

De la atención primaria a la urgencia hospitalaria: a propósito de un caso

Mora-Martínez H.¹, Serrano-Moreno A.C.², Alcalde-López S.³, Lou-Calvo E.¹, Sanchez-Casas S.¹

Sanid. mil. 2021; 77 (1): 00-00, ISSN: 1887-8571

RESUMEN:

Algunas patologías graves pueden pasar desapercibidas según la percepción de cada persona. Muchas veces los pacientes conciben la enfermedad de manera diferente dependiendo de su entorno o sus propios determinantes de salud, pudiendo esta ser pasada por alto hasta que ya es demasiado tarde.

La Mediastinitis es una infección grave, poco frecuente y de clínica algo inespecífica para el paciente. Sin embargo, puede terminar afectando a estructuras vitales y tener un pronóstico infausto si no es diagnosticada y tratada a tiempo.

Por todo esto, una anamnesis exhaustiva y dirigida, así como una atención individualizada del paciente y conocimiento de su entorno y características son fundamentales para el médico a la hora de orientar, diagnosticar y tratar a cada persona.

Únicamente de este modo podremos ser capaces de discernir la gravedad en cada situación, independientemente de que esta pueda parecer banal en un primer momento tanto al médico como al propio paciente.

PALABRAS CLAVE: Enfermedad, gravedad, entorno, determinantes de salud, mediastinitis.

From primary care to hospital emergency: on the subject of a case

ABSTRACT: Some serious pathologies can go unnoticed depending on the perception of each person. Many times patients conceive disease differently depending on their background or their own health determinants, which can make illness to be overlooked until it is too late.

Mediastinitis is a serious and infrequent infection, which presents unspecific symptoms for the patient. However, it can end up affecting vital structures and having a poor prognosis if it is not diagnosed and treated in time.

For all this, a comprehensive and directed anamnesis, as well as individualized patient care and knowledge of their background and characteristics are essential for the doctor when guiding, diagnosing and treating each person.

Only in this way will we be able to discern the severity in each situation, regardless of whether it may seem futile at first to both the doctor and the patient himself.

KEY WORDS: Disease, seriousness, background, mediastinitis, health determinants.

INTRODUCCIÓN

La mediastinitis es una patología que produce inflamación o infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras medias-tínicas. El mediastino es el espacio limitado entre el esternón y los cartílagos costo-esternales por delante, las vértebras y las articulaciones costo-vertebrales por detrás y la pleura parietal mediastínica, lateralmente³.

Las etiologías más frecuentes son: la postoperatoria, la perforación esofágica y la mediastinitis necrotizante descendente (MND). Esta última, la MND, se define como un tipo especial de mediastinitis de origen infeccioso cervical cuya causa más frecuente es odontógena (40-60%), seguida del absceso retrofa-

ríngico y el peritonsilar; siendo el foco odontógeno en un 60% el origen y el *Streptococcus* β -hemolítico el microorganismo causante más frecuente. Todas ellas presentan índices de mortalidad elevados, lo que hace que un diagnóstico, incluso de sospecha, sea fundamental para la supervivencia del paciente.

El caso que nos ocupa a continuación es un claro ejemplo de MDN³, poniendo de manifiesto la importancia de la atención primaria en el diagnóstico temprano. A su vez, es un caso clínico que nos ayudará a reflexionar sobre las diferentes formas de afrontar la enfermedad y enriquecer los conocimientos de la práctica médica en general.

CASO CLÍNICO

Varón de 64 años con antecedentes de diabetes tipo 2 de mal control, con última hemoglobina glicosilada de 10,9%, y fumador de un paquete al día desde hace más de 30 años. Sin alergias medicamentosas.

Acude a urgencias, convencido por un familiar, por presentar una tumefacción en el pecho, a nivel del tejido celular subcutáneo y a la altura del manubrio esternal, de dos semanas de evolución. Refiere que la masa es molesta, pero no dolorosa.

¹ Médico Residente del sector II, Zaragoza. Contacto: hmora@salud.aragon.es.

² Médico adjunto de Urgencias hospitalarias. HGDZ. Especialista en medicina familiar y comunitaria.

³ Médico adjunto de Urgencias hospitalarias. HUMS. Especialista en medicina familiar y comunitaria.

Dirección para correspondencia: helenamoram@hotmail.com.

Recibido: 8 de enero de 2021

Aceptado: 25 de abril de 2021

doi: 10.4321/S1887-85712021000400006

No le causa disnea ni dificultad en la deglución. Afebril en todo momento y sin infecciones o procesos dentales previos.

El paciente comenta que se lo consultó vía telefónica a su Médico de Atención Primaria quien le recetó un antibiótico vía oral. Al no remitir la patología, y aunque no le causaba malestar, acudió a urgencias.

