

DOLOR TORÁCICO CON ECG *NORMAL*

RAQUEL HERNÁNDEZ GÓMEZ
Médico de Urgencias Hospitalarias CHUB



DOLOR TORÁCICO

- 1-El paciente con dolor torácico demanda una **ATENCIÓN INMEDIATA**, en Servicios Urgencias.
- 2- Supone un **RETO** para el médico de primer contacto.
- 3-Significado **DIVERSO**: desde pequeña afección a gravedad extrema.
- 4-Existen muchos grados de **INTENSIDAD**, que no se relaciona con la gravedad.
- 5-Recoger **INFORMACIÓN** de las características, localización, exacerbación...



DOLOR TORÁCICO

Una ANAMNESIS detallada y correcta EXPLORACIÓN FÍSICA, nos encamina a Diferenciar causas potencialmente graves y tratamiento inmediato, de otras patologías que no lo necesitan .

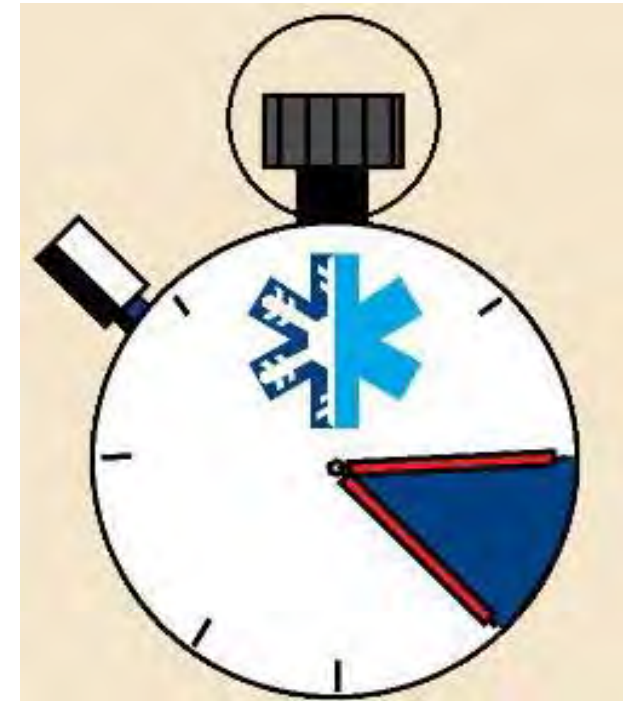
Una SOSPECHA ERRÓNEA puede originar consecuencias psicológicas y económicamente negativas para el enfermo y la sanidad

DOLOR TORÁCICO

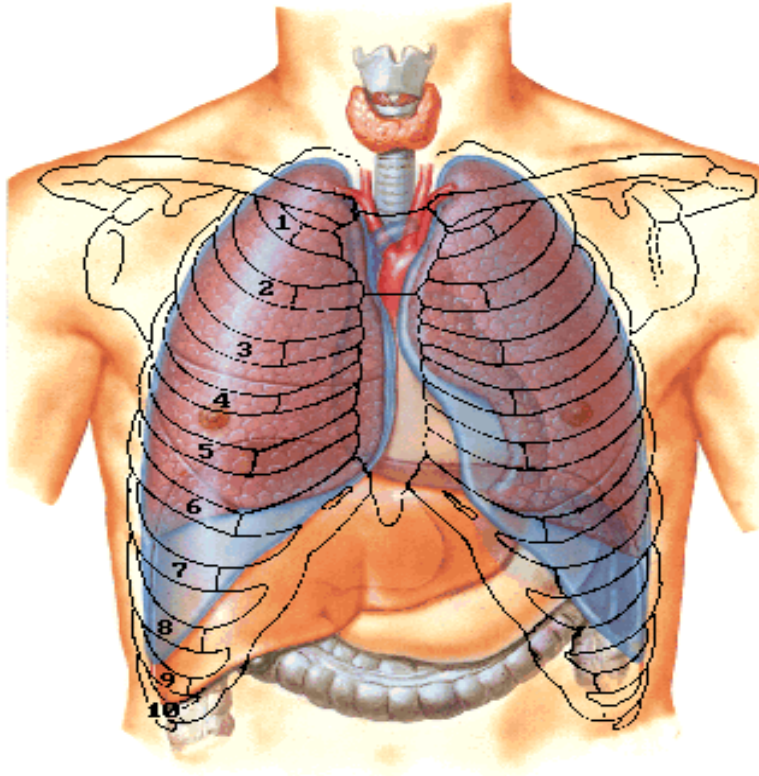
PROBLEMAS en paciente con dolor torácico :

1- SUBDIAGNÓSTICO o DEMORA en el diagnóstico.

2- SOBREDIAGNÓSTICO o utilización de múltiples recursos.



DOLOR TORÁCICO . DIAGNÓSTICO . EPIDEMIOLOGÍA



Toda aquella sensación de malestar o molestia en cualquiera de las localizaciones del tórax (sin traumatismo previo).

- En EEUU, 8 millones urgencias. De ellos 63 % ingresan.
 - España, 3% de las consultas de atención 1ª y hasta 15% de las urgencias médicas hospitalarias. De estas un 24% precisa ingreso hospitalario.
- 1,5% IAM no se diagnostican en SU
- 20-40% población experimentará alguna vez en su vida un episodio agudo.

Bragulat et al. Rev Esp Cardiol 2007; 60;276

DOLOR TORÁCICO. ETIOLOGÍA

CARDIOVASCULARES:

Cardiovascular isquémica
Enfermedad coronaria;

AE, AI, IAM.

Espasmo coronario

Cardiovascular no isquémica

Valvulopatías: EAo, EM, EP, PVM.

Disección aórtica.

HTA grave.

Miocardopatías.

Pericarditis.

PLEUROPULMONARES:

Vascular: TEP, HTP y *cor pulmonare*.

Parénquima: neumonía, cáncer, enfermedades crónicas (sarcoidosis).

Pleura: Neumotórax, derrame pleural, pleuritis.

Procesos mediastínicos.

DIGESTIVAS:

Esófago: rotura esofágica, espasmo, reflujo/hernia histo, acalasia, esofagitis, úlcera péptica, colecistopatía

Perforación víscera hueca.

Dolor torácico referido: pancreatitis, colecistitis, ulcera péptica, apendicitis.

OSTEOMUSCULARES:

Fracturas costales

Costocondirtis

Herpes zoster

Enfermedades reumatológicas.

Enfermedades sistémicas no reumatológicas.

PSICOGENAS/ PSICOSOMÁTICAS:

Depresión

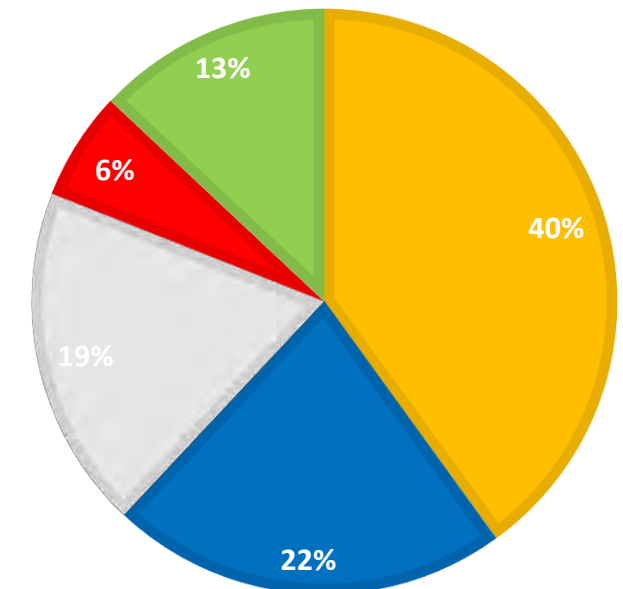
Ansiedad e hiperventilación

Ataques de pánico

Simulación

ETIOLOGÍA

■ Osteomuscular ■ Cardiovascular ■ Pleuropulmonar
■ Digestivo ■ Psicógena



DOLOR TORÁCICO

ENFOQUE :

- 1-Historia clínica + Antecedentes personales → PERFIL DOLOR Isquémico, pericárdico, pleurítico,esofágico, osteomuscular...
- 2-ECG → en los primeros 10 min.
- 3-Riesgo Vital --> CAUSAS POTENCIALMENTE MORTALES Isquemia miocárdica, disección aórtica ,TEP....

