

## INVESTIGACIÓN: SIEMPRE UN PASO HACIA DELANTE

Sr. Director:

Recientemente he leído la carta de Rodríguez, Díaz y Soria<sup>1</sup> que plantea un dilema más retórico que real, casi «romántico», sobre las dificultades para investigar, la imposibilidad de protocolizar la investigación por falta de medios económicos u organizativos en nuestro medio, lo estéril de plantearse preguntas científicas e intentar resolverlas. No voy a abundar en temas éticos ni legales. Tampoco voy a apuntarme al carro de la Medicina Basada en la Evidencia o en Pruebas con Velasco Serrano<sup>2</sup>. Sencillamente estoy donde siempre he intentado permanecer, en torno a la Medicina sin adjetivos superfluos, sin epítetos, abrazado al ejercicio científico y responsable de la medicina.

Entiendo que cuando un profesional se plantea una pregunta sobre su trabajo debe repetir como un Sísifo el camino ascendente con el asunto al lomo hasta la cumbre del monte. La vista desde la altura es siempre satisfactoria. La piedra que rueda nuevamente hacia el pie de la colina será otra pregunta distinta.

La curiosidad y el interés por un tema sólo se satisface estudiando y en unos pocos casos investigando. Si eres capaz de formularte una buena pregunta, estás en el momento adecuado en el punto justo, con apoyos y colaboraciones suficientes y tienes ganas de trabajar y quizá de sufrir, podrás investigar. La búsqueda bibliográfica, cada vez más accesible, la redacción de un protocolo de investigación adecuadamente fundamentado (intelectual y materialmente), planificado y desarrollado, la evaluación final y difusión de los resultados son los pasos habituales del investigador para encontrar respuestas, sin gastar tiempo y dinero en investigaciones redundantes, obsoletas o con poca potencia estadística. A falta de medios para realizar un gran estudio, desde casa se pueden hacer metaanálisis sobresalientes.

Si con una buena pregunta entre manos (hay ideas que no tienen precio), te falta apoyo, formación o colaboración, has de buscarlos. Satisfacer algunas formativas forma parte de la «maldición» de un médico en la brecha, y la metodología de investigación ha sido difundida por multitud de medios en los últimos años (Estadística, Informática, Epidemiología...).

Entre otros motivos se ha criticado el *Certificado de Medicina de Emergencias* (CME), documento de consenso en cuya preparación tuve el honor de participar, por el peso relativo de la actividad investigadora. Sin embargo, creo que aún es poca su aportación, sobre todo frente a la actividad puramente asistencial: «para hacerse viejo sólo hay que dejar pasar el tiempo». Actitudes residuales como la expresada por los autores comentados<sup>1</sup> parecen ir en ese sentido. Pero no hay como hojear nuestra revista *Emergencias*, o acudir a nuestros congresos para ver cómo la cantidad y calidad de los trabajos de investigación rezuman progreso y actitud positiva, y revelan el avance metodológico de nuestros socios, aún inasequible para unos pocos.

Entonces, sin desaliento, ¿es razonable plantearse en una noche oscura la pregunta esencial: investigar o no investigar? Creo que hay que encender la bombilla y buscar soluciones. La investigación siempre es un paso hacia el futuro.

### Bibliografía

1. Rodríguez Martín L, Díaz Rodríguez MJE, Soria Jiménez L. Ensayo Clínico ¿un paso hacia delante? *Emergencias* 1997; 9 (4): 252-253.
2. Velasco Vaquero M, Serrano Moraza A. ¿Medicina basada en la evidencia (MBE) o medicina basada en pruebas (MBP)? *Emergencias* 1997; 9 (4): 9-11.

**E. F. Palomar Pérez**  
Doctor en Medicina y Cirugía  
Servicio de Urgencias  
Hospital 9 de Octubre. Valencia.

# VENTAJAS DE LA MANIOBRA *BURP* FRENTE A LA MANIOBRA DE SELICK EN LA INTUBACIÓN DIFÍCIL

Sr. Director:

En la intubación de urgencia del paciente crítico, habitual mediante alguna modificación de la denominada secuencia rápida de inducción (SRI), la visualización de las cuerdas vocales no siempre es fácil, lo que resulta en grados variables de dificultad.

La intubación difícil (ID) es reconocida como el fracaso, por parte de un operador experimentado y entrenado, en las condiciones y posición óptimas, para introducir un tubo endotraqueal a través de la glotis mediante laringoscopia directa<sup>1</sup>, pudiendo ser esperada o inesperada según su forma de presentación. Malformaciones cráneo-faciales tan clásicas como el síndrome de Treacher-Collins sirven de muestra para la intubación difícil prevista. Por su parte, la incertidumbre generada por la imprevista ha impulsado el desarrollo de múltiples test, bien clínicos, bien instrumentales, no siempre afortunados y, en ocasiones, con dudosa capacidad predictiva<sup>2</sup>.