A su llegada al servicio de Urgencias, las constantes del paciente están estables con frecuencia cardíaca de 95 lpm, frecuencia respiratoria de 12 rpm, tensión arterial de 145/87 mmHg, temperatura de 36,7°C y saturación de oxígeno de 95%. En la exploración física se evidencia al paciente consciente y orientado, normocoloreado, normohidratado, y con habla fluida y coherente. En la auscultación cardiopulmonar el latido es rítmico, sin soplos ni extratonos, y el murmullo vesicular está conservado con ligeras sibilancias en ambos campos pulmonares. En la inspección se advierte una tumefacción situada a nivel pre-esternal, de bordes bien definidos y consistencia blanda, fluctuante y no dolorosa a la palpación, encontrando como único hallazgo patológico rubor y calor.

La analítica realizada en urgencias pone de manifiesto un aumento de la PCR y leucocitosis con neutrofilia, lo que orienta a un posible foco infeccioso.

En la radiografía de tórax (figura 1) se observa aumento de la densidad de las partes blandas a nivel pre-esternal con burbujas y nivel hidroaéreo sospechoso de absceso; por lo que se decide completar el estudio de imagen con un TAC cervicotorácico (figura 2) donde se observa una «colección superficial subcutánea con marcado realce parietal y burbujas sugestivas de infección, que producen destrucción ósea del manubrio y de la articulación esternoclavicular izquierda e invasión de músculos y espacios. Así mismo, hay ocupación del seno maxilar y múltiples artefactos dentarios».

Ante dichos hallazgos, se inicia tratamiento desde el servicio de Urgencias con antibioterapia intravenosa preventiva utilizando ceftriaxona 2 g/24 h y cloxacilina 1 g/8 h. El paciente queda ingresado en planta a cargo de Cirugía Torácica pendiente de intervención quirúrgica. Dada la gravedad del proceso patológico y su extensión se decide que el tratamiento quirúrgico se efectúe de forma multidisciplinar con los equipos de Cirugía Torácica y Otorrinolaringología.

En la intervención quirúrgica se procede al desbridamiento de la zona del mediastino subesternal con drenaje del material purulento. Además, se colocan esponjas de colágeno para disminuir el vacío en las zonas de desbridamiento y, al mismo tiempo, se realiza la toma de muestras para el estudio por Microbiología y Anatomía Patológica.

En el informe anatomopatológico se evidencia una osteomielitis esterno-clavicular con absceso, siendo el diagnóstico de la muestra de «esfaco músculo (absceso esterno-clavicular): tejido fibromuscular con inflamación aguda y necrosis». Se realizan cultivos donde se aísla *Staphylococcus Aureus* (>100.000 ufc) sensible a meticilina.

Tras permanecer dos días en la UCI, estable hemodinámicamente y sin complicaciones, se decide el traslado a la planta de Cirugía Torácica donde permanece dos semanas. Tras el ingreso, el paciente es dado de alta definitiva con el tratamiento adecuado y la pertinente indicación de revisión por parte de su Médico de Familia y servicio de Cirugía.

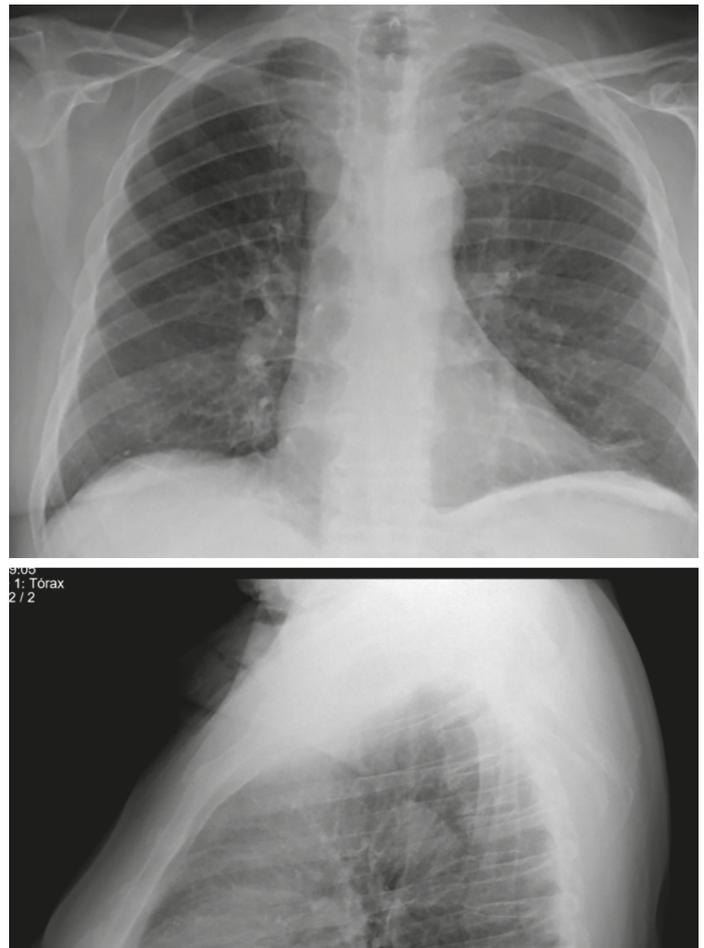


Figura 1. Radiografía de tórax AP y Lateral.