SIEMPRE VIGILAR SIGNOS ALARMA:

- Hipotensión
- Disnea intensa
- Cianosis
- Taquipnea
- Arritmias
- Alteración consciencia
- Ausencia pulsos periféricos
- Signos focalidad neurológica

Estrategias



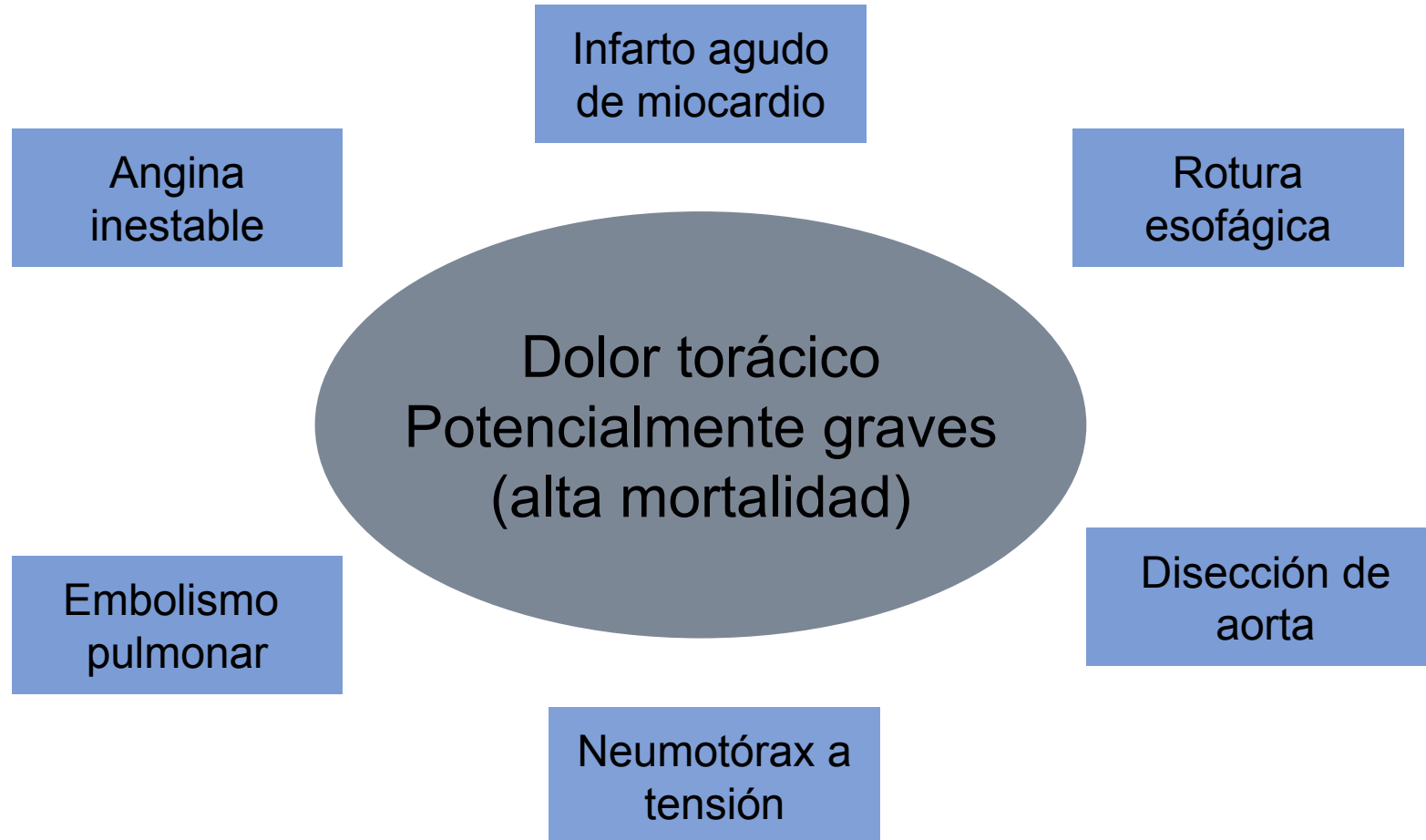
Pasos:



Valorar el estado hemodinámico del paciente.

Tto entidad nosológica causante del dolor.

DOLOR TORÁCICO :ETIOLOGÍA



DOLOR TORÁCICO . DIAGNÓSTICO

- Anamnesis.
- Exploración física.
- Exploraciones complementarias.
 - ECG: en los 10 primeros min.
 - Rx tórax.
 - Analíticas.
 - Pruebas de imagen TAC, eco abdomen...
 - Pruebas de detección de isquemia.

DOLOR TORÁCICO. ANAMNESIS

- Antecedentes personales:
 - FRCV.
 - Antecedentes de CI o enf CV.
 - Antecedentes familiares.
- Características del dolor



DOLOR TORÁCICO. ANAMNESIS

Aspectos del dolor

- Localización del dolor

- Anterior
 - Dorsal
 - Punta de costado.

