

## EL ENSAYO CLÍNICO: UN PASO HACIA DELANTE (II)

Sr. Director:

Adjunto carta dirigida al Dr. Palomar.

Fue una sorpresa para mí el leer su respuesta<sup>1</sup> a mi carta en nuestra estimada revista (también es “nuestra” ya que no sólo publicamos en ella opiniones personales sino artículos científicos; el último número anterior al del artículo de la polémica, no sé si lo habrá leído<sup>2</sup>, y también unas cuantas comunicaciones científicas año tras año, a nuestros congresos, también científicos, tanto nacionales como regionales).

No pude por menos volver a leer nuestra carta<sup>3</sup>, por si acaso pudiera desprenderse de ella una segunda lectura que hubiera escapado a nuestro control, más no conseguí entender tras su revisión otro mensaje que la dificultad que puede suponer la realización de un Ensayo Clínico.

En ningún momento nos planteamos la carta como “lo estéril de plantearse preguntas científicas e intentar resolverlas”, entre otras cosas porque como usted sin duda muy bien sabrá, hay otras muchas maneras de investigar<sup>4,5</sup> y de hacer estudios serios<sup>6,7</sup> sin la necesidad de entrar en un ensayo clínico. Y nada más lejos de nuestra imaginación que mantener “actitudes residuales” de ningún tipo, antes al contrario, intentamos llenar “nuestras lagunas”, que también las tenemos en materia de Estadística, Informática y Epidemiología, así como mantenernos al día en los conocimientos necesarios para seguir desarrollando un ejercicio serio, científico y responsable de la medicina.

El objetivo de nuestra carta era plantear la inquietud de los autores que, queriendo dar un paso más en la investigación científica, nos planteamos la utilización de un fármaco con una nueva indicación, viéndonos abocados a la realización de un ensayo clínico que supera nuestras posibilidades. Este hecho y el de cono-

cer otras dos buenas ideas que se produjeron en nuestro entorno y que no se llevaron a término por la dificultad que conlleva un ensayo clínico, nos llevaron a la idea de confeccionar la carta que a usted tanto le molestó a causa, quizás, de una actitud poco positiva. Pero no nos hemos dado por vencidos, seguimos estudiando, revisando bibliografía e interviniendo en el diseño y elaboración de otros proyectos de investigación.

### Bibliografía

1. Palomar Pérez EF. Investigación: Siempre un paso hacia delante. En prensa.
2. Rodríguez Martín LJ, Casado Flórez I, Elías Hernández R, Gómez Granizo E. Analgesia Balanceada: Otra alternativa. *Emergencias* 1997; 9 (3): 194-195.
3. Rodríguez Martín LJ, Díaz Rodríguez MJE, Soria Jiménez L. El Ensayo Clínico: ¿Un paso hacia delante? *Emergencias* 1997; 9 (4): 252-253.
4. Senra Varela A, Senra Varela MP. La Tesis Doctoral de Medicina. Madrid, Díaz de Santos, 1995.
5. Armitage P, Berry G. Estadística para la investigación Biomédica. Barcelona, Doyma, 1992.
6. Rodríguez Martín L, Gómez Granizo E, Casado Flórez I, Elías Hernández R, Serrano Ramos MT, Garcí AB, Suárez Bustamante R, Alvarez Pérez 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 (3): 172. VIII Congreso Nacional SEMES. Las Palmas, 29 mayo-1 junio 1997.
7. Crespo Velasco P, Soria Jiménez L, Cuésta López C, Bilbao Romero J, Corral Torres E, Gilarranz Vaquero JL. Repercusión de los servicios médicos de emergencias en la morbi-mortalidad de los pacientes accidentados. *Emergencias* 1997; 9 (extra 1): 284-285. IX Congreso Nacional SEMES, Sitges, 18-21 junio 1997.

**L. J. Rodríguez Martín\***,

**M. J. E. Díaz Rodríguez\*\***, **L. Soria Jiménez\*\***

\*Médico SAMUR. Madrid. \*\*Médico 061. Madrid.

# “HISTORIA CLÍNICA” FRENTE A “INFORME CLÍNICO” EN LA EMERGENCIA EXTRAHOSPITALARIA

Sr. Director:

En febrero de 1997 hemos asistido a las Primeras Jornadas del 061 donde, al término de la Mesa Redonda sobre Documentación, se produjo una apasionada discusión entre médicos que “hacían Historias Clínicas de Emergencias” y médicos que, en el mismo contexto de la Medicina Extrahospitalaria de Urgencias, consideraban que “en la calle solo puede llegar a hacer Informes Clínicos de Asistencia”.

