

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 pacientes<sup>3</sup>, 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 de 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 criterio<sup>4</sup>.

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, Monteserín 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 al<sup>1</sup>, 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 Emergencias<sup>2</sup>: 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,

con una correlación ( $p < 0,0001$ ) entre pacientes ingresados en la UCE y pacientes pendientes de ingreso. Durante el tiempo de funcionamiento la UCE asumió un total de 432 ingresos, con un tiempo medio de estancia de 1,5 días. La media diaria de altas fue del 40,1% de los pacientes, con un 76% de dichas altas a domicilio. Por ello, concluimos que la existencia de una UCE adscrita al SU se mostró como una medida útil para disminuir la «saturación» al desviar ingresos fundamentalmente del área médica a dicha zona y el manejo con «criterios de urgencias» de estos pacientes disminuye las estancias hospitalarias y aumenta el número de camas disponibles para ingresos. Ciertamente, como afirma el Dr. Escarrabill, la flexibilidad debe predominar en la organización y gestión de un servicio de urgencias, dada las especiales características del paciente que atiende. Esta flexibilidad permite que en los meses invernales del año se pueda atender una creciente «entrada» de pacientes por la puerta de urgencias, pero esta flexibilidad debe ser también sustentada por medidas de gestión que permitan la adecuada «salida» de aquéllos.

**J.M. San Román Montero,  
J. Hinojosa Mena-Bernal,  
C. Cuervo Molinero  
y J. Algarra Paredes**

Servicio de Urgencias. Hospital Clínico  
San Carlos. Madrid.

1. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Aten Primaria* 2001; 27: 137-140.
2. Algarra Paredes JM, San Román Montero JM, Hinojosa J, Cuervo C, Jiménez Rodríguez Madríguez R, Jiménez de Diego L. Plan de contingencia invernal. ¿Evitar la saturación de urgencias antes de que aparezca? XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias. Santander, 2000.

## ¿Qué hacemos los pediatras en atención primaria?

Sr. Director: De forma periódica se cuestiona por parte de algunas instancias y socios de la semFYC el papel del pediatra en atención primaria (AP)<sup>1</sup>. Debo confesar que para todos nosotros es un tema muy sensible, ya que lo que se puede entender es lo siguiente: ¿pero qué hace un pediatra en AP? Nuestra primera impresión es de perplejidad. Ya que sería triste pensar que después de 15 años en AP los compañeros de la puerta de al lado, con los que has compartido muchas cosas buenas y malas por lograr una AP mejor, todavía no se hubieran enterado de lo que hace un pediatra en AP. Esta polémica carece de momento de respuestas evidentes. ¿Es mejor que la pediatría de AP (PAP) sea realizada por pediatras o por médicos de familia? Hay razones para todos los gustos. ¿Pero tiene algún sentido discutir sobre ello? ¿No tenemos cosas mejores que solucionar? No voy a pormenorizar las razones por las que creemos que es mejor el modelo de PAP a cargo de pediatras, pero creo que el Dr. Buitrago minusvalora a los pediatras de AP en cuanto a su formación, experiencia y capacidad de adaptación a la AP. En cualquier caso, en su día se optó por el modelo de PAP atendida por pediatras y hoy día no tendría sentido plantearse invertir esta tendencia y sustituirla por la de la PAP atendida por médicos de familia. Algún caso habrá que hacer también de la opinión de los usuarios, que cuando han podido elegir han optado mayoritariamente por el primer modelo. No se puede afirmar tan a la ligera que los PAP piden más pruebas complementarias respecto a los médicos de familia, y esta afirmación se hace sólo basándose en observaciones personales y sin ningún dato científicamente contrastado. Se podría contestar di-

ciendo que quizás los PAP asumieron más responsabilidad sobre las enfermedades que presentaban esos niños, derivando mucho menos al hospital de referencia. Por lo tanto, para poder afirmar este punto hemos de ver el problema con una perspectiva más global y en función de datos más rigurosos.

El editorial mencionado ignora la importante tradición preventiva de la pediatría. La primera sociedad de pediatría se funda en Estados Unidos a finales del siglo pasado, bastante antes por tanto que muchas de las especialidades que hoy conocemos, incluida la de medicina de familia, y con una tradición salubrista de promoción de prevención, defensa del niño y de sus familias y de reformas sociales. Esta tradición aparece en España a principios del siglo pasado, mucho antes por tanto de la declaración de Alma-Atá. Nadie podrá decir que la pediatría es una recién llegada a la AP.

Es cierto que, cuando se inicia la AP, tanto la medicina general como la PAP están en situación de barbecho y en aquel momento los mejor preparados optaron por el hospital; la PAP fue la Cenicienta de su hermana mayor la pediatría hospitalaria.

Es cierto también que el sistema MIR ha potenciado la medicina hospitalaria en todos estos años. No obstante, se amplía progresivamente el número de residentes de pediatría que pasan por los centros de salud, y en este momento, en Aragón, donde ejerzo, la mayoría de ellos rotan 3 meses, período todavía muy insuficiente pero que debe ser valorado como un logro importante.

En la actualidad son ya muchos los residentes con otra idea de la PAP, con ganas de incorporarse a ella y en la que cifran más del 90% de sus posibilidades de futuro.

Respecto a las sustituciones de pediatría, tengo que darle la razón al Dr. Buitrago en que hay