

## CARTAS AL DIRECTOR

### Traumatología menor

Sr. Director: Hemos leído con gran interés el editorial publicado en su revista (vol. 26, núm. 10, diciembre 2000) por J.J. Rodríguez Alonso y, en primer lugar, queremos decir que nos parece una «llamada de atención» con la que estamos absolutamente de acuerdo. Ciento es que los problemas traumatológicos suponen una de las causas más frecuentes de consulta en nuestro ámbito<sup>1-3</sup>, y por supuesto, al igual que al autor, nos parece absolutamente necesaria una formación adecuada en este campo para todos aquellos profesionales que trabajamos en atención primaria, tanto médicos, como residentes y personal de enfermería. Bien es cierto que la mayoría de los traumatismos que se observan en un centro de salud suelen ser procesos leves y benignos, en el sentido de que no suelen requerir tratamiento quirúrgico, pero no creemos que curen espontáneamente y sin secuelas en la casi totalidad de los casos, como sugiere el autor. Basta recordar que el esguince de tobillo, posiblemente la patología traumatológica más frecuente, cura con secuelas (inestabilidad mecánica o funcional) hasta en un 40% de las ocasiones<sup>4,5</sup>, y que depende de una correcta actuación en los primeros momentos –exploración y tratamiento (la mayoría de las ocasiones mediante vendajes funcionales y no inmovilizaciones rígidas)– la posibilidad de evitar dicha inestabilidad, así como la rápida reincorporación a la vida laboral o deportiva del traumatizado. O bien, considerando el adecuado manejo de las lesiones traumatológicas agudas de rodilla, es muy importante realizar un correcto diagnóstico inicial, ya que muchas roturas agudas del ligamento cruzado anterior pasan «inadvertidas»,

diagnosticadas genéricamente de «esguinces de rodilla». O la rotura del ligamento colateral cubital de la articulación metacarpofalángica del primer dedo, o las fracturas de escafoides, que deben ser inmovilizadas aunque no se aprecie en el momento inicial el trazo de fractura, ante la sospecha clínica<sup>6</sup>. Podríamos enumerar una larga lista. Sería muy interesante llegar a un acuerdo con los distintos servicios de traumatología, para establecer unos criterios de derivación en función del reconocimiento de determinadas patologías, así como establecer unas pautas de actuación en atención primaria, consensuadas con nuestros compañeros traumatólogos. En lo referente a la cada vez más habitual práctica deportiva entre la población general, es evidente que cada día serán más las consultas que tendremos que atender, no sólo por lo que atañe a lesiones deportivas, procesos de tratamiento y rehabilitación, sino también en lo que respecta a las pautas correctas para la realización de ejercicio físico. En cuanto al trabajo aeróbico, trabajo anaeróbico, intensidad, frecuencia, duración, etc. de las sesiones de acondicionamiento físico, es previsible que debamos incorporar en breve esta parcela de la medicina a nuestro cuerpo de conocimientos. Al igual que el autor, consideramos absolutamente necesaria la formación en estos aspectos si queremos ofrecer una atención primaria de calidad a nuestros enfermos.

C. Villa Poza<sup>a</sup>, R. Maroto Atance<sup>a</sup>, M.C. González Álvarez<sup>a</sup>, J. Iglesias García<sup>a</sup>, V. Ruiz Pascual<sup>a</sup>  
y F.J. Panadero Carlavilla<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Residentes de MFyC. EAP Argüelles. Área 6.a. Madrid. <sup>b</sup>Tutor de residentes. EAP Argüelles. Médico de Familia. Especialista en Medicina Deportiva.

1. Braun BL. Effects of ankle sprain in a general clinic population 6 to 18 months after medical evaluation. *Arch Fam Med* 1999; 8: 143-148.
2. Yawn BP, Amadio P, Harmsen WS, Hill J, Ilstrup D, Gabriel S, Department of Research, Olmsted Medical Center, Rochester, Minnesota 55904. Isolated acute knee injuries in the general population. *J Trauma* 2000; 48: 716-723.
3. Perlman M, Leveille D, DeLeonibus J, Hartman R, Klein J, Handelman R et al. Inversion lateral ankle trauma: differential diagnosis, review of the literature, and prospective study. *J Foot Surg* 1987; 26: 95-135.
4. Bennet WF. Lateral ankle sprains. Part II: acute and chronic treatment. *Orthop Rev* 1994; 23: 504-510.
5. Safran MR, Benedetti RS, Bartolozzi AR, Mandelbaum BR. Lateral ankle sprains: a comprehensive review. Part I: etiology, pathoanatomy, histopathogenesis and diagnosis. *Med Sci Sports Exerc* 1999; 31 (Supl 7): 429-437.
6. Ara Martín G, Berned Sabater M, Bardají Alonso A, Legido Chamorro E et al. Traumatismos de diagnóstico difícil en atención primaria. *Med Integral* 2000; 36: 323-331.

### Valoración del sabor de 3 preparados de paracetamol en gotas

Sr. Director: El objetivo de este trabajo es conocer si hay diferencias de sabor entre 3 preparados de paracetamol en gotas: Apiretal gotas<sup>®</sup>, Geloctil infantil gotas<sup>®</sup> y Febrectal gotas<sup>®</sup> (financiados, representativos por precio y uso), de uso frecuente en lactantes y niños pequeños como antipiréticos y analgésicos. A igual composición y presentación, su distinto precio, que varía hasta un 35%, sería justificable si hubiera diferencias de sabor y aceptación. Se planteó un estudio prospectivo, simple ciego, con consentimiento informado, con 100 participantes adultos (padres, abuelos, cuidadores, acompañan-