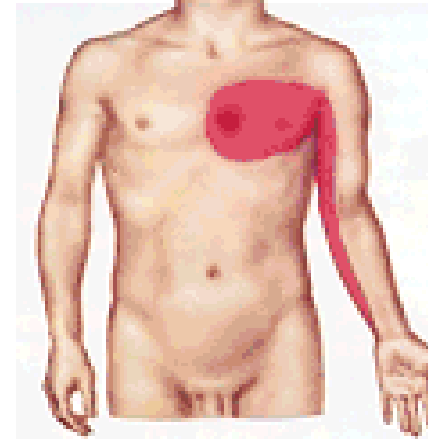
- Características

- Opresivo
 - Urente
 - Punzante
 - Lancinante

- Duración

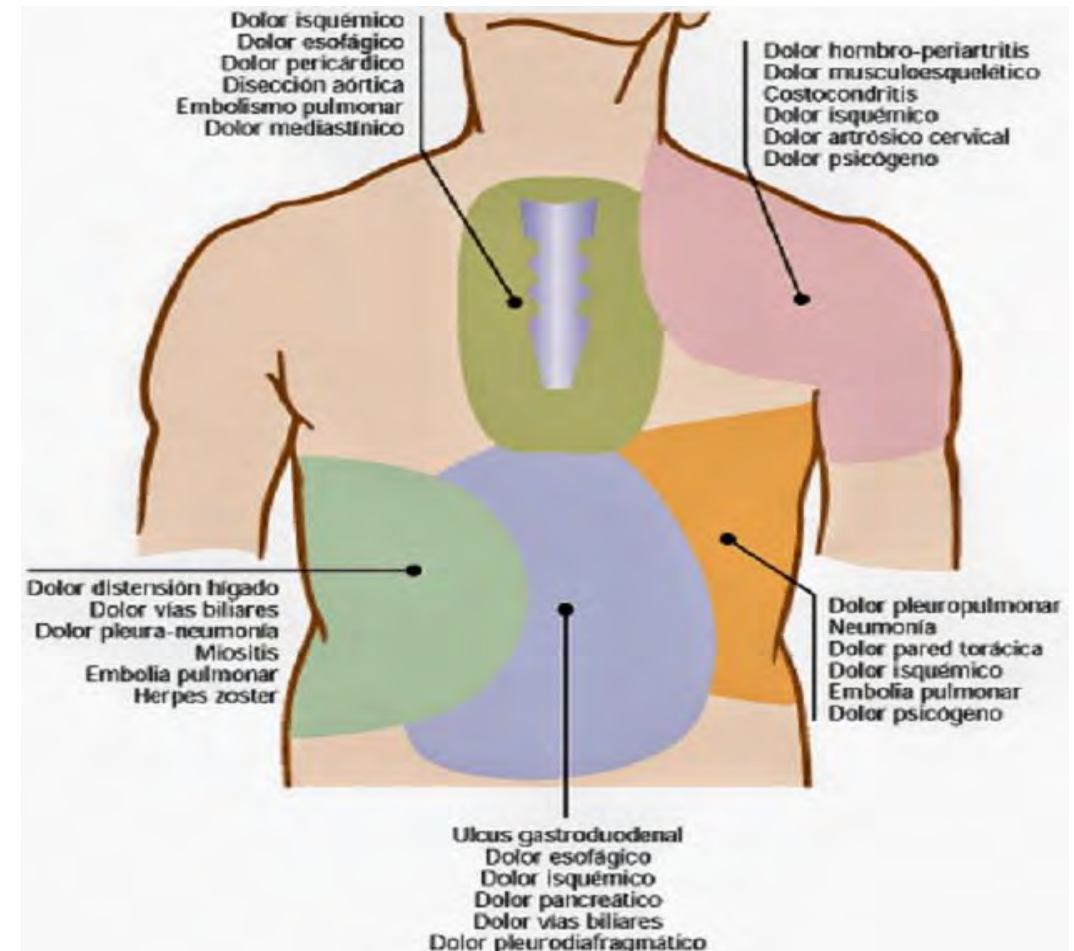
- Factores modificadores

- Síntomas asociados



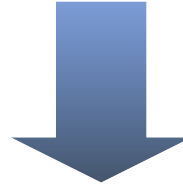
DOLOR TORÁCICO. CARACTERÍSTICAS (I)

Dolor cardiaco	Dolor pleurítico	Dolor atípico
Angina	Neumonía	Dolor inespecífico
SCA	TEP	Dolor esofágico
Disección Ao	Neumotórax	Dolor cardiaco
Espasmo esofágico	Dolor costillas	Dolor gástrico o biliar
Pericarditis	Pericarditis	Dolor osteomuscular
		Pericarditis
		Disección Ao



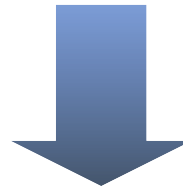
DOLOR TORÁCICO. ISQUEMIA MIOCÁRDICA

- 50% dolor torácico de SU se orientan hacia isquemia miocárdica.



20-25% se confirma su diagnóstico. Consumo de recursos.

- Alta tasa de diagnósticos inadecuados (2-10%).



Mortalidad elevada (10-30%) y gran número de demandas.

- Retrasos en el inicio de tratamientos.

PROTOTIPO DE DOLOR ISQUÉMICO

	ANGINA ESTABLE	ANGINA INESTABLE	INFARTO MIOCARDIO
Localización	Retroesternal Irradiada al hombro y MSI	Similar	Similar
Calidad	Opresión Quemazón	Similar	Opresivo, angustioso
Precipitantes	Esfuerzo	Esfuerzo (disminución umbral o progresiva), Reposo	Reposo Menos frec esfuerzo
Aliviadores	Reposo, NTG sl	NTG sl	No con NTG sl
Duración	Entre 3-5 min (<10)	Hasta 20 min	>20-30 min
Intensidad	Leve/moderada	Elevada	Muy elevada (hasta 12-24h)
Síntomas asociados	Raros (náuseas, sudor, mareo)	Frecuentes (cortejo vegetativo)	Habitual (cortejo vegetativo)
Síntomas equivalentes (diabéticos)	Disnea esfuerzo	Disnea esfuerzo progresiva Disnea de reposo	Disnea intensa Insuficiencia cardíaca

Dolor Típico:



Signo de Levine:
Opresión precordial referida con la mano extendida o con el puño cerrado sugiere CI.

Probabilidad pretest de enfermedad coronaria basada en edad, sexo y síntomas

Edad	Asintomático		Dolor torácico no anginoso		Angina atípica		Angina típica	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
30-39	1,9	0,3	5,2	0,8	21,8	4,2	69,7	25,8
40-49	5,5	1	14,1	2,8	46,1	13,3	87,3	55,2
50-59	9,7	3,2	21,5	8,4	58,9	32,4	92	79,4
60-69	12,3	7,5	28,1	18,6	67,1	54,4	94,3	90,6

DOLOR TORACICO

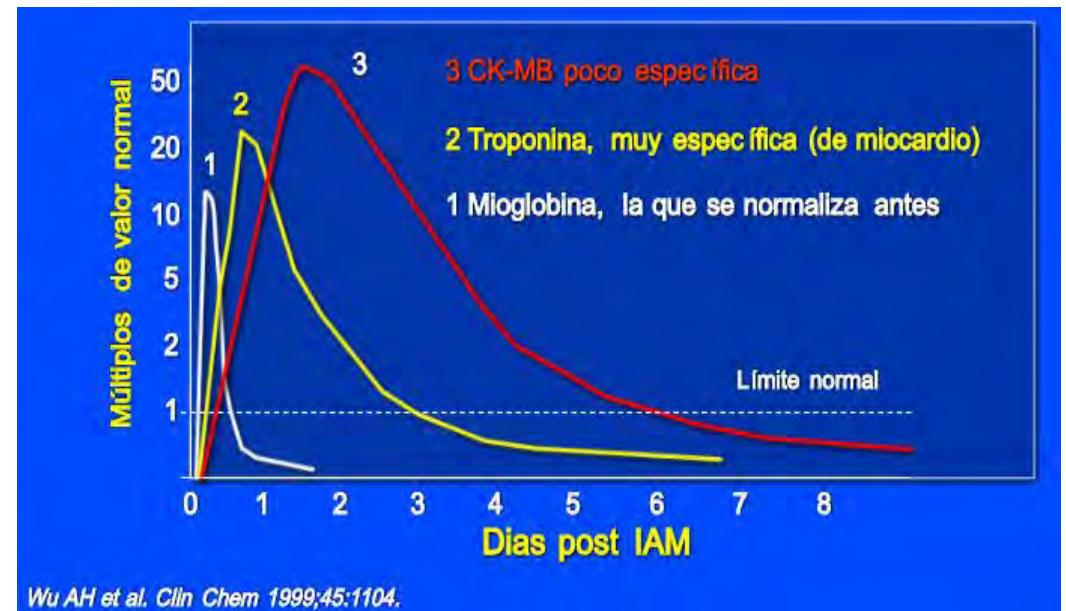
ECG dentro de los 10 minutos de la consulta

En el IAM:

30-50% tienen hallazgos diagnósticos en el ECG

40-70% tienen hallazgos no específicos

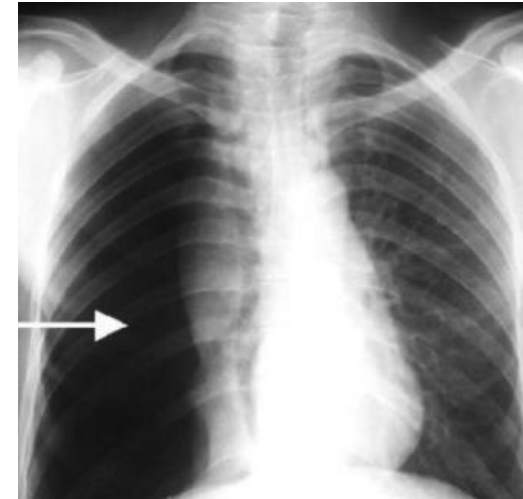
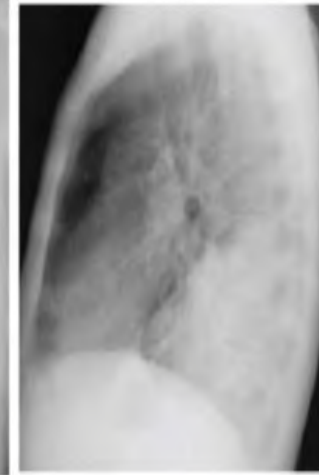
1-10% tienen ECG normal



PROTOTIPO DE DOLOR PLEURÍTICO

- Irritación de la pleura parietal.
 - De inicio brusco.
 - Tipo punzante.
 - Localización costal.
 - Irrradiado a cuello.
 - Dura > CI.

