

INTOXICACION CON DOSIS ELEVADAS DE METAMIZOL DE EVOLUCIÓN RÁPIDAMENTE FAVORABLE

Sr. Director:

La intoxicación por pirazonas es la más rara de las producidas por antitérmicos-analgésicos, también es la menos grave. No se ha publicado ningún caso mortal debido a sobredosis de metamizol¹. El metamizol magnésico es utilizado ampliamente en los servicios de urgencias. La sobredosis de dipiridona produce trastornos digestivos con náuseas, vómitos y dolor abdominal. Dosis mayores de 10 gramos o en un corto plazo de tiempo pueden producir manifestaciones neurológicas (vértigos, alucinaciones, convulsiones y finalmente coma). En ocasiones aparece metahemoglobinemia que produce cianosis. También puede aparecer afectación cardiovascular con taquicardia y shock¹⁻³.

La evolución es muy variable, así en el 50% de los casos descritos de intoxicación no hay síntomas, en el 40% existen síntomas muy leves y únicamente en el 10% la evolución es severa³. En ninguno de los tres casos de intento de suicidio con dosis entre 25 y 49 gramos de metamizol la evolución fue normal. El cuadro clínico consistió únicamente en vómitos sin alteración de la conciencia ni alteraciones hemodinámicas ni analíticas¹. En cuanto al tratamiento, además de las medidas de soporte y lavado gástrico, carbón activado, puede emplearse la diálisis, puesto que el metamizol y sus metabolitos son hidrosolubles.

Si hay convulsiones se empleará el diazepam y si aparece metahemoglobinemia se administrará vitamina C o azul de metileno.

Recientemente hemos tenido ocasión de tratar a un paciente que ingirió 90 gramos de metamizol por cefalea. La evolución posterior fue rápidamente favorable. Nos parece interesante comentar brevemente el caso por su rareza.

Se trata de un paciente de 29 años de edad, con antecedentes personales de traumatismo craneoencefá-

lico hace 28 años, sin secuelas posteriores. Desde hace varios años tiene cefaleas de características migrañosas que trata con diversos analgésicos. No alergias medicamentosas conocidas. Acude a urgencias refiriendo que en las últimas 12 horas ha ingerido 45 ampollas de metamizol (90 gramos) por cefalea. (Aporta las cajas y las ampollas vacías). Posteriormente tuvo un vómito. Acude a urgencias por malestar epigástrico. En ningún momento tenía intención de autólisis.

A la exploración física: Consciente. Orientado. Bien perfundido e hidratado. Obesidad moderada. T.A.: 150/90 mmHg. 100 l.p.m. A. Cardíaca. Tonos rítmicos, rápidos, sin soplos. A. Pulmonar: Murmullo vesicular conservado y simétrico. Abdomen: Blando, depresible, globuloso, no doloroso, con ruidos intestinales normoactivos, no organomegalias.

Laboratorio. Coulter. L: 6700 con 5300 neutrófilos. Ht.º: 43,8. Hb: 15 gramos. Pl: 152.000. Actividad de protrombina del 100%. Urea: 22 mg/dl. Na: 144 mEq/l. K:4 mEq/l. Creatinina de 0,6 mg/dl. Gasometría arterial (respirando aire ambiente). pH: 7,41. PO₂:76 mmHg. pC 02:39 mmHg. CO 3 H:25,5 mmol/l. Orina elemental: Normal. ECG y R.X. Tórax: Sin alteraciones.

El paciente fue tratado en urgencias con sondaje nasogástrico, lavado abundante obteniéndose líquido claro en gran cantidad, administración de carbón activado y laxante X-Prep (Senósidos A y B). En las siguientes horas se forzó la diuresis con cloruro sódico. La evolución posterior fue favorable. La hemodinámica estuvo estable. Únicamente refirió leves molestias epigástricas el día de su ingreso. No presentó trastornos neurológicos.

