 0,01%.

Los cambios en el electrocardiograma además de ser inespecíficos y de poca sensibilidad no son instantáneos, y precisan de horas para establecerse. Si en el caso clínico analizado se hubiera realizado un electrocardiograma, podría haber habido un resultado normal, lo que hubiera retrasado todo el proceso al día siguiente, por la falsa seguridad en la prueba “normal” (normal verdadero, por desarrollo del infarto *a posteriori*, como consecuencia del estrés, o normal falso, con presencia del infarto de miocardio pese al resultado normal del electrocardiograma). Y si hubiera habido un resultado anormal, el valor del resultado de la prueba se habría puesto en duda, pues la probabilidad pre-prueba diagnóstica depende de la frecuencia de la enfermedad, y ésta es muy baja (ya lo he señalado, de uno por cada diez mil visitas).

Hasta tal punto es inespecífico el electrocardiograma que en urgencias hospitalarias lo que se utiliza de rutina para el diagnóstico de infarto de miocardio es la determinación de troponina, no el electrocardiograma.

Incluso después de la determinación de troponina en urgencias hospitalarias, para confirmar o excluir un infarto agudo de miocardio, en muchos casos es necesario emplear métodos complementarios, como ecocardiografía, resonancia magnética nuclear, tomografía por emisión de positrones, gammagrafía de perfusión miocárdica, electrocardiograma de estrés y otros.

3/ Qué opinión le merece el hecho de que el Dr. LH aplicase el método científico clínico para valorar los resultados conseguidos al administrar 1 mg. de alprazolán sublingual ante la ansiedad del paciente, provocada por motivos laborales.

RESPUESTA: PRUDENTE Y CONVENIENTE

RAZONAMIENTO

Ya he hecho constar que en la historia clínica no se registró la intervención en torno a los problemas laborales y psicológicos del enfermo, pero que no hay discrepancia al respecto entre médico y paciente, pues ambos reconocen que dedicaron tiempo a estas cuestiones, y que se utilizó como prueba diagnóstica el tratamiento *in situ* con un ansiolítico. Esta exploración psíquica y social del problema lleva su tiempo, como la aplicación del tratamiento tentativo y la espera hasta comprobar su eficacia. Por ello se puede deducir una práctica clínica de calidad y un tiempo adecuado de consulta.

Llamamos diagnóstico *ex juvantibus* al que se basa en la respuesta al tratamiento. El diagnóstico *ex juvantibus* lo realizan legos y profesionales. Por ejemplo, la madre que ante el cuadro catarral del hijo decide darle paracetamol, y frente a la buena respuesta deduce que lo que tenía era comienzo de una gripe que no merece más tratamiento ni consulta al médico. En el caso analizado, el Dr. LH se enfrenta a una situación comprometida, a un paciente con síntomas orgánicos vagos e indefinidos (malestar en cuello, dolor muscular, sensación de fiebre) y con síntomas psicológicos como ansiedad, en un fumador intenso con agobio laboral. Es prudente y correcto que antes de cerrar el caso se compruebe el “peso” del componente psicológico con el tratamiento *in situ* con un ansiolítico. Si muchas veces no se hace es por falta de tiempo. La buena respuesta al ansiolítico permite asignar una etiqueta al padecimiento del paciente más psíquica y social que orgánica. De ahí la propuesta de seguimiento del tratamiento ansiolítico al finalizar la entrevista clínica.

Por último, hacer notar el beneficio del tratamiento ansiolítico *in situ* en el caso de que el infarto agudo de miocardio se desencadenara *a posteriori* de la visita del Sr. MP al Dr. LH. Cabe pensar que ese tratamiento impidió la muerte súbita por infarto masivo en un

paciente varón, fumador intenso y con una lesión difusa por depósitos de grasa en todas las arterias del corazón. Y en todo caso, al disminuir la secreción de adrenalina, el tratamiento limitó y disminuyó los daños coronarios.

