

EVOLUCIÓN Y FORMACIÓN DE LOS TÉCNICOS- CONDUCTORES EN LAS URGENCIAS-EMERGENCIAS MÉDICAS EN VALENCIA

Sr. Director:

Nuestra intención a través de este escrito, es dirigimos al resto de Técnicos-Conductores de SEMES, con el fin de dar a conocer nuestra evolución desde el inicio del Servicio de Urgencias y Emergencias médicas en esta ciudad, con un tema que para nosotros tiene mucha importancia como es la formación del T.E.M. (conductores).

El transporte de Emergencias en Valencia, surge con unas unidades de la Dirección General de Tráfico destinadas al servicio de accidentes en carretera, dotadas de material y personal cualificado: Conductor y A.T.S., que prestaban asistencia sanitaria «In situ».

Posteriormente se crean unidades de transporte secundario por iniciativa del Dr. D. Vicente Chuliá, paralelamente y como consecuencia de las transferencias en materia de sanidad, el Servicio Valenciano de Salud crea unidades de asistencia en la vía pública con un vehículo ligero que tenía como dotación: Médico, ATS y Conductor, este vehículo estaba acompañado por una ambulancia de traslado. La Cruz Roja era la encargada de los accidentes de tráfico en las carreteras y demás servicios en el resto de los núcleos de población de esta Comunidad, en los cuales no cubre el S.E.U. con sus vehículos de asistencia domiciliaria.

A principios del año 93 se conjugan todos estos servicios en la ciudad de Valencia, coordinados desde el C.I.C.U.V. (Centro de Información y Coordinación de las Urgencias de Valencia) en lo que hoy conocemos como SAMU, asumiendo la totalidad de las actividades, la dotación de estas unidades hoy en día está formada por: Médico, personal de Enfermería y Conductor-Camillero, aunque en el Decreto que regula el transporte sanitario terrestre en esta Comunidad aparece la figura del Camillero como cuarto componente del equipo y ayuda del mismo.

En todas estas etapas el Conductor ha dejado de ser escuetamente un conductor de ambulancia, dedicado meramente al traslado del paciente, sino que hoy en día

es parte integrada en la asistencia sanitaria con la importancia y riesgo que conlleva y ha tenido que ir adecuando su formación a las nuevas tareas que se le iban encomendando, la mayoría de las veces esta formación ha sido por su cuenta realizada en diferentes instituciones y como consecuencia de su interés en prestar un mejor servicio. La propia Administración concienciada por la necesidad de profesionalizar las Urgencias y Emergencias en la Comunidad Valenciana y a las personas que nos dedicamos a ellas, crea un plan de formación para Conductores de ambulancia, titulado «Conductor Camillero y Camillero» según el decreto 44/1993 de 22 de marzo, este Decreto regula el tipo de vehículos y las características de los mismos, así como la dotación de material y personal que deben reunir, indicando que todo el personal que conduzca una ambulancia, deberá poseer a parte del permiso de circulación vigente en cada momento, la titulación de Conductor-Camillero, consistente en una formación de los conductores, basada en contenidos teóricos y prácticos publicada en el D.O.G.V. el 4 de abril de 1996 y que entró en vigor el 4 de abril de 1997 para garantizar la correcta actuación de los profesionales que conducen las ambulancias en esta Comunidad.

Entendemos que se debería de unificar criterios a nivel de todas las Comunidades Autónomas tanto en materia de formación como de titulación (T.E.M.), siendo SEMES como sociedad que aglutina a un mayor número de profesionales que se dedica a las Urgencias y Emergencias, quien debería de disponer de un propio plan de formación y hacer las gestiones pertinentes con los Organismos oportunos para igualar la misma titulación para todas las Autonomías.

Bibliografía

1. Diario Oficial de la Generalidad Valenciana.

I. Ballesteros, E. Ballester, R. Hernández, M. Ruiz
(Conductores-Camilleros SEU-SAMU Valencia)

SERVICIOS DE URGENCIA EXTRAHOSPITALARIOS. ¿SE CUMPLEN LAS RECOMENDACIONES DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL ACERCA DE LA ENSEÑANZA MÉDICA?

Sr. Director:

Los Servicios de Urgencia Extrahospitalarios (SUE) se encuentran repartidos por todo el territorio nacional, tanto en las comunidades que tienen transferida la Sanidad, como en aquellas en que ésta depende del Insalud.

Su cometido es hacerse cargo de la asistencia sanitaria urgente –y no urgente–, en aquellas horas y/o días en que los cauces normales de Atención Primaria no están operativos. Esto significa una actividad de 12 horas en días laborables y 24 horas en festivos, lo que supone unas 5.700 horas de asistencia médica anual. Es decir, dos tercios del total de horas de asistencia del año corren a cargo de los SUE.