Solicitamos niveles sanguíneos de metamizol a su ingreso, pero nos comunicaron que la citada determinación no era realizable en ninguno de nuestros laboratorios de referencia. También fue realizada una

interconsulta con psiquiatría indicando que de momento no precisaba ningún tratamiento.

La analítica efectuada en los siguientes días fue estrictamente normal, siendo dado de alta a los 6 días de su ingreso.

Bibliografía

1. Ortiz Betés P. Intoxicación clínica en Monografía Nolotil (Metamizol magnésico). Ed. Multimédica. Barcelona. 1996: 34-35.

2. Okonek S. Intoxication with pyrazolones. B J Clin Pharmac 1980; 10(S): 385-390.
3. Okonek S, Reinecke HJ. Acute toxicity of pyrazolones. Am J Med 1983; 14: 94-98.

F. Marcos Sánchez, F. Marcos Fernández,

F. Arbol Linde, E. Fernández García

Servicios de Medicina Interna, Medicina Intensiva y Urgencias del Hospital del Insalud de Talavera de la Reina. Toledo

¿HAY QUE RESTRINGIR EL USO DE NIFEDIPINO EN EL SENO DE LA CARDIOPATÍA ISQUÉMICA AGUDA?

Sr. Director:

Recientemente, Pacheco et al¹ han publicado en su revista un estudio que concluye la necesidad de la fibrinólisis en el seno del infarto agudo (IMA), siendo ésta más beneficiosa cuando más precoz se realice, con lo que plantean que se realice prehospitalariamente. Dicho artículo es fruto de un excelente trabajo, siendo pionero en nuestro país en cuanto a la realización de la fibrinólisis extrahospitalaria, sumándonos también nosotros en el deseo que se realice como plantean. No obstante, en dicho artículo hay un protocolo donde se indica la administración de Nifedipino sublingual en el seno del IMA, con lo que discrepamos.

El nifedipino es un calcioantagonista sobreusado en la última década como antihipertensor y antianginoso, por ser en su forma de absorción rápida muy fácil de aplicar, con resultados rápidos y aparatosos, solucionando no pocos problemas al médico. Es en los últimos años cuando empieza a cuestionarse sus efectos adversos en relación con el IMA.

Son dos aspectos los que nos llevan a rechazar el uso del Nifedipino sublingual. Uno es la práctica nula e impredecible absorción sublingual². Otro es consecuencia de los numerosos estudios que desde 1986 (HINT, 1986) indican el aumento de la mortalidad o cuanto menos la nula eficacia en el seno del IMA. Furberg³ en 1996 revisa 16 ensayos con 8.350 pacientes, llegando a la conclusión que el riesgo de mortalidad es 16% superior al grupo placebo. Psaty⁴ en 1995

con 623 pacientes demuestran un aumento de riesgo del 60% con respecto al grupo sin Nifedipino. Pahor (1995) concluye que el riesgo de IMA en pacientes con Hipertensión Arterial o cardiopatía isquémica es superior con el Nifedipino de acción corta. Por último, es la propia Comisión Nacional de Farmacovigilancia⁵ la que en 1996, haciéndose eco de los citados artículos, recomienda modificar el uso del Nifedipino en su forma de acción rápida al objeto de que no se utilice, entre otros, en el seno de la angina pre y postinfarto.

Bibliografía

1. Pacheco A, Ortega J, Hermoso FE, Muriel C. Fibrinólisis extrahospitalaria versus unidad coronaria en el infarto agudo de miocardio. Emergencias 1997; 9 (1): 14-24.
2. Van Harten J, Burggraaf K, Danhof M, Van Brummelen P, Breimer DD. Negligible sublingual absorcion of nifedipine. Lancet 1987; 2: 1363-1365.
3. Furberg CD, Psaty BM, Meyer JV. Nifedipine: dose related increase in mortality in patients with coronary Heart disease. Circulation 1995; 92: 1326-1331.
4. Psaty BM, Heckberg SR, Koepsell TD et al. The risk of myocardial infarction associated with antihypertensive drug therapies. JAMA 1995; 274: 620-625.
5. CNF. Comisión Nacional de Farmacovigilancia. Sesión XXV, 12 de marzo de 1996.