Localización	Pared torácica; en general unilateral, indicando la zona afectada
Calidad	Agudo, tipo cuchillada
Precipitadores	Tos, respiración profunda, movimientos del brazo
Aliviadores	Mejora con respiración superficial y decúbito sobre el lado afecto
Duración	Horas y días, según el proceso causal
Intensidad	Variable, aunque casi siempre muy elevada
Síntomas asociados	Disnea, fiebre, tos, hemoptisis (neumonías, tumor)
Síntomas equivalentes	Dependen de la etiología: tos, disnea, fiebre
Pruebas diagnósticas	Exploración física, vibraciones vocales, murmullo vesicular Radiografía de tórax en inspiración y espiración profunda

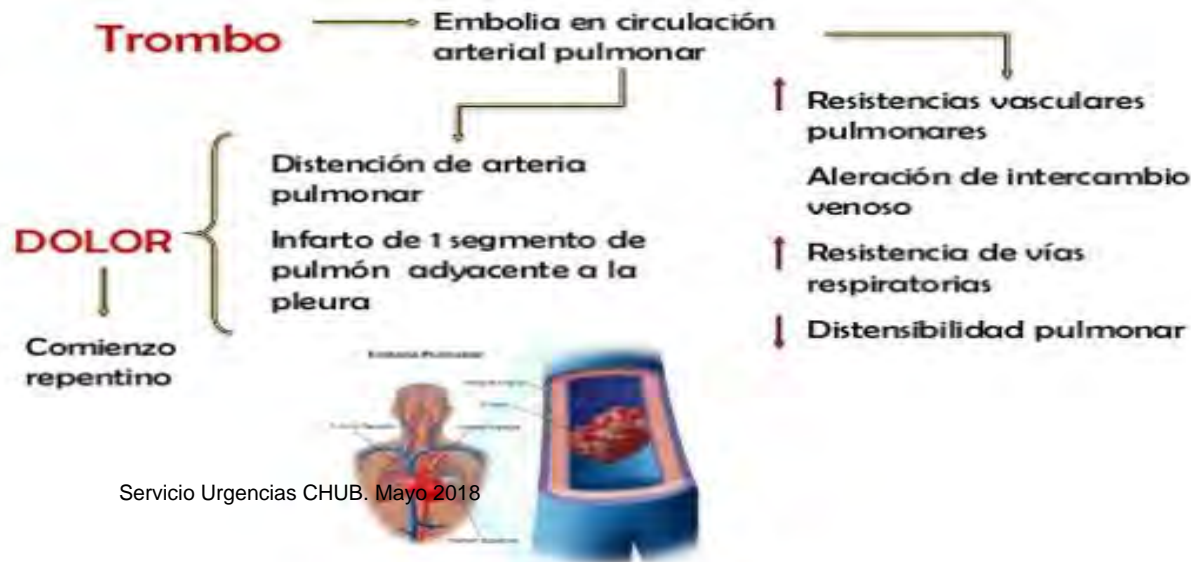
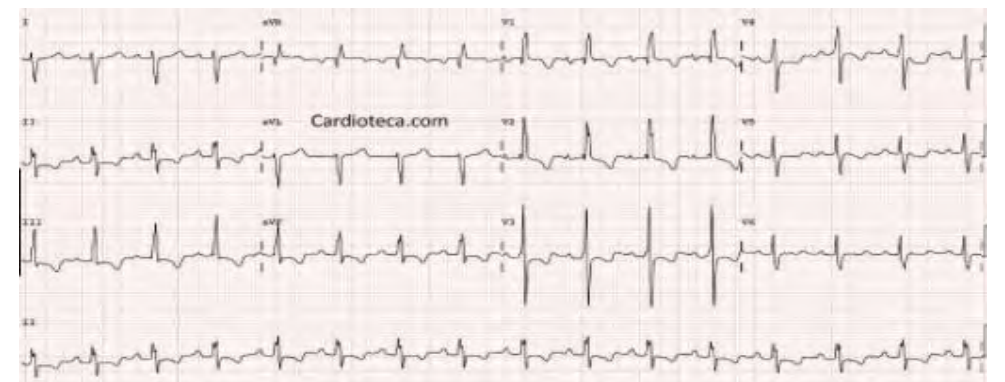


PROTOTIPO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

- Síntomas predominantes:
 - Shock y disnea.
- TEP masivo ≈ CI.
- TEP menor:
 - Dolor pleural.
 - En el lugar del infarto.
- ↑ Movimientos respiratorios.

Tabla 8. PATRON CLINICO: TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)

Localización	Centrotorácica (embolia masiva). Variable según la localización (infarto pulmonar)
Calidad	Opresivo, tipo coronario (embolia masiva) Agudo, tipo pleural (infarto pulmonar)
Precipitantes	Antecedentes de insuficiencia cardiaca congestiva, reposo prolongado e intervención quirúrgica reciente. Los movimientos respiratorios y del tronco lo intensifican
Aliviadores	A veces cede con oxígeno y NG sublingual
Duración	Variable: en general horas o días
Intensidad	Moderada o elevada (embolia masiva) Elevada o muy elevada (infarto pulmonar)
Síntomas asociados	Disnea, tos, esputo hemoptoico, taquipnea, taquicardia
Síntomas equivalentes	Shock (embolia masiva), disnea brusca, tos, esputo hemoptoico
Pruebas diagnósticas	Radiografía de tórax ENG: hipertrofia de las cavidades derechas, bloqueo de la rama derecha, patrón de McGim y White (S ¹ , Q ³ , T ³) Gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión Angiología pulmonar



TEP. Escala clínica para estratificar riesgo. Escala de Wells

VARIABLES	PUNTOS
<u>Factores de riesgo</u>	
TEP o TVP previos	1,5
Cirugía en el último mes o inmovilización > 3 días	1,5
Cáncer en tto o tto durante los últimos 6 meses o paliativo	1
<u>Síntomas</u>	
Hemoptisis	1
<u>Signos clínicos</u>	
FC > 100 lpm	1,5
Signos y síntomas de TVP	3
<u>Valoración clínica</u>	
Primera posibilidad diagnóstica: TEP	3
PROBABILIDAD CLÍNICA	TOTAL
Baja	0-1
Intermedia	2-6
Alta	> 6