Así, los médicos que desempeñan su labor asistencial en estos SUE atienden a un elevado número de pacientes, de todas las edades –son cuantiosas las consultas pediátricas– y afrontando cuadros que van de la absoluta banalidad, a la más completa e inminente gravedad. El abordaje de estos últimos –las urgencias reales– precisa de una preparación y entrenamiento específico que permita su manejo de la forma más adecuada y resolutiva posible, ya sea para solventarlos y remitirlos a seguimiento por los servicios de Atención Primaria, ya sea para trasladarlos, una vez estabilizados, a un centro hospitalario.

Para llevar a cabo esta labor –como sucede en el resto de las especialidades médicas– es precisa una formación específica y continuada en el campo de la medicina de urgencias; hecho éste que ha sido, y es en la actualidad, motivo de preocupación por parte de diversos estamentos responsables del análisis de la sanidad a diversos niveles.

En la reunión celebrada en Madrid por la Asociación Médica Mundial (10-I-87), se sacó a la luz la

denominada «Declaración de Rancho Mirage sobre Enseñanza Médica». Este texto –respecto al tema que nos ocupa– hace referencia en su Preámbulo a que «la enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la Facultad y termina con el retiro del ejercicio activo». En el Principio I de la Declaración (Principios Fundamentales de la Enseñanza Médica), se dice que «la educación continua debe acompañar al médico durante toda su vida activa», y que «la profesión, las facultades y otras instituciones docentes, así como el gobierno, comparten la responsabilidad de garantizar el alto nivel y la calidad de la enseñanza médica». En el Principio VIII del texto –que trata específicamente acerca de la Enseñanza Médica Continua– se señala que «los programas educacionales son indispensables si el médico desea estar al corriente del progreso de la medicina, y si desea mantener los conocimientos y la experiencia necesaria para prestar una atención de alta calidad», y que «hay una responsabilidad de desarrollar programas de educación médica continua y de ponerlos a disposición de todos los médicos», así como también «se exige el más alto nivel de enseñanza médica universitaria, postuniversitaria, así como de formación médica continua».

También podemos recordar que para cumplir con el tercer punto de la «Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial» (9-I-94), donde se dice textualmente «Prometo solemnemente ejercer mi profesión a conciencia y dignamente», es preciso estar en constante proceso de formación y adaptación a las novedades que surgen constantemente en un campo tan ágil como es el de la medicina, y en concreto de urgencias.

Pues bien, pese a estas importantes y fundadas recomendaciones, los médicos de los SUE no tienen garantizado, ni mínimamente, el acceso a la forma-

ción continuada en el campo de su «especialidad»; es más, su labor aún no es reconocida como tal en nuestro país, aunque creemos que por fortuna, y gracias a la labor llevada a cabo por la Sociedad Española de Medicina de Emergencias, estamos en camino de contar en breve con una especialización en este campo. De hecho, muchos de los países considerados líderes, admiten esta especialidad, e incluso comienzan a crear subespecialidades dentro de la misma.

La situación actual de los SUE, en cuanto a la formación continuada se refiere, podría resumirse en los siguientes puntos:

– No existe en España la especialidad en medicina de urgencias; lo que significa que no hay período de formación oficial.

– Tampoco existe programa alguno de formación continuada, y si ésta se lleva a cabo -cosa que es de esperar- ésta es autodidacta y autofinanciada. En ningún caso reglada y supervisada por una entidad responsable de garantizar su calidad, acceso y aprovechamiento.

– La relación del médico de los SUE con su hospital de referencia -aquél al que remite los casos más graves y/o complicados que no puede solucionar en su centro-, es inexistente, de hecho, no tiene acceso oficial a ninguna actividad hospitalaria. No hay otro contacto entre el médico de urgencias extrahospitalarias y el hospital, que los breves minutos en que aquél traslada a algún paciente grave.

– Por último, y como sucede en otros ámbitos de la labor médica, no existe control alguno sobre la calidad de la asistencia prestada. Tan sólo se supervisa alguna actuación concreta que haya podido dar lugar a una reclamación -en general no médica- por parte de alguno de los pacientes atendidos.

Este es -sucintamente expuesto- el panorama de la formación continuada de los médicos de los SUE; médicos que deben afrontar todo tipo de patologías, durante los dos tercios del horario anual de asistencia médica primaria -con el número de pacientes que ello supone-, actuando en solitario y contando con unos medios técnicos, de diagnóstico e intervención, escasos.

¿Qué es lo que se podría hacer para mejorar -si no solventar- esta situación? Son múltiples las medidas a tomar, unas fundamentales y otras secundarias.

