

LA FRASE QUE CAMBIÓ UN DIAGNÓSTICO

- MADDALENA LANCIERI (ERASMUS Medicina)
- COVADONGA RODRIGUEZ ORDÓÑEZ (Estudiante de Medicina)
- M^a Ángeles Ordóñez Alonso (pediatra CS La Corredoria)





BLA, BLA, BLA,
BLA , BLA....

AEPap
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria

AAPAP
Asociación Asturiana de Pediatría de Atención Primaria

Anamnesis

Conjunto de datos que se recogen en la historia clínica de un paciente mediante preguntas específicas, formuladas bien al propio paciente o bien a otras personas relacionadas (en este caso, también se le denomina **heteroanamnesis**) para obtener datos útiles, y elaborar información valiosa para formular el diagnóstico y tratar al paciente.

Una buena historia clínica tiene más valor para el diagnóstico que cualquier examen de la más alta tecnología de que se disponga.

En la anamnesis se recopilan los siguientes datos:

- Datos de identificación: nombres y apellidos completos, ID, edad, género, raza, ocupación, estado civil, escolaridad, dirección, nombre del acompañante o de quien da la información, y teléfono.
- Motivo de consulta: **palabras textuales de la persona que consulta**.
- Enfermedad actual: se usa para ampliar el motivo de consulta, evolución y tratamientos que se está realizando.
- Antecedentes personales: qué enfermedades ha sufrido, si es alérgico a algún medicamento, si ha tenido cirugías o recibe algún tratamiento en el momento actual.
- Antecedentes familiares: se destacan las enfermedades que hayan sufrido padre, madre, hermanos que sean importantes.



EN PEDIATRÍA además debemos incluir:

- **GESTACIÓN**: Control de la gestación, problemas
- **PARTO**: Tipo de parto y causa, edad gestacional, Apgar, reanimación...
- **ALIMENTACIÓN**: lactancia materna o artificial (tipo de leche) , alimentación complementaria, intolerancias...
- **ESTADO DE VACUNACIÓN**: sistemática financiada y no financiada (preguntar)
- **AMBIENTE**: Colegio, guardería, vivienda, estado higiénico. Otros convivientes en domicilio familiar Hábito tabáquico en domicilio. Contacto con animales

ENFERMEDAD ACTUAL

- Síntoma **PRINCIPAL** →
- Síntomas **acompañantes** →
 - Síntomas **negativos** : “la lista de los **NO**”
 - **Opinión** de la madre/padre
 - **Asistencia médica** previa
 - Administración de **medicamentos previos**

- INICIO
- DURACIÓN
- INTENSIDAD
- FRECUENCIA
- REPERCUSIÓN FUNCIONAL
- MEJORÍA/EMPEORAMIENTO

ORDENAR CRONOLOGICAMENTE LA APARICIÓN DE LOS SÍNTOMAS

PREGUNTAR BIEN ES SABER MÁS

En ATENCIÓN PRIMARIA.....





BLA, BLA, BLA,
BLA , BLA....



CASO 1



Niña de 14 meses que consulta por prurito cutáneo intenso (**MC**).
Le han dado Atarax pero no mejora.

“Pero ya que está aquí tiene también algo de moco nasal , aunque no tose ni tiene fiebre. Si me la puede mirar...”

En la exploración física solo destacan micropápulas eritematosas en tronco con importante xerosis y descamación más llamativa en axilas. Menos llamativa en extremidades.

No afectación en manos o pies.



Impresión diagnóstica: dermatitis atópica.

Tratamiento: Cambiamos Atarax por cetirizina + emolientes e instrucciones de hidratación + decálogo de la dermatitis atópica

La madre escucha atentamente , recoge receta y documentación y ya se está levantando cuando dice:

“ A ver si le vale también a su hermana mayor porque está como ella y **ni duerme** por el picor”



Retomo
anamnesis



Hermana tiene 16 años y lleva con esa clínica al menos 1 mes ; al parecer también una amiga suya la presenta.
Damos cita a la hermana para verla.

