

Conflicto de sensaciones

Sr. Director: La labor diaria del médico de cabecera da lugar a una gran cantidad de sensaciones. La posibilidad de ayudar a la gente, de aliviar el dolor, de consolar o, llegado el caso, de curar algún mal es generador de sentimientos positivos indescriptibles, no entendibles para quien no es de la profesión. La alegría, el gozo de saber que por nuestra especial intuición –¿ojo clínico?– hemos sido capaces de sospechar primero y diagnosticar después una determinada enfermedad, gracias a lo que el paciente pudo ser curado, o derivado y tratado más precozmente, son sensaciones que nos producen una gran satisfacción. Así como la escucha atenta y el consejo empático fruto de aquel *feeling* especial que se produce entre el paciente angustiado por una situación vivencial que no ha descubierto a nadie más que a nosotros, por la especial predisposición a ponernos en su lugar –que nos convierte en su confidente incondicional–, junto con la seguridad que le damos a aquel que espera ansioso la llegada del lunes para que le confirmemos que la medicación dada el día anterior por un médico de urgencias –que no osa ingerir hasta que no demos la conformidad– no le producirá ningún mal, por ejemplo, son sensaciones que nos hacen sentir bien, importantes y, a partir de ahí, considerados, útiles, valorados y, de alguna manera, imprescindibles.

También el regalo desinteresado fruto de un espontáneo agradecimiento, y el “usted tenía razón doctor” cuando tus certeras valoraciones han evitado alguna intervención o prueba intervencionista a aquel que incorrectamente aconsejado por algún especialista había sido sobrediagnosticado, nos hacen sentir que nuestra preocupación tiene una recompensa. Nos consideramos como los verdaderos agentes de salud del enfermo. Y así, gran cantidad de situaciones donde la labor y el buen hacer del médico de cabecera conducen a incrementar nuestra propia valoración, nuestra autopercepción y, por ende, nuestra propia autoestima.

Sin embargo, también es verdad que en el reverso de la moneda existe sentimientos encontrados que nos hacen sentir mal. En este aspecto, cabe mencionar al paciente que no valora nuestro interés por sus problemas, que desprecia nuestros conocimientos utilizándonos exclusivamente para acceder a un nivel asistencial superior; como otros, que bajo sutiles artimañas de manipulación o de adulación, nos invitan a realizar lo que en nuestro fuero interno entendemos como “mala praxis”; así como el miedo a la reclamación, al error, a la demanda, que trasmuta nuestra percepción del paciente, nos distorsiona nuestra relación terapéutica, haciéndonos ver en el enfermo un futuro litigante, a un enemigo más que un amigo, a un fis-

calizador de nuestra actuación más que a una persona que pide ayuda...

Así pues, muchas veces nos preguntamos: ¿por qué la percepción, las sensaciones que el enfermo nos produce son diferentes cuando éste es nuestro paciente y es atendido en nuestra propia consulta que cuando lo asistimos en urgencias y se trata de una persona desconocida? También nos sentimos distintos cuando el paciente, aunque conocido de toda la vida, en vez de asistirlo en la consulta lo hacemos en el punto de atención continuada (PAC). ¿Qué ocurre? ¿Será que las personas y las situaciones son las que nos dan la salsa, el sabor, a nuestra práctica profesional?

Mas el enfermo en la consulta es fulanito, hijo y nieto de futanito, que últimamente ha tenido tal o cual problema, y al que en su día le curamos una neumonía, hecho por el cual nos estuvo muy agradecido; el del PAC es aquel que intuimos utiliza las urgencias para cortocircuitar el sistema, y que por pura comodidad lo considera como a su cajero automático propio con el que solucionar situaciones de salud de la más diversa índole. Aquel que ha sido visitado por todos los médicos del centro de salud, y que te confiesa cínicamente que no sabe cuál es su médico de cabecera pues nunca se ha preocupado en visitarle, etc. Y al que tienes que explicar aquello que ha oído miles de veces y que te responde con la misma cara de indiferencia mezclada con un cierto desprecio. Aquel con el que nos sentimos mal: muchas veces manipulados, otras agredidos, y que a la sazón nos transforma en lo que algunos llaman el “médico coraza”.

Sin embargo, muchas veces esa situación estandarizada que llega a blindarnos ante sentimientos, a impermeabilizarnos a las emociones y a mostrar nuestra más fría apariencia bajo un manto de técnica y medicina defensiva, no es más que un estereotipo, el árbol que no nos deja ver el bosque, ya que intuimos que la realidad muchas veces no es lo que aparenta. Frecuentemente, nuestros prejuicios nos traicionan, y cuando nos quitamos la venda de los ojos nos damos cuenta de que detrás de esa madre hiperfrecuentadora se encuentra una historia de angustias, de precariedad económica, de dificultad para acceder al sistema, etc. Y cuando lo descubrimos encontramos un motivo para sentirnos útiles y para pensar que nuestra función tiene algún sentido, y nos olvidamos de dónde nos encontramos al llegar a sentir que delante tenemos a un paciente que sufre.

En definitiva, nuestra labor nos hace fluctuar entre sentimientos ambivalentes, desde la alegría a la tristeza, de sentirnos útiles a manipulados, de recompensados a agredidos, etc., que nos llevan a tener que lidiar constantemente con nuestras propias primeras impresiones. Aprender a separar el trigo de la paja, es fundamental, discernir entre la primera impresión y la auténtica verdad oculta tras

el enfermo que tenemos delante es prioritario para continuar con nuestra a veces poco comprendida, ingrata y dura función de médicos de cabecera.