F. Dolz Sinisterra,

E. Garijo Gómez,

J. Sánchez Carpena

Servicio de Urgencias
Hospital "Dr. Peset" Valencia

Sr. Director:

En relación con la carta remitida por los autores Dolz Sinisterra, et al.¹ sobre el uso del Nifedipino sublingual en el seno del Infarto Agudo de Miocardio (IAM), utilizado en el protocolo de tratamiento del mismo, citado en el estudio de la fibrinólisis extrahospitalaria en la provincia de Ciudad Real², se hacen las siguientes consideraciones:

1. El protocolo se estableció a finales de 1988 y fue puesto en práctica a partir de 1989, incluyó pacientes hasta julio de 1992, siguiendo las directrices de los trabajos de Koren³, Bossaert⁴ y Fine⁵ entre otros autores que citaban su uso en sus protocolos.

Con posterioridad, y a tenor de los nuevos conocimientos al respecto, tales como los que se citan en la carta a la que aquí nos referimos, y otros (6-537-AHA-Goldbourt...1993), se abandonó el uso del Nifedipino en el protocolo de asistencia al IAM

2. Esto mismo ocurrió con el uso de la Lidocaína (Roth⁷) y los corticoides profilácticos (Koren³, Villemant⁸, McAller⁹), que basados en las experiencias previas citadas, fueron posteriormente abandonados a la luz de estudios como el de McMahon et al, citado en la nota editorial².

3. En la actualidad ninguno de los tres genéricos aquí citados, son utilizados en el protocolo de asistencia prehospitalaria al IAM por el Servicio de Uvi-móviles del Consorcio Público SCIS-EMERGENCIA CIUDAD REAL (coordinado por el Servicio de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias del Hospital Alarcos Insalud-Ciudad Real) cuya actividad ha cumplido este verano su primera década.

4. Agradecemos a los autores su acertada cuestión¹, al tiempo que informamos que el actual protocolo asistencial al respecto ha sido adaptado a la luz de las últimas Guías de actuación publicadas (ACC/AHA¹⁰) a finales de 1996.

Bibliografía

1. Dolz Sinisterra F, Garyo Gómez, Sánchez Carpena J. ¿Hay

- que restringir el uso del nifedipino en el seno de la cardiopatía isquémica aguda? *Emergencias* 1997; 9 (5): 311.
2. Pacheco A, Ortega J, Hermoso FE, Muriel C. Fibrinólisis extrahospitalaria versus Unidad Coronaria en el Infarto Agudo de Miocardio. *Emergencias* 1997; 9 (1): 14-24.
3. Koren G, Weiss AT, Hasin Y, Appelbaum D, Welber S, Rozenman Y, et al. Prevention of myocardial damage in acute myocardial ischemia by early treatment with intravenous streptokinase. *N Engl J Med* 1985; 313: 1384-1389.
4. Bossaert L, Hendrik E, Demeye E, Colemont LJ, Beaucourt L, Fierens H, et al. Prehospital thrombolytic treatment of acute myocardial infarction with anisoylated plasminogen streptokinase activator complex. *Crit Care Med* 1988; 16: 823-830.
5. Fine DG, Weiss AT, Sapoznikov D, Welber D, Lotan C, et al. Importance of Early Initiation of Intravenous Streptokinase Therapy for Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol* 1986; 58: 411-417.
6. Goldbourt U, Behar S, Reicher-Reiss H, Zion M, Mandelzweig L, Kaplinsky E. Early administration of nifedipine in suspected acute myocardial infarction: the Secondary Prevention Reinfarction Israel Nifedipine Trial 2 Study. *Arch Intern Med* 1993; 153: 345-353.
7. Roth A, Barbask GI, Hod H, Miller HI, Rath S, Modan M, Har-Zahav Y et al. Should Thrombolytic Therapy Be Administered in the Mobile Intensive Care Unit in Patients With Evolving Myocardial Infarction? A Pilot Study. *JACC* 1990; 15: 932-936.
8. Villemant D. Thrombolyse a la phase aigüe de l'infarctus du myocarde. *Tempo Medical* 1987; 286: 23-27.
9. McAleer R, Ruane B, Burke E, Cathcart M, Costello A, Dalton G, et al. Prehospital Thrombolysis in a Rural Community: Short- and Long-Term Survival. *Cardiovasc Drugs Ther* 1992; 6: 369-372.
10. Ryan TH, Anderson JL, Antman E, Braniff LA, Brooks NH, Califf RM, et al. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Acute Myocardial Infarction. *JACC* 1996; 28 (5): 1328-1428.

