

La entrevista clínica cuando el paciente hace peticiones no razonables

Sr. Director: En el número de junio de su Revista, Borrell¹ trata de nuevo las dificultades en la relación médico-paciente, cuestión en la que es una autoridad. Leer su texto es un placer, además de dar oportunidad de aprender. Me atrevería sólo a sugerir:

1. Que abuse menos de los gerundios, pues es un uso incorrecto (en: "por ejemplo: *comunicando* un diagnóstico de enfermedad crónica", y encabezamientos similares). Además, podría eliminar en el comentario al caso de petición no justificada de invalidez lo de "posicionarse", claro.

2. Que insista más en las ventajas de enfrentarse directa y honradamente con las situaciones "incómodas", como la negación y la huida, las discrepancias, y las solicitudes injustificadas/no razonables de invalidez y otras peticiones.

De su texto se desprende una exigencia ética profesional y personal que le honra, respecto a las bajas laborales. Por ello escribo esta carta. La dejación de responsabilidades de la Administración no justifica la dejación de responsabilidades del profesional. Como dice Borrell, se debe hacer lo que se cree de justicia aunque sólo sea por egoísmo, para encontrarse bien con uno mismo. Respecto a las bajas injustificadas, y otras muchas peticiones no razonables, la propuesta es ejemplar, incluso con el riesgo de que el paciente se cambie de médico, y de que lo haga "montando un escándalo". La negación, la imposición de nuestro criterio como respuesta a esas peticiones, es mucho más fácil de lo que se suele creer. Exige ser solidario y justo, tener claro dónde hay abuso, y estar dispuesto a dar amables explicaciones convincentes al propio paciente para transmitirle que nuestra forma de actuar responde a un comportamiento lógico. En el curso de la consulta, cuando uno ya lleva horas trabajando, bien cargado de tanto como sabemos que no se hace bien, con nuestros errores hiriéndonos en lo vivo, tras más de un enfrentamiento, no es fácil "refrenarse" y tratar con sencillez, amabilidad y lógica a quien hace una petición de claro abuso, como una baja injustificada. Hay que admitir que ese tipo de peticiones "salta" cuando quiere, y no cuando nosotros estamos frescos y descansados. Caer en lo fácil, decir sí y firmar en falso, es abrir puertas que no se podrán cerrar, ni ante el paciente concreto que abusa, ni ante otros que le seguirán, a buen seguro.

El punto débil, señalado por Borrell, es que el trabajo en equipo, en los centros de salud, exige en este tema "como en pocos... llegar a pautas de consenso, y *todo* el equipo médico debe esforzarse en aplicar las mismas normas"¹. No es fácil lograr un consenso si no se inicia un proceso que facilite el intercambio de experiencias respecto a las bajas. Para ello, en el Centro de Salud de la calle General Moscardó, en Madrid, se introdujo una sesión clínica docente, sobre pacientes de baja, en la que los médicos comentan los casos de su cupo (los que están de baja el día de la sesión), tanto respecto a historia clínica médica, so-

cial, familiar y económica, como al pronóstico, dificultades de su manejo, relación con la especializada y con la Inspección y demás^{2,3}. Al hilo del comentario y de la discusión, se toman decisiones respecto a la duración de bajas, a la negación frente a las peticiones injustificadas, y al manejo de los casos, lo que permite llegar a acuerdos flexibles, muy informales, pero fuertes y coherentes. Se llega, pues, a "pautas de consenso". Es un ejemplo práctico, una respuesta a la necesidad de llegar a acuerdos para dar respuestas homogéneas a problemas como la solicitud injustificada de bajas. Borrell ha planteado el problema, la importancia de la cuestión. Sería bonito que pudiéramos encontrar respuestas múltiples prácticas y sencillas para lograr "pautas de consenso" en torno a las respuestas que podríamos dar los médicos a las solicitudes injustificadas de los pacientes, en concreto respecto a la solicitud de declaración de invalidez.

JUAN GÉRVAS

Centro de Salud de Buitrago de Lozoya
(Canencia de la Sierra, Madrid). Área 5. INSALUD, Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrell F. La entrevista clínica con el paciente crónico: retos y soluciones más frecuentes. SEMERGEN 2000; 26: 310-315.
2. Gérvas J, Carra B, Fernández-Camacho MT, Pérez-Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. Med Clin (Barc) 1998; 11: 218-221.
3. Gérvas J. Docencia. Aten Primaria 1999; 23: 317-318.

Infiltraciones locales: experiencia de un equipo de atención primaria

Sr. Director: Desde hace años las infiltraciones locales (IL) con corticoides han sido un recurso importante para el tratamiento del dolor y la limitación funcional.

Las IL están indicadas en aquellos procesos reumatológicos que cursen con dolor importante, inflamación, incapacidad funcional y especialmente, en los casos en que no exista respuesta o esté contraindicado el tratamiento farmacológico sistémico y se precise una rápida recuperación funcional^{1,2}.

En nuestro centro se ha realizado un estudio descriptivo observacional para ver qué patologías han sido más frecuentemente subsidiarias de este tipo de tratamiento.

Durante un período de 2 años y medio se realizaron 90 IL. El 63,3% de los pacientes fueron mujeres y el 36,7% varones. La edad media fue de 55,4 años. En cuanto a la profesión, el 42,2% eran amas de casa, el 22,2% correspondió a trabajadores manuales activos, el 20% eran pensionistas y el 15,6% realizaban un trabajo sedentario.

