

EDITORIAL

¿Traumatología «menor» en atención primaria?

Clásicamente, la traumatología ha sido una gran desconocida para los médicos que han desarrollado su labor en los centros de salud. Apenas se han publicado artículos relacionados con la traumatología en revistas de difusión en atención primaria (AP), han escaseado los textos que nos puedan ser útiles y además son pocos los cursos de formación en esta materia. ¿A qué se debe? ¿No interesa la traumatología en atención primaria? ¿Es suficiente la formación de los médicos en esta materia? ¿Cómo, siendo una patología de elevada incidencia en nuestro medio, no se le dedican suficientes esfuerzos formativos? O bien, ¿con unos conocimientos mínimos, es suficiente para afrontar y resolver esta patología? O tal vez, ¿con la excusa o justificación de carecer de recursos (radiológicos, materiales...) se derivará ante la menor duda?

Afortunadamente, en los últimos años la situación está cambiando y hay un creciente interés por el aprendizaje de «habilidades prácticas», y tal vez sea la traumatología, junto con la cirugía menor, donde la parte práctica sea tan importante como los contenidos teóricos. En los últimos congresos de las sociedades que representan a los médicos de atención primaria, es ya habitual que se desarrollen talleres o mesas relacionadas con la traumatología. En las revistas ya se publican los primeros estudios que abordan aspectos relacionados con la exploración¹ o diagnóstico²; otros comparan, por ejemplo, diferentes sistemas de inmovilización³, o se exponen los resultados clínicos de la aplicación de infiltraciones articulares y periarticulares⁴, o la aplicación de vendajes funcionales⁵, etc. Términos como vendaje funcional, tape, infiltraciones, cajón anterior, etc. empiezan a ser oídos en los equipos de atención primaria.

Habitualmente, la mayoría de los traumatismos que se ven en un cen-

tro de salud son procesos leves y benignos, que curan espontáneamente sin secuelas en casi la totalidad de los casos, sea cual sea nuestra intervención. De aquí que sea tan heterogénea la actuación médica. Unos prescriben invariablemente antiinflamatorios, otros analgésicos, otros sólo medidas físicas (frío o calor local, inmovilización, etc.). Después, con un volante (p10 o similar), rellenado escuetamente, indicamos a la enfermera/a el mismo mensaje: vendaje «compresivo» de muñeca, tobillo, rodilla, según el caso. La enfermera suele desconocer, salvo que interroge al paciente, la patología u objetivos de dicha inmovilización y aplicará el vendaje circular sistemáticamente a dicha articulación, según arte y experiencia, sin conocer en realidad lo que pretende conseguir con su vendaje, y lo aplicará de la misma forma indistintamente si es una contusión muscular o un desgarramiento ligamentoso; y tal vez lo más preocupante es que el médico desconocerá el resultado final de la inmovilización, preocupado por continuar y acabar su interminable lista de pacientes citados.

Después, al paciente se le dirá que mantenga el vendaje «una semana» (cifra estándar en la cual lo que es banal se cura y lo que puede ser importante seguirá con molestias, por lo que habrá que plantearse la derivación al traumatólogo).

A pesar de todo, el porcentaje de éxitos con esta actuación es elevado, lo que hace que no veamos como necesidad formativa la traumatología, pero estamos negando la oportunidad de resolver el proceso de una manera más rápida y más cómoda para nuestro paciente y más eficiente para el sistema de salud.

Algunos responsables de la formación continuada de algunas gerencias insisten en organizar cursos de vendajes o inmovilizaciones enfocados únicamente a personal de enfermería, cuando la experiencia nos indica que si el médico que valora al

paciente desconoce estas técnicas, difícilmente va a poder indicarnos, o puede darse otra situación aún más peligrosa: ante la ignorancia, delegar la responsabilidad de la elección de esta parte del tratamiento a enfermería.

Con una adecuada formación, en cuanto a conocimiento y manejo de los principales motivos de consulta en traumatología, así como la utilización correcta de los diferentes sistemas de inmovilización, podemos llegar al diagnóstico correcto, recuperar la lesión en un plazo mínimo de tiempo, evitar el uso de fármacos innecesarios, aplicar el vendaje idóneo y permitir una rápida incorporación a las tareas habituales del individuo, con lo que se consigue reducir los días perdidos en asistencia al colegio o al trabajo, según el caso.