A. Pacheco Rodríguez*, **J. Ortega Carnier****,
F. E. Hermoso Gadeo*, **C. Muriel Villoria*****

*Servicio de UVI-móviles del Consorcio Público
SCIS-Emergencia Ciudad Real.

** Servicio de Medicina Intensiva y
Cuidados Coronarios del Hospital Alarcos
Insalud-Ciudad Real.

***Departamento de Anestesiología y Reanimación
de la Facultad de Medicina de la Universidad
de Salamanca.

CERTIFICACIÓN DEL TÉCNICO DE AMBULANCIAS EN ASTURIAS

Sr. Director:

Acatando la resolución de la Junta General del Principado de Asturias del 12 de marzo de 1993, en la que se instó al Consejo de Gobierno a impulsar de forma coordinada con el Insalud, las Administraciones y las entidades interesadas en el campo sanitario, la constitución de un Sistema Integral de Emergencias e igualmente perseguir una mejor formación del personal implicado en el proceso del traslado de pacientes, se diseña un sistema de acreditación del personal técnico en transporte sanitario para nuestra Comunidad.

De acuerdo con las disposiciones transitorias, párrafo 2.º, del Boletín Oficial del Principado de Asturias, con fecha de 21 de junio de 1995, el Consejero de Sanidad y Servicios Sociales decide que: todo el personal que realice transporte sanitario dispondrá del plazo de un año para obtener el Certificado de Conductor-Técnico en Emergencias, en cualquiera de sus variantes.

La obtención de los Certificados de Técnico en Emergencias Sanitarias sigue un plan de formación en dos módulos:

Módulo 0 (60 horas). Consiste en un curso básico teórico-práctico, que garantiza que se han adquirido los conocimientos en primeros auxilios, resucitación cardiopulmonar básica y aspectos técnicos del transporte sanitarios. Para la obtención del Certificado de Técnico en Emergencias Sanitarias, todo el personal de ambulancias deberá superar el curso básico con al menos el 60% de los conceptos aprobados, mediante prueba de aptitud.

Módulo I (120 horas). Consiste en un curso teórico-práctico, que garantiza que se han adquirido los conocimientos en atención al politraumatizado, patologías graves, soporte vital instrumental así como el manejo y funcionamiento del aparataje de una U.V.I. Móvil. Para optar al Módulo I, los candidatos deberán haber superado el Módulo 0, con al menos el 70%. Para la obtención del Certificado de Técnico Especialista de Urgencias, los candidatos deberán superar este curso con al menos el 60% de los conceptos aprobados, mediante prueba de aptitud.

Cada módulo aprobado da derecho a una certificación por parte de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, así como a una placa de identificación con

los datos personales. En la parte inferior de ésta figurará una franja de color que variará en función del curso aprobado. Los Técnicos deberán llevarla puesta de forma visible y permanente.

Todos los Certificados tienen una validez de cinco años. Para su prórroga, el candidato deberá asistir a un curso de reciclaje con un número de horas igual o superior al 20 por ciento de las horas del curso original y posteriormente presentarse ante un Comité de evaluación creado a tal fin.

