



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/39 - PACIENTE EDUCADO SINTOMÁTICO

M. de la Torre de Dios^a, E. de Dios Rodríguez^b y C. Pérez Vázquez^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 40 años consulta, sin cita, por palpitaciones que le generan ansiedad. Refiere ocasionalmente episodios previos, autolimitados. Se realiza ECG y exploración. Informamos diagnóstico y tranquilizamos, aclarando la escasa gravedad del proceso. Reconoce que están asociados a periodos de mayor estrés personal. Le proponemos interconsulta a cardiología y nos informa que ya ha sido estudiado, por palpitaciones y mareo mientras realizaba ejercicio, realizándole una ergometría y un cateterismo, que fueron normales. Ante esta información, revisamos toda su historia clínica para valorar la necesidad de realizar otras pruebas por esta patología, encontrando resultados de analítica reciente con perfil tiroideo normal, ecocardiograma, ergometría/SPECT, TAC y cateterismo que fueron normales. También consta: consulta con neurología por cefalea de inicio brusco con tac cerebral normal; biopsia realizada por dermatología con diagnóstico de dermatitis atópica; consulta a digestivo por dolor epigástrico, con gastroscopia, colonoscopia, cribado de sho y tac abdominal. Como único hallazgo esteatosis hepática y un diagnóstico de enolismo. Una interconsulta a reumatología y dos a medicina interna.

Exploración y pruebas complementarias: ECG con síntomas: RS 60 lpm, PR = 0,16s, BIRDHH, AQRS = 0°, extrasístoles supraventriculares monomórficas frecuentes y rachas de bigeminismo. EF normal.

Juicio clínico: Extrasistolia ventricular sintomática.

Diagnóstico diferencial: Somatización. Ansiedad. Depresión. Hipocondría

Comentario final: La continuidad asistencial AP y el acceso compartido a la historia clínica AP-AE permite valorar globalmente los procesos y conciliar la indicación de interconsultas y pruebas complementarias. Nos planteamos si el detalle y la intensidad con la que un paciente joven y educado describe sus síntomas y expone sus temores, pueden haber influido en la realización de pruebas complementarias poco habituales en diferentes consultas. El tiempo necesario para la adecuada comunicación médico paciente que permita valorar al paciente de forma global, puede verse dificultada por una medicina de la prisa, de la urgencia y la medicina defensiva. El reto médico que nos queda a partir de ahora es ayudar al paciente a disminuir su preocupación a padecer una enfermedad y valorar adecuadamente la sintomatología que presente.

Bibliografía

1. Smith RC, et al. Primary care physicians treat somatization. *Journal of General Internal Medicine*. 2009;24:829-32.