Uno de estos test, desarrollado por Cormack y Lehane en 1984<sup>3</sup>, basado en la mayor o menor facilidad de visualización del espacio glótico mediante laringoscopia directa, nos sirve para cuantificar y estandarizar los estudios. Agrupa pacientes en grados de dificultad creciente: grado I = visión completa de glotis y cuerdas vocales; grado II = tan sólo se ve la comisura posterior (aritenoides); grado III = tan sólo se ve la epiglótis; grado IV = ni siquiera se ve la epiglótis, tan sólo orofaringe o tejidos blandos.

Con objeto de intentar mejorar la visualización glótica, en los últimos años se han desarrollado diversas maniobras, que pasamos a comentar.

La presión sobre el cartílago cricoides, clásicamente atribuida a Sellick<sup>4</sup>, permite disminuir el llenado gástrico durante la ventilación con mascarilla facial, reduciendo considerablemente el riesgo de regurgitación. En un estudio realizado por Wilson et al<sup>1</sup>, reduce la incidencia de ID (grados III y IV de Cormack-Lehane) de un 9,2% a un 1,6%. Estas dos ventajas aconsejan su uso rutinario durante toda la SRI del paciente con estómago lleno.

No obstante, la distorsión anatómica provocada por

su aplicación incorrecta (desalineación de los ejes en la posición de olfateo, por otro lado, no siempre posible) puede llegar a dificultar enormemente la visualización y posterior intubación. A fin de solucionar este problema, para limitar la flexión cervical, algunos autores han recomendado que la segunda mano del asistente se coloque bajo el cuello del paciente realizando una presión en sentido contrario (presión cricoidea bimanual), aunque con resultados contradictorios<sup>5</sup>, probablemente dependientes de factores individuales no bien conocidos.

Como maniobra alternativa, aunque con resultados no cuantificados, otros autores realizan la presión cricoidea de forma aleatoria, mediante una técnica de "ensayo y error" hasta conseguir una visión óptima<sup>6</sup>.

Modificada por Krantz en 1993<sup>7</sup>, la maniobra de "ascenso laríngeo" permite mejorar la visualización laríngea mediante un movimiento combinado de presión dorsal (0,5 cm) y elevación cefálica (2,5 cm). Esta técnica reduce los grados III y IV de un 8,0% a un 3,0% pero algunos casos quedan todavía sin resolver. En ocasiones, un ascenso exagerado puede reducir aún más la visión laríngea.

Ese mismo año, tras un estudio inicial basado en una hipótesis teórica, Knill<sup>6</sup> describió como buena una maniobra sobre la que queremos llamar la atención, consistente en el desplazamiento manual externo de la laringe mediante presión sobre el cartílago tiroideo (a diferencia de la presión cricoidea) en tres direcciones: 1. Posterior (backward), hacia las vértebras cervicales. 2. Superior (upward), tan lejos como se pueda (aunque no se recomienda más de 3 cm) y 3. Ligeramente a la derecha (Rightward) del paciente: *Backward Upward and Rightward Pressure* o *BURP*.

Ayudado por estos simples movimientos, el autor intenta solucionar los tres principales factores responsables de ID propuestos originalmente por Cormack y Lehane: 1. una laringe anterior, 2. la protrusión posterior de lengua y tejidos blandos y 3. unos incisivos superiores prominentes.

La maniobra BURP no se recomienda de rutina, quedando reservada para las actuaciones de ID extrema (grados III y IV), en especial bajo relajación muscular.

Sin embargo, hasta 1997 no se ha realizado una evaluación sistemática de su eficacia. En un estudio comparativo Sellick vs. BURP llevado a cabo en 630 pacientes, los datos aportados por Takahata<sup>8</sup> muestran que ambas mejoran la visualización de la laringe, con superioridad manifiesta a favor de la segunda. Para los grados III y IV, la maniobra de Sellick redujo la dificultad del 14,6% al 2%, mientras la maniobra BURP llegó hasta el 0,6%, resolviendo todos los casos de grado IV.

Ya reconocido por Knill en su presentación, queda pendiente la evaluación de su eficacia antirreflujo en la prevención de la regurgitación gástrica. Por otro lado, nuevos estudios controlados deberán arrojar luz sobre el papel de la maniobra BURP en las diversas variantes de SRI fuera del quirófano, en especial la urgencia hospitalaria y el medio prehospitalario.