Los Certificados de Técnicos en Emergencias Sanitarias podrán ser expedidos por las Escuelas de Formación acreditadas por la Consejería de Servicios Sociales, previa la realización del correspondiente curso y la superación del examen, en cuyo tribunal deberá participar necesariamente un representante de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

Las Escuelas o Centros que pretenden ser reconocidas deberán presentar una serie de requisitos ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Principado de Asturias, que vienen descritas en la resolución, y disponer de un personal docente acreditado ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Este personal puede ser médico, de enfermería o técnico y deberán justificar su experiencia en Servicios de Urgencias, Intensivos o en el transporte sanitario.

Todas estas normativas no tienen otro fin que paliar la carencia en formación detectada en la gran mayoría de las personas que estaban realizando el transporte sanitario en nuestra comunidad autónoma y conseguir mediante esta formación que dicho personal tenga una calidad asistencial mucho más destacada, que repercutirá directamente en el paciente, que verá mejorar su asistencia en la manipulación de los traumatismos, en las diferentes técnicas de la fisiopatología del transporte sanitario, pero también en el tratamiento precoz por parte del Servicio de Urgencias y un tratamiento definitivo más ajustado gracias a los datos transmitidos por los Técnicos, resultando tener todo esto una incidencia favorable en la morbimortalidad de los pacientes.

**L. A. Mamés Delgado*,
F. del Busto Prado****

*Técnico en Emergencias Médicas
**Coordinador Regional de Urgencias

CONFORMACIÓN DE LAS DOTACIONES DE AMBULANCIAS EN LOS SISTEMAS DE EMERGENCIAS PREHOSPITALARIOS EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Sr. Director:

La República Argentina es un país en la porción más meridional de América del Sur. Más de 33 millones de personas viven en ella, distribuidos muy irregularmente.

Grandes ciudades como Buenos Aires, Córdoba, Rosario, La Plata, entre otras, alojan más del 70% de la población. Esta situación demográfica coexiste con zonas alejadas en un territorio de más de 3 millones de km. cuadrados de superficie y de 3.500 km. de longitud y 1.000 de ancho máximos, respectivamente.

La respuesta a la demanda de atención médica de emergencias es variable de acuerdo a estos considerandos poblacionales. Podríamos agrupar estas realidades en tres situaciones distintas, a saber:

1. *En las grandes ciudades* conviven sistemas diversos de emergencias prehospitalaria, con financiamientos y por ende objetivos operacionales diferentes, y sin una integración prestacional óptima. Estos sistemas también difieren en su calidad y en los niveles de resolución que las emergencias proponen. Dado que la ley en Argentina determina que las ambulancias deben ir tripuladas por personal médico, en las ciudades se observa que el 100% de los móviles sanitarios incluyen al menos dos personas en su tripulación: un conductor con conocimientos básicos de emergencias (cursos que rara vez superan las 40 hs.) y un médico. Este hecho limita grandemente la realización de procedimientos avanzados de reanimación cardiopulmonar y para el traumatizado si uno pretende aplicar las normas reconocidas por los sistemas más serios en todo el mundo (A.C.I.S., P.H.T.L.S. A.T.L.S., etc Para ello es fundamental contar con la asistencia de un enfermero entrenado en el área de Terapia Intensiva y/o Emergencias. El «tercer tripulante», también es trascendente para que los transportes interinstitucionales de pacientes críticos se realicen en forma segura.

En el S.A.M.E., Sistema de Atención Médica de Emergencias, las Unidades de Alta Complejidad siempre salen con tripulaciones conformadas por conductor, médico y enfermero. En los servicios privados de buena calidad se repite este criterio, si bien ha habido últimamente intento de eliminar la figura del enferme-

ro, argumentando distintas razones como la reducción de costos o los pocos incidentes en los cuales son necesarios los tres operadores, para los cuales, si fuese necesario, se podría convocar otro móvil.