Desde nuestro puesto -y tras una década de labor en los SUE- podemos esbozar brevemente unas pinceladas que creemos ayudarían a solucionar el proble-

ma de la formación en urgencias. De forma esquemática, y sin profundizar en ellas, nuestras sugerencias son las siguientes:

- Creación/reconocimiento de la especialidad de Medicina de Urgencias.
- Diseño de un programa de formación médica continuada, riguroso, obligatorio y práctico.
- Actualización anual -de al menos un mes- mediante el desempeño de la labor habitual en el SUE, en el servicio de urgencias del hospital de referencia.
- Contacto frecuente y reglado con este último servicio (sesiones clínicas, tutoría,...).
- Posibilidad de vías de promoción, o carrera profesional.
- Control periódico del nivel de formación y/o calidad asistencial.

Bibliografía

1. O'Leary DS, O'Leary MR. From quality assurance to quality improvement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations and Emergency Care. *Emerg Med Clin North Am* 1992; 10 (3): 477-492.
2. Heiskell LE, Carmona RH. Tactical emergency medical services: an emerging subspecialty of emergency medicine. *Ann Emerg Med* 1994; 23 (4): 778-785.
3. Declaración/Resoluciones de la Asociación Médica Mundial. «Declaración de Rancho Mirage de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica». 10 de enero de 1987; Madrid (España).
4. García-Barbero M, Such JC. Teaching critical care in Europe: analysis of a survey. *Crit Care Med* 1996; 24 (4): 696-704.
5. Kellerman AL. Clinical emergency medicine, today and tomorrow. *Ann Emerg Med* 1995; 25 (2): 235-238.
6. Declaración/Resoluciones de la Asociación Médica Mundial. «Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial. 9 de enero de 1994, Estocolmo (Suecia).

**R. de la Guerra Gallego*,
E. Barbero Moreno****

*Doctor en Medicina y Cirugía por la UCM.
Especialista en Pediatría Preventiva y Social.
Coordinador Hospitalario Regional del Registro de Mortalidad Peri-Neonatal de la Comunidad Autónoma de Madrid. Médico del Servicio de Urgencias de Majadahonda (INSALUD).
**Licenciado en Medicina y Cirugía por la UCM.
Máster en Medicina de Urgencias.
Médico y Coordinador del Servicio de Urgencias de Parla (INSALUD).

HACIA UNA NUEVA ETAPA

Sr. Director:

En primer lugar mi enhorabuena al equipo directivo y mi apoyo total para la dura pero apasionante tarea de relanzar la revista EMERGENCIAS. En el editorial del n.º 5/96 el Dr. Juárez¹ hacía una declaración de intenciones y propósitos de futuro para «nuestra» publicación (nótese que digo «nuestra»!!). En mi opinión, una revista científica es la imagen de su especialidad; en este sentido, un raquítico número cada dos meses transmite una paupérrima impresión, que para nada refleja todo el trabajo asistencial, investigador o docente de miles de profesionales. Si además, esta revista es «el órgano de expresión de SEMES» la imagen que damos (en plural) es penosa. Por ello creo necesario un triple cambio:

- En el formato editorial de cada número.
- En el contenido de la Revista.
- En la autoevaluación como camino hacia la excelencia, esto es, una revista de calidad.

Que el *formato editorial de cada número* deja mucho de desear salta a la vista: desde la elección del papel o la selección y ubicación de la publicidad hasta detalles más «significativos» como la composición de gráficos y tablas, etc...

En lo referente al *contenido de la Revista* me gustaría expresar mi convencimiento de la riqueza de nuestro trabajo diario y de la necesidad de expresarlo con mayor periodicidad. Pero como no sólo es cuestión de cantidad (ej. revista mensual), sino de calidad –y eso no se improvisa– propongo la realización de números monográficos bimensuales intercalados con los números habituales. Si analizamos las publicaciones médicas^{2,3}, la experiencia en Urgencias apenas es tratada en otros medios científicos diferentes a «Emergencias», no así los aspectos formativos en la práctica asistencial urgente, quizás por la evidente trascendencia de la decisión clínica y del manejo del pacien-

te en su conjunto. Nuestro esfuerzo daría una respuesta a este doble objetivo recibiendo mensualmente y de forma alternativa un número monográfico y otro «normal» (y me consta que no es problema únicamente de financiación). Además, para estos últimos sugiero un enriquecimiento en la variedad y calidad de las diferentes secciones de que consta, como podrían ser:

1. *Editorial*: El comentario Editorial no debería quedarse en un «mensaje» (generalmente de la dirección), sino aproximarnos al análisis crítico de algunos artículos de interés general por su novedad o difusión (sea de nuestra revista o no).

