MÁS ALLÁ DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA

AUTORES: Marcos Aldea, Gemma; Andreu Alcover, Rosa Maria; Vilà Moneny,Jordi; González Sánchez, Ignacio; Santos Murillo, Joaquin; Anglada Gutiérrez, Maria Fernanda

INTRODUCCIÓN:

Siempre hemos de tener en cuenta la patología de base de nuestros pacientes. La edad o el hecho de minimizar la clínica pueden traernos serios problemas. Además, la coordinación y colaboración entre Hospital y Primaria es básica, tanto en el diagnóstico, como en su seguimiento y control.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 27a con Espondilitis Anquilosante y Enfermedad de Crohn. Tratamiento anti TNF alfa (aldalimumab), Rx de tórax y PPD -. Consulta por fiebre intermitente de 1 mes de evolución, de hasta 39, constante desde hace 10 días y disnea de grandes esfuerzos. Visitado hace 1 semana en Urgencias, con orientación diagnóstica de infección respiratoria (Rx: cardiomegalia sin imágenes de condensación) y tratamiento con amoxicilina-clavulánico. Desde entonces empeoramiento con disnea progresiva hasta de reposo. Exploración: disneico, saturación O2 99 FC 120x' FR 23. AC: Hipofonesis global. ECG: elevación STa DII, DII. Rx tórax: infiltrados pulmonares alveolares bilaterales en campos superiores. Crecimiento de la silueta cardiaca.

Ecocardiograma: DERRAME PERICÁRDICO de 3 cm anterior y posterior, con signos de colapso.

ESTRATEGIA:

El hecho de conocer la patología de base del paciente nos ayudó a orientar la causa del derrame pericárdico. Es imprescindible tener siempre la máxima información sobre nuestros pacientes y la colaboración entre Primaria y Hospital es esencial e imprescindible. El compartir nuestros historiales, nos aporta mucha más información adicional, evita repetición de pruebas innecesaria y nos orienta hacia diagnósticos que nos podían pasar desapercibidos. La comunicación entre profesionales, ha de ser ágil y fluida. El trabajo en equipo nos ayuda a conseguir unos mejores resultados y control de nuestros pacientes.

BOBLIOGRAFIA:

1 .Sagristà-Sauleda J, Almenar L, Ferrer JA, Bajardi A, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en patología pericárdica. Rev Esp Cardiol. 2000;53:394-412.
2.Sagristà-Sauleda J, Permanyer-Miralda G, Soler-Soler J. Tuberculous pericarditis: ten year experience with a prospective protocol for diagnosis and treatment.J Am Col Cardiol. 1988; 11: 724-728.
3.Hancock EW. Neoplastic Pericardial Disease. Arq Bras Cardiol. 1999;72:55-58