M. SEGUÍ DÍAZ
 Médico Titular de APA (UBS Es Castell).
 Centro de Salud de Dalt. Sant Joan de Mahón. Menorca.

Correspondencia: Dr. M. Seguí Díaz
 Noria den Riera, 3.
 Es Castell. 07720 Menorca. Baleares.
 Correo electrónico: mseguid@meditex.es

Dolor abdominal recurrente en la infancia

Sr. Director: Se considera dolor abdominal recurrente el que se presenta por lo menos 3 veces durante un periodo de 3 meses, con intensidad tal que el dolor impide la vida normal del paciente. Las causas pueden ser múltiples (orgánicas, funcionales y psicógenas) (tabla 1) y pueden coincidir en el mismo paciente.

La etiología funcional es la más frecuente (85% de los casos). En el 50% de éstos no se conseguirá averiguar la causa y en el 35% de los restantes se deberá a una manifestación de intolerancia a la lactosa. La etiología psicógena representa el 10% de los casos y la orgánica el 5%.

En los lactantes y en los niños pequeños el dolor abdominal agudo deberá considerarse desde el principio como orgánico hasta que no se demuestre lo contrario. En los escolares predominan los dolores recurrentes de tipo funcional. En los adolescentes también predomina el dolor funcional, pero a medida que avanza la edad van prevaleciendo los dolores por afección del tracto genitourinario y los de origen psicógeno.

Se trata de un varón de 11 años de edad con antecedentes familiares paternos de dudosa calculosis renal, y los siguientes antecedentes personales: embarazo bien tolerado, parto a término cefálico, fórceps; peso de 4.200 g; Apgar de 8/9. Ingresado en el periodo neonatal por síndrome aspirativo; calendario vacunal en regla; desarrollo psicomotor normal. Con 18 meses manifestó una orquidopexia derecha. No refería infecciones urinarias conocidas, tan sólo episodios de dolor abdominal recurrente y estreñimiento de forma habitual.

Acudió al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal en el flanco derecho de unas 3 h de evolución que se acompañaba de náuseas y vómitos sin fiebre.

A la exploración destacaba: peso 44,5 kg; talla 1,51 cm; buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas; afebril. Microadenopatías inguinales y laterocervicales.

La auscultación cardíaca reveló tonos puros y rítmicos, y la auscultación pulmonar fue normal.

Se halló un abdomen blando depresible, sin hepatoesplenomegalias, con dolor a la palpación del hemiabdo-

men derecho. La puñopercusión renal derecha fue positiva y la izquierda negativa. No había puntos apendiculares y los pulsos femorales fueron positivos.

En la exploración neurológica, la otoscopia y la faringe fueron normales.

En la analítica practicada se evidenció: leucocitos 11.200 con fórmula leucocitaria normal, glucosa 119 mg/dl, urea 34 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, Na/K 141/4 meq/l y amilasa 33 U/l.

En el test sistemático de orina se pusieron de manifiesto los siguientes parámetros: densidad 1.030, albúmina (+), nitritos (-) 3-4 hematíes/campo, leucocitos aislados y abundantes cristales de oxalato cálcico.

Se le practicó una ecografía renal, apreciándose una hidronefrosis. Se realizó urograma apreciándose siluetas renales de situación de tamaño y morfología normales. Se evidenció un discreto, retraso en la eliminación del contraste por ambos sistemas colectivos, apreciándose una ureteronefrosis bilateral, más acusada en el riñón derecho, evidenciándose estenosis de la unión ureterovesical. Sin imágenes sugestivas de calculosis.

Se estableció el diagnóstico de ureteronefrosis bilateral. Se le pautó tratamiento antibiótico con amoxiclavulánico y buscapina si existía dolor. Se remitió al servicio de urología infantil.

TABLA 1. Etiología más frecuente del abdomen agudo

Patología intrabdominal	Patología extrabdominal
Menores de 6 meses	
Cólico del lactante	Procesos bronquiales
Patología renoureteral	Torsión testicular
GEA	Meningoencefalitis
Hernia inguinal o umbilical incaerada	
Estreñimiento y fisura anal	
Megacolon agangliónico	
Intolerancia alimentaria	
Íleo	
Vólvulo	
Enterocolitis	
De 6 a 24 meses	
GEA	Neumonía
Invaginación y vólvulo	
Patología renoureteral	
De 2 a 5 años	
GEA	Neumonía basal
Apendicitis aguda	Pleuritis
Adenitis mesentérica	Pericarditis, miocarditis
Divertículo de Meckel	Encefalitis, meningitis
Peritonitis	Púrpura de Schönlein-Henoch
Pancreatitis	Insuficiencia suprarrenal aguda
Cólico hepático	Tetania
Traumatismo abdominal	Mononucleosis infecciosa
Torsión de ovario	Síndrome nefrótico
De 6 a 14 años	
Dolor abdominal recurrente	Neumonías
Apendicitis	Pleuritis
Enfermedad inflamatoria pélvica	Diabetes
Dismenorrea	Herpes zoster
Vólvulo	
Pancreatitis	

GEA: gastroenteritis aguda.