4/ Dé su opinión respecto a la respuesta del Dr. LP a la consulta telefónica de la esposa del Sr. MP el día 22 de diciembre de 2005. La esposa manifestó que su marido tenía entonces dolor torácico, y la secretaria del Dr. LH le transmitió el consejo de que se dirigiera al Servicio de Urgencias del hospital, o que telefonara a Urgencias Médicas, pues él mismo no podría atenderle por tener la consulta llena.

RESPUESTA: RECOMENDACIÓN PRUDENTE

RAZONAMIENTO

La llamada de la esposa del Sr. MP confirma una confianza extrema del paciente en el Dr. LH (tras sólo un encuentro clínico) pues ante el empeoramiento no deciden consultar a otro médico ni ir a urgencias, conductas muy frecuentes.

Es lógico que esta llamada telefónica acabe en la recomendación de una consulta a urgencias. El cuadro inicial atendido el día 21 de diciembre de 2005 incluía síntomas muy vagos e inespecíficos, y la llamada de la esposa alertó al médico para pensar que no podía demorarse la atención, más con un cuadro de empeoramiento y de focalización precordial del dolor.

Las consultas llenas son el día a día de la Medicina General/de Familia en los países desarrollados, y ello lleva a la creación de “colas” para ser visto por el médico de cabecera. Así sucede, por ejemplo, en España, Finlandia y Portugal. En el caso del Dr. LH hay que hacer notar que en lugar de dar cita al Sr. MP para otro día, responde al mejor interés del paciente aconsejando su derivación a urgencias. Prefiere prudentemente la derivación urgente a sumar al paciente a su “cola”.

Llama la atención que el Sr. MP no siguiera de inmediato el consejo telefónico del Dr. LH, pero en los encuentros indirectos (en este

caso a través de la esposa del paciente y de la secretaria del médico) es difícil transmitir recomendaciones concretas. Quizá el Sr. MP no “vivía” un cuadro tan extremo como luego relató (al reinterpretar su situación de aquel día en la denuncia y en las declaraciones). En todo caso, la recomendación del Dr. LH probablemente sirvió de acicate para la consulta al servicio de urgencias, pues al llegar la noche, y con la agudización del dolor torácico y la presentación de un cuadro de vómitos, el enfermo fue a urgencias donde se le diagnosticó y trató. De haber seguido de inmediato la recomendación telefónica del Dr. LH tal vez la evolución del Sr. MP hubiera sido más breve y positiva.

Firmo y rubrico este informe en esta página y la siguiente y en el margen de las siete previas, en Buitrago del Lozoya, el lunes 7 de septiembre de 2009.

Juan Gérvas, médico general con plaza en propiedad en el Sistema Nacional de Salud desde 1974, primero en el Consultorio de la c/ García de Paredes (Madrid) (1974-1980), después en el Consultorio y Centro de Salud de la c/ General Moscardó (Madrid) (1980-2000), y en la actualidad, desde 2000, destino en Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón, en el Centro de Salud de Buitrago del Lozoya (Madrid), Servicio Madrileño de Salud, Área 5. Coordinador del Equipo CESCO, grupo científico de investigación y análisis de la organización y actividad de la atención primaria, desde 1980.

Tutor de Residentes de Medicina de Familia y Comunitaria desde 1996.

Profesor de Gestión y Organización de Atención Primaria de Salud en la Maestría de Administración y Dirección de Servicios Sanitarios, Fundación Gaspar Casal (Madrid) y Universidad Pompeu Fabra (Barcelona), desde 2000.

Profesor invitado de Atención Primaria de Salud en el Instituto de Salud Carlos III, Escuela Nacional de Sanidad, Departamento de Salud Internacional, Madrid, desde 2004.

Coordinador de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria, organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial con la

colaboración del Instituto para la Investigación de la Fundación Jordi Gol, desde 2005.

Profesor honorario del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, desde 2007.

Ex profesor visitante de la Universidad Johns Hopkins (Baltimore, EEUU), *Department of Health Policy and Management*, Escuela de Salud Pública, entre 1991 y 2003.