2. *Artículos originales*. Es el tipo de publicación más frecuente y conocido. Quizás por nuestra mentalidad o por el tipo de trabajo que desempeñamos y los horarios tan «particulares» que tenemos, tendemos a trabajos retrospectivos con números de pacientes más o menos llamativos pero de escaso valor por los innumerables sesgos que introducimos. Mi propuesta se dirige, en primer lugar, hacia una *Medicina Basada en la Evidencia*. Los resultados de estos trabajos pueden ser de notable calidad científica, más aún si *emprendemos estudios prospectivos de colaboración* (en lugar de disgregación) aportando información protocolizada de cientos de miles de nuestros pacientes en una base de datos centralizada en SEMES. Por último, me parece necesario la puesta en marcha de un plan serio de formación en Metodología de Investigación auspiciado por SEMES para sus miembros. Sólo así estableceremos cimientos científicos sólidos con visión de futuro. En este aspecto, la experiencia en nuestro Hospital está siendo positiva.

3. *Artículos de revisión*: Necesitamos estar al día y nadie puede leer más que una pequeña parte de la literatura médica actual. Por este motivo precisamos publicaciones sinópticas serias que ahorren a los clínicos la pesada tarea de revisar y analizar la literatura para obtener información válida.

4. *Educación continuada*: La complejidad del proceso de toma de decisiones que diariamente debemos adoptar ante el enfermo agudo se ve agravada por el incremento del número de posibilidades que surge del constante avance del conocimiento científico, por la incertidumbre y la variabilidad inherentes a la práctica clínica, la racionalización de los recursos sanitarios, etc. Todo ello suscita la elaboración y difusión de razonamientos, recomendaciones y actualizaciones (fisiopatológicas, diagnósticas, terapéuticas) orientadas al cumplimiento de nuestra misión.

5. *Artículos especiales* sobre aquellos aspectos que, aún no siendo específicamente clínicos influyen muy directamente en el mismo (implicaciones médico-legales, cuestiones éticas, nuevas tecnologías, gestión, calidad y acreditación, metodología clínico-epidemiológica, etc.).

6. *Notas clínicas o Comunicaciones breves*.

7. *Sesión anatomoclínica*: Nada tan enriquecedor como contrastar la sintomatología de inicio (con la que nos encontramos en la atención urgente) y el resultado objetivo subyacente.

8. *¿Cuál es su diagnóstico?* Es la pregunta que nos hacen miles de pacientes cada día, y la respuesta se basa en la observación, un razonamiento clínico y pocas pruebas de ayuda. ¿No sería conveniente dedicar un pequeño espacio a comunicar cuestiones prácticas que enseñan?

9. *Cartas al director*: Siempre que no sean ofensivas.

10. *Bibliografía comentada*: Nos ejercita en el análisis crítico de la literatura y nos facilita la selección de artículos importantes. Podrían establecerse grupos encargados de determinadas revistas (con carácter rotatorio o no). Sería nuestra «sesión bibliográfica» mensual.

11. *Agenda*.

Por último, todos queremos una *Revista de Calidad*, pero... ¿eso qué es y cómo se fabrica? Calidad, acreditación, prestigio, imagen, impacto... son palabras con cierta magia y que, por ello, empleamos con bastante ligereza: las aplicamos a la asistencia, a la formación, a Sociedades científicas, a los servicios sanitarios, a las revistas... Pero, ¿realmente estamos preparados para ello? ¿Trabajamos con rigor científico? ¿Comunicamos con rigor científico lo que trabajamos? ¿Analizamos con rigor científico lo que comunicamos? ¿En qué basamos nuestros criterios? Tal vez en la autoformación, tal vez en nuestras impresiones... A caso ¿No es objetivo de todos luchar por la «acreditación», por el reconocimiento del rigor, de la cali-

dad y nivel científico de nuestra revista? Una revista tiene sentido en función de sus destinatarios y no solamente sirve para publicar «trabajitos» o para mérito de quienes evalúan o dirigen. Tanto el ser consultor o director como el ser autor de un artículo publicado es, ante todo, un honor que parte de un compromiso y un respeto hacia uno mismo y hacia los demás, una responsabilidad que sólo recibe compensación si se ejerce con seriedad. En mi opinión sólo llegaremos a la excelencia o calidad con un planteamiento amplio basado en la *Autoevaluación*, y para ello se necesitan unas bases editoriales fundamentadas y exigentes (en este sentido, parece que la nueva dirección editorial lo tiene claro)⁴ y, en segundo lugar, un plan de *formación* general para todos los consultores y miembros de SEMES que lo soliciten y que engloben temas relacionados con la documentación científica, la metodología en la investigación, la medicina basada en la evidencia y el proceso editorial. Creo que con ello saldremos todos beneficiados. El resto ya depende de cada uno de nosotros, de nuestra ilusión, nuestro tiempo, nuestras ganas de mejorar, de trabajar en equipo...

Debo insistir una vez más en la importancia que la revista tiene dentro de la SEMES y creo que es deseo de todos contribuir a su engrandecimiento. Para ello es preciso realizar trabajos prospectivos y de evaluación, al tiempo que promover la autoevaluación y una formación permanente y pluridisciplinar. No me dirijo solamente a la dirección de la revista o al comité editorial, esto es tarea de todos^{4,5}.

Bibliografía

1. Juárez Alonso S. SEMES y Emergencias (editorial). Emergencias 1996; 8 (5): 425-426.
2. Porcel A, Rubini JS, Vaya LL, Soler JJ, Aleixandre R. Información bibliográfica en urgencias, ¿qué debemos leer? (comunicación). Emergencias 1996; 8 (3): 258-259. VIII Congreso Nacional SEMES. Las Palmas, 29 mayo-1 junio 1996.
3. Porcel A, Aleixandre R, Rubini JS, Soler JJ. Información bibliográfica en Urgencias: selección de fuentes. Emergencias 1997; 9 (1): 53-57.
4. Serrano Moraza A, Velasco Vaquero M. Emergencias 1997: Consolidación y desarrollo. Emergencias 1997; 9 (1): 44-49.
5. Velasco Vaquero M, Juárez Alonso S, López Díaz M. Un pequeño balance: aún queda mucho por hacer (editorial). Emergencias 1996; 8 (1): 9-10.

M. A. Mateos Hernández
Coordinador de Urgencias
Hospital U. «Príncipe de Asturias»
Alcalá de Henares, Madrid

ILEO BILIAR

Sr. Director:

Se presenta el caso de un paciente de 74 años que acude a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de 36 horas de evolución, con historia previa de coledoclitiasis diagnosticada por Ecografía y Tomografía Computarizada (T.C.). Refiere dolor de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho, irradiándose en cinturón. Se acompaña de vómitos biliosos continuos e intolerancia a la alimentación. No fiebre ni síndrome miccional. No alteraciones en la defecación. El dolor ha remitido con N-butilbromuro de hioscina.

Ligero tinte subictérico conjuntival, abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación zonal, peristaltismo conservado y timpanismo abdominal aumentado. Hiperbilirrubinemia ligera con amilase-mia normal, leucocitosis con desviación izquierda y tiempo de protrombina de 18 seg.

Estudio radiográfico de tórax normal, radiografía simple de abdomen con aerobilia y marcada dilatación de asas de intestino delgado, sospecha de obstrucción intestinal yeyuno-ileal (Fig. 1).

La ecografía abdominal confirma la importante aerobilia y un área de vesícula definida con calcificaciones de la pared y/o litiasis. La T.C. también confirma la aerobilia, vesícula de paredes mal definidas con desflecamiento de la calcificación de la misma, aire en el lecho vesicular y ausencia del cálculo visualizado en estudio previo; en cortes a nivel de pelvis se observan asas de delgado dilatadas y la presencia del cálculo biliar en la luz intestinal produciendo el cuadro de obstrucción de intestino delgado (Fig. 2). El acto quirúrgico confirmó todos los hallazgos descritos.

Entre las causas de obstrucción del intestino delgado en los adultos, se encuentra el ileo secundario a cálculo biliar, que se produce por la migración de un cálculo biliar a través de la vesícula habitualmente

hasta el duodeno (57% de los casos), pudiendo hacerlo hacia otras vísceras huecas como estómago, intestino delgado y colon².

Durante su tránsito por el intestino puede producir bloqueo de la luz intestinal que se traduce clínicamente por episodios de oclusión más o menos intermitente, en dependencia del tamaño del cálculo, sobre todo si su diámetro supera los 2,5 cm.³, pudiendo ocasionar lesiones isquémicas, ulceraciones e incluso perforación de la pared intestinal por necrosis, formación de abscesos y hasta peritonitis.

Los síntomas clínicos pueden ser escasos y coincidentes con otras causas de oclusión intestinal. Hasta



Figura 1. Radiografía Simple de Abdomen al ingreso: dilatación de asas de intestino delgado con aerobilia.

en el 50% de los casos no hay síntomas de enfermedad de la vesícula biliar¹.

La mortalidad del ileo biliar es alta (15-20%), dependiendo de la edad del paciente, estado general y del correcto y precoz diagnóstico². La radiografía simple de abdomen puede ser diagnóstica si se cumple la triada de Rigler³ (signos de obstrucción de intestino delgado, aerobilia y calcificación abdominal ectópica), lo que sólo sucede en un 30-35% de los casos. Aproximadamente en el 50% de los pacientes existe calcio en el cálculo en cantidad suficiente para ser localizado en la radiografía simple.

En aquellos casos en los que la radiografía simple resulta inespecífica, puede ser de utilidad la realización de un estudio con ingestión de bario en el que podemos encontrar, además de la dilatación de asas y dilución de bario, paso anómalo del mismo hacia la vesícula y el árbol biliar e, incluso, visualización del cálculo que produce la obstrucción. En la ecografía⁴ y T.C. podemos encontrar asas dilatadas, cálculo ectópico y aire en el árbol biliar⁵. El tratamiento es quirúrgico y se basa en la extracción del cálculo, colecistectomía y reparación de la fístula. Es de importancia realizar la colecistectomía para evitar la posibilidad de un ileo recurrente, aunque esta intervención deba diferirse si el estado del paciente la desaconseja en el primer acto quirúrgico, ya que la recurrencia del cuadro conlleva una elevación de la mortalidad. Esta recurrencia puede afectar a más del 50% de los pacientes y se suele producir en los primeros 30 días tras la cirugía.

Bibliografía

1. Brockis JG, Gilbert MC. Intestinal obstruction by gallstones: A review of 179 cases. *Br J Surg* 1956; 44: 461.
2. Hudspeth AS, McGuirt WP. Gallstone ileus, a continuing surgical problem. *Arch Surg* 1970; 100: 668.
3. Anderson RG, Woodward N, Diffenbaugh WG. Gallstone obstruction of the intestines. *Surg Gynecol Obstet* 1976; 125: 540.



Figura 2. T.C. al ingreso, corte suprapúbico con asas intestinales dilatadas e imagen redondeada calcificada intraluminal correspondiente al cálculo migrado.

4. Kurtz RJ, Helmann TM, Kurtz AB. Gallstone ileus: a diagnostic problem. *Am J Surg* 1983; 146: 314-317.
5. Sleisenger MH, Fordtran JS. *Gastrointestinal disease: Pathophysiology, diagnosis management*. Saunders WB. Philadelphia 1973.
6. Rigler LG, Borman CW, Noble JF. Gallstone obstruction pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941; 177: 1753.
7. De Paolis M, Sala P, Pretolesi F, Falchi Q. The ecographic diagnosis of «biliary ileus». A case report. *Radiol Med Torino* 1994; 87 (1-2): 146-8.
8. Grumbach K, Levine MS, Wesler JA. Gallstone ileus diagnosed by tomography. *J.C.A.T.* 1986; 10: 146-8.

A. Mainar Turón*, F. J. Rodríguez Recio*,
J. E. Belarra Gorrochategui**,
M. A. Rodríguez Márquez**

*Servicio de Radiodiagnóstico,
**Unidad de Urgencias.

Hospital General del Insalud de Soria.

ACERCA DEL BAREMO DEL CERTIFICADO DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Sr. Director:

Escribo estas líneas en relación al baremo de puntuación establecido para la obtención del Certificado de Medicina de Urgencias y Emergencias. Personalmente opino que establece una injusticia comparativa

entre los profesionales que trabajan en Urgencias y que se formaron mediante la vía MIR y los que no. La discriminación creo que se establece en el punto 1.4 cuando excluye la posibilidad de puntuar durante los años de residencia. Parece evidente que el motivo de no incluir el período de residencia se debe a que se consi-

dera de aprendizaje. Sin embargo, el resto de colectivo médico que no se formó por la vía MIR, por la razón que fuese, tiene la posibilidad de puntuar desde el momento en que se inicia su andadura profesional en los Servicios de Urgencias incluso, y aquí reside la discriminación, desde el primer día post-licenciatura (lo que presupone su formación desde el primer día).

Lo expuesto hasta el momento significa en términos prácticos para una especialidad de 5 años de residencia un handicap de: 5 años x 12 meses x 5 guardias al mes: 300 días x 2: 600 días divididos por 30 días (1 mes): 20 puntos.

Cabe decir que entiendo que en el punto 2.6 del baremo se intentó solucionar esta discriminación otorgando 10 puntos por poseer un título de especialista. Sin embargo, la acción queda desvirtuada cuando se establece para el Certificado Oficial de Médico Generalista (para cuya obtención sólo se requería solicitarlo y rellenar un impreso en los plazos prescritos) la misma puntuación que para uno de especialidad. A la luz de lo expuesto, no puedo dejar de considerar injusta la situación.

A mi entender, como posibles soluciones equitativas cabe apuntar dos: a) que no puntúen en ningún caso (MIR y no MIR) los primeros 5 años post-licenciatura (años de formación) o b) que las guardias realizadas por el sistema MIR puedan puntuarse como las que son realizadas fuera de dicho sistema.

Quiero resaltar que lo expuesto hasta el momento no pretende entrar en polémica en cuanto a la vía de formación, ya que no se propone una puntuación diferente según la misma, sino en su equiparabilidad a la hora de puntuarlas.

Si como creo entender, existe el deseo y la voluntad de que la futura especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias sea por el Sistema MIR (como sucede con el resto de especialidades), es un motivo más para no infravalorar en el baremo actual su capacidad formativa.

E. Pedrol

Servei de Medicina Interna
Hospital General de Granollers

ANALGESIA BALANCEADA: OTRA ALTERNATIVA

Sr. Director:

Volvió a suceder. Afortunadamente cada día menos, pero volvió a suceder. Asistí a como un paciente politraumatizado sufría inútilmente el dolor que le producían sus lesiones; siempre las mismas excusas vacías de contenido: «está algo hipotenso», «un poco bradicárdico», «por si se me deprime»...

El caso es que nuestros pacientes, por culpa de una prudencia mal entendida, y debido a fantasmas que corren en boca de muchos, a veces no se benefician de una analgesia adecuada y sufren sin necesidad alguna.

Yo quisiera repetir una vez más, que los opiáceos son seguros, siempre que se usen a dosis terapéuticas, preferentemente diluidos, y se administren lentamente¹. Y en el caso que nos den problemas, tanto la depresión respiratoria como la bradicardia tienen tratamiento eficaz, rápido y fácil de ejecutar, ya que estos efectos se revierten con naloxona², y con respecto a la hipotensión, pocas se resisten al volumen.

Y si, estimado colega, eres uno de esos médicos que aún dudan en tratar eficazmente el dolor de sus

pacientes, debo recordarte que desde hace unos años se emplean varias técnicas alternativas a los opiáceos como son la analgesia local, los bloqueos nerviosos, etc. Pero dado que estas técnicas implican maniobras quizás poco conocidas, o a las que no estamos acostumbrados, me permito recordaros que existe una modalidad analgésica llamada Analgesia Balanceada, técnica consistente en asociar un opiáceo a un AINE o a un anestésico local por vía intravenosa y/o epidural, con lo cual disminuyen los efectos secundarios del opiáceo, administrado a menor dosis, y se suman los efectos analgésicos de ambas drogas³⁻⁴. Para dosis en bolo, nosotros estamos empleando la unión (incluso asociados en la misma jeringa) de fentanilo 50 µg. con 30 mg. de ketoloraco con buenos resultados⁵, si bien el estudio aún continúa. Para perfusiones, pueden emplearse 20 mg. de morfina más 120 mg. de ketorolaco más ranitidina 100 mg., todo ello en 500 cc. a una dosis de 20 ml/h. y aunque esta modalidad no la tenemos contrastada estadísticamente, la experiencia nos la dicta como segura.

Quizás sea un poco más caro, pero si tratáramos a

nuestros pacientes como nos gustaría que nos trataran a nosotros mismos, veríamos que el esfuerzo merece la pena.

Bibliografía

1. Jaffe JH. «Analgésicos y Antagonistas». En Goodman-Hilman. Las bases farmacológicas de la terapéutica. Edít. Panamericana. 1986: 473-509.
2. Castañeda FJ. Sedación y Analgesia en el paciente grave. 1.ª Edición. Barcelona. Edikamed, 1994.
3. Blackburn A, Stevens JD, Wheatley RG, Madej TH, Hunter D. Balanced Analgesia with intravenous Ketorolac and Patient-Controlled morphine following lower abdominal surgery. *J Clin Anesth Reanim* 1995; 7: 103-108.
4. Aguilar JL, Montes A, Samper D, Roca G, Preciado MJ. Comparación entre fentanilo-bupivacaína mediante PCA epidural en la analgesia postoperatoria de la toracotomía. *Rev Esp Anestesiología* 1994; 41: 165-167.
5. Rodríguez LJ, Gómez E, Casado I, Elias R, Serrano MT, García AB, Suárez R, Alvarez C. Comparación entre fentanilo y la asociación fentanilo-ketorolaco en la analgesia prehospitalaria de pacientes politraumatizados mediante un estudio doble ciego randomizado. *Emergencias* 1996; 8: 172.

L. J. Rodríguez Martín, I. Casado Florez,
R. Elias Hernández, E. Gómez Granizo
SAMUR – Protección Civil del Ayto. de Madrid

LESIÓN CERVICAL POR ZAMBULLIDA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Sr. Director:

A pesar de que los datos recogidos sobre las lesiones cervicales por zambullida son muy diversos, dependiendo de los autores y zonas geográficas, es cierto que su incidencia y trascendencia es muy importante.