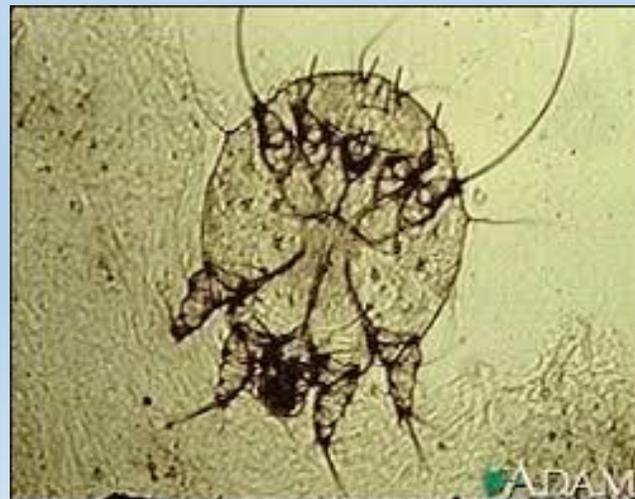
La hermana presenta xerosis generalizada intensa con liquenificación + lesiones de prurigo y foliculitis en EEII .

No evidencio surcos acarinos, pero dada la acumulación de casos decido tratar a mi paciente como **ESCABIOSIS**. Remito a la hermana a su médico de familia para su tratamiento.

- **Tratamiento** : permetrina 5% (Sarcop crema) y se le recuerda realizar una segunda aplicación a la semana + revisión clínica + medidas con ropa de cama, ropa, fundas de sofá (lavar con agua caliente o guardar en bolsa de plástico 4-5 días)
- **Evolución**: como no acude a la cita la llamamos y le damos una nueva.

La madre nos comenta que se había tratado toda la familia , pero que no hizo la segunda aplicación . La niña mostraba algunas pápulas en región lateral de tronco , muy escasas con señales de rascado. Había desaparecido la xerosis y la descamación. Apenas tiene prurito ya. Recomendamos nueva aplicación.

Hermana fue tratada por dermatólogo confirmando el diagnóstico.



ESCABIOSIS

La sarna está producida por un ácaro, *Sarcoptes scabiei hominis*.

Excava surcos superficiales en la piel y se transmite por contacto personal directo.

El periodo de incubación, tras la infestación, es de 3 a 6 semanas.

CLÍNICA

- **Prurito intenso y de predominio nocturno**, que respeta la cabeza.
- **Pápulas eritematosas, surcos y lesiones secundarias** en forma de costras, excoriaciones, eccema o vesículas.
- Las zonas cutáneas más vulnerables son los pliegues interdigitales de la mano, las muñecas, las axilas, los pezones, las nalgas y los órganos genitales externos.
- **En los lactantes** es frecuente la afectación del cuero cabelludo y característica la de palmas y plantas, a menudo con lesiones pustulosas.

DIAGNÓSTICO

- **Clínico**
- **¡OJO!** ante un cuadro de prurito de presentación familiar de más de 2 semanas de duración, en presencia de lesiones específicas.

TRATAMIENTO

- **Permetrina al 5% en crema⁴ (en >2 meses de edad)**. Aplicar durante 8-14 horas y repetir a los 7-10 días
- **Realizar el tto simultáneamente a todos los contactos del paciente infestado**, tengan o no síntomas.
- **Lavar la vestimenta, las toallas y la ropa de cama en lavadora con agua caliente (>50 °C)** y secado posterior en secadora. Una alternativa es mantenerla en una bolsa sellada durante 5-7 días.
- Antihistamínicos en función del prurito
- Los niños que han recibido tratamiento pueden acudir al centro escolar al día siguiente del mismo

CASO 2

Niña de 17 meses que acude con su padre y consulta por fiebre de 38 °C y llanto nocturno intenso (MC)

Ha sido tratada de OMA en hospital comarcal con amoxicilina + clavulánico (lleva 4 días de tratamiento) y los padres le dan ibuprofeno por el llanto.

