MEMORIA DE UN VIAJE DE ESTUDIOS

La coincidencia de fechas entre el *VII Congreso Nacional de la SEMES,* celebrado en Oviedo el pasado mes de junio, y el *9.° Congreso Mundial de Medicina de Emergencia y Desastres,* celebrado en Jerusalén (Israel) del 28 de mayo al 4 de junio, privó de la posibilidad de asistir a ambos congresos y de la siempre enriquecedora presencia en Oviedo de algunos miembros notables de la SEMES, que asistieron al congreso de Jerusalén movidos por su conocida dedicación al campo de la Medicina de Catástrofes.

Las páginas de «Emergencias» recogen en este número un artículo especial que pretende ofrecer a los lectores un resumen de los aspectos más destacados del *9.° Congreso Mundial de Medicina de Emergencia y Desastres.* Los doctores Antonio Hernando y Santiago Ferrándiz y la enfermera Arantxa Menchaca, viajeros infatigables que no dudan en desplazarse allí donde haya algo que aprender en relación con la Medicina de Emergencias, y conocedores como pocos de la Medicina de Catástrofes, participaron activamente en el citado congreso y, a su regreso, accedieron a resumir para los lectores de «Emergencias» sus aspectos de mayor interés.

El resultado es un artículo fresco e informal, en clave de reportaje, entendido más bien como una «memoria de un viaje de estudios» (título original que los autores dieron al artículo), en el que cualquier observador podrá apreciar la visión extremadamente profesional de los autores[1]. Se han seleccionado los temas de posible mayor interés para los profesionales dedicados a la Medicina de Emergencias, bien por su proximidad a algunas de nuestras actividades asistenciales habituales, como el atentado terrorista a la sede del edificio federal en Oklahoma City o la asistencia médica en el festival de música de Woodstock'94, o bien por su potencialidad de difusión de conocimientos, como la descripción del sistema de emergencia prehospitalaria existente en Israel. Otros temas de indudable interés y actualidad, como la agresión química con el gas «Sarin» en el metro de Tokio o la atención de urgencia en los territorios de la antigua Yugoslavia, han sido reservados para su posterior publicación en trabajos de mayor extensión.

Entre las curiosidades y anécdotas del Congreso (contadas con apasionamiento por los autores, pero tan numerosas que excederían los límites impuestos para su publicación), cabe destacar la presentación de los chalecos antibala empleados por los técnicos de emergencias médicas (EMTs) en ciertas zonas de EE.UU. (Chicago) y la polémica surgida durante el Congreso en torno a su uso. Por su singularidad, tal vez merezca unas líneas de reflexión y comentario.

Mediante una comunicación en forma de póster, fue presentada en el Congreso la problemática surgida con la asimilación (sobre todo por delincuentes y enfermos mentales) del personal de asistencia urgente como integrante de las fuerzas de Policía, lo que genera con frecuencia agresiones que han llegado incluso a los disparos con armas de fuego; tras los primeros tiroteos se decidió el empleo de chalecos antibala por el personal asistencial, comprobándose, sin embargo, que dicha medida llevaba a una mayor intensificación en las agresiones. Desde el entorno norteamericano se proponía como solución la sustitución de la uniformidad previa (de color azul, similar a la de policías y bomberos) por otra de color blanco, claramente identificable como sanitaria, pero que incluyera chalecos antibala del mismo color; por el contrario, desde el entorno europeo (en especial escandinavo) se destacaba la ausencia de este fenómeno en nuestro continente y la conveniencia tanto de no vincular la imagen de los dispositivos asistenciales con la de las fuerzas policiales como de no progresar en una irracional estrategia defensiva (primero chalecos antibala, y luego ambulancias blindadas y, ¿por qué no?, dotaciones sanitarias armadas hasta los dientes).

Durante siglos, el mundo sanitario ha intentado mantenerse, no sin dificultad, al margen de las vicisitudes políticas, de las rivalidades sociales o tribales y de las armas. Los médicos primero, luego los enfermeros y, más recientemente, los técnicos parasanitarios nos hemos sentido herederos de esa cierta tradición de «neutralidad» hacia nuestros semejantes. El siglo XX parece decidido a terminar con esta larga tradición; así, hemos presenciado como médicos, enfermeros y auxiliares colaboraron con la barbarie nazi y pre-

senciamos a diario como colaboran todavía hoy en torturas y asesinatos en diferentes lugares del planeta.