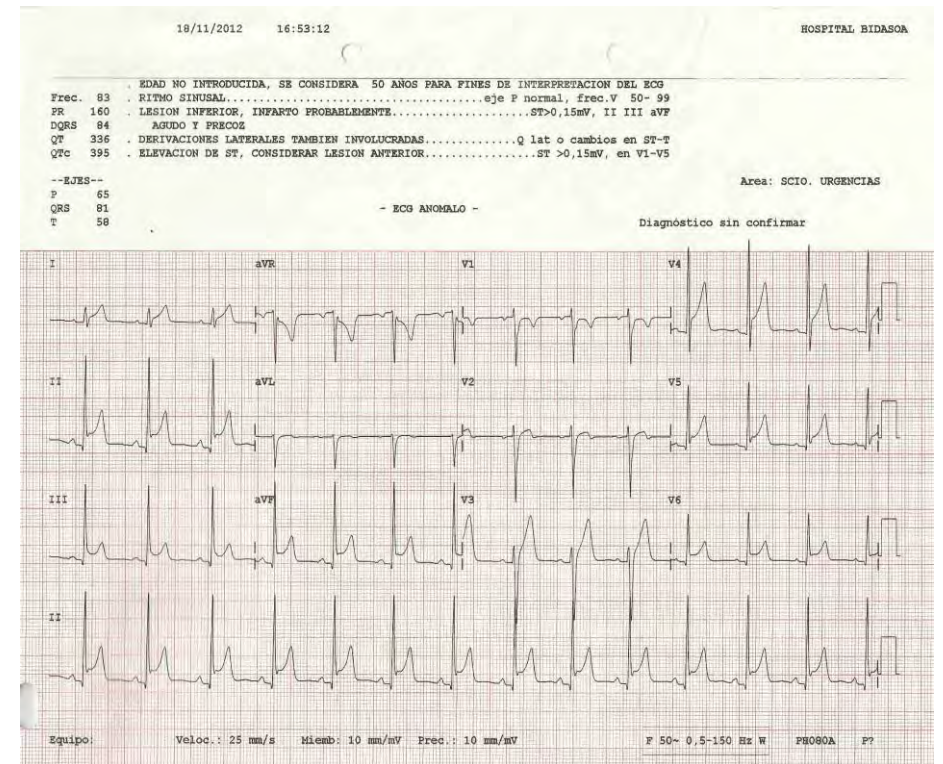
<2: 3,4%
 2-6: 27,8%
 >6: 78,4%

PROTOTIPO DE DOLOR PERICÁRDICO

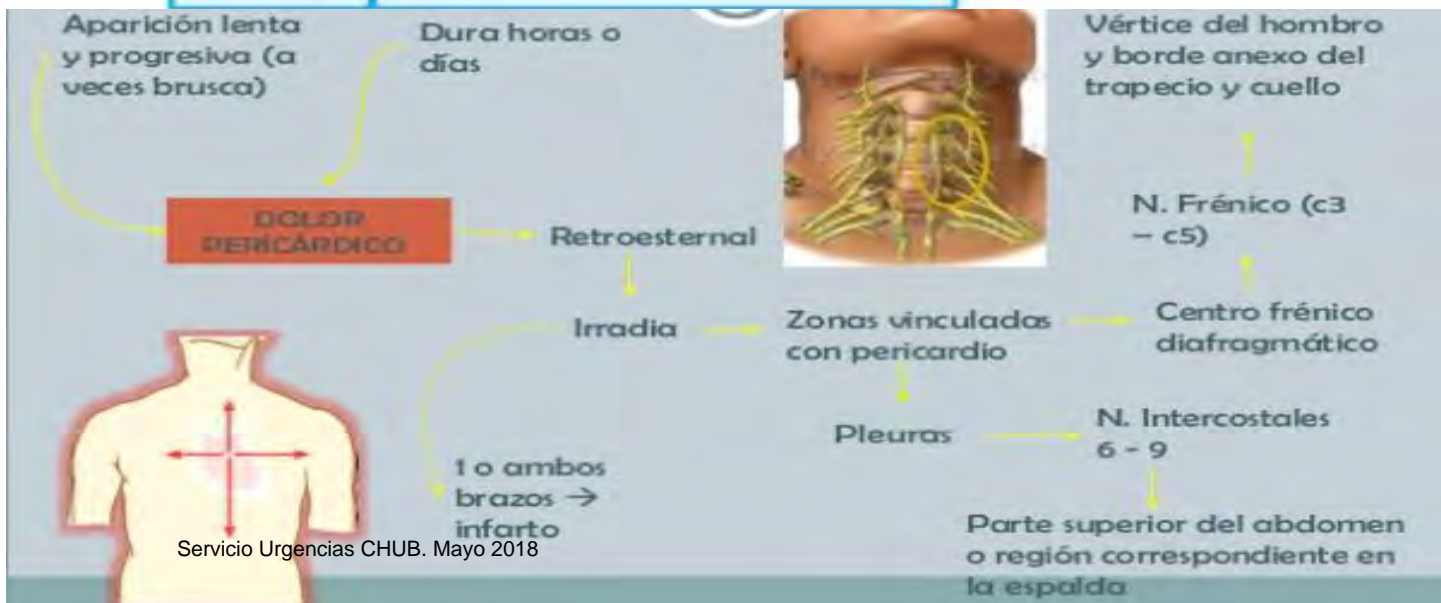
Tabla 5. PATRÓN CLÍNICO PERICÁRDICO

Localización	Centrotorácico. Irradia al cuello y región interescapular, hasta el músculo trapecio.
Calidad	Tipo pleural, agudo como una cuchillada
Precipitantes	Respiración profunda, deglución, tos, decúbito
Aliviadores	Inclinación hacia delante, respiración superficial, AAS, AINES, corticosteroides
Duración	Larga: días
Intensidad	En general elevada
Síntomas asociados	Febrícula o fiebre, disnea, roce pericárdico
Síntomas equivalentes	Roce pericárdico, disnea
Cambios en el ECG	Elevación del segmento ST de concavidad hacia arriba en varias derivaciones
Cambios enzimáticos	No

- Simula perfiles anteriores con características mixtas.
 - Opresivo/Punzante.
 - Retroesternal/Precordial.
- **Signo del almohadón.**
Alivio del dolor y disnea permaneciendo quieto y sentado



Rx tórax: derrame pericárdico



PROTOTIPO DE DOLOR G.I.

Tabla 6. PATRÓN ESOFÁGICO

Localización	De faringe a epigastrio; a veces toda la región retroesternal
Calidad	Quemazón o pirosis (esofagitis por reflujo) Constrictivo (espasmo)
Precipitadores	Ingesta de alimentos; bebidas muy frías o calientes; picantes. Decúbito supino (esofagitis) Raramente se relaciona con esfuerzo
Aliviadores	Aliviadores Antiácidos (esofagitis) NG sublingual (espasmo)
Duración	Prolongada (esofagitis) Corta (espasmo) Recurrente en ambos casos
Intensidad	Moderada (esofagitis) Elevada (espasmo)
Síntomas asociados	Pirosis, náuseas, regurgitación, incluso vómitos
Síntomas equivalentes	Pirosis, regurgitaciones
Diagnóstico	Historia clínica, pruebas de motilidad esofágica (manometría, cine-esofagograma) perfusión ácida, pH-metría, tránsitoesofágico con bario

• Es el más confundido con el de origen isquémico.

- En la **rotura esofágica** (cervical, torácica, abdominal):
 - Dolor en la zona, disfagia y ronquera, exceso de salivación, enfisema subcutáneo.

Úlcera Gastroduodenal

Localización epigástrica.

De larga duración (hrs – días).

Relación con la ingesta de comida.

Alivia con antiácidos.

Es recurrente.



Dolor biliar

De tipo cólico (litiasis)

Recurrente, nocturno (colelitiasis)

Localización HCD y epigastrio.

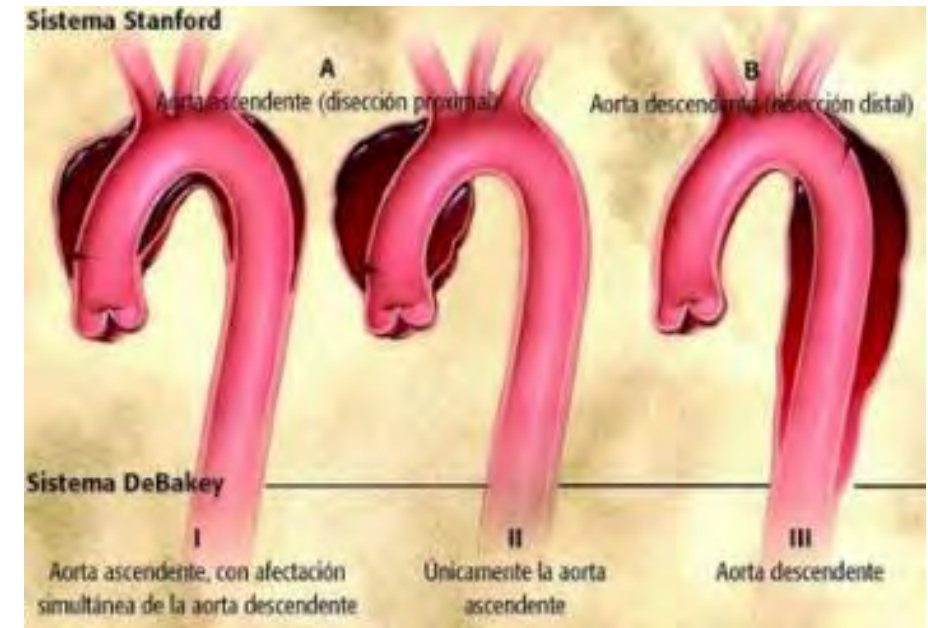


PROTOTIPO DEL DOLOR EN LA DISECCIÓN AÓRTICA

- Disecciones aorta ascendente o arco aórtico.
- Intensidad alta desde el inicio del cuadro (\neq CI).
- Se irradia según avanza la disección.
- Varones 50-60, antecedentes de HTA o conectivopatías congénitas.

