

## Situación y problemática actual en el manejo de las úlceras vasculares en enfermería de atención primaria

R. Capillas

La atención primaria (AP) a lo largo de los años 80 y con la puesta en marcha de la reforma de la asistencia primaria, sufre un cambio radical, en el que la participación del profesional de enfermería adquiere un papel relevante.

Hasta ese momento nos encontramos con la típica consulta de Medicina general, en la que el médico, en ocasiones con la ayuda, o no, de una enfermera o de una auxiliar de clínica, atendía un número muy elevado de visitas, en un espacio de tiempo lo más corto posible, sin utilizar ningún tipo de registro o historia clínica; básicamente, hacía de transmisor de pacientes hacia los diferentes especialistas o servicios del hospital de referencia o, en sentido contrario, rellenaba las recetas necesarias y pasaba los pacientes a los practicantes de zona, encargados de realizar las técnicas pautadas desde las consultas de especialidades o del hospital de referencia.

Con la llegada de la reforma de la AP, poco a poco se establece la necesidad de trabajar en equipo; nacen las unidades básicas asistenciales (UBA), constituidas por un médico y una enfermera que se

ocupan de ofrecer a la población que tienen asignada una atención integral, mediante la utilización de la historia clínica única y compartida; buscan la forma de ser lo más resolutivos, e intentan dar los cuidados necesarios a la ‘persona’ que acude a la consulta para solucionar su problema; con ello, se derivan al especialista o al hospital sólo aquellos casos que realmente así lo precisan.

Lógicamente, con este cambio la importancia de la formación del profesional de la AP adquiere un carácter decisivo, tanto para el médico –aparece la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria– como para el profesional de enfermería, que precisa un perfil profesional nuevo y diferente, puesto que se ‘destina’ a trabajar íntimamente ligado a él, en busca de una identidad propia, que de alguna manera demuestre aquello de que también ‘hay inteligencia fuera del hospital’.

En esta situación, aparecen las enfermeras que van a ocuparse del control de los pacientes crónicos; se encargarán de llevar a cabo los programas de actividades preventivas, a la vez que realizan labores de educación sanitaria en general

(escuelas, pacientes crónicos, hogares del pensionista, etc.), y una parte todavía reducida de profesionales de enfermería empiezan también a realizar labores de investigación.

De esta forma, llegamos a la situación actual, en la que los profesionales de enfermería de AP se han capacitado para preparar y poner en marcha diversos protocolos de actuación frente a diferentes patologías, propios de enfermería, a la vez que han participado en el diseño y realización de protocolos conjuntos (con médicos de familia) y, últimamente, en la elaboración de guías de práctica clínica, para el control y tratamiento de algunas patologías muy prevalentes en AP (hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, úlceras por presión, etc.).

En el campo de las lesiones vasculares, que es el tema que nos ocupa en esta ocasión, creo que se ha seguido un calendario muy similar, y se ha hecho especial hincapié en que probablemente por ser procesos poco agradecidos y con una larga evolución, ha sido la propia enfermería la que se ha preocupado de su autoformación y de la ‘pequeña’ investigación que se ha llevado y se lleva a cabo en la actualidad; también intenta buscar terapéuticas lo más ‘eficientes’ posibles, siempre dentro de nuestro entorno, que no olvidemos es la AP de salud.

La eficiencia terapéutica se intenta buscar en procedimientos que, sobre la base de la evidencia científica existente –que, por otro lado, escasea–, nos aportan mejoras en cuanto a la calidad del tratamiento y a la reducción de ‘costes’, tanto directos (material, mano de obra, etc.) como indirectos; también se añade la ven-

taja de evitar un mayor número de manipulaciones de la lesión, con todo lo que ello comporta.

Esta realidad histórica, de la que tan orgullosos nos sentimos los profesionales de AP, pienso que no se ha vivido, ni se ha seguido, y lo que creo que es más grave, ni siquiera se ha tenido en cuenta, en general, desde las especialidades, y menos todavía desde el ambiente hospitalario, en el que paralelamente se ha producido una gran ‘superespecialización’; se ha realizado un escaso, por no decir nulo, trabajo en común, que ha hecho aparecer todo tipo de recelos y discrepancias entre los distintos profesionales de los dos ámbitos.

