



160/2263 - DOLOR PRECORDIAL Y URGENCIAS MÉDICAS

S. López Chamón^a, R. Ramírez Parrondo^b, E. Arrieta Antón^c, R. Casquero Ruíz^d y J.Á. Arbesú Prieto^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Huerta de los Frailes. Madrid. ^bMédico de Familia y Psicoterapeuta. Clínica Universidad de Navarra. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Las Cortes. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud de la Eria. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años, acude habitualmente por diferentes problemas de salud: vértigo y acúfenos, dolor precordial, digestiones pesadas y dificultad para conciliar el sueño. Antecedentes personales HLP y obesidad II, no DM2, no HTA, no historia de tóxicos. En tratamiento con estatinas. No antecedentes familiares de interés. Consulta en el centro de salud por dolor precordial a primera hora de la mañana, es opresivo, centro-esternal e irradiado a MMSI, sin esfuerzo previo y con supuesto cuadro vegetativo no objetivado.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encuentra pálido, con gesto de dolor insidioso. La exploración no es concluyente. TA 140/70, FC 106 pm. Regular. ACP con tonos puros, no soplos, no arritmia, no congestión pulmonar, mvc., no edemas maleolares. Sat. O2 98%. Pedimos ECG con dolor, en el que aparece taquicardia sinusal, no alteraciones del qrs, ni de onda T. Intervención: pautamos analgesia y dado el resto de FR-CV derivamos a cardiología para estudio. El paciente mejora con 5 mg de diazepam oral y nolotil que se administra en CS. Recomendamos acudir a urgencias si se repite el dolor y no respondiera a analgesia pautada. El paciente acudió en tres ocasiones a urgencias antes de que fuera valorado por el cardiólogo, en todas las interconsultas el diagnóstico fue de dolor torácico inespecífico. Las enzimas cardiacas fueron negativas y el eco-cardio y holter solicitado por cardiólogo dentro de la normalidad. En ningún caso presentó fiebre, tos, ni disnea.

Juicio clínico: Trastorno de ansiedad con somatización.

Diagnóstico diferencial: Con dolor precordial de etiología cardiaca (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, pericarditis), de etiología pulmonar (edema agudo de pulmón, traqueítis, tromboembolismo pulmonar), de etiología osteomuscular, por trastorno de ansiedad.

Comentario final: Seguimiento: en consultas programadas de seguimiento hacemos un abordaje psicosocial. El paciente se encuentra sometido a altos niveles de estrés en su entorno laboral, con aumento de la carga de trabajo y riesgo de perder su puesto actual. De otro lado, y a nivel familiar, está esperando su segundo hijo. Tratamiento: médico de sus FR-CV y de la ansiedad. Psicoterapia de resolución de conflictos. Cuidados generales: dieta, ejercicio, higiene del sueño, relaciones sociales. Ante un dolor precordial lo primero que tenemos que hacer es descartar patología cardiaca y pulmonar. Conviene tener presente que un dolor precordial puede ser una somatización de un trastorno de ansiedad. El abordaje biopsicosocial nos permite realizar un adecuado diagnóstico y

tratamiento de estos pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample. *Circulation*. 1996;93:1976-80.
2. Stahl SM. Guía del prescriptor, psicofarmacología esencial de Stahl. Madrid: Aula médica; 2009.
3. García Campayo J, Hidalgo I, Orozco F. Psicoterapia de resolución de problemas en atención Primaria. Editorial Ars XXI: Barcelona, 2005.
4. García Campayo J. Habilidades de comunicación en patología psiquiátrica. Barcelona: Edikamed, 2008.