Hacer una Historia Clínica en el transcurso de una Emergencia o una Urgencia Extrahospitalaria, es un trabajo documental imposible, en primer lugar porque no tienes tiempo para desarrollar lo que supone la semiología, recabar datos de los antecedentes del enfermo y, sobre todo, porque no se dispone de las pruebas complementarias que permitan orientar y/o confirmar los hallazgos clínicos de una exploración médica exhaustiva (si es que en las circunstancias de urgencia extrahospitalaria esto último se puede realizar correctamente).

Lo mismo sucede, por lo general, con lo que algunos se atreven a llamar Juicio Clínico en Emergencias: Este concepto tan comprometido y difícil de abordar con verdadero fundamento es algo que, normalmente, no se va a poder escribir con seguridad en el transcurso de nuestro trabajo extrahospitalario (y si no es seguro no es un Juicio clínico). De alguna forma las palabras “probable” y los “signos de interrogación” son bastante más lógicos de utilizar en asociación con las presunciones diagnósticas que debemos hacer todos a los Códigos tipo C.I.E.-9 que alguien, sorprendentemente, dice atreverse a etiquetar en todos los casos de urgencia que atienden en las calles de su Ciudad del Sur de España.

Recientemente este asunto ha sido abordado en dos artículos originales publicados en la revista EMERGENCIAS<sup>1,2</sup>. Por aquello de la calidad asistencial en los Servicios de Urgencia Hospitalaria y, aunque los dos escritos empiezan citando la “Historia Clínica de Urgencias”, ambos terminan refiriéndose a su documento como “Informe Clínico de Alta”, cosa bien diferente a la Historia Clínica; incluso uno de ellos

presenta un Modelo Normalizado de Historia Clínica de Urgencias donde figura una inteligible nota marginal para la copia que se le da el Enfermo donde se dice que “... esta Impresión clínica de Urgencia no presupone un diagnóstico de certeza. Por tanto el diagnóstico definitivo debe establecerlo su médico de cabecera o especialista, a quienes el paciente acudiría lo más brevemente posible con este informe” ... y eso que hablamos de documentos de Servicios de Urgencia Hospitalaria, no de la calle.

Por ello creemos que es un error considerar Historia Clínica al Informe que emitimos con nuestros limitados hallazgos médicos y el tratamiento que hayamos decidido poner a ese enfermo en el inhóspito entorno extrahospitalario. Por otro lado, los Juicios Clínicos creemos que se deben hacer cuando se tienen interpretadas las pruebas complementarias realizadas en un caso del que yo, en la calle o en la casa del paciente, sólo puedo hacer con coherencia una humilde aproximación diagnóstica y nunca antes de terminar el estudio de manera fiable.

Nuestra Medicina Extrahospitalaria debe procurar recolectar todos los datos que pueda acerca del Enfermo y sus problemas en el convencimiento de la importancia que esos registros iniciales van a ser valiosos para lo que después, en un segundo tiempo, se convertirá quizás en una Historia Clínica, pero es muy posible también que nuestro suceso sanitario sea un episodio más en una historia que comenzó a escribirse en el pasado por un médico de familia o un especialista al que, en ningún caso, le podemos intentar usurpar la “autoría” de ese documento y al que, de manera natural, le debemos remitir nuestro informe con todo lo que hemos visto y hecho a ese enfermo que posiblemente necesite llegar al hospital para, entonces sí, hacer desde allí un Informe Clínico de Urgencias a incorporar en su momento a su historia clínica ya estructurada con anterioridad.

Así pues, nuestros queridos escritos tienen como uno de sus fines principales el ayudar a los Médicos de la Urgencia Hospitalaria en la toma de datos concretos del problema suscitado, pero será siempre responsabilidad suya escribir un buen Informe del suceso

(difícilmente una Historia Clínica). En definitiva, no parece real hoy intentar escribirlo todo (lo que sería "historiar" de verdad) en la Urgencia extrahospitalaria, nuestra actitud deontológica debe ser siempre la de informar por escrito de todo lo que hemos visto y hemos hecho, en el corto tiempo en que hemos sido los responsables del enfermo, cosa que muchas veces dicen que es tremendamente importante. Intentar hacer en Emergencias una Historia Clínica es querer hacer algo imposible y que seguro que además va a sarlinos más por nuestra insalvable falta de información clínica contrastada final: A las cosas se las debe llamar por su nombre y nuestra Obligación Profesio-

Sr. Director:

Es fácil compartir las tesis de los Dres. Medina y Morán<sup>1</sup> de que no puede hablarse de auténticas historias clínicas en la mayoría de los procesos asistenciales de su ámbito profesional (Medicina de Emergencias Extrahospitalaria). Posiblemente, y por muy diversos motivos, tampoco se realizan verdaderas historias clínicas en otros ámbitos de la asistencia sanitaria pública, como por ejemplo en los consultorios de Atención Primaria para pacientes desplazados o en ciertas consultas de Atención Especializada como Dermatología. Sin embargo, creemos que ello no cuestiona la validez de la historia clínica como indicador indirecto de calidad asistencial de las áreas de Urgencia/Emergencia Hospitalarias a las que se refería nuestro artículo publicado previamente<sup>2</sup>.

Por último, y aunque compartimos la reflexión de Medina y Morán (en la Medicina de Emergencias

nal, desde y en la calle, es siempre "informar" nunca "historiar".

### Bibliografía

1. Carpintero Escudero JM et al. Grado de cumplimentación de la Historia Clínica de Urgencias como indicadores de la calidad asistencial. Revista Emergencias Volumen 9 número 1, pág. 26-30.
2. De Miguel Manzano B et al. La Historia Clínica de Urgencias. Un parámetro de la calidad de la asistencia. Revista Emergencias Volumen 9, número 1, pág. 31-34.

**J. C. Medina Alvarez, J. M. Morán Martínez**  
Médicos SAMUR. Ayuntamiento de Madrid

Extrahospitalaria y con frecuencia en unidades de Urgencia Hospitalarias, no se pueden realizar «verdaderas» historias clínicas), reivindicamos la idea de que una buena historia clínica orienta y/o resuelve una gran parte de los problemas asistenciales clínicos urgentes y, en concreto, nosotros no renunciamos a ella.

### Bibliografía

1. Medina JC y Morán JM. «Historia Clínica» vs. «Informe Clínico» en la Emergencia Extrahospitalaria. Emergencias 1997; 9.
2. Carpintero Escudero JM.<sup>a</sup> et al. Grado de cumplimentación de la historia clínica de Urgencias como indicador de la calidad asistencial. Emergencias 1997; 9: 26-30.

**José M.<sup>a</sup> Carpintero Escudero,**  
**Fco. Javier Ochoa Gómez**  
Servicio de Urgencias

Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro  
Logroño

## ECOGRAFÍA EN URGENCIAS

Sr. Director:

Tras leer el artículo de Jiménez Saénz et al<sup>1</sup>, queremos aportar algunas particularidades obtenidas en un estudio similar realizado en nuestro Servicio de Urgencias, en el que analizamos prospectivamente 100 ecografías de urgencias realizadas entre febrero y abril de 1997 (36 días). Se excluyeron las ecografías y pacientes ginecológicos<sup>2</sup>. De los 6.706 pacientes atendidos, se

solicitó ecografía al 1,5%. La edad media fue de 42 años (rango 1-79), 60% varones y 40% mujeres. Sólo se solicitó ecografía al 16% de los 603 pacientes con dolor abdominal. El 63% fueron solicitadas por el Médico de Urgencias, el 12% por Medicina Interna, 11% Pediatría, 8% Cirugía, y un 4% por Urología-Nefrología. Un 73% correspondieron a abdomen, 15% renales, 8% testiculares, 4% vasculares y 4% musculotendinosas. Entre los diagnósticos de sospecha destaca-

ron la colecistitis (39%), hematomas (11%), apendicitis (9%), pancreatitis (9%), torsión testicular (8%), hipertrofia píloro (6%), hidronefrosis (5%) y otros (13%).

Fue considerada útil en el 73%, confirmando el diagnóstico en el 45%, no concluyente en el 3% y normal en el resto. Contribuyó a cambiar el tratamiento en el 25% de los casos, ingresando el 41% de los pacientes a los que se le solicitó.

A pesar de la limitación temporal de nuestra serie, observamos en ella menor tendencia a solicitar ecografías, y a hacerlo sobre todo ante patología abdominal, frente a la renal en el caso de Jiménez Saénz et al<sup>1</sup>. En otro estudio similar sobre incidencia de cólicos nefríticos en nuestro centro<sup>3</sup>, observamos que sólo se solicitaba ecografía al 3,3% de los pacientes, frente a un 29,8% en que se realizó ecografía simple de abdomen, resultando patológica ésta en el 29,4%. A diferencia de Jiménez Saénz, encontramos porcentajes no despreciables de estudios vasculares, músculo-tendinosos y testiculares, debido probablemente al uso de un Eco-Doppler color y la inclusión de pacientes pediátricos.