### Bibliografía

1. Wilson ME, Spiegelhalter D, Robertson JA, Lesser P. Predicting difficult intubation. *Br J Anaesth* 1988; 61: 211-216.
2. Bainton CR. Difficult intubation: What's the best test? *Can J Anaesth* 1996; 43 (6): 541-543.
3. Cormack RS, Lehane J. Difficult tracheal intubation in obstetrics. *Anaesthesia* 1984; 39: 1105-1111.
4. Sellick BA. Cricoid pressure to control regurgitation of stomach contents during induction of anesthesia. *Lancet* 1961; 2: 404. Citado por: Gibbs ChP, Modell JH. Neumonitis por aspiración. En: Miller RD (ed.). *Anestesia*. Barcelona: Doyma SA 1988 (3.ª ed.): 1877-1901.
5. Yentis SM. The effects of single-handed and bimanual cricoid pressure on the view at laryngoscopy. *Anaesthesia* 1997; 52: 332-335.
6. Knill RL. Difficult laryngoscopy made easy with a "BURP". *Can J Anaesth* 1993; 40 (83): 279-282.
7. Krantz MA, Poulos JG, Chaouki K, Adamek P. The laryngeal lift: a method to facilitate endotracheal intubation. *J Clin Anaesth* 1993; 5: 297-301.
8. Takahata O, Kubota M, Mamiya K, Akama Y, Nozaka T, Matsumoto H, Ogawa H. The efficacy of the "BURP" maneuver during a difficult laryngoscopy. *Anaesth Analg* 1997; 84: 419-421.

**A. Serrano Moraza, A. Pérez Belleboni**  
Servicio de Emergencia y Rescate  
de la Comunidad de Madrid  
(SERCAM)  
Bomberos Comunidad de Madrid

## LA POSIBLE REALIDAD DEL CME

Sr. Director:

Nos encontramos ante uno de los momentos más decisivos para nuestra *Especialidad* y hemos de estar muy atentos para que las cosas no se nos escapen de las manos y no gastemos energías e ilusiones en caminos equivocados.

Recientemente han aparecido publicadas manifestaciones de colectivos, en concreto la «*Comisión de Emergencias*» de la SEMIUC (formada por destacados miembros de SEMES), en las que pueden constatar la orientación que se pretende dar a la especialidad de Intensivos de cara a poder acceder el campo de las Urgencias y Emergencias. Incidiendo en las grandes carencias asistenciales que existen en la Atención Urgente y que no han sido asumidas por las autoridades sanitarias, según esta misma fuente, se plantea la panacea salvadora en la presencia de médicos intensivistas en las áreas de urgencias y en los sistemas extrahospitalarios de atención inmediata<sup>1</sup>. Este planteamiento se está viviendo ya en algunas comunidades autónomas de nuestro país.

Sabido de todos es que en la actualidad, para realizar la actividad asistencial en los Servicios de Ur-

gencias de los Hospitales, se solicita la titulación en Medicina de Familia (aunque no es éste campo el que figura en su cuerpo doctrinal), o cualquier otra especialidad, y son muchos los médicos de familia que ven en los Servicios de Urgencias una forma agradable de trabajo al acabar su formación MIR.

La tendencia comentada en el Seno del Consejo Nacional de Especialidades NO es la de crear la *Especialidad de Urgencias ni Emergencias*. Se contempla como posibilidad la de que exista una *Superespecialidad en Medicina de Emergencias*. Pero para que exista esta superespecialidad, se parte de una especialidad de base, bien sea medicina de familia, medicina interna, trauma, cirugía, pediatría o anestesia<sup>2</sup>.

La mayoría de los médicos que actualmente trabajan en los Servicios de Urgencias, tanto hospitalarios como Extrahospitalarios, no poseen especialidad oficial alguna, y en concreto los de los hospitales, ni tan siquiera tienen la opción a la obtención de la homologación con la medicina de familia.

En el mes de julio, el Ministerio de Sanidad, en el seno de la reunión del Consejo Interterritorial de Salud ha dado

a conocer el contenido del proyecto de Real Decreto, que entrará en vigor en el mes de octubre, por el que se va a convalidar la titulación de médico general –sin formación MIR– con la denominación oficial dictada por la Unión Europea de *Médico de Familia*<sup>3</sup>. Me preocupa mucho, que en el texto no se menciona para nada a los médicos generalistas que ejercen en Atención Especializada.

Ante estos hechos me cuestiono la operatividad a corto plazo del CME sólo considerando que debe intentarse, si ésta es la postura del Ministerio, conseguir la Especialidad de Familia para todos los médicos en esta próxima homologación y añadir a ella el CME para realizar la actividad de Urgencias y Emergencias. Con posterioridad se optaría, como existe en Bélgica a la superespecialidad o a la especialidad propia.