Tabla 7. PATRÓN DE DISECCIÓN AÓRTICA

Localización	Parte interior del tórax. Irradia a la espalda, cuello, brazos, abdomen, etc..., según progrese la disección
Calidad	Inicio brusco y muy agudo, como desgarró o rotura
Precipitadores	Hipertensión, embarazo, síndrome de Marfan. Los cambios de presión torácica lo intensifican
Aliviadores	No hay alivio
Duración	Larga pero variable; hasta la resolución del problema (cirugía)
Intensidad	Extremadamente elevada, intolerable
Síntomas o trastornos asociados	Disnea, síntomas vegetativos, infarto de miocardio (compromiso coronario), accidente vascular cerebral (compromiso carotideo), isquemia intestinal (compromiso abdominal).
Síntomas equivalentes	Síncope
Pruebas diagnósticas	Radiografía de tórax, ecografía Doppler cardíaca y transesofágica, tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía carotídea



60%

10-15%

25-30%

DISECCION AORTICA



Servicio Urgencias CHUB. Mayo 2018

“Un ECG con isquemia no excluye la disección aórtica. Siempre considerarlo en IAM con supradesnivel del ST **inferior**; la mayoría de las disecciones de la aorta ascendente comprometen la pared lateral derecha de la aorta y ocasionalmente la arteria coronaria derecha puede ocluirse”.



PROTOTIPO DE DOLOR COSTONEUROMUSCULOESQUELÉTICO

- **Procesos causales:**

- Mialgias
- Neuralgias intercostales
- Miositis intercostal
- Costocondritis (sx Tietze)

Inflamación de la articulación que une los costillos



Tabla 9. PATRÓN CLÍNICO OSTEOMUSCULAR

Localización	Estructura de la pared torácica, cartilagos, condrocostales, músculos intercostales, columna cervical o dorsal, con irradiación a las estructuras musculares
Calidad	Variable: pinchazo, dolor radicular, dolor en metámera localizado
Precipitantes	Movimientos, respiración profunda, tos, estornudos, cambios de posición, presión, roce superficial
Aliviadores	Reposo, analgésicos generales y antiinflamatorios, calmantes locales
Duración	Larga (días), con pocas variaciones
Intensidad	Variable: desde moderada (costocondritis) a muy elevada
Síntomas asociados	Vesículas cutáneas (herpes zoster) Dolor de la presión Enrojecimiento local
Síntomas equivalentes	Neuritis Otros problemas osteoarticulares
Diagnóstico	Examen radiológico, tomografía computarizada, resonancia magnética

Discopatías - Herpes Zoster:

<i>Tabla 10. PATRÓN CLÍNICO NEUROLÓGICO</i>		
	Neuritis y Neuralgias	Radiculalgias
Localización	Siguiendo el recorrido del nervio afectado	Siguiendo el recorrido del nervio afectado
Calidad	Urente	Urente, como "paso por corriente", como "calor"
Aliviadores	Infiltración del nervio (anestésicos locales) Analgésicos (escasa utilidad)	La tracción de la columna. Reposo en decúbito supino Analgésicos (poca utilidad)
Duración	Mínimo horas. Puede durar varios días	Variable, de minutos a horas
Intensidad	Variable, pudiendo llegar a ser muy intenso	Variable, pudiendo llegar a ser muy intenso
Síntomas asociados	Lesiones cutáneas. Parestesias, hipoestésias, parestias	Parestesias e hipoestésias, parestias



PROTOTIPO DE DOLOR PSICÓGENO

- Síntoma principal de un estado de ansiedad o un proceso depresivo.
 - Sordo y persistente.
 - Exacerbación intensa de seg, hrs, días.

Dx de exclusión

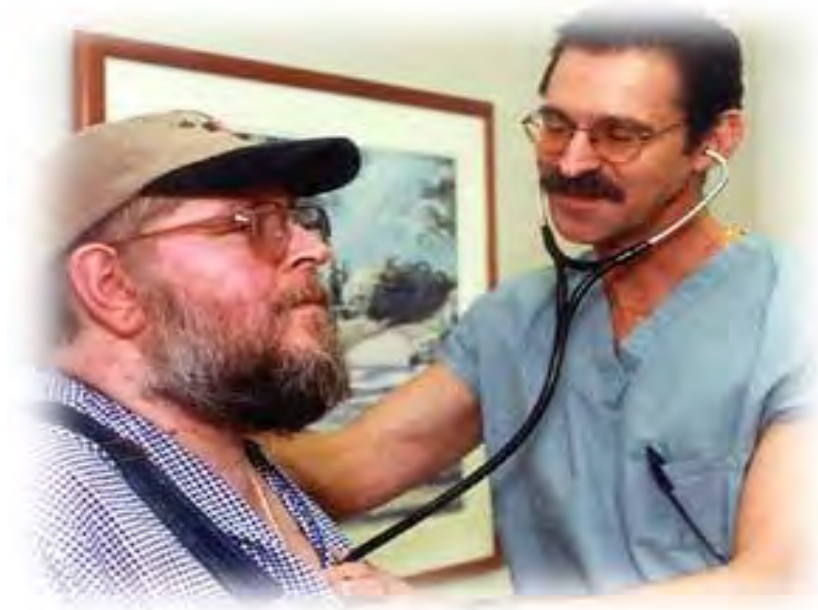
Tabla 11. PATRÓN CLÍNICO PSICOGÉNICO

Localización	Máxima izquierda Apex cardíaco Brazo izquierdo
Calidad	Punzante
Precipitantes	Después del esfuerzo, estrés o ansiedad
Aliviadores	Reposo, relajación y benzodiazepinas
Duración	Variable: de segundos a horas o días
Intensidad	Muy variable: en general ligera o no muy elevada, con exacerbaciones
Síntomas asociados	Mareo, palpitaciones, fatiga, disnea, suspiros
Síntomas equivalentes	Ansiedad, depresión
Diagnóstico	Ausencia de otras causas de dolor

PERFIL	LOCALIZACIÓN IRRADIACIÓN	AGRAVANTES ATENUANTES	SÍNTOMAS ASOCIADOS	PRUEBAS COMPLAMENTARIAS
Isquémico	Precordial/Restoesternal Brazos, mandíbula, espalda	Ejercicio, estrés emocional Reposo, NTG	Sintomatología vegetativa Disnea	ECG Marcadores daño miocárdico
Disección aórtica	Pared anterior tórax Espalda, Interescapular, Según avanza la disección Clasificación de Stanford A: Aorta ascendente B: Descendente	HTA, traumatismos, cocaína, Marfan o válvula aórtica bicúspide No existe alivio	Síncope, disnea Isquemia neurológica, mesentérica o renal Soplo: insuficiencia aórtica por afectación válvula aórtica Taponamiento cardíaco (derrame pericárdico)	HTA, asimetría pulsos Rx tórax: ensanchamiento mediastínico, derrame pericárdico ECG: anodino o elevación ST inferior por efectación CD ETT o TC
TEP	Pared torácica unilateral	Tos, respiración	Febrícula, disnea, tos, hemoptisis	Dímero D: alto VPN GAB: hipoxemia con hipocapnia ECG: taq sinusal S1Q3T3 (patrón de McGim y White). BRD sobrecarga derecha TC o gammagrafía V/Q
Pericárdico	Precordial/Restoesternal Cuello, espalda	Tos, respiración, decúbito supino Inclinación adelante (sentarse)	Fiebre, antecedentes infección (respiratoria, gastroenteritis)	AC: roce pericárdico ECG: elevación difusa cóncava ST con descenso PR, salvo aVR y V1 Rx tórax: cardiomegalia (derrame pericárdico)
Pleurítico	Costal unilateral Cuello	Tos, respiración Inmovilización, decúbito lado afecto	Tos, disnea, fiebre	Rx tórax: neumonía, neumotórax, derrame pleural
Esofágico	Epigástrico, restoesternal Cuello, espalda	Decúbito, bebidas frías, AAS, AINEs Antiácidos, NTG (espasmo)	Pirosis, disfagia Náuseas, vómitos Enfisema subcutáneo (rotura esofágica)	ECG: alteraciones inespecíficas repolarización
Osteomuscular	Pared torácica, cartílagos	Tos, palpación Reposo, analgésicos	Contusiones Vesículas cutáneas (herpes zoster)	Rx tórax: fracturas costales
Psicógeno	Apex cardíaco Brazo izquierdo	Hiperventilación con parestesias		GAB: hipocapnia (hiperventilación)

DOLOR TORÁCICO. EXPLORACIÓN FÍSICA

- Exploración física completa:
 - Auscultación.
 - Palpación, percusión.
 - Inspección.
 - Constantes vitales (TA, FC, PVC...)