En el fragor de los conflictos, ya sea en un campo de batalla, en un duro suburbio marginal o, simplemente. en el servicio de urgencias de un hospital, se han producido numerosas lesiones (e incluso fallecimientos) entre los integrantes de los dispositivos asistenciales, pero casi siempre se ha tratado de situaciones accidentales. La comunicación presentada en Jerusalem por los técnicos de emergencias médicas de Chicago nos muestra, por primera vez, a los profesionales de la atención médica urgente como blanco de agresiones intencionadas. Este hecho resulta inquietante, y debería hacernos reflexionar sobre sus causas y sobre su posible repercusión en el desarrollo futuro de la Medicina de Emergencias.

A las puertas del siglo XXI nadie duda ya que la eficiencia social es el objetivo básico de la actividad sanitaria. Mantener la vida y evitar la invalidez, mejorando la cantidad y calidad de vida de los seres humanos, sigue siendo el fin último de nuestra actividad. Para conseguir estos fines deberemos apoyarnos con frecuencia en los servicios de seguridad, rescate, protección civil, etc., pero salvaguardando siempre tanto la intimidad y confidencialidad en la relación con los pacientes como la independencia en la imagen pública y en las actuaciones de los equipos sanitarios[2]. Mantener una estética «sanitarizada» al máximo, especialmente en el difícil y complejo medio extrahospitalario, puede ser, en definitiva, el único recurso disponible para evitar que se produzcan agresiones como las ocurridas en Chicago.

Bibliografía

1. Hernando A. Ferrándiz S. Menchaca A. IX Congreso Mundial de Medicina de Emergencias y Desastres. Emergencias 1995: 7: 166-171.
2. Alvarez JA. Servicios médicos, no cuerpos sanitarios. Diario Médico, 31 de Mayo de 1993: 6.

J. A. Alvarez Fernández, S. Juárez Alonso, M. Velasco Vaquero, M. López Díaz
Comité Editorial de «Emergencias»

Augmentine i.v.