Esta última solución, más costosa que tener el personal completo, implica un impacto en la disponibilidad de los sistemas, agregando un tiempo precioso a la demora en comenzar con la reanimación avanzada hasta la llegada de la segunda unidad.

La opción de aumentar el nivel de entrenamiento del conductor hasta hacerlo lo más parecido posible a un enfermero es impresentable a la hora de realizar tareas coordinadas y la continuación de las maniobras durante el transporte por obvias razones.

Por otro lado, las razones de costo-beneficio no deberían aplicarse tan crudamente cuando el resultado potencial es tan diferente.

Es nuestra filosofía prestacional la universalidad de los sistemas, y luchamos por no permitir que el pronóstico definitivo, vital de un paciente, que depende de los procedimientos realizados correctamente en el menor tiempo, termine dependiendo de una fórmula de optimización económica. Seguramente es posible ahorrar en otros niveles o etapas de la atención pero no en las dotaciones de emergencia.

Han aparecido en mi país algunas escuelas de una figura denominada genéricamente paramédico que no se apoya en la enfermería clásica sino en pautas diferenciales de formación. Mi opinión es que resulta mucho más productivo entrenar adecuadamente a los enfermeros en la emergencia, dado que cuentan con un currículo permanentemente vinculado con la Medicina y en el caso de los universitarios con una sólida formación con contenidos y duración más cercanos al del profesional médico. Crear una figura desinsertada de los hospitales, sin posibilidad de proyección profesional diversa, termina muchas veces produciendo un camillero con algún entrenamiento.

2. *En zonas rurales o alejadas.*

En ellas la prestación prehospitalaria no se encuentra muy desarrollada y por lo tanto los primeros auxilios son presentados por la comunidad, o rescatadores profesionales no médicos como bomberos, policías, gendarmes, etc.

3. *En poblaciones pequeñas.*

En ellas la atención es brindada desde el hospital, generalmente pequeño, por ambulancias parcialmente equipadas, y en muchos casos acuden al lugar el conductor solo con el único objeto de transportar al paciente o en algunas oportunidades con el apoyo de un enfermero, dado que los médicos pueden encontrarse de guardia pasiva y son convocados cuando el paciente llega al hospital.

Es fácilmente deducible que los resultados en las regiones mencionadas no son asimilables a los descritos en el punto 1, y que el pronóstico de vida y las posibilidades de sobrevivida son sensiblemente menores.

En síntesis, quisiera resaltar que en el diseño de los Sistemas de Emergencias debe contemplarse como hecho fundamental no solamente el componente tecnológico que los móviles contienen, sino también la

posibilidad de contar con el recurso humano suficiente en cantidad, y adecuadamente entrenado en forma continua.

Al respecto, nuestra experiencia nos permite afirmar que la medicalización del sistema, cuando el médico se encuentra debidamente entrenado, eleva los estándares posibles de atención. Asimismo, consideramos imprescindible la figura del enfermero de emergencias para llevar a cabo procedimientos avanzados en la etapa prehospitalaria, sin el cual los mismos no podrían ser realizados aún cuando el médico tenga el mejor nivel.

M. R. Muro

Director General

Sistema de Atención Médica de Emergencia

Secretaría de Salud

EL CME, ¿SÓLO PARA LOS SERVICIOS DE URGENCIAS?

