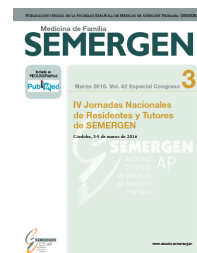




Medicina de Familia. SEMERGEN

<https://www.elsevier.es/semergen>



O-012 - LA BUENA COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE

M. Ariza González, J.F. Martínez Carmona y G. Martínez Alonso

CS El Palo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 46 años que acude a consulta en el centro de salud por astenia y fiebre en los últimos días. Paciente nueva en el cupo y que apenas tiene 4 visitas previas a consulta. Antecedentes: sin alergias medicamentosas. Fumadora de 20 cig/día. Intervenida de ligadura de trompas. Ha tenido 2 embarazos con 2 hijas sanas. Tratamiento habitual: automedicada con triptófano desde hace 2 meses. Anamnesis: en los últimos 3 meses se encuentra triste y preocupada por problemas familiares habiendo perdido 6 kilos. En las últimas semanas presenta astenia intensa que asocia con abundantes sangrados menstruales. Presenta fiebre de bajo grado desde hace 3 días y molestias faríngeas con tos por lo que se ha automedicado con azitromicina durante 3 días pero los síntomas no remiten.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca intensa palidez cutánea y mucosa, afebril. TA 130/80, 110 lpm. Auscultación: murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos. Tonos cardiacos rítmicos sin soplos. ORL: faringe levemente hiperémica sin placas pultáceas. Abdomen: anodino, sin masas ni megalias. Piernas: lesiones petequiales bilaterales que no desaparecen a la vitreopresión junto con varios hematomas. Brazos y tronco: también presenta petequias pero en menor cantidad. Neurológico: signos meníngeos negativos. Última analítica registrada: de 2012 y presentaba trombopenia (plaquetas 63.000); se derivó a Hematología. La paciente nos refiere que no acudió a hematología por miedo, desde entonces no se ha realizado control analítico.

Juicio clínico: Faringitis aguda. Síndrome anémico. Lesiones secundarias a trombopenia.

Evolución: Derivamos Urgencias para realizar analítica de sangre insistiendo en la importancia de acudir hoy mismo. Acudió a urgencias esa tarde y le realizaron: analítica de sangre: Hb 4,1 (previa de 2012 de 12,9), VCM 13,4, HCM 61,5, plaquetas 3.000, leucocitos 6.300 con normalidad en resto de serie blanca, TP 94%, LDH 285, perfil hepático normal, PCR negativa. Rx de tórax: dentro de la normalidad. Frotis sanguíneo: trombopenia y anemia confirmadas sin observarse células inmaduras. Se realiza transfusión de 3 concentrados de hematíes en urgencias decidiéndose ingreso a cargo de Medicina Interna para completar estudio realizándose: analítica de sangre: Coombs directo positivo, proteinograma con aumento policlonal, serologías VHB, VHC, sífilis, CMV y VEB negativas. TC tórax y abdomen: sin hallazgos salvo mioma intramural de 2,2cm. Se pauta tratamiento con Igs 400 mg/kg junto dexametasona 40 mg iv durante 5 días con mejoría significativa. Tras el estudio complementario parece de origen idiopático. Analítica al alta: Hb 7,4, plaquetas 145.000, leucocitos 8.800. Diagnóstico definitivo: anemia hemolítica autoinmune + púrpura trombocitopénica

autoinmune (síndrome de Evans). Al alta: prednisona 50 mg: 1 comprimido en desayuno durante 15 días. Inmunoglobulinas 50 g iv durante 2 días cada mes en Hospital de día. Seguimiento en consulta de Enfermedades Autoinmunes.

Comentario final: Destacamos este caso no solo por el diagnóstico final sino por la importancia de transmitir a los pacientes en consulta los resultados de las pruebas y su significado asegurándonos que los comprendan. La falta de tiempo en consulta dificulta esta labor pero tenemos que hacer cuanto esté en nuestra mano para resaltar lo más importante.