Aunque en los casos estudiados no hubo ninguno con sospecha de rotura de aneurisma abdominal ni de traumatismo abdominal, ha quedado suficientemente demostrado las ventajas de la ecografía como prueba diagnóstica inicial en los casos emergentes<sup>4</sup>.

Dada las características de la atención urgente, la importancia de nuestras decisiones (confirmación de diagnósticos, tiempos de observación, decisión de ingreso, etc.), y siendo además una técnica relativamente novedosa en los Servicios de Urgencia<sup>5</sup>, serán las aportaciones de los médicos de urgencias, confirmadas por uso diario, las que nos indiquen la rentabilidad real de esta técnica fuera de las urgencias traumáticas y obstetricoginecológicas<sup>6</sup>.

Habida cuenta de su facilidad, inocuidad, bajo coste, y disponibilidad inmediata a la cabecera del enfermo, en salas de críticos etc.<sup>7</sup>, coincidimos en la posibilidad de realizar esta técnica en urgencias<sup>8,9</sup>.

## Bibliografía

1. Jiménez Saénz JM, Povar Marco J, Mota Martínez J, Franco Sorolla JM, García Aranda A, Martínez Alvarez R, Casado Martínez JL. La ecografía abdominal en el servicio de urgencias. *Emergencias* 1997; 9: 164-8.
2. Fernández Rodríguez F, Burillo Putze G, Alonso Lasheras JE, Pérez Brito CN, Piti S, Ortiz Suárez JR. Ecografía y toma de decisiones en urgencias [comunicación]. *Emergencias* 1997; 9 (1 extra): 167-168. IX Congreso Nacional SEMES. Sitges, 18-21 junio 1997.
3. González Peñuela JR, Pérez García CM, Burillo Putze G, Expósito Rodríguez M, Marrero Martínez C, Hernández Sánchez MC. Cólico nefrítico en la urgencia hospitalaria [comunicación]. *Emergencias* 1997; 9 (1 extra): 168-169. IX Congreso Nacional SEMES. Sitges, 18-21 junio 1997.
4. Durham B. Emergency medicine physicians saving time with ultrasound. *Am J Emerg Med* 1996; 14: 309-13.
5. Heller M. Emergency ultrasound: Out of the acoustic shadows. *Ann Emerg Med* 1997; 29: 380-2.
6. Tintinalli JE. *Ultrasonography in Emergency Medicine: Foreword*. (Ed). *Ann Emerg Med* 1997; 29: 311.
7. Wellford AL, Snoey ER. Emergency medicine applications of echocardiography. *Emerg Med Clin North Am* 1995; 13: 831-54.
8. Mateer J, Plummer D, Heller M et al. Model curriculum for physicians training in emergency ultrasonography. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 95-101.
9. Comité científico de SEMES. *Medicina de Emergencias. Cuerpo Doctrinal*. *Emergencias* 1996; 8: 73-80.

**F. Fernández Rodríguez, G. Burillo Putze,  
J. R. González Peñuela, J. R. Ortiz Suárez**  
Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de  
Canarias, Tenerife.

# PSICÓLOGO EN URGENCIAS: EXPECTATIVAS E INTEGRACIÓN

Sr. Director:

La figura del psicólogo ha ido creciendo en nuestro país en los últimos años incluyendo en el campo de la Emergencia, habiendo alcanzado una de sus máximas realidades cuando hace poco más de un año, en la

catástrofe de Biescas, se pidió públicamente por las Autoridades la presencia de estos profesionales para que se hicieran cargo de la asistencia de las víctimas, habiendo ocurrido, algo similar, en las recientes inundaciones de Extremadura.

Por otra parte, en el desarrollo cotidiano del traba-

jo de las Unidades de Urgencia extrahospitalaria, aparece la necesidad de un abordaje multiprofesional en los diversos niveles de atención para el tratamiento integral del paciente<sup>1</sup>.

Los planes de estudio de la Licenciatura en Psicología establecen las áreas de actuación profesional<sup>2</sup>.

Dentro de las posibles funciones a desarrollar, por psicólogos especializados en las *distintas áreas*, en un Servicio Integral de Urgencia, se encontrarían las siguientes:

- Manejo de llamadas con/por alteraciones del comportamiento.
- Atención extrahospitalaria de trastornos psicológicos urgentes (cuadros de agitación psicomotora, intentos autolíticos no ejecutados...).
- Comunicación de malas noticias a familias.
- Asesoramiento al Comité de Catástrofes.
- Información a la población en situaciones de emergencia.
- Atención de los trastornos psicológicos de los miembros del servicio de urgencia (cuadros de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, etc.).
- Formación de profesionales en el área de Psicología de Urgencia.