Sr. Director:

Tras haber celebrado gratamente el IX Congreso Nacional y II Encuentro Internacional en Sitges (Barcelona), me quedó mal sabor de boca por un tema concreto. Este es el Certificado Médico de Emergencias. Al igual que para los compañeros médicos es requisito indispensable el haber trabajado cinco años (mínimo) en un servicio de urgencias, hospitalario o extrahospitalario, yo me pregunto: ¿Qué pasa con los compañeros de los centros de Atención Primaria? Para que comprendan mi cuestión, intentaré resumirles el caso en que nos encontramos mis compañeros y yo. Trabajamos en un pueblo aislado, que se considera una "ISLA" dentro de otra isla (Gran Canaria). Por esto, todo tipo de urgencias, desde las leves hasta las más urgentes que ocurren en este pueblo, de unos 8.000 habitantes, son atendidos por el Equipo de Atención Primaria, las 24 horas del día. Hemos tenido que hacer rescate de pacientes, hemos bajado a barrancos a socorrer a los accidentados, hemos asistido una media de 5-6 partos anuales, somos los que estabilizamos a los pacientes y los preparamos para su traslado, por lo cual recurrimos a los compañeros

del 061-Canarias (Helicóptero), aunque también hemos tenido que salir del municipio, acompañando al paciente en ambulancia, cuando el helicóptero no está disponible. Atendemos a todas las edades (Pediatría, Adultos, Geriatria) y todo tipo de patologías (Traumáticas, Médicas). En el equipo contamos con dos Máster en Medicina de Urgencias y un Experto Universitario en Enfermería de Urgencias. ¿Por qué se nos cierra el acceso al certificado, tanto médico como enfermero? Me gustaría saber si hay más compañeros en la misma situación.

Mi propuesta es que el requisito de trabajar en un Servicio de Urgencias no sea indispensable, que se valore de otra manera pues, por otro lado, algunos reunimos bastante puntuación con el curriculum, por participar en congresos de la SEMES (Ponencias), trabajos de investigación, etc.

No nos gustaría quedarnos fuera.

Espero que se estudie esta propuesta y nos puedan ofrecer pronto una respuesta.

M. A. Perera Vega

Experto Universitario de Urgencias.

C.S. La Aldea. Gran Canaria

ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS: UN VACÍO INJUSTIFICABLE

Sr. Director:

La implantación del CME ha venido a ocupar, en parte, el enorme vacío que existía en torno a la Medicina de Urgencias, tradicionalmente abandonada por los encargados de diseñar nuestra estructura sanitaria. Pero el problema en modo alguno ha sido resuelto; no ha hecho más que recibir un paliativo que debemos considerar provisional.

Resulta inexplicable la escasa importancia que siempre se le ha reconocido a la Medicina de Urgencias. Cualquiera entiende que las decisiones que se tomen en esa fase aguda de la enfermedad, que con frecuencia ni siquiera concede tiempo para reflexionar, puede ser determinante incluso para la vida del paciente. Por lo tanto, la formación específica y garantizada de los profesionales que atienden tales servicios debería estar fuera de toda duda.

Pero hasta ahora no ha sido así. La general eficacia con que se trabaja en los Servicios de Urgencias se debe, exclusivamente, a la abnegación de unos profesionales que en su mayoría luchan en soledad por sacar conclusiones de sus experiencias y mantienen siempre vivo su sentido de responsabilidad. Y no es

razonable que el mismo paciente que en una fase ulterior de su proceso se está beneficiando de una medicina de alto nivel, haya tenido que pasar previamente el túnel tenebroso de la primera asistencia.

Por eso, después de felicitarnos y felicitar a la Administración por haberse decidido por primera vez a reconocer, aunque precariamente el hecho diferenciador del Médico de Urgencias, es necesario proclamar la necesidad de dar el siguiente paso: homologar definitivamente la calidad de la asistencia en todas las fases del proceso sanitario. Y la única forma de conseguirlo, no nos engañemos, es garantizando la formación de los médicos de urgencias, que ha de ser específica para sus funciones, mediante una titulación que en estos momentos ha de pasar necesariamente por la vía MIR.

No entenderlo así constituye, entre otras cosas, un fraude a los pacientes que, no lo olvidemos, acabarán por exigir responsabilidades, y cuando lo hagan, a falta de otras asistencias, les asistirá al menos la razón.

A. Valverde Grimaldi

Vocal de Médicos de la Junta Directiva
de SEMES - Extremadura