Tal vez, el mayor esfuerzo en formación durante el período posgrado se realiza en áreas de medicina interna (diabetes, hipertensión arterial, dislipemias, etc.) dejando a un lado otras especialidades médico-quirúrgicas (cirugía, traumatología...) siendo alguna de ellas, incluso, opcionales en la formación del médico de familia. Esto podría dar a pensar que nuestras consultas y nuestro tiempo están repletos de enfermos de una consulta de medicina interna llevada a un centro de salud, dejando los accidentes, traumatismos, heridas, etc. en un segundo plano, y tal vez delegándolo al cuidado de otros profesionales sanitarios, como puede ser enfermería.

El hecho de que la mayoría de los pacientes que derivamos a los centros hospitalarios con un problema traumático corresponda a un diagnóstico y tratamiento fácilmente aplicable en el centro de salud, hace que nos debamos plantear si se está prestando una asistencia adecuada a estos procesos. ¿Cuántas radiografías que se solicitan, incluso ante traumatismos mínimos, en los servicios de urgencias hospitalarias, son patológicas?

Tal vez el temor a una reclamación legal sea uno de los motivos por los cuales la prescripción de pruebas de imagen sea tan excesiva. Si nos detuviéramos más en la anamnesis y en la exploración física probablemente no radiásemos tanto a nuestros pacientes y el porcentaje de derivaciones sería menor.

Con una adecuada formación y conocimiento de las patologías más frecuentes, y la habilidad para detectar y sospechar fracturas o lesiones candidatas de valoración por el especialista, hace que debamos hacer un esfuerzo en aprender y familiarizarnos con esta patología para asumir la resolución de la mayoría de los procesos, sin ocasionar molestias a nuestros pacientes en traslados innecesarios, y a su vez conocer las posibilidades de tratamiento más óptimas para cada patología, cara a evitar inmovilizaciones excesivamente prolongadas, o por el contrario inmovilizaciones demasiado breves, con el riesgo de originar secuelas.

La generalización de la práctica deportiva y la recomendación cada vez más habitual, no sólo en las consultas de atención primaria sino en los medios de comunicación, del beneficio indudable de la realización del ejercicio físico como tratamiento y prevención de enfermedades, no sólo cardiovasculares sino osteoarticulares, psicosomáticas, respiratorias,

etc., hacen que el paciente aumente el riesgo de presentar lesiones deportivas, y va a exigir, y es nuestra responsabilidad, que la recuperación de dichas lesiones se lleve a cabo en el menor tiempo posible y con el mejor resultado esperado. Tampoco hay que olvidar la multitud de jóvenes deportistas que acuden a nuestra consulta en búsqueda de asesoramiento deportivo cara a prevenir o recuperar determinadas lesiones habituales en algunos deportes (rodilla del saltador, codo del tenista...).

Es importante despertar en el médico que trabaja en atención primaria el interés por la traumatología y quitar el miedo o recelo a manejar esta patología, y de esta manera proporcionar una asistencia de calidad también en esta rama de la medicina.

Cada paciente y cada patología deben llevar su tratamiento específico si queremos optimizar nuestra actuación. Es difícil poder cambiar pautas sólidamente establecidas a lo largo de los años, por lo que debemos hacer un esfuerzo en mejorar nuestro conocimiento y habilidad a la hora de enfrentarnos a las lesiones traumáticas más frecuentes en nuestro medio.

Por estos motivos, pensamos que la formación en traumatología es indispensable para dar una asistencia integral y de calidad a nuestros pa-

cientes, y animamos a nuestros compañeros a profundizar y desarrollar trabajos en este sentido, así como felicitar a los que ya lo están haciendo.

J.J. Rodríguez Alonso

Centro de Salud Villaviciosa de Odón.
Madrid. Coordinador del Grupo de
Traumatología en Atención Primaria
(GTAP).

Bibliografía

1. Del Castillo Codes A, Delgado Martínez D. La exploración clínica de la rodilla en el área de urgencias. *Med Integral* 1998; 31: 359-368.
2. Aguinaga Badiola JR, Ventura Huarte I, Tejera Torroja E, Huarte Sanz I, Cuende Garcés A, Gómez Garcerán M et al. Validación de las reglas de Ottawa para el uso eficiente de radiografías en las lesiones agudas de tobillo. *Aten Primaria* 1999; 24: 203-208.
3. Hazañas Ruiz S, Gálvez Alcaraz L, Cepas Soler JA. Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en el esguince de tobillo grados I-II (leve). *Aten Primaria* 1999; 23: 425-428.
4. Gallardo Juan A, Avellaneda Molina PJ, Baeza López JM, Jiménez González M, Bonet Ferreiro MV, Casas Aranda I. Evaluación de las infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25: 331-334.
5. Rodríguez Alonso JJ, Holgado Catalán S, León Vázquez F, Cabello Suárez-Guantes J. Protocolo de vendajes funcionales (I y II). *FMC* 1998; Supl. 5 y 6: