

moral con espacio coxofemoral conservado y sin líquido articular.

Ante estos hallazgos planteamos dos diagnósticos iniciales: OTC o una necrosis avascular de cabeza femoral (NAF) en fase precoz. Por la clínica del paciente y la radiología, se optó por la OTC, iniciando descarga y tratamiento con calcitonina intranasal y calcio. A las dos semanas, el paciente presentó mejoría clínica, con una exploración normal, iniciándose deambulacion con carga parcial. La Rx de pelvis y cadera de control no evidenciaron alteraciones estructurales de la cabeza femoral. Se realizó RM de control a las 10 semanas del inicio que mostró restitución parcial del edema óseo, sin signos de NAF, derrame articular ni alteraciones acetabulares. A los 3 meses el paciente estaba asintomático, deambulaba correctamente y se reincorporó a sus actividades cotidianas. La Rx de cadera y la RM a 6 meses no mostraban alteraciones.

El segundo caso se trata de una mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que presentó coxalgia bilateral a las 2 semanas del puerperio. Dada la gran afectación clínica con limitación y dolor a la movilización, se decidió su ingreso para estudio. Se realizaron Rx femorales que evidenciaron signos de descalcificación ósea. Los análisis mostraban una PCR y VSG ligeramente elevadas, de todos sabido que ambas determinaciones suelen elevarse durante el postparto, con factor reumatoide y resto de analítica normales. La RM mostró edema óseo en la cabeza y cuello femoral en ambas caderas, de predominio izquierdo.

Se estableció el diagnóstico diferencial entre NAF y OTC, planteándose de entrada el diagnóstico de OTC. A los 7 días del ingreso se decidió el alta hospitalaria dada la mejoría clínica, con descarga total de ambas extremi-

dades y tratamiento con calcitonina y calcio. En el control a los 1,5 meses de evolución, la paciente no presenta dolor, con mínima limitación a las rotaciones, Rx normal, iniciando deambulacion con muletas. La RM a los 4 meses evidenciaba cambios de cabeza y cuello femorales bilaterales correspondiendo a edema de médula ósea, con mejoría respecto a previa, sin evidencia de osteonecrosis. En la visita de control a los 7 meses del inicio del cuadro, la paciente estaba asintomática y la deambulacion era normal. La RNM y la Rx de caderas eran normales.

A pesar de tratarse de una entidad infrecuente aunque de buen pronóstico clínico, la OTC debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial ante cuadros de dolor de cadera, especialmente en edades medias de la vida y mujeres embarazadas.

C. Rodríguez Pago, A. Vila Corcoles

Área Básica de Salud de Valls Tarragona. Institut Català de la Salut. Tarragona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glockner JF, Sundaram M, Pieron RL. Radiologic case study. Transient migratory osteoporosis of the hip and knee. *Orthopedics* 1998; 21: 594-6.
2. Hayes CW, Conway WF, Daniel WW. MR imaging of bone marrow edema pattern: transient osteoporosis, transient bone marrow edema syndrome, or osteonecrosis. *Radiographics* 1993; 13:1001-11.
3. Scialabba FA, DeLuca SA. Transient osteoporosis of the hip. *American Family Physician* 1990; 41: 1759-60.
4. Lakhanpal S, Ginsburg WW, Luthra HS. Transient regional osteoporosis. A study of 56 cases and review of the literature. *Ann Intern Med* 1987; 106: 444-50.
5. Ben-David Y, Bornstein J, Sorokin Y, Morad E, Abramovici H. Transient osteoporosis of the hip during pregnancy. A case report. *Journal of*

Reproductive Medicine 1991; 36: 672-4.

6. Smith R, Athanasou NA, Ostlere SJ. Pregnancy-associated osteoporosis. *Q J Med* 1995; 88: 865-78.
7. Schils J, Piraino D, Richmond BJ, Stulberg B, Bellhobek GH, Licata AA. Transient osteoporosis of the hip: clinical and imaging features. *Cleveland Clinic Journal of Medicine* 1992; 59: 483-8.

■ Reflexiones sobre la iniciativa "Diez minutos"

Sr. Director:

Me gustaría hacer algunas reflexiones a cerca de la iniciativa diez minutos y a propósito de la editorial publicada en esta revista en abril/2001.

En la citada editorial se comenta que según la orientación que demos a algunas de nuestras reivindicaciones, a lo mejor estamos perdiendo el norte. Yo considero que con el tema de los diez minutos definitivamente se ha perdido. Diez minutos ¿para qué paciente? Para el que viene a por unas recetas, a por un parte de Incapacidad Transitoria (IT), para el que acude por un catarro o una gastroenteritis, la revisión de un proceso agudo, a recoger los resultados de unos análisis o una radiografía, a contarnos lo que le ha dicho un especialista... Sinceramente pienso que más del 80% de las consultas que atendemos a diario pueden resolverse con las suficientes garantías en una media de 5-6 minutos (ojalá dispusiéramos siempre de este tiempo).

Habrà quien diga que no debemos limitarnos a resolver problemas puntuales, que también están las actividades preventivas, de acuerdo, pero estas actividades ¿se han de aplicar a los pacientes cada vez que acuden a la consulta?, no, debemos reali-



zarlas con la periodicidad recomendada por los grupos de expertos y aprovechando para ello los días que tengamos la agenda más holgada; además creo que en este aspecto se ganaría mucho con una buena coordinación medicina-enfermería.

Cada día vemos a tres o cuatro pacientes que por la complejidad del problema que presenta, o por tratarse de alguien al que vemos por primera vez y presenta una pluripatología deberemos dedicarle no 10 sino 20 ó 30 minutos, pero para eso están las consultas programadas (en mi experiencia ningún paciente se ha negado a volver más tarde o incluso al día siguiente, si se le explica que es para poder valorar su caso con un poco más de tiempo y tranquilidad).