Sin conseguir esto, me temo que el CME será un

bonito título que tendrá poco valor a la hora de conseguir un puesto de trabajo, comparado con cualquier especialidad médica.

### **Bibliografía**

1. Guerrero JE, Perales N, Sánchez Nicolay I, Cerdá M, Alvarez JA. Recomendaciones de la SEMIUC: La Medicina Intensiva en la atención urgente. *Med Intensiva* 1997; 21: 236-240.
2. Sánchez V. *Diario Médico*. 16 septiembre 1997.
3. Ferrando M. *7 Días Médicos*, 1997; 337: 8.

**J. García Vega**

Médico del Servicio de Urgencias  
Hospital Provincial de Pontevedra  
e-mail: ffgvega@nexo.es

## NOTA DEL DIRECTOR

SEMES, a través de su Presidente, Junta Directiva y otros miembros de la Sociedad, ha mantenido reuniones y comunicados en diferentes ocasiones con las autoridades Sanitarias y Académicas para poner de manifiesto la importancia de la Medicina de Urgencia y Emergencia como especialidad, así como la del personal sanitario dedicado a esta tarea. Hecho del que se ha informado en las Asambleas Nacionales y Regionales de la Sociedad.

En este momento y con el objeto de que puedan verificar el rigor con el que se está llevando a cabo el CME se ha invitado a los organismos correspondientes del Ministerio de Sanidad, Educación y Cultura y Organización Médica Colegial para que se personen en la forma que estimen conveniente.

Con datos obtenidos a partir de los solicitantes del

CME (dos mil cuatrocientos médicos en la primera convocatoria) se está elaborando un documento, que permitirá conocer con bastante precisión el perfil de los profesionales médicos, dedicados a la urgencia y emergencia sanitaria.

Este documento creemos que constituirá para SEMES una buena «tarjeta de visita» para presentar a los interlocutores oficiales, a la hora de plantear la necesidad de reconocer oficialmente lo que de hecho es una realidad profesional, la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias.

**Salvador Juárez**

Director de EMERGENCIAS  
Coordinador del CME

## EL COLECTIVO DE REFUERZOS DE ATENCIÓN PRIMARIA RECLAMA EL RECONOCIMIENTO DE LAS URGENCIAS Y EMERGENCIAS EN SU ÁMBITO

Sr. Director:

Como presidente de F.A.M.E.R. (Federación de Asociaciones de Médicos y Enfermeros de Refuerzo) quiero

hacer oír la voz de un colectivo que sufre una vejación constante por parte del INSALUD (con unas condiciones laborales cercanas a la esclavitud y unas retribuciones basuras) y el olvido y el abuso de sus compañeros de profesión.

No obstante es un proyecto de la Asociación de Refuerzos de Toledo y de la Federación de Asociaciones el realizar un estudio de qué profesionales son los que atienden las urgencias en primaria y en qué porcentajes. Siendo la cifra del 80% estimada según mi experiencia y la del área de Talavera de la Reina, pudiendo obtenerse una estimación más objetiva y real analizando los libros de registro de los centros.

Deseo manifestar la sensibilización de nuestro colectivo ante la necesidad de que se reconozcan las urgencias y emergencias como una especialidad médica. Y por ello quiero romper una lanza, en nombre de los *Refuerzos* en apoyo de la CME, aunque demandando la inclusión de nuestro trabajo en el baremo de méritos. Así como el reconocimiento de nuestro colectivo como uno más de los implicados en el difícil y duro día a día del ejercicio de la Medicina de *Urgencias* y *Emergencias*.

A su vez, quiero hacer un llamamiento a la unidad entre los distintos colectivos que desarrollamos nues-

tra labor en el campo de las Urgencias, promoviendo la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales. Mi experiencia de siete años trabajando en urgencias en Primaria me demuestra que si nosotros no nos unimos y defendemos conjuntamente la asistencia integral en urgencias y emergencias nadie más lo hará.

Por todo ello propongo que olvidando viejas rencillas y aunando actuación y criterios de derivación que definan con claridad nuestra área de trabajo y responsabilidad, haciéndolo más eficaz y eficiente, dando una asistencia coordinada, integral y de calidad.

Confianto que mi clamor sea acogido por la SEMES y que su revista *Emergencias* sea una referencia bibliográfica valiosa en cuyas publicaciones se vea reflejada esa unidad que añoro. Reciba un cordial saludo.

**J. Curiel López de Arcaute**  
Médico de Refuerzo  
Talavera