El paciente es controlado por el servicio de Cirugía Torácica al mes del alta presentando un buen estado general y una mejoría clínica y radiológica. Finalmente, no queda claro el origen de la infección atribuyéndose el origen de la misma a una infección de las partes blandas que se extendió a mediastino superior.

DISCUSIÓN

La Atención Primaria es la especialidad de primer escalón de la asistencia sanitaria que da acceso a las diversas especialidades médicas. El Médico de Atención Primaria (MAP), especialista

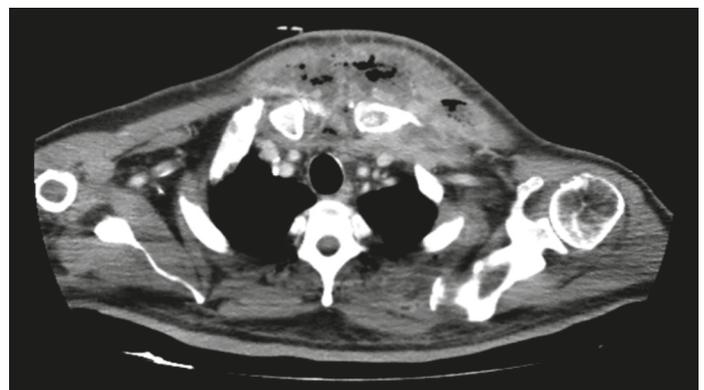


Imagen 2. TC toraco-cervical.

en medicina familiar y comunitaria, es quién vigila la salud de los pacientes a lo largo de su vida haciendo un seguimiento longitudinal en el tiempo y valorando todos sus aspectos en conjunto, tanto a nivel físico y psicoemocional como social y familiar. Pero, la tendencia a la subespecialización, la alta demanda de la población para el acceso a pruebas complementarias y la necesidad de inmediatez en los resultados, ha deteriorado la imagen del Médico de Familia propiciando que los pacientes acudan directamente a los servicios de Urgencias.

Además, a día de hoy, el miedo a acudir a los centros sanitarios por el temor a la infección por el virus SARS-CoV-2 ha derivado en consultas tardías con un aumento de la gravedad de determinadas enfermedades en el momento del diagnóstico. Está habiendo casos llamativos de ausencia o demora de consultas por patologías importantes y subsidiarias de ser tratadas a la mayor brevedad por su potencial gravedad, como es el caso de ésta MND que por su gravedad y rápida evolución requiere de una atención inmediata con alto índice de sospecha. Aunque, en ocasiones, no es el temor al coronavirus el único motivo de demora en consultar por parte del paciente. A veces, otros motivos como: el desconocimiento de signos de alarma relevantes, el miedo de perder la salud o el abandono personal son los causantes de tal retardo asistencial siendo el propio paciente el principal responsable de ello.

Es indudable que las formas de enfrentarse a la enfermedad⁴, considerada como cualquier estado donde haya un deterioro de la salud del organismo humano, son muy diversas; y esto es debido a diferentes factores que influyen sobre la misma: factor sociocultural, patologías previas, y familiares, formación personal y entorno familiar⁵. Estos y otros aspectos van a condicionar la manera en la que cada persona, cada paciente, reacciona ante la enfermedad y la decisión de consultar.

El caso clínico expuesto anteriormente es un claro ejemplo de ello. Sorprende la actitud del paciente respecto a su proceso patológico y la demora en consultar, a pesar de la gravedad de la enfermedad y sus posibles consecuencias. Sin embargo, como se ha visto, hay una serie de factores que influyen en la forma y modo de consultar a los que habría que añadir las barreras médico-paciente que la propia pandemia está ocasionando.

En este caso concreto, una serie de factores contribuyeron a ello. Son los denominados *determinantes de salud*⁶:

– *Negativa del paciente*: la escasa importancia que el paciente le da a su enfermedad y el rechazo a consultar es el principal factor de tardanza en el diagnóstico y el avance de los síntomas. Podría ser debido al miedo al diagnóstico de patología, a malas experiencias previas o sólo a desinterés.