El hombro con 40 IL realizadas (44,4%), fue la localización más frecuente subsidiaria de este tipo de tratamiento.

Tabla 1. Patologías más frecuentes subsidiarias de infiltración local

	Frecuencia
Periarticular hombro	31 (34,4)
Epicóndilo	13 (14,5)
Patología capsular de hombro	8 (8,9)
Espolón calcáneo	8 (8,9)
Bursitis glútea	7 (7,8)
Tenosinovitis de De Quervain	4 (4,5)
Bursitis troncantérea	4 (4,5)
Bursitis anserina	2 (2,2)
Bursitis rotuliana	2 (2,2)
Neuroma de Morton	2 (2,2)
Epitrocleititis	1 (1,1)
Bursitis olecraniana	1 (1,1)
Ganglión	1 (1,1)
Dedo en resorte	1 (1,1)
Gonartrosis	1 (1,1)
Artrosis de tobillo	1 (1,1)
Otras	2 (2,2)
Total	90

A continuación, el codo con el 16,7% y la cadera con el 12,2%.

El hombro doloroso con patrón periarticular (tendinitis del manguito de los rotadores y bursitis subacromial), con 31 IL (34,4%), fue la patología más frecuentemente infiltrada; seguido por epicondilitis con un 14,5%, espolón calcáneo (8,9%) al igual que la patología capsular de hombro (tabla 1).

Respecto a la evolución, el 36,7%, presentaba una patología con una evolución de entre 1 y 3 meses, el 34,4%, de 3 meses y el 28,9% de menos de un mes.

El 60% padecía, antes de la IL, una limitación funcional moderada; un 21% tenía una limitación leve y en el 19% restante ésta era grave.

Los 90 pacientes a quienes se realizó IL habían recibido tratamiento con AINE u otros analgésicos durante al menos una semana sin obtener mejoría.

En cuanto a la respuesta a la semana de la IL, se puede destacar que 46 pacientes (51%) presentaron una mejoría moderada tanto de la sintomatología como en la exploración física realizada y el 29% se encontraban asintomáticos y con una exploración física prácticamente normal. Únicamente en 4 pacientes (4,4%) se registró alguna complicación leve, en la que destacaba una mínima atrofia cutánea secundaria a IL de tenosinovitis de De Quervain.

El diagnóstico de enfermedades reumatológicas subsidiarias de tratamiento con IL se basa en la clínica, exploración y radiografía convencional, por lo que puede ser

realizada en atención primaria. Igualmente, el material necesario para su realización (agujas, jeringas, guantes estériles, antiséptico, corticoide *depot* y anestésico), está disponible en cualquiera de nuestras consultas. Ello nos lleva a la reflexión de que si disponemos en atención primaria de los arsenales necesarios para un diagnóstico correcto y un tratamiento adecuado para este tipo de afecciones, ¿por qué derivar a otras especialidades, con los consiguientes inconvenientes para el paciente en cuanto desplazamientos, listas de espera, etc., si se puede resolver el proceso en atención primaria?

No se debe olvidar, sin embargo, las posibles contraindicaciones (trastornos de la coagulación, ausencia de diagnóstico preciso, presencia o sospecha de etiología infecciosa, infecciones cutáneas próximas al sitio de la infiltración, infecciones sistémicas o bacteriemia, infiltraciones repetidas sin efectos beneficiosos y las propias del tratamiento con corticoides) y complicaciones secundarias a la técnica en cada tipo de infiltración, por otra parte escasas, siempre que se realice un diagnóstico correcto y se aplique la técnica con cierta destreza^{3,4}.

En cuanto al presente estudio y de acuerdo con otros autores⁴⁻⁶ se puede plantear la IL en este tipo de enfermedades como la técnica de elección tras el tratamiento con AINE, por tratarse de una técnica de sencillo abordaje, raras complicaciones y que permite comenzar sin demora, el tratamiento rehabilitador fundamental en este tipo de patologías.

M.C. MARTÍN CALLE^a, A. SIONIS GREEN^a,
M.J. MERINO HIJOSA^b y P. BETANCOR GAMBOA^c
^aMédico de Familia. ^bMédico General. ^cDUE. Centro de Salud.
Los Ángeles. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pfenninger JL. Injections of joints and soft tissue. Part I. General Guidelines. *Am Fam Physician* 1991; 44: 1196-1202.
2. Vidal Fuentes J, Tornero Molina J. Terapia intraarticular. Manual de enfermedades reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Barcelona: Doyma, 1992: 121-127.
3. García Fontecha CG, Pellise Arquiza FC. Indicaciones y técnicas de las infiltraciones en Atención Primaria de Salud. *FMC* 1994; 1: 579-587.
4. Vázquez García VM, Pérez Laorden A, Detraux Viguera M, Barea Peinado F, Arquiza Thireau R, Mendez Calvo MJ et al. Evaluación de las infiltraciones como técnica terapéutica habitual en un Centro de Salud. *Aten Primaria* 1998; 21: 627-629.
5. Nelson FM, William Briner JR, Cummins J. Corticosteroid injection therapy for overuse injuries. *Am Fam Physician* 1995; 52: 1811-1816.
6. Magaña Loarte JE, Pérez Franco J, Sánchez Sánchez G. ¿Es factible la terapia con infiltraciones locales en las consultas de atención primaria? *Aten Primaria* 1999; 23: 4-7.
7. Martín Mola E, Crespo Peña M. Reumatismo de partes blandas. *Medicine* 1997; 7: 2674-2681.