

Jornadas sobre la seguridad del personal de los servicios de emergencias

Estimado Sr.:

A lo largo de los días 11 y 12 de noviembre de 1992, se celebraron, en la sede de ICADE-ICAI, en la calle Alberto Aguilera 23, las «Jornadas sobre la seguridad del personal de los servicios de emergencias», organizadas por la Asociación de Madrid de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, y la Asociación Española de Directores de Seguridad.

En una reunión posterior de parte de los miembros que conforman las ejecutivas de las dos Asociaciones, celebrada en febrero, se ratificaron las conclusiones que se exponen a continuación:

— Los servicios de emergencia deben estar preparados para adquirir el equipamiento individual de autoprotección para su personal, siguiendo las directrices europeas, sobre salud laboral, que comenzaron a ser de obligado cumplimiento a partir del 1 de enero de 1993.

— Es necesario incorporar al vestuario del personal de los servicios de emergencia, que prestan servicio de forma habitual en las vías públicas, sistemas reflectantes y/o luminosos que permitan su identificación a distancia, tal como se indica en el nuevo Reglamento de Circulación.

— La selección del vestuario debe hacerse previo análisis de cuales son los riesgos a cubrir.

— En general se considera que el vestuario utilizado por los servicios de atención a la emergen-

cia es manifiestamente mejorable.

— Se consideran insuficientes los dispositivos luminosos de señalización de vehículo prioritario, que se contemplan como de obligada instalación en las normas existentes en España, tanto a nivel de legislación sobre tráfico, como a la correspondiente a industria.

— Se entiende que estos dispositivos no garantizan la adecuada percepción de estos vehículos, por parte de los usuarios de las vías públicas, ni cuando circulan, ni cuando se encuentran estacionados mientras su personal se encuentra atendiendo una emergencia.

— A esta inadecuada percepción, podrían achacarse algunos de los accidentes que, con resultado de lesiones a personal de los servicios sanitarios, de rescate o policiales o a terceras personas, se han producido mientras se atendía una primera emergencia.

— Se rechaza la idea de unificar los colores de las luces identificadoras de los vehículos prioritarios de los servicios de atención a la emergencia en el color azul. Entre otras razones por el riesgo que significaría para el personal de los de rescate (bomberos, protección civil, etcétera) y de los sanitarios, al ser identificados, en situaciones de confusión y en presencia de posibles delincuentes, con servicios policiales.

— Como complemento de estos dispositivos luminosos, se entiende como necesaria la incorporación de elementos retro-reflectantes en todas las superficies laterales de los vehículos.

— Tanto la Agrupación de Madrid de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias,

donde se integran responsables de los servicios sanitarios radicados en la C.A.M., como la Asociación Española de Directores de Seguridad, entre cuyos asociados se encuentran responsables de servicios policiales y de bomberos de toda España, se ofrecen a colaborar con la Dirección General de Tráfico y con el Ministerio de Industria, en la redacción de un documento que sirva de base para la regulación de los dispositivos luminosos y retro-reflectantes de los vehículos prioritarios de los servicios de atención a la emergencia.

S. Juárez. *Presidente de SEMES-Madrid*

Sr. Director:

En el artículo «Lesión Medular Aguda» publicado en EMERGENCIAS (Volumen 5, número 1), se hace referencia en dos ocasiones, al tratamiento con Fármacos Vasoactivos de la hipotensión que se produce en el Shock Medular (SM), sin especificar el tipo de fármaco.

En los primeros minutos es importantísimo para la viabilidad de esa médula (lesión más zona perilesional) que no exista isquemia medular: la hipotensión arterial mantenida la va a producir.

A veces, dependiendo de la extensión del Bloqueo Simpático, a pesar del relleno vascular con 2-3 litros (cristaloides, coloides y componentes sanguíneos) no se va a mantener una perfusión tisular adecuada, por persistir dicha hipotensión. En estos casos es obligatorio el uso de dichos fármacos.

TABLA I. Causas de neumopericardio

Neumopericardio	Shackelford (1983) ⁴	Bouillet (1980) ⁵	Cummings (1984) ³	Taupin (1991) ²
No médico				
Traumático	22	36	154	53
Yatrógeno	10	37	23	238
C. extraños	4	7	-	9
Total	36	80	177	300
Médico				
Pleuropulmonar	11	56	28	82
Esófago y estómago	13	44	27	55
Pericárdico	14	27	10	35
Abscesos vecindad	1	7	7	10
Idiopáticos	-	3	-	3
Indeterminado	2	4	-	4
Total	41	141	72	189
Total	77	221	249	489

Desde nuestro punto de vista un fármaco vasoactivo idóneo en los primeros minutos (UCI-Móvil y área de urgencias del hospital) puede ser la efedrina.

Efedrina por:

—su eficacia y seguridad clínica demostrada (usada frecuentemente en anestesia raquídea).

—sencillez de uso (no se necesitan equipos de infusión).

—vías de administración (SC, IM, IV).

—efecto inmediato y controlable.

Efedrina: posee acciones directas e indirectas.

