

DOLOR ABDOMINAL

Juan Álvarez Llera (moderador)

Médico general y de familia. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias

Es uno de los síntomas más frecuentes de consulta en urgencias de Atención Primaria, pero solo una cuarta parte de los pacientes requieren tratamiento quirúrgico. Aparece en la mayoría de procesos intrabdominales, aunque en muchas ocasiones puede ser la expresión de patologías situadas fuera del mismo.

Representa un desafío para el médico tanto por la gran cantidad de causas que lo desencadenan como por la variedad de signos que lo acompañan, la sutileza de algunos signos presentes en el dolor abdominal hace que en ocasiones llegar a un diagnóstico sea complicado.

Dentro de su manejo, la misión del médico es determinar la gravedad del cuadro clínico que condicionará una atención urgente o por el contrario diferida en el tiempo, por ello es fundamental detectar la existencia de hipotensión o shock, pues va a condicionar la actuación posterior. Su valoración debe ser precoz, sin demoras, sin administrar analgésicos hasta haber llegado a un diagnóstico concreto.

La decisión de administrar un analgésico es controvertida, sería lógico si se ha llegado a un diagnóstico de certeza, pero las dudas surgen cuando el diagnóstico no es seguro o no está clara la necesidad de tratamiento quirúrgico.

El tema que hoy nos ocupa constituye el último escalón de un proceso complejo y sistemático donde se ponen a prueba los conocimientos y las habilidades del médico de familia.

Centrándonos en el dolor abdominal agudo, que es el que más interés tiene para nosotros,

debemos comenzar por una buena anamnesis que incluya:

- Antecedentes
- Edad y sexo (ancianos, lactantes, mujeres en edad fértil)
- Localización del dolor
- Modo de presentación (brusco, rápido o gradual)
- Duración e intensidad
- Características del dolor (constante, intermitente o cólico)
- Irradiación
- Síntomas acompañantes

Continuar con la exploración física que valore

- Estado general
- Tórax
- Abdomen

Tras pasar por las fases de anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias y diagnóstico diferencial, llegamos a fase de actitud y tratamiento donde se puede plantear la necesidad o no de derivar al paciente.

La observación domiciliaria, con unas instrucciones claras y precisas, puede ser una opción válida cuando las características del dolor así lo requieran.

El objetivo de esta charla será definir unos criterios claros para la derivación de estos pacientes a una unidad hospitalaria, unas veces porque la patología requiera una actuación inmediata y otras porque sea necesario completar los estudios con el fin de llegar a un diagnóstico de certeza y de esta forma confirmar o descartar patología urgente.

HIPERPLASIA BENIGNA PROSTÁTICA. NOVEDADES EN EL DOCUMENTO DE CRITERIOS DE DERIVACIÓN HBP VERSIÓN 2.0

CON LA COLABORACIÓN DE GLAXOSMITHKLINE

Juan Antonio Martín Jiménez

Médico general y de familia. Centro de Salud Buenavista. Toledo

La hiperplasia benigna de próstata (HBP) es una enfermedad asociada a la edad y ocasionada por el crecimiento benigno pero progresivo de la próstata. Su importancia radica en que puede provocar obstrucción que dificulta la micción y síntomas del tracto urinario inferior (STUI o prostatismo) que disminuyen de forma significativa la calidad de vida de los pacientes.

Su prevalencia aumenta con la edad, siendo inferior al 20% en los hombres de menos de 40 años y superior al 80% en los mayores de 80.

Además, basándonos en los datos publicados sobre sus consecuencias, sabemos que la HBP es una de las patologías más frecuentes en los varones mayores de 50 años y que se trata de una enfermedad progresiva que puede provocar complicaciones (infecciones urinarias, litiasis vesical, retención aguda de orina, obstrucción crónica...).

Su tratamiento llega a ser quirúrgico en muchos casos; hasta el punto de que la cirugía de próstata es la segunda más frecuente en los países occidentales después de la de cataratas.

En las primeras fases de la enfermedad, cuando la HBP comienza a manifestarse con STUI, la mayoría de los pacientes consulta con su médico de

Atención Primaria (MAP) que debe realizar la orientación diagnóstica y el manejo terapéutico inicial.

En fases avanzadas es imprescindible la participación del urólogo, si es posible antes de que aparezcan complicaciones o cuando la HBP precisa tratamiento quirúrgico.

En beneficio del paciente, y para que ambos niveles asistenciales (MAP y urólogo) estén coordinados de una forma eficaz, es necesario que exista un acuerdo lo más amplio posible en:

1º.- Promover el manejo óptimo de los pacientes con HBP, en el ámbito de la Atención Primaria.

2º.- Establecer los métodos más efectivos de diagnóstico y tratamiento de la HBP, adaptados a las necesidades y preferencias de los enfermos.

3º.- Aportar criterios concisos y unificados de derivación, asumibles por todos los niveles asistenciales.

Estos son los objetivos del Documento de Consenso sobre "Criterios de derivación en Hiperplasia Benigna de Próstata" firmado por las sociedades de Atención Primaria (SEMG, semFyC, SEMERGEN) y la Asociación Española de Urología (AEU), que será ampliamente debatido el día 20 de mayo en el seno de este XVIII Congreso Nacional y XII Congreso Internacional de Medicina General y de Familia.

TALLERES

TI. SÍNDROME METABÓLICO: UNA ENFERMEDAD CRONBIOLÓGICA

Francisco Ortiz Martín

CON LA COLABORACIÓN DE YSONUT

Departamento Médico de Ysonut

El término síndrome metabólico (SM) incluye una serie de factores de riesgo que pueden aparecer en

forma secuencial o simultánea en un individuo y que aumentan las posibilidades de sufrir una cardiopatía