

El doctor Capote y el factor impacto

Dr. Capote and the impact factor

Sr. Director:

In memóriam

Al Dr. Higinio Capote Gil, médico de Gillena y Torre de la Reina (Sevilla)

Se ha cumplido un año de la muerte de Higinio. Conocí a mi gran amigo Higinio Capote Gil en Madrid, junto a José María Fernández Guerrero, en la elección de plazas MIR de 1981. El destino nos situó, junto con Juan Suárez-Varela, en Badajoz y compartimos piso durante años y una buena amistad desde entonces.

La formación en Medicina Familiar y Comunitaria en estos primeros años de la década de 1980 estaba marcada por la improvisación y la elección de esta especialidad era vista como la única opción de quien no pudo elegir o cambiarse a otra. A quienes la especialidad les atraía, como sucedía con Higinio, rotar por algunas especialidades hospitalarias, en las que el residente de familia era como un estudiante más de medicina, le provocaba desazón, pues se permitía marcharse del hospital en cuanto se terminaba la visita en planta o las consultas externas. Higinio terminaba la mañana volviendo a medicina interna o a pediatría, donde por la mayor duración de las rotaciones y la mayor implicación que habíamos tenido en la asistencia y en las guardias, nos sentíamos más integrados y queridos. Pero fue durante el tercer año de formación, en el año extrahospitalario, cuando su compromiso como médico se pudo apreciar. Ese año, los residentes nos hicimos cargo de 2 cupos de medicina general en un «centro piloto» que luego se convertiría en el Centro de Salud La Paz y Unidad Docente de Medicina Familiar. En nuestra ciudad, como en muchos otros lugares en 1983, las consultas de medicina general a nivel ambulatorio, salvo honrosas excepciones, se utilizaban para obtener recetas, pases a especialistas o visitas domiciliarias. Atender y abrir historias clínicas, al modo como se aprendía en el hospital, implicaba pasar muchas horas en consulta, hasta las 3 de la tarde o más, y luego acudir a realizar los avisos domiciliarios. Estos avisos, muchos injustificados, respondían a lo que yo llamaba la «venganza del usuario», descontento con el sistema sanitario y que ante el mínimo malestar, sobre todo en

niños, exigía la visita del médico en casa, porque «para eso pago la seguridad social». Costó tiempo educar a la población y demostrarle que su médico, como Higinio, estaba en consulta, desde las 9 de la mañana y que, si era posible, lo correcto y conveniente era llevar al paciente al centro, donde se le atendería rápidamente si así lo requería. A Higinio, fumador en aquellos tiempos, este ritmo de trabajo lo obligaba a tener que salir, «5 minutos a media mañana» para ir al servicio y allí mismo aprovechar para fumarse un cigarro. Y a tomarse muchas veces como almuerzo, pasadas las cuatro de la tarde, un bocadillo en el bar cercano al consultorio.

Tras unos años de trabajo, ya como médico de familia con plaza en propiedad, Higinio consiguió su traslado a Sevilla, junto con sus buenos amigos José María, Juan e Inés Díaz de Castro.

Higinio nunca se sintió atraído por publicaciones ni por presentaciones a los congresos. A diferencia de otros, como quien firma este recuerdo, era difícil animarlo a participar en algún trabajo de investigación. No sentía inquietud por desarrollar esta faceta profesional. De manera que nunca tuvo una publicación en congresos ni trabajos en revistas. Su nombre, por tanto, no saldrá en Medline ni en otras bases de datos. Pero antes de haberse cumplido el año de su muerte, Higinio, don Higinio Capote, ha conseguido un impacto que supera el factor impacto de las revistas biomédicas. Ha logrado, sin buscarlo (y de eso sus amigos damos fe), un reconocimiento por su entrega, que perdurará en la memoria de sus pacientes y en la pequeña historia de los 2 últimos pueblos donde estuvo como médico general. La calle donde se ubica el Centro de Salud de Guillena ya tiene como nombre «Dr. Higinio Capote Gil» y el consultorio de Torre de la Reina, último pueblo donde trabajó, tiene como nombre «Consultorio Dr. Higinio Capote Gil». ¡Qué mayor impacto que perdurar en la memoria colectiva de quienes atendió como médico durante años!