Exploración física por aparatos solo a destacar:

Timpanos: otitis serosa bilateral, más intensa en tímpano D. No hay hiperemia ni abombamiento timpánicos. Vacher negativo.



Impresión diagnóstica: OMA en fase de resolución.

Tratamiento: completar el pautado + ibuprofeno

El padre escucha atentamente la explicación y ya se está levantando cuando dice:
“ Es que mi mujer está muy preocupada y hasta dice que le **ve una oreja diferente a la otra** ,
pero yo no le noto nada ”



Retomo
exploración



No aprecio asimetrías faciales ni de pabellones auriculares,
pero al presionar mastoides derecha se desencadena el
llanto claramente.

La niña es remitida a urgencias de HUCA con la sospecha diagnóstica de **MASTOIDITIS**

Allí es evaluada por ORL que aprecia cierta tumefacción local sin fluctuación.

Hemograma: 10,350 leuc (Neu 36.6, L 45.9, mono 1.08, Eo 6.6)

PCR: 3 mg/dL

Bioquímica: hemólisis

Coagulación: solo a destacar fibrinógeno : 899

No se le realizan pruebas de imagen y se ingresa con el diagnóstico de mastoiditis para poner tratamiento antibiótico IV + corticoide.

Evolución satisfactoria y es dada de alta a los 5 días con antibiótico oral (amoxicilina+ clavulánico) 8 días más.



MASTOIDITIS

Es la infección de las celdillas mastoideas causada por la extensión de la inflamación de una otitis media aguda. **Es la complicación intratemporal secundaria a una OMA más frecuente y su incidencia parece haber aumentado en los últimos años.** Afecta principalmente a los lactantes de 6 a 24 meses con predominio en varones (2:1). Los microorganismos causales más frecuentes de la mastoiditis aguda son el *S. pneumoniae*, *S. pyogenes* y el *S. aureus*.

CLÍNICA

- **Enfermedad grave** que siempre debe sospecharse ante la presencia de **celulitis en el área mastoidea con protrusión del pabellón auricular.**
- Fiebre, cefalea, dolor, tumefacción retroauricular que coexisten con signos o síntomas de OMA.
- Tras la inflamación inicial de la mucosa de la apófisis mastoides el cuadro puede progresar hacia la destrucción de las celdillas óseas mastoideas con el riesgo de desarrollar abscesos subperiósticos o mastoiditis crónica.

DIAGNÓSTICO

- Hemograma, PrCR, hemocultivo, Gram y cultivo de aspirado ótico tras drenaje del oído medio.
- TAC si hay dudas diagnósticas.

TRATAMIENTO

- **Indicaciones de ingreso hospitalario:** en prácticamente todos los casos; es recomendable la antibioterapia intravenosa inicial y una evaluación ORL para descartar complicaciones.
- **El drenaje del oído medio es fundamental**
- **Cefalosporinas de 3G, IV**

CONCLUSIONES

En la época de formación, durante la carrera de Medicina, los aspectos relativos a la comunicación humana han caído sistemáticamente en el olvido: se asume que un profesional de la salud sabe entrevistar. La comunicación es un proceso complejo de importancia primordial en la asistencia sanitaria.

- Para realizar una consulta realmente eficaz, hemos de ser capaces de integrar cuatro aspectos que, en conjunto, determinan la competencia profesional: los "conocimientos médicos", las habilidades de comunicación, la habilidad para tomar decisiones y el manejo de las técnicas de exploración.
- Todo el saber médico se trasmite cara a cara con los pacientes y aquí es igual de importante lo que se dice que el cómo se dice
- **Un médico debe saber escuchar: reactividad. Es la capacidad del profesional para escuchar de una manera bidireccional.**





FIN