

demostrativos (ciertamente simples, pero entiendo que claros y realistas) que ponen de manifiesto que a veces se requiere organización, otras veces recursos y otras veces ambos. No se pretende, en absoluto, ridiculizar la propuesta P-10 (y mucho menos a la Plataforma 10 minutos), porque, por el mismo planteamiento, podríamos decir que se pretende ridiculizar a la propuesta P-org («no vengán a venderme la panacea de organización cuando en mi entorno de trabajo, casco antiguo de Barcelona, la mayoría de profesionales superan ampliamente los 2.000 habitantes, con más de un 30% de mayores de 65 años, y alrededor del 15% de población inmigrante»).

También estoy de acuerdo en las críticas que C. Coscollar hace de la Plataforma 10 minutos. Todos necesitamos y merecemos ser criticados, en sentido constructivo, para poder mejorar nuestras ideas y nuestras acciones. Y es digno de mención que la Plataforma ha ido evolucionando en sus planteamientos merced, en parte, a su evidente actitud receptiva a cualquier crítica que intente aportar contenidos, no destruir los existentes.

También estoy de acuerdo (habrá quien se sorprenderá de tanto acuerdo ante una carta que, aparentemente, era de desacuerdo) en la importancia de reconocer los indudables méritos de los promotores de la Plataforma en su acción catalizadora de un sentimiento bastante generalizado, y en la necesidad de agradecer la enorme dedicación y trabajo (impagable) que esa actividad ha supuesto y supondrá.

No estoy tan de acuerdo (por fin) con lo expresado por C. Coscollar en relación a que poco o nada se ha conseguido. Creo que se ha generado claramente un rico caldo de cultivo (se ha hablado de ello en el Congreso de los Diputados, semFYC, SEMERGEN y CEMS han elaborado un documento de consenso) que debe dar sus frutos

si los planteamientos que se hacen son posibilistas, y se sigue una estrategia adecuada. Y creo que sería bueno, de entrada, cuantificar el número real de profesionales que tienen asignados más de 1.500 habitantes (¿límite ideal?), más de 1.800 (¿límite asumible?), más de 2.000 (¿límite de sobredosis?) y más de 2.200 (¿límite presuicida?). En territorio INSALUD, según declaró la Sra. Villalobos en el Congreso³, un 52% de los facultativos tiene asignados más de 1.500 pacientes y el 12% más de 2.000. Conocer estos datos en el ámbito de todo el Sistema Nacional de Salud nos permitiría cuantificar el problema y dejar de oír definitivamente a aquellos que hablan de «medias», aun sabiendo que la media, en este caso, no tiene ningún valor real. Probablemente, para la semFYC no sería muy difícil poder obtener estos datos.

Para terminar, quiero señalar que no era intención del editorial, como le ha parecido al compañero, culpabilizar a los médicos por su incapacidad para organizarse. No interesa «acusar a los culpables», sino proponer soluciones. Lo que se pretendía era insistir en la inutilidad de la simple queja con actitud pasiva, y en la importancia de asumir las propias responsabilidades (que siempre las hay) para poder así exigir a «los otros» que asuman las suyas. Trabajando en esta línea, en nuestro EAP, con la población anteriormente expresada, hemos conseguido alcanzar una frecuentación ligeramente superior a 3 visitas al médico por habitante y año, cuando en nuestros inicios ésta era de 7. Esto se ha conseguido básicamente con los planteamientos que, también en forma de ejemplo, se expresan en un reciente artículo sobre este tema⁴. Es evidente que no existen fórmulas universalmente aplicables a todos los equipos, pero los aspectos conceptuales que alimentan nuestra propuesta consideramos que son

bastante generalizables en nuestro modelo de EAP.

J. Casajuana

EAP Gòtic. ICS. Barcelona.

1. Coscollar C. «Diez minutos, ¡qué menos!» Un paradigma de por qué estamos donde estamos. *Aten Primaria* 2001; 28: 357-358.
2. Casajuana J. Diez minutos, ¡qué menos! *Aten Primaria* 2001; 27: 297-298.
3. Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados, 18 de abril de 2001; VII Legislatura, n.º 77: 3888-3895.
4. Casajuana J. La consulta 10. *Jano* 2001; 18-19.

Sobre infiltraciones locales con corticoides en atención primaria

Sr. Director: Como docentes del «Taller de infiltraciones del aparato locomotor», del aula de formación continuada de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (SCMFic), hemos leído con sumo interés la carta de I. Salcedo et al publicada en su revista¹, así como el artículo de A. Gallardo al que hace referencia². Estamos de acuerdo en la mayoría de las opiniones que en ella se vierten, sobre todo en el sentido de considerar las infiltraciones como una técnica que ha de ser propia de nuestra actividad diaria. Realizamos el taller de infiltraciones para la SCMFic desde 1999 y éste es el mensaje que intentamos transmitir a sus asistentes.