Ha habido y hay, en muchos casos todavía, una total falta de conocimiento y de diálogo –palabra, últimamente, muy de ‘moda’– entre los profesionales sanitarios de los dos ámbitos de actuación. Por un lado, los de primaria nos hemos dedicado a intentar arreglar y organizar nuestro día a día, muchas veces sin la colaboración –más bien a espaldas– de los profesionales del otro ámbito (especialidades y hospital), mientras que algo parecido ha ocurrido en el ámbito hospitalario. Al final, resulta que la actividad de primaria es una perfecta desconocida para el profesional del hospital, y exactamente lo mismo al revés, básicamente por dos razones obvias:

1. Muy pocas veces se tiene en cuenta el tratamiento que se aplica y se sigue en una lesión vascular en la consulta de AP, cuando el paciente acude a la consulta del especialista de zona, o del servicio hospitalario de referencia; más bien todo lo contrario: no es infre-

cuente el ‘menosprecio’ de ese tratamiento ambulatorio cuando se ve desde la consulta especializada.

2. Cuando un paciente sale de alta del servicio del hospital y acude a la consulta de primaria, siempre llega con un tratamiento que, en principio, es inamovible (es de un especialista), y que, además, no tiene en cuenta para nada cuáles son las posibilidades reales de que se dispone en esa consulta de primaria (personal, material, etc.).

Llegados a este punto, hemos de plantearnos algún tipo de estrategia que redunde en beneficio de todos, profesionales de AP y especialistas, sin perder de vista ni un solo momento que el único beneficiado, al final, deberá ser aquella persona que tenga un problema vascular, a la que ‘entre todos’ deberemos ayudar a mejorar su nivel de calidad de vida.

Diría que hemos de plantear unas líneas de futuro muy claras, que pasarían por reconocer a la enfermera de AP como un ‘agente de salud’, que, por un lado, ofrece una atención integral de la persona–no sólo cuidamos o cerramos la úlcera, sino que cuidamos a la persona que padece esa úlcera–, y por otro, realiza una selección de casos que, a través de la continuidad asistencial y, en caso necesario, mediante la interconsulta especializada (no derivación), es capaz de ayudar a aumentar la eficiencia, no tan sólo de la AP, sino también de la propia atención especializada.

Existen experiencias, sobre todo entre hospitales pequeños y su ámbito de in-

fluencia, en las que se han establecido líneas de actuación conjuntas (hospital-AP), que satisfacen a todos los profesionales, y que parecen indicar que ese puede ser un camino a seguir.

En general, este tipo de experiencias se realizan entre la AP y centros hospitalarios con un ámbito geográfico de influencia ‘relativamente pequeño’.

Seguramente, en el caso de los grandes hospitales de referencia, con una amplia zona de influencia, la línea a seguir podría ser establecer un circuito de comunicación entre profesionales médicos y de enfermería de los dos ámbitos, para que tanto unos como otros tengan conocimiento de la realidad en la que se desenvuelven, y puedan buscar soluciones que –vuelvo a insistir– mejoren la atención que reciben los pacientes, y dar, a la vez, la sensación a todos los profesionales, y de paso a la ‘población’, de que se trabaja de forma conjunta y coordinada.

Para que esto pueda suceder, creo que ‘todos’ (médicos de familia, especialistas y enfermeras, tanto de hospital como de primaria) deberíamos empezar por hacer un pequeño acto de humildad, y creer que cada profesional en su ‘parcela’ y con ‘ criterio’ intenta hacer las cosas lo mejor posible; con ello, deberíamos ‘enterrar el hacha de guerra’, y abrirnos a colaborar y aprender con otros profesionales en todo aquello que sirva para mejorar nuestra atención a la población.

Seguramente, todo esto podría converger en el concepto de una palabra clave: ‘consenso’.