Francisco Buitrago

Centro de salud Universitario La Paz; Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España

Correo electrónico: fbuitragor@meditex.es.

doi:10.1016/j.aprim.2010.03.009

Índice tobillo-brazo y prevención cardiovascular

Ankle-arm index and cardiovascular prevention

Sr. Director:

Recientemente se ha publicado en su revista una carta sobre el cribado de la arteriopatía periférica en atención primaria¹. La enfermedad arterial periférica (EAP) es una manifestación más de la aterosclerosis sistémica y, por

tanto, depende de los factores de riesgo cardiovascular. La diabetes multiplica por 4 el riesgo de isquemia crítica, el tabaquismo lo multiplica por 3 y un índice tobillo-brazo (ITB) inferior a 0,5 lo multiplica 2,5 veces². Como exponen en el artículo, la prevalencia en atención primaria es del 5–30%, y en la mayoría de los casos es asintomática. Hirsch et al encontraron que únicamente el 10% de los individuos con EAP presenta la sintomatología clásica de claudicación intermitente³.

Existe evidencia para relacionar la EAP con una mayor tasa de infarto de miocardio, ictus y muertes de origen vascular^{4,5}. Los pacientes asintomáticos con EAP tienen un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular, por lo que la

búsqueda sistemática de EAP en pacientes con factores de riesgo cardiovascular adquiere una relevancia clínica importante. La determinación del ITB en este tipo de sujetos nos permitirá identificar a pacientes con EAP asintomática que, por tanto, se beneficiarían de un control más exhaustivo de los factores de riesgo cardiovascular.

Según la Sociedad Europea y Española de Cardiología, los individuos con diagnóstico de EAP deberían considerarse como individuos de alto riesgo cardiovascular y, por tanto, la estrategia de prevención cardiovascular ha de ser más intensiva⁶.

Las recomendaciones del TASC II sobre la EAP recomiendan la realización del ITB en todos los pacientes con clínica de claudicación intermitente, en todos los pacientes entre los 50–69 años con un factor de riesgo cardiovascular, en todos los pacientes con una edad igual o superior a los 70 años y en todos los pacientes con riesgo cardiovascular del 10–20% calculado según la tabla de Framingham⁷.

Por tanto, estoy de acuerdo con los autores en la búsqueda de la aterosclerosis de los miembros inferiores, aunque considero que la población diana en atención primaria deben ser aquellos individuos en los que la estrategia de prevención cardiovascular se vaya a modificar con un ITB patológico. Quedarían excluidos individuos diabéticos o con un riesgo cardiovascular alto según la función SCORE, en los que la utilidad del ITB estaría limitada a la caracterización de la enfermedad aterosclerótica.

Bibliografía

1. Méndez Abad M, Gorrín Vargas G, Francisco Rodríguez M, Ardevol González R. Índice tobillo-brazo como método de cribado de arteriopatía periférica asintomática en atención primaria. Aten Primaria. 2010;42:61–2.
2. Serrano Hernando FJ, Martín Conejero A. Rev Esp Cardiol. 2007;60:969–82.
3. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. JAMA. 2001;286:1317–24.
4. O'Hare AM, Katz R, Shlipak MG, Cushman M, Newman AB. Mortality and cardiovascular risk across the ankle-arm index spectrum: Results from the Cardiovascular Health Study. Circulation. 2006;113:388–93.
5. Golomb BA, Dang TT, Criqui MH. Peripheral arterial disease: Morbidity and mortality implications. Circulation. 2006;114:688–99.
6. Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras Sociedades sobre Prevención de la Enfermedad Cardiovascular en la Práctica Clínica. Guías de práctica clínica sobre prevención de la enfermedad cardiovascular: versión resumida. Rev Esp Cardiol. 2008;61, 82, e1–82,e49.
7. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al., TASC II Working Group. Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). Eur J Vasc Endovasc Surg. 2007;33:S1–5.

Antonio L. Aguilar-Shea

Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Espronceda, Madrid, España

Correo electrónico: antonioaguilarshea@gmail.com.
doi:10.1016/j.aprim.2010.02.012