—Acción alfa: aumenta Tensión Arterial por aumento de resistencias vasculares sistémica.

—Acción beta 1 y beta 2: aumenta la frecuencia cardíaca contrarrestando el tono vagal aumentado (bradicardia) del SM.

—Acción Indirecta: liberación de Noradrenalina en las terminaciones nerviosas.

—Presentación: amp. de 1 ml al 5 % = 50 mgr.

—Uso: diluir 1 ml hasta 10 ml SF; se obtiene una dilución de 1 ml = 5 mgr.

UCI-MOVIL Y AREA DE URGENCIAS: bolos de 5 mgr cada 2-3 minutos hasta obtener presión arterial aceptable. Duración aproximada del efecto IV de 5 a 10 minutos.

Igualmente en ausencia de EFEDRINA en UCI-MOVIL y AREAS DE URGENCIAS, mientras el enfermo llega a UCI otro fármaco idóneo es la METOXAMINA (fármaco acción ALFA puro, presentación ampolla 1 ml. = 20 mgr.: poner bolos I. V. de 2 mgr. en 2 mgr. según respuesta).

—PRECAUCIONES: tener monitorizado al enfermo electrocardiográficamente; en cardiópatas (como con todos los fármacos vasoactivos).

Ya en UCI, pueden emplearse otros (NORADRENALINA, DOPAMINA, e incluso si fallo de bomba DOBUTAMINA).

F. Frías Ochoa, A. González Morales, J. M. Alvarez Romero.

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Area de Urgencias. Hospital Naval de San Carlos. San Fernando (CADIZ).

Aportación al conocimiento del neumopericardio

Sr. Director:

Hemos leído con interés el original publicado en su Revista titulado «Neumopericardio: Diagnóstico Diferencial»¹ firmado por G. Falomir Gil y cols. El neumopericardio es una entidad poco frecuente que para su diagnóstico precoz requiere de un alto índice de sospecha. Se define según Taupin², autor de la serie más amplia publicada, como la presencia de contenido gaseoso en la cavidad pericárdica. De entre las múltiples causas que pueden originarlo las más frecuentes son las traumáticas (62 %), siendo el neumopericardio espontáneo idiopático la forma de presentación más infrecuente, existiendo tan sólo 3 casos publicados en la literatura mundial.

Tras la lectura del artículo de Falomir nos ha llamado la atención que en su revisión bibliográfica, la cita más reciente que reseña es la de RG Cummings (1984)³, no mencionando la serie más completa y actualizada con

489 casos de neumopericardio publicada por Taupin en 1991². Por ello, con el objeto de aportar mayor información sobre esta patología para mejorar el conocimiento de los profesionales que desarrollan su labor asistencial en un Centro de Asistencia Urgente, hemos realizado la siguiente tabla de frecuencias sobre la etiología del neumopericardio extraída de las 4 revisiones más exhaustivas existentes en la búsqueda bibliográfica realizada en la base de datos MEDLINE de los 10 últimos años (Tabla I).

El uso cada vez más extendido de las modernas técnicas diagnóstico-terapéuticas con la subsiguiente yatrogenia, así como el aumento de los traumatismos torácicos están originando que de-

terminadas entidades hasta ahora infrecuentes, como el neumopericardio, vean aumentada su incidencia. Dado que el médico de urgencias suele ser el primer protagonista que atiende a este tipo de pacientes, debe de conocer las formas de presentación y el diagnóstico precoz de esta patología.

Animamos a que todas aquellas iniciativas, que como la de Falomir, mejoran el conocimiento de la patología urgente, sean comunicadas y publicadas a través de la Revista Emergencias, Órgano Oficial de Difusión de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias.

Los autores quieren expresar su agradecimiento al Dr. Berlango Jiménez por el continuo y

constante estímulo en nuestra labor investigadora.

Bibliografía

1. Falomir Gil G, Sotillos Parra V, Carvajal Díaz J, Benedicto Orovitg JM. Neumopericardio: Diagnóstico Diferencial. *Emergencias* 1993; 5: 60-61.
2. Taupin JM, Laudinat JM, Pollet E, Metz D, Chapoutot, L, Fellingier F, et al: Les pneumopéricardes spontanés. *Revue de la littérature: A propos de deux observations chez l'adulte jeune.* *Arch Mal Coeur* 1991; 84: 117-121.
3. Cummings RG, Wesley RLR, Adams DH, Lowe JE: Pneumopericardium resulting in cardiac tamponade. *Ann Thorac Surg* 1984; 37: 511-518.
4. Shackelford RT: Hydropneumopericardium. Report of a case with a summary of the literature. *JAMA* 1983; 96: 187-191.
5. Bouillet P, Houille F, Toure M, Fouchard J: Les pneumopéricardes spontanés. A propos d'une observation. *Arch Mal Coeur* 1982; 75: 113-117.

J. Muñoz Avila, L. Jiménez Murillo, J. Calderón de la Barca Gázquez, F. J. Montero Pérez. *Unidad Funcional de Urgencias. Hospital Universitario «Reina Sofía» de Córdoba.*