- Una exploración física normal no descarta enfermedad coronaria.

Exploración Física



Observar las manos cuando describe el dolor.



Registrar las constantes vitales.

Disección Aórtica



Inspección Torácica.

Presencia de vesículas



Auscultación cardíaca.

Galope y/o soplo de insuficiencia mitral: E.C.

Soplo insuficiencia aórtica: disección Ao



Exploración pulmonar.

Neumotórax - Neumonía



Palpación abdominal.

Murphy → Colecistitis



Exploración de extremidades.

Ausencia de pulsos: Disección aórtica.

Tromboflebitis.

Valoración neurológica.

Signos de focalidad neurológica: Disección aórtica.



Observación de la piel.

Enfisema subcutáneo.

DOLOR TORÁCICO. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Rx tórax

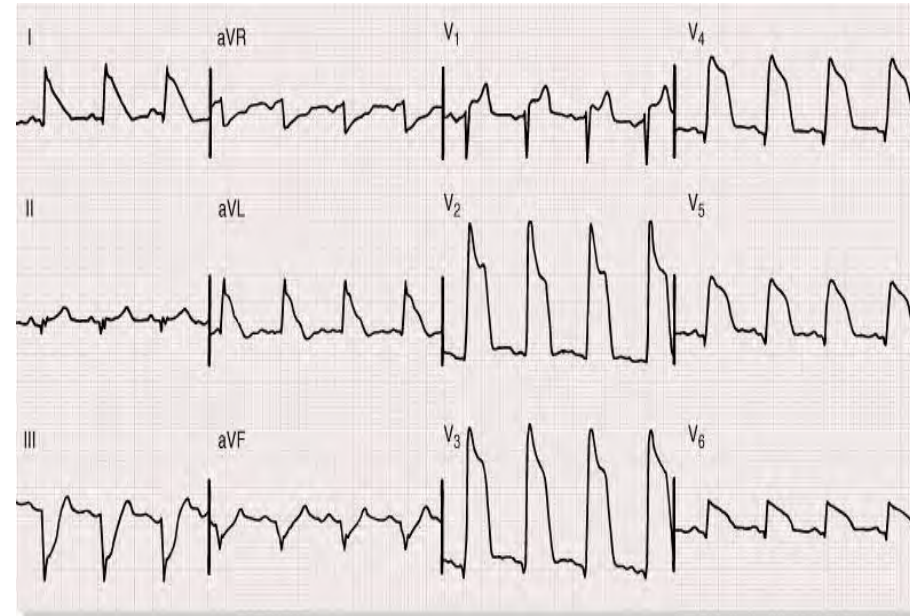
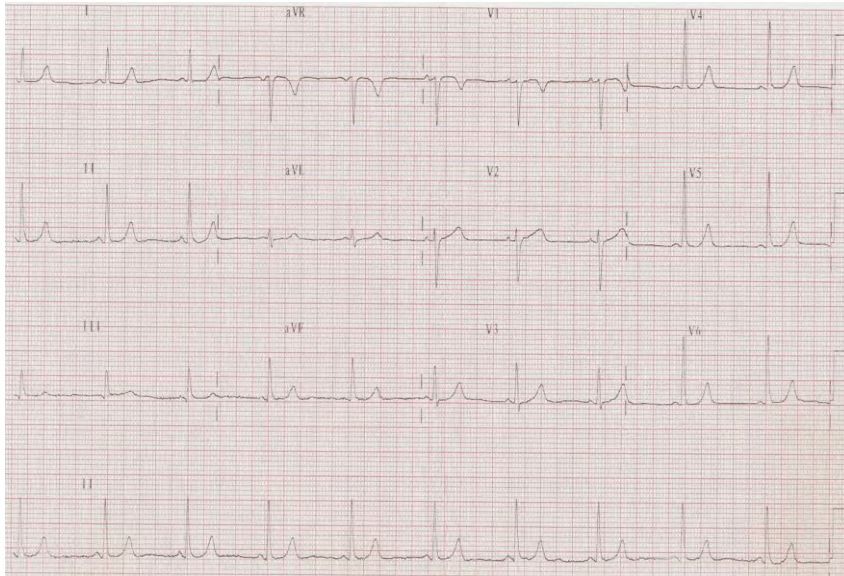


- **DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:** neumotórax, neumonías y derrame pleural.
- **AYUDA AL DIAGNÓSTICO:** TEP, disección de Ao, pericarditis.



DOLOR TORÁCICO. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG



- Prueba sencilla y rápida. En primeros 10 min.
- Valor diagnóstico (SCA, pericarditis, taponamiento, TEP).
- Dolor torácico agudo

ECG normal



14 % AI y 2% IAM

Dolor torácico: ECG

Causas no coronarias de alteraciones electrocardiográficas

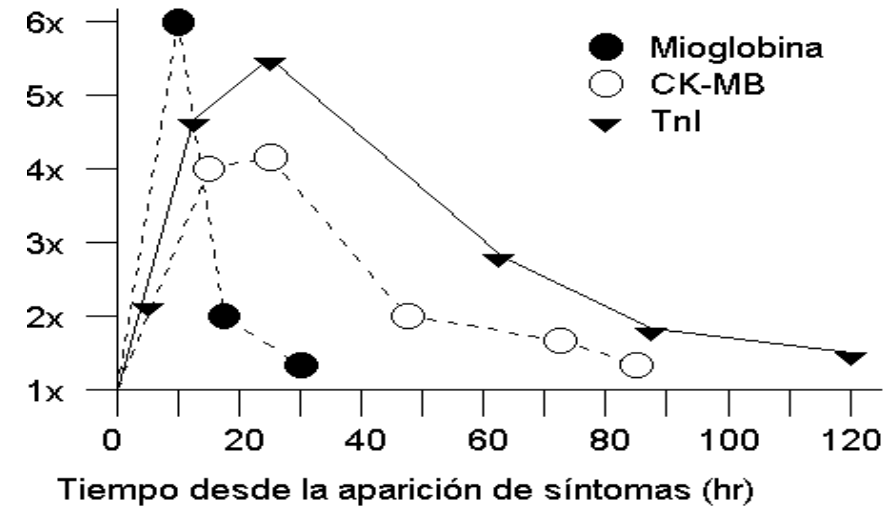
- Pericarditis o miocarditis.
- Repolarización precoz.
- Otras enfermedades cardiacas: MCH, WPW, Brugada...
- Enfermedades abdominales.
- Trastornos neurológicos graves (hemorragia subaracnoidea)
- Fármacos.
- Hipotermia.
- Alteraciones electrolíticas.