AUGMENTINE INTRAVENOSO. *Especialidad de Uso Hospitalario.* ***COMPOSICION POR VIAL:*** *500/50: Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 500 mg. Acido clavulánico (DCI) (sal potásica): 50 mg.* ***1 g/200:*** *Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 1.000 mg, Acido clavulánico (DCI) (sal potásica): 200 mg.* ***2 g/200:*** *Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 2.000 mg, Acido clavulánico (DCI) (sal potásica): 200 mg.* ***PROPIEDADES:*** *Es un preparado antibacteriano de amplio espectro constituido por amoxicilina (sal sódica) y ácido clavulánico (sal potásica). Ver detalle de "gérmenes sensibles" en la literatura del producto.* ***INDICACIONES:*** *La asociación de amoxicilina y ácido clavulánico por vía i.v. está indicada en el tratamiento de infecciones graves producidas por gérmenes sensibles: respiratorias y O.R.L. (otitis medias, sinusitis, amigdalitis), renales y uro-genitales (cistitis, uretritis, pielonefretis), ginecológicas (genitales), de piel y de tejidos blandos, intra-abdominales (en particular peritonitis), osteo auriculares (osteomielitis), septicemia, endocarditis, profilaxis en cirugía abdominal.* ***POSOLOGIA:*** *Se administrará exclusivamente por vía i.v. La posología, por convención, se expresa en cantidad de amoxicilina. A) ADULTOS: se utilizarán las presentaciones'1 g/200 mg'. o '2 g/200 mg'.* ***Pacientes con función renal normal:*** *La posología habitual es 1 g. dos o cuatro veces diarias por vía i.v. directa muy lenta o por perfusión rápida. En las septicemias e infecciones graves, la dosis puede ser elevada a 8 g. diarios e incluso hasta 12 g. diarios. Jamás debe superarse, en un adulto, la cantidad de 200 mg. de ácido clavulánico por administración y la de 1.200 mg. de ácido clavulánico al día. Así, para una dosis de hasta 6 g. diarios se utilizará la presentación de '1 g/200 mg'. y para una dosis de hasta 12 g. diarios se utilizará la de '2 g/200 mg'.* ***Pacientes con insuficiencia renal:*** *utilizando la presentación '1 g/200 mg'. se dosificará con las cantidades siguientes. consideradas como máximo: 1 g. como dosis inicial y a continuación 500 ó 250 mg. cada 12 horas en función del aclaramiento de creatinina, 10-30 ml/mn. ó 10 ml/mn. respectivamente.* ***Profilaxis quirúrgica:*** *1 g. durante la inducción a la anestesia en intervenciones de duración inferior a 1 hora. En operaciones más duraderas pueden ser necesarias más dosis de 1 g. (hasta un máximo de 4 g. en 24 horas). Si la intervención supone un alto riesgo de infección puede continuarse esta administración durante varios días. como terapia postquirúrgica. bien por vía i.v. o por vía oral. B) NIÑOS, LACTANTES Y RECIEN NACIDOS: se utilizará la presentación '500 mg/50 mg'.* ***Niños y lactantes a partir de 3 meses (5 a 40 Kg.):*** *Usar 100 mg/kg/día, en 4 administraciones al día por vía i.v. directa muy lenta o por perfusión. En las infecciones graves, la dosis será de 200 mg/kg/día en 4 perfusiones al día.* ***Recién nacidos y lactantes hasta 3 meses (2,5 a 5 Kg.):*** *Usar 100 mg. a 150 mg/Kg/día, en 3 perfusiones al día.* ***Prematuros:*** *Usar 100 mg/Kg/día, en 2 perfusiones al día.* ***NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACION:*** *No preparar la solución más que en el momento de la inyección. En adultos no deberá administrarse más de '1 g/200 mg'. por dosis por vía i.v. directa, ni más de '2g/200 mg'. por cada perfusión. En niños, lactantes y recién nacidos no deberá administrarse más de 25 mg/Kg. por dosis por vía i.v. directa, ni más de 50 mg/Kg. por cada perfusión. La correcta administración del producto exige respetar unas normas estrictas sobre los disolventes y volúmenes adecuados a utilizar, tiempo de administración, etc., por lo que antes de su utilización se recomienda consultar el prospecto que acompaña a cada presentación o la información correspondiente en monografías y otros medios informativos del producto.* ***CONTRAINDICACIONES:*** *Alergias a penicilinas, mononucleosis infecciosa, leucemia linfoide y asociación con alopurinol.* ***PRECAUCIONES:*** *Debe administrarse con precaución en pacientes con hipersensibilidad a cefalosporinas o con antecedentes de un fondo alérgico, fundamentalmente medicamentoso. Usar con precaución en los casos de insuficiencia renal, grave alteración hepática, o lactancia.* ***Embarazo:*** *No se ha establecido su inocuidad durante el mismo.* ***INCOMPATIBILIDADES:*** *De manera general se recomienda no mezclarlo con ningún otro producto en la misma jeringa o frasco de infusión. No debe utilizarse como disolventes soluciones inyectables de glucosa (dextrosa), de bicarbonato sódico o dextrano. Para más información, consultar el prospecto incluido en cadad presentación o monografías y otros medios informativos del producto.* ***INTERACCIONES:*** *Evitar su administración conjunta con antibióticos bacteriostáticos, por su posible antagonismo. La amoxicilina a concentraciones altas, puede interferir con algunas determinaciones analíticas.* ***EFECTOS SECUNDARIOS:*** *Trastornos de tipo digestivo (náuseas, vómitos, etc.), alérgicos y erupciones cutáneas máculo-papulares. Más raramente, elevación moderada de las transaminasas, algunos casos raros de hepatitis aguda citolítica o colestáticas transitoria (con o sin icteria), nefritis intersticial aguda, anemia, leucopenia y trombopenia reversibles y algunos cvasos de colitis peseudomembranosa tras la administración de amoxicilina.* ***INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO:*** *Con las dosis recomendadas, no se han descrito síntomas de intoxicación. Ante una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración y se aplicará el tratamiento específico (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.).* ***PRESENTACIONES Y P.V.P. IVA:*** *Frasco para perfusión '500/50 mg'., 1 vial, 383 Ptas.; frasco vial '1 g/200 mg'., 1 vial, 763 Ptas.; frasco para perfusión '2 g/200 mg'., 1 vial 1.216 Ptas.* ***AUGMENTINE Envases Clínicos: 500/50*** *mg EC 100viales 20.430 PVL - 25.567 P.V.P. (IVA). 1 g/200 mg. EC 100 viales 40.743 PVL - 50.988 P.V.P. (IVA). 2 g/200 mg. EC 50 viales 32.463 PVL - 40.626 P.V.P. (IVA). Augmentine es marca registrada.*

Beecham

SmithKline Beecham, S.A.