Las lesiones medulares traumáticas en países occidentales superaba el 3/100.000 habitantes en estudios de las décadas de los 70-80¹, y actualmente se encuentra entre el 4 y 6/100.000 habitantes².

En EE.UU. una de cada 10 lesiones graves de la espina dorsal que se producen al cabo de un año son por saltos, incluyendo las zambullidas en playas y piscinas. Según Givens et al, un 11,11% de lesionados cervicales en edad pediátrica son por saltos de trampolín y natación³. En España un 27,39% de las lesiones medulares traumáticas corresponden a saltos y un 3,18 a actividades deportivas⁴.

Datos publicados⁵ y no contrastados indican que en el hospital «Vall d'Hebron» de Barcelona se reciben cada año unos cien casos de lesiones medulares, de los que entre 5 y 7 son por zambullida imprudente en aguas poco profundas; y el Hospital de Paraplégicos de Toledo recibe cada año entre 10 y 12 lesionados medulares por zambullida.

Por tanto, en España se pueden calcular entre 40 y

70 personas aproximadamente que sufren lesión medular cada año por este motivo.

El 15 de julio de 1995 un varón de 35 años realizaba un salto de cabeza en una piscina con un metro de profundidad. Inmediatamente de ser divisado el accidente, los socorristas acudieron a su rescate. Desde el primer momento y previendo la posibilidad de una lesión medular, el paciente fue inmovilizado por los socorristas dentro del vaso de la piscina, manteniéndolo controlado hasta la llegada del personal sanitario. A partir de ese momento le fue colocado un collarín cervical y posteriormente fue trasladado hasta los servicios médicos completamente inmovilizado y evacuado hasta el Hospital de referencia.

El paciente a su ingreso presentaba dolor e impotencia funcional en región cervical, pérdida de fuerza en mano izquierda y parestesias en cara anterior del antebrazo izquierdo hasta el primer dedo. Estos síntomas desaparecieron al 5.º día de tratamiento con Allo de tracción craneal, colocándose Jackett a la semana. El T.A.C. evidenció: Lesión cervical con fractura aplastamiento de la 4.ª vértebra cervical con extensión al hemiarco posterior izquierdo. Rotura del muro posterior y desplazamiento de fragmentos al interior del canal medular. Luxación interapofisaria. Fue diagnosticado de traumatismo craneoencefálico cerrado y fractura inestable de C4. Dado de alta hospitalaria el

28 de julio de 1995, pasó revisiones en consultas externas hasta que un año después recibió el alta para su trabajo habitual.

A pesar de la gravedad de las lesiones óseas, no hubo lesiones neurológicas persistentes. No cabe duda que el motivo fue la correcta actuación desde el momento del accidente, impidiendo que la fractura cervical inestable lesionase las estructuras medulares.

Valga este ejemplo junto con los datos epidemiológicos para hacer hincapié en este problema. La llegada de la temporada estival favorece las actividades en el agua y es este el momento en que se producen los accidentes. Dada la gravedad de las lesiones que se pueden ocasionar y sus consecuencias, la prevención primaria y secundaria tienen un papel protagonista.

Dentro de la prevención primaria la información y educación de la población en general, y de los más jóvenes en particular, es el apartado más importante.

En cuanto a la prevención secundaria es la realización de un rescate y su posterior traslado en condiciones óptimas fundamentales, para esto una formación adecuada del personal de primera asistencia debe ser prioritario.

Es intención del Comité de Emergencias en Medi-

cina Deportiva de la S.E.M.E.S. hacer una llamada de atención, para no infravalorar esta patología que puede suceder en playas, piscinas y ríos; y cuya incidencia es previsiblemente creciente debido al auge de los deportes de aventura (Rafting, descenso de cañones...) y otras actividades físicas de alto riesgo.

Bibliografía

1. García Reneses J, Herruzo Cabrera R, Martínez Moreno M. Epidemiological study of spinal cord injury in Spain 1984-1985. *Paraplejia* 1991; 28: 180-190.
2. Thurmond DJ, Burnett BS, Jeppson L, Beaudoin DE, Sniezek JE. Surveillance of spinal cord injuries in Utah, USA. *Paraplejia* 1994; 32: 665-669.
3. Givens TG, Polley KA, Smith GF, Hardin WD. Pediatric cervical spine injury: a three-year experience. *J Trauma* 1996; 41 (2): 310-4.
4. Pérez Oliva M. *El País (Salud)* Julio, 18. 1994.
5. Noguchi T. A survey of spinal cord injuries resulting from sport. *Paraplejia* 1994; 32 (3): 170-3.

F. Novella María-Fernández, L. M. Puertas Calleja
«Comité de Emergencias en Medicina Deportiva» de
la Sociedad Española de Medicina de Emergencias
«S.E.M.E.S.»