Por otra parte este planteamiento de los diez minutos supondría un máximo de 30 visitas diarias. ¿Qué se supone que se haría con los pacientes que solicitasen ser atendidos una vez superado ese número? Crear listas de espera como en atención especializada, o bien que los pacientes sean atendidos por otros compañeros; no, yo considero que cada médico de AP debe de atender en el día a todos sus pacientes que lo necesiten.

Mal deben de estar las cosas cuando el argumento para movilizar y sacar de su letargo al colectivo de médicos de Atención Primaria es tan frívolo como éste. A buen seguro que las personas e instituciones a quienes se quiere hacer llegar estas reivindicaciones se estarán frotando las manos pensando que mientras los grupos más combativos gastan sus energías en iniciativas como ésta no se sacan a relucir los verdaderos problemas de nuestro sistema. Porque si la reivindicación es pensando en nosotros los profesionales, no es más preocupante la falta de promoción profesional, la pérdida de poder adquisitivo, el desprestigio progresivo, las oposiciones

y concursos de traslado que no se resuelven, los cupos con más de 2.000 pacientes, la dependencia tiránica a la que nos somete atención especializada con sus incomprensibles listas de espera, el negro panorama laboral que se presenta a los nuevos especialistas de medicina de familia que cada año acaban su formación, etc. Y si es pensando en los pacientes, seguro que a ellos se les ocurrirían un montón de motivos de queja hacia el sistema sanitario bastante más serios que el escaso tiempo que les dedica su médico de familia, como de hecho demuestra "La encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de Atención Primaria en el año 2000"¹, en la que a la afirmación: "el médico le dedica todo el tiempo necesario", el 90,1% manifiestan estar totalmente de acuerdo/ de acuerdo frente al 4,2% total desacuerdo/ desacuerdo; a la afirmación: "el médico le deja hablar y escucha todo lo que Ud. quiere decirle", 91,8% totalmente de acuerdo/ de acuerdo, frente a 3,3% total desacuerdo/ desacuerdo; "el médico le explica todo lo que Ud. quiere saber", 89,4% totalmente de acuerdo/ de acuerdo frente a 4,7% total desacuerdo/ desacuerdo.

Desde todas las Sociedades de AP se reivindica que sea escuchada nuestra opinión por parte de las altas esferas a la hora de tomar decisiones que nos afecten. Una de las conclusiones que saqué de mi paso por la coordinación de un equipo es que la administración suele escuchar pero en raras ocasiones tener en cuenta las opiniones bien fundadas de sus trabajadores de a pie; ¿qué podemos esperar que haga ante reivindicaciones como ésta?

Si lo que se pretende con esta iniciativa es optimizar la atención y evitar sobrecargas que a la larga perjudican a todos (profesionales y pacientes), no sería más lógico plantearla por ejem-

plo como: "ningún cupo con más de 1.800 pacientes", ésta sería una reivindicación que requiere muy pocos matices (por ejemplo, el que según las características sociodemográficas habría que reducir algo ese número) y es defendible ante cualquier instancia. En la editorial a la que me he referido anteriormente se mete en el mismo saco a la iniciativa diez minutos con la demanda de limitar los cupos máximos, sin caer en la cuenta que mientras que la primera, según mi opinión, carece de fundamento, la segunda está recogida en el Real Decreto 1575/1993 en el que se indica que para el territorio estatal gestionado por el INSALUD el número de personas óptimo que tendrá asignado un facultativo de medicina general estará entre 1.250 y 2.000. Deberíamos exigir que ningún cupo exceda ese límite y reivindicar su disminución a una cifra más racional en la que cada cual en función de su preparación y sus preferencias, pueda decidir si realiza cirugía menor, infiltraciones, controla "sintrones" y embarazos o hace lo que le parece oportuno, siendo la Administración quien deba recompensar adecuadamente a los que más y mejor trabajen. Lo que está claro es que con cupos de 2.000 o más pacientes, por mucha preparación y buena voluntad que se tenga, uno debe darse por satisfecho con concluir cada jornada laboral sin pena ni gloria.

Para terminar, comentar una noticia que apareció en una revista que nada tiene que ver con la sanidad: "Según la Fundación CESM en el año 2008 en España habrá unos 42.000 médicos de -empleados. Aún así las aulas de las 25 facultades de medicina están repletas. Quienes peor lo tienen son los Médicos de Familia y los de servicios centrales"². Este sí que es bajo mi punto de vista un problema serio que atañe a nuestro colecti-

vo y al que nadie parece darle la importancia que realmente tiene, o tal vez sí y sea lo que subyace tras las reivindicaciones de la plataforma “diez minutos”. Para abordar un problema lo primero que ha de hacerse es identificarlo y llamarlo por su nombre para posteriormente entre todos los agentes implicados tratar de buscarle soluciones serias y viables, pero eso es harina de otro costal.

Pd.: Soy un médico de familia, con un cupo de 1.366 pacientes, a los que atiendo en consulta a demanda cada 6 minutos, creo que con las suficientes garantías para ellos y una aceptable satisfacción para mí. La clave no está en dedicar 10 minutos a cada paciente, que no lo hago ni falta que me hace, sino en trabajar con un número adecuado de pacientes asignados.

M. Blasco Oliete

Médico de Familia EAP Humanes. Área 9 INSALUD. Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta de satisfacción de usuarios con los servicios de atención primaria. Subdirección General de Atención Primaria INSALUD, 2000.
2. Soler V. Carreras y salarios. Capital 2001; 9: 88-113.