Queremos insistir en el aspecto de la demora por parte de servicios de atención especializada (reumatología y traumatología) a que hacen referencia los autores de la carta. Por un lado parece que esta demora es común en nuestro sistema sanitario, y por otra parte puede ser causa de un deterioro notable en la calidad de vida de nuestros pacientes afectados de patología del aparato locomotor, de curso prolongado y a

menudo invalidante, si no adquirimos habilidades terapéuticas como la que nos ocupa. En cuanto a si debemos discutir si el médico de familia es capaz de realizar un correcto diagnóstico de las patologías en que las infiltraciones estarían indicadas, no vemos ninguna razón para que esto no sea posible, siempre y cuando, como en otros casos, recibamos la formación adecuada. Es cierto que parece existir un déficit en nuestra formación en cuanto a la exploración y diagnóstico de determinadas patologías del aparato locomotor, como el hombro doloroso, la trocanteritis, la fascitis plantar, etc. Partiendo de la premisa de que la primera contraindicación para realizar una infiltración es no haber establecido un diagnóstico cuidadoso, hemos introducido en nuestro taller una parte de exploración y diagnóstico de las entidades que más tarde enseñamos a infiltrar.

En cuanto al tipo de corticoide a utilizar, estamos de acuerdo que queda a criterio del clínico la elección del fármaco, por no haberse demostrado la superioridad de alguno de ellos en cuanto a eficacia. Nosotros utilizamos siempre acetato de parametasona, producto con el cual hemos observado escasísimos efectos secundarios en una serie amplia de pacientes³, indistintamente de si se trata de infiltraciones intraarticulares o más superficiales.

Igual que los autores de la carta, desconocemos la razón por la cual Gallardo et al posponen la tercera infiltración a los 6 meses de la anterior. De todas maneras hemos observado que la mayoría de los pacientes que mejoran o ven resueltos sus síntomas lo suelen hacer con tan sólo 1 o 2 infiltraciones, no siendo necesaria una tercera. En este sentido, creemos que la falta de consenso sobre el número de infiltraciones a realizar en cada paciente debe ser suplida por el sentido común: generalmente, un paciente que no ha me-

orado con 2 dosis difícilmente lo hará con una tercera.

Por último, estamos totalmente de acuerdo en que el tratamiento con infiltraciones ha dejado de ser de segunda elección: numerosos estudios ponen énfasis en la eficacia y ausencia de efectos secundarios de esta técnica cuando se practica con criterio⁴.

Felicitemos a los autores por su carta y nos alegramos de poder participar en este debate, sin duda enriquecedor para nuestra práctica diaria.

**X. Mas Garriga
y M.E. Barraquer Feu**

Taller de infiltraciones del aula FC-SCMFic.

1. Salcedo I, Panadero FJ, Carmona MI, Arreche A, Rodríguez A, Alvarado MG et al. Infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 26: 428.
2. Gallardo A, Avellaneda PJ, Baeza JM et al. Evaluación de las infiltraciones locales con corticoides en un centro de salud. *Aten Primaria* 2000; 25: 331-334.
3. Barraquer ME, Mas X, Amorós G, Gallán ML, Montesión R, Romea S. Infiltracions de l'aparell locomotor a l'atenció primària: assumint sense problemes una nova tecnologia. *Butlletí de la SCMFic* 2000; 18: 167-169.
4. Fernández AM, Povedano J, Campos S, García López A. Eficacia clínica de las infiltraciones con esteroides. *Rev Esp Reumatol* 1998; 25: 361-370.

Sobre la saturación en invierno de los servicios de urgencias

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo especial «Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno», de J. Escarrabill et al¹, donde se enfocan con acierto muchos de los problemas de los servicios de urgencias (SU) y se vierten nuevas perspectivas y soluciones interesantes.

Sin embargo, dado que los SU son servicios de altísimo dinamismo, se ven constantemente enfrenta-

dos a problemas cambiantes que dependen en gran medida de la estación del año, la edad media de los pacientes atendidos, la pirámide de población del área de referencia, la capacidad de respuesta del servicio de admisión, la capacidad decisoria de los residentes en formación, etc. Cada uno de estos problemas requiere enfoques y soluciones diferentes y su no resolución hace que prácticamente todos aboquen en lo mismo: la saturación del servicio, el aumento de los tiempos en la urgencia y la disminución de la calidad asistencial.

Es un hecho, como bien describe el Dr. Escarrabill en su artículo, que durante los meses invernales los SU experimentan un incremento del número de pacientes que solicitan asistencia médica urgente, pero es precisamente en estas fechas donde las camas de hospitalización, sobre todo las de unidades de corta estancia, adquieren un protagonismo especial, probablemente por encima de cualquier otra medida.

En el año 2000 tuvimos oportunidad de organizar una experiencia piloto en nuestro hospital, como plan de contingencia invernal, cuyos resultados comunicamos en el XII Congreso Nacional de la Sociedad de Urgencias y Emergencias²: la apertura, desde el 18 de enero al 28 de febrero de una unidad de corta estancia (UCE) con 36 camas, adscritas y gestionadas por personal del SU. Se redujo de modo significativo el número de pacientes «ingresados» en urgencias (observaciones + pendientes de ingreso) a expensas de una disminución en el número de pacientes en espera de cama ($p < 0,0001$). El análisis por grupos estadísticos mostró que la media de pacientes en espera de cama pasó de $23,29 \pm 2,55$ a $10,71 \pm 1,03$ antes y después de la apertura de la UCE ($p < 0,0001$). Durante los 41 días de funcionamiento de la UCE sólo en 3 días quedaron pacientes en el pasillo de urgencias,