Dolor torácico: Pruebas complementarias

Marcadores daño miocárdico

- Macromoléculas intracelulares miocárdicas
- Pasan a la sangre cuando se rompe la membrana intracelular

	Tiempo (horas)	Pico (horas)	Duración
CPK	3-12	18-24	36-48
Troponinas	3-12	18-24	> 10 días
Mioglobina	1-4	6-7	24



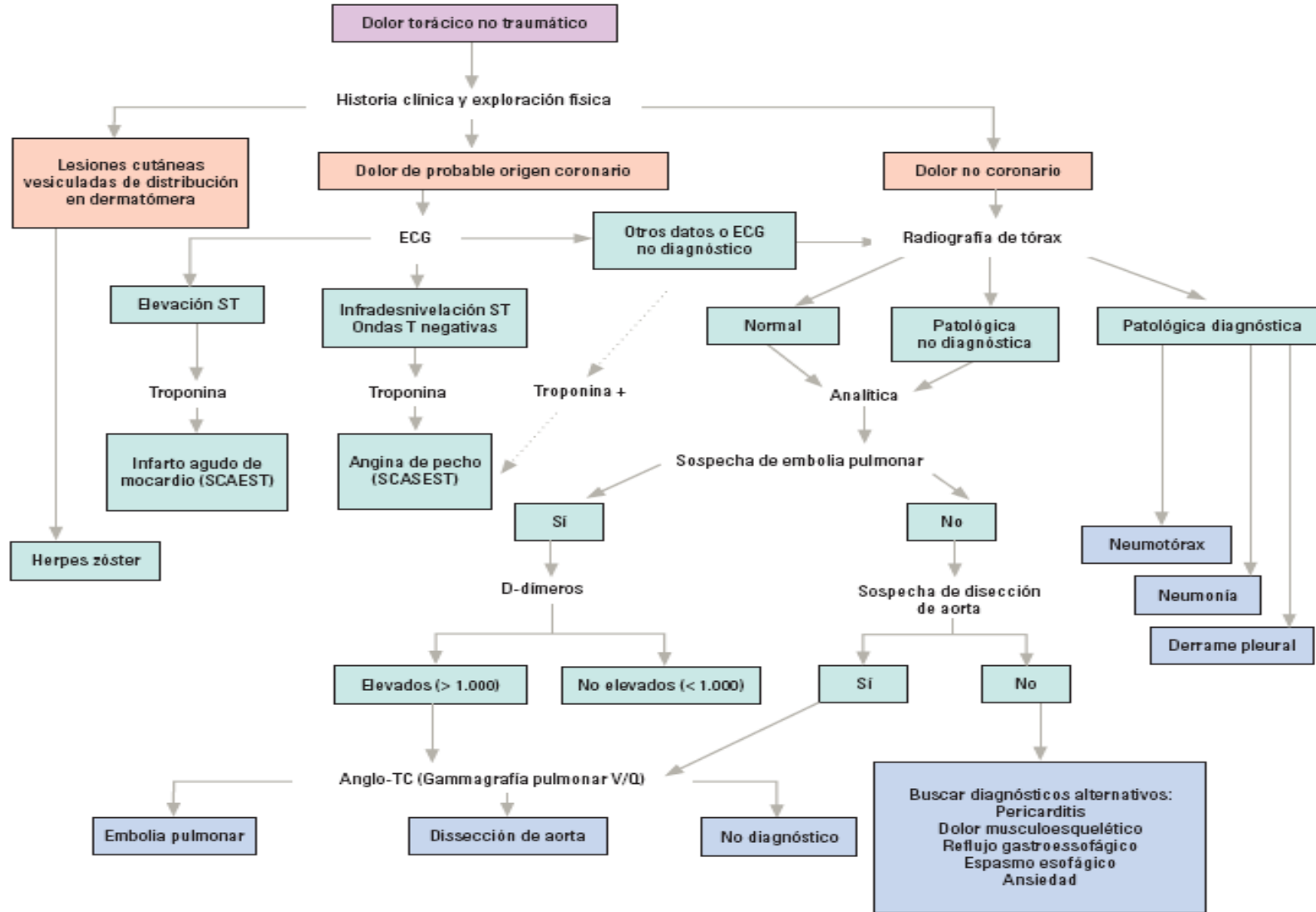
- 1ª determinación a la llegada.
- Repetir determinación tras 6-12 horas después de la admisión o tras 6-12 horas de un episodio de dolor importante o prolongado.
- Valor diagnóstico y pronóstico.

Dolor torácico: MDM

Causas no coronarias de elevación de troponinas

- IC aguda o crónica.
- Disección de Ao.
- Valvulopatías.
- MCH.
- Contusiones miocárdicas.
- Procedimientos invasivos
- Miocarditis/Endocarditis.
- Crisis HTA.
- TEP.
- Taqui/Bradiarritmias
- Hipotiroidismo.
- Tako-Tsubo.
- Insuficiencia renal.
- Trastornos neurológicos.
- Enfermedades Infiltrativas
- Tóxicos.
- Rabdomiólisis.
- Quemados (>30%).
- Pacientes críticos.

Dolor torácico: Aproximación diagnóstica



CASO CLÍNICO

- Mujer 68 años , con HTA , Enfermedad renal crónica estadio IIIa (FG 45 ml/min), trastorno depresivo, obesidad, estreñimiento.

Ama de casa.

- Iq^a: histerectomía hace 20 años, por mioma uterino gigante.
- AF: madre: DM tipo2, HTA, padre fallecido por Ictus isquémico a los 70 años

2 tíos paternos con IAM a los 65 años

Tto: parapres 32:1-0-0 , escitalopram 15: 1-0-0, loracepam 1 mgr 1-1-1.

Acude por dolor torácico desde hace 3 horas, tras discusión familiar, que no sabe definir, que le dificulta la respiración y se irradia a MSI, intermitente. Este dolor lo ha tenido otras veces pero no tan intenso como ahora.

- PA: 154/90mmhg FC.102x', Sat O2 96%. Afebril.

EF: durante la entrevista permanece con los ojos cerrados pero colabora, eupneica, voc, suspirosa, bien hidratada y perfundida, obesidad

CyC; cuello corto, no IY, sin rigidez ni signos meníngeos.

ACP: rítmica sin soplos, mvc

Abdomen: globuloso, blando, depresible, dolor a la palpación generalizada, RHA+ , pprb negativa y sin megalias.

EE: sin edemas , pulsos + y simétricos .varices en MII.

ECG:

Rx tórax 2p:

Gasometria arterial :pH 7,42 pCO₂:35, pO₂:96,HCO₃ 25, Sat 96%

Hemograma: 3 series normales

Bioquímica: glu 126, creat 1.6, FG 46 ml/min, GOT 65, GPT 54, resto normal

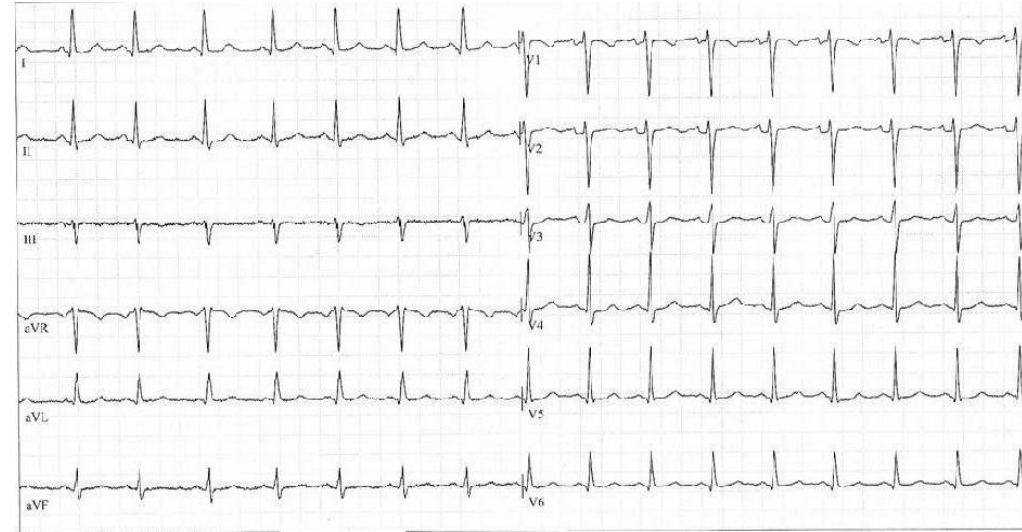
Troponina I : 0,10

Coagulación normal. DD: 135

Tto.: Alprazolam 0,5 mgr sl + paracetamol 1 gr iv

Seriación enzimática(llegada-6h-12h):0,10- 0,12- 0.10

Seriación ecg: sin alteraciones, similar a previos.



- Evolución:

Asintomática desde su llegada, salvo punzadas de unos segundos con la respiración profunda.

Se procede al alta con diagnóstico dolor torácico atípico, origen psicógeno.

GRACIAS