

Comentario sobre el II Curso de Protocolos de Patología Vascular para Atención Primaria

J. Rancaño-Ferreiro

Me congratulo de que el esfuerzo que realizó nuestro grupo de trabajo en 1997 y 1998 haya dado su fruto, indudablemente por la ‘bendita tozudez’ del buen amigo J.M. Estevan.

En términos generales, es un trabajo digno, bien planteado y ejecutado, un breviario de fácil consulta, pragmático, que huye de la erudición que sólo beneficia al ego de quien escribe. Salvo el ‘duende’ que se ha colado en la portada, en el resto de la obra –vista con lupa y con intención de crítica– hay pasajes que no dudo que provocarán discrepancias entre nuestros compañeros de la especialidad, como las que vivimos en su momento, sobre todo en lo que hace referencia a algunas tomas de decisión de la indicación. Pero no hay duda de que el contenido ha de ser uno, y que no se pueden contemplar todas las opciones y puntos de vista.

A título personal, apuntaré algunas consideraciones. Podría incluirse un pequeño comentario acerca del laboratorio vascular, y explicar la base, la técnica y la utilidad práctica de las exploraciones complementarias. En dos capítulos

aparece un listado de los antiagregantes, y da la impresión de que tanto da uno como otro. Hablando de las úlceras, no se hace hincapié en la importancia de la higiene, teniendo en cuenta de que aún se ven pacientes tratados con multitud de ‘pomadas’ aplicadas de forma sucesiva que manifiestan que nunca les han dicho que se deben aplicar tras un lavado con agua y jabón. Echo en falta un más detallado diagnóstico diferencial en la isquemia de los miembros inferiores –quizá sería recomendable dedicar un breve capítulo a ‘Me duelen las piernas’–. Por último, pienso que los traumatismos vasculares ocupan una parte que podría ser más sucinta, teniendo en cuenta el papel de la atención primaria en esta patología. En mi opinión, queda suficientemente reflejada la gran experiencia de los autores, y es de agradecer el esfuerzo y la intención del curso.

Es cierto que, aún hoy en día, los contenidos científicos de nuestra especialidad son desconocidos por la inmensa mayoría de los médicos de atención primaria, pero también haría extensiva esta

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. E-08907 L'Hospitalet de Ll., Barcelona, España.

Correspondencia:
Dr. Jorge Rancaño Ferreiro. Servei d'Angiologia i Cirurgia Vascular. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge. E-08907 L'Hospitalet de Ll., Barcelona.
©2003, ANGIOLOGÍA

oferta del II curso a los cirujanos generales que ejercen en las áreas de atención primaria, ya que ellos también generan consultas dirigidas al especialista del hospital.

Personalmente, tras cinco años realizando una consulta semanal como cirujano vascular en un centro de atención primaria, con un promedio de 900 primeras visitas al año, me decepciona que el 62% no tuvieran patología vascular. Estos representan los falsos positivos; pero, ¿qué se hizo de los falsos negativos, es decir, pacientes con patología vascular que no se remitieron a la consulta? Creo que todos conocemos la respuesta.

Por las consideraciones expuestas, considero bienvenida la obra, en cuanto persigue contribuir a corregir la situación actual. Que no quepan recelos de que va a contribuir a la ‘no necesidad’ de un especialista en el ámbito de los centros de atención primaria. El beneficio de un mejor conocimiento de nuestra patología en el ámbito primario facilitaría y mejoraría la calidad de la asistencia al paciente. No es nada satisfactorio que, tras un año de espera, es nuestro caso, en la primera visita por parte del especialista, se le comunique al paciente que ‘no es de la circulación’, y que éste tenga que reiniciar la espera en otra especialidad, por sospechar de un síndrome del canal estrecho o anomalías en la arquitectura de apoyo de los pies.

Otro aspecto será el estímulo o el interés, o ambos, que conduzcan a los destinatarios del curso a la lectura o consulta. Con motivo de mi baja laboral

por accidente, he tenido ocasión de conocer a mi médico de cabecera. La carga asistencial programada en el ordenador otorga un minuto y treinta segundos por paciente. No haré comentarios. Afortunadamente, es una estructura administrativo/laboral destinada a ser sustituida por una mejor atención, en los nuevos centros, por parte de los médicos de familia.

Existen otras opciones en la formación continuada. Por ejemplo, que, como ocurre en Suiza o Francia, el médico de familia dispusiera, dentro de su horario laboral, de cuatro horas semanales para visitar a sus enfermos ingresados en el hospital de referencia y poder intercambiar impresiones e información con los especialistas responsables, que asistiera a ciclos de formación continuada en el hospital incentivados por una valoración en el baremo de méritos, la asistencia quincenal en régimen diurno a las guardias médicas o quirúrgicas, consultas externas, etc. Todo ello implica un cambio sustancial en las condiciones actuales de contratación y precisa de más personal, lo que depende de soluciones que debe proveer la Administración.

Este curso, sin duda, levantará, tal como sucedió hace cinco años, reticencias acerca de si es adecuado que el médico de familia controle el crecimiento de los aneurismas pequeños, de las claudicaciones intermitentes no incapacitantes, de la permeabilidad de una derivación, etc., y se pondrá el grito en el cielo ante la posibilidad de que cada médico disponga de un Doppler de bolsillo para valorar los índices. Pienso que todos sabemos que, precisamente el médico

de familia, no es fuente de intrusismo. Independientemente de los cursos, siempre existirá la figura del ‘aficionado’ a una determinada especialidad que, con escasos conocimientos pero alta autosuficiencia, cree poseer la preparación

y conocimientos para autodeclararse experto en la materia.

De cualquier forma, y a título personal, agradezco la obra y deseo que cumpla los objetivos que se propone. Si así fuere, todos saldremos beneficiados.