- Asesoramiento sobre perfiles psicológicos adecuados para el ingreso en el servicio de urgencia.

- Atención psicológica a las víctimas de catástrofes.

A partir de lo señalado, se puede concluir la existencia de un área profesional no cubierta hasta la fecha, con un notable campo de actuación, que probablemente disminuiría los costes de asistencia de cierto tipo de pacientes y que produciría, de implantarse, unas mejoras considerables a nivel asistencial, tanto interno como externo de los servicios de urgencia sanitaria extrahospitalaria.

### Bibliografía

1. Pascual I, Beaskoetsea L, Espada M. Atención integral en sobredosis recuperada: Caso clínico. *Emergencias* 1997; 4: 249.
2. Plan de Estudios Licenciatura en Psicología. Homologado por el Consejo de Universidades en Sesión del 28/9/1992. Boletín Oficial del Estado (BOE) 12-2-1993.

**Fernando A. Muñoz Prieto**

Psicólogo Clínico. Responsable Cursos P. Auxilios y Emergencias de la Asociación Española contra el Cáncer (AECC). Madrid

## RCP DOMICILIARIA. UNA VISIÓN PERSONAL

Sr. Director:

Tras leer la instructiva carta de A. Serrano<sup>1</sup> sobre las recomendaciones para la práctica de la RCP domiciliaria creo que puede ser interesante aportar nuestra experiencia personal en este campo.

En primer lugar, nos llama la atención la recomendación de permitir que los familiares del paciente presencien y/o colaboren en las maniobras. Si bien es cierto que aporta dos referencias bibliográficas al respecto no hemos de olvidar que las implicaciones emocionales del RCP en nuestra cultura no son, por lo general, extrapolables a la mentalidad anglosajona. Esta afirmación la basamos en nuestra actuación dentro de una zona de población mixta nacional-extranjera, la cual nos ha permitido apreciar –obviamente con excepciones– una mayor expresividad emocional en los grupos de raíz mediterránea y eslava. Fruto de esta experien-

cia nosotros sugerimos todo lo contrario: mantener a los familiares alejados de la “sala de reanimación”.

Creemos que esta política resulta beneficiosa para el equipo asistencial (e indirectamente para el paciente) pues nos permite trabajar sin la presión del público. Con ello evitamos la intromisión –pocas veces afortunada– de “espontáneos” sin olvidar el hecho de que determinados comentarios, maniobras y actitudes del personal de emergencias podrían ser (y de hecho son) malinterpretadas por un público lego en la materia y emocionalmente implicado. Por desgracia, y esto es especialmente evidente en sitios públicos, nos desenvolvemos en un medio en el que “todo el mundo entiende de todo” y, por lo tanto, se siente cualificado para opinar e intervenir. Por otra parte, bastante traumática es la situación para los familiares directos como para ofrecerles el “espectáculo” de una actuación las más de las veces angustiante y agresiva.

Igualmente, discrepamos sobre “las salidas periódicas” del facultativo para informar a la familia; si bien somos conscientes de que los familiares gozan del mismo derecho a la información que en cualquier Servicio de Urgencias, la total implicación del personal en la atención del paciente lo hace prácticamente inviable.

Tampoco somos partidarios de comunicar a la familia el inminente cese de las maniobras. Esto es una responsabilidad –cuando no una carga– que debe asumir el médico responsable de la actuación. Opinamos que es preferible reconocer de la forma más humana posible nuestro fracaso terapéutico e iniciar inmediatamente actuaciones de apoyo psicológico.

Por lo demás, subscribimos el resto de las recomendaciones del artículo poniendo especial énfasis en

el papel protector de las Fuerzas de Seguridad, cuya presencia en ambientes especialmente hostiles ha sido condición *sine qua non* para “atrevernos” a cesar las maniobras.

### **Bibliografía**

1. Serrano Moraza A, Pacheco Rodríguez A, Pérez Belleboni A, Peña Alsa A, Arranz Rementería C. Algunas recomendaciones para la aplicación práctica de la resucitación cardiopulmonar en domicilio (Carta). *Emergencias* 1997; 9: 122-124.

**R. Monrabá Cabot**  
Servicio de Urgencias  
Hospital de Sant Jaume  
Calella. Barcelona