– *Escasos síntomas*: la falta de síntomas alarmantes y limitantes también son un factor añadido, ¿por qué consultar si no hay fiebre, ni dolor ni limitación en las actividades diarias salvo la cuestión estética de una masa en el pecho? Resulta difícil alarmarse cuando no hay fiebre, ni dolor, ni limitaciones en los movimientos⁷.

– *Escasa prestación de atención a signos de alarma*: el rápido crecimiento y el calor/ rubor en la lesión serían claros signos de alarma para el personal sanitario; sin embargo, pueden pasar por alto como sospecha de gravedad en la población general.

– *Inadecuadas medidas higiénico-dietéticas*: el hecho de ser un paciente fumador de un paquete al día, con mal control de su patología diabética (HbA1c de 10,9%) y clara falta de higiene

bucodental, aunque en la primera asistencia negase procesos dentales previos, confirman el descuido del paciente por su salud.

– *Entorno*: como ya ha sido comentado, el nivel de estudios, la posición sociocultural y económica, el acceso a la sanidad y el entorno también modifican de manera indirecta la respuesta a la enfermedad⁸, como puede ser en el caso que nos ocupa.

A estos factores se suma la condicionada relación médico-paciente por la actual situación de pandemia mundial. El confinamiento, la reducción del número de visitas presenciales por las consultas telefónicas y el miedo a acudir a los centros sanitarios han deteriorado y agravado muchas patologías. Además, ha fomentado un peor seguimiento de patologías crónicas con menores revisiones y controles analíticos.

CONCLUSIONES

Una vez valorados los factores que llevaron al paciente a actuar de esa forma se evidencia que la concepción de enfermedad es diversa en cada individuo y que la necesidad de atención urgente y gravedad no siempre están relacionadas, sino que depende de la concepción que de cada una de ellas tenga el paciente. Por ello, no todos los pacientes consultan del mismo modo, o tiempo, ante una misma patología, sea grave o leve. Es decir, que ante esta misma clínica del caso expuesto diferentes pacientes habrían gestionado la atención de su enfermedad de manera distinta.

Es indudablemente sabido que la necesidad de atención urgente no siempre implica gravedad, y paradójicamente la no necesidad de tal atención si puede implicar gravedad, como se ha puesto de manifiesto en el caso expuesto. En este caso nos encontramos ante una patología grave, por las posibles consecuencias de su evolución de no recibir tratamiento inmediato, aunque el paciente en ningún caso consideraba la necesidad de ser atendido de urgencia.

Como conclusión final podemos argumentar que se vuelve a poner de manifiesto la importancia de la Atención Primaria como paso fundamental al Sistema Sanitario, por su capacidad para reconocer determinados signos de alarma, hacer exploraciones más exhaustivas y valorar al paciente en su conjunto, ya que dispone de toda la información pertinente con respecto a su salud y su entorno. Por ello, la Atención Primaria no debería resentirse por la actual situación de pandemia, sino procurar mantener sus estándares de calidad y accesibilidad habituales ya que la falta de atención, o una mala calidad asistencial, pueden condicionar una mala evolución de procesos aparentemente banales.

Por lo que se debe destacar, una vez más, la relevancia del Médico de Familia como escalón fundamental en el seguimiento estrecho de los pacientes tanto en la salud como en la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acute infection of the mediastinum with special reference to mediastinal suppuration. Harold Neuhof. The journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 1936; 6: 184.
2. Mediastinitis. Primitivo Martínez Vallina, Dionisio Espinosa Jiménez, Lucía Hernández Pérez, Ana Triviño Ramírez. Archivo de Bronconeumología. 2011; 47(Supl 8): 32-36.
3. Staphylococcus aureus descending necrotizing mediastinitis in a healthy adult. Robert Williams, Meredith Coyle, Leonard Johnson. The Annals of Thoracic Surgery. 2020.

4. The concept of illness behavior. David Mechanic. The journal of Chronic Disease. 1961; 15: 189-94.
5. El padecimiento ante la enfermedad: Un enfoque desde la teoría de la representación social. Hueso Montoro César. Index de Enfermería. 2006; 15(55): 49-53.
6. Enfermedad y padecer. Ciencia y humanismo en la práctica médica. Historia y filosofía de la medicina. Fernando Martínez Cortés. Asociación Médica del American British Cowdray Hospital. Anales Médicos. 2002; 47(2): 112-117.
7. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. Mario Alberto De La Guardia Gutiérrez, Jesus Carlos Ruvalcaba Ledezma. Journal of negative & no positive results. 2020; 5(1): 81-90.
8. Organización Mundial de la Salud. Salud en las Américas. Capítulo 2 Determinantes e Inequidades en Salud. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-volumen-regional-18&alias=163-capitulo-2-determinantes-e-inequidades-salud-163&Itemid=231&lang=en.