

Crisis y Medicina de Urgencias y Emergencias

Sr. Director:

Después de leer su editorial "La medicina de urgencias en tiempo de crisis"¹, no puedo más que felicitarle por dicho artículo, el cual considero un salto cualitativo en la aportación de nuevas ideas desde un foro eminentemente científico. Quisiera aprovechar estas líneas para añadir algunas consideraciones adicionales a dicha editorial.

Clásicamente, se considera que una especialidad debe existir cuando se dan una serie de condicionantes²: existencia de un cuerpo doctrinal propio, demanda asistencial, profesionales que se dediquen específicamente a dicha labor, y literatura y publicaciones propias de su campo de conocimiento. El primer punto es indiscutible: existe un cuerpo doctrinal, que sin duda es transversal como también lo es en otras especialidades. Esto se refleja en documentos que históricamente ha presentado la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES)³ en el Ministerio de Sanidad, o en documentos ya recogidos a nivel europeo y avalados por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) como es el reciente "Currículum europeo en Medicina de Urgencias"⁴. Ni que decir tiene que en países donde la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias es una realidad desde hace años, tales como EEUU, Gran Bretaña o Irlanda, por citar algunos, no existe duda alguna en este aspecto. Con respecto a la existencia de una demanda asistencial, bastará simplemente con citar una cifra, 30 millones de consultas anuales a los servicios de urgencias hospitalarios españoles, para dar por zanjada cualquier tipo de controversia. ¿Y qué decir de los profesionales médicos de urgencias y emergencias? Más de 10.000 en España, y de ellos más de la mitad afiliados a su sociedad científica, SEMES, la cual es la tercera en España en número de socios. Es por tanto evidente que SEMES tiene el papel de mayor autoridad intrínseca en este país para hablar de Medicina de Urgencias y Emergencias. Y finalmente, las publicaciones (tanto libros como revistas) son sobradamente conocidas y referenciadas, y sirva como muestra las páginas de esta Revista.

Aún así sigue siendo sorprendente el discurso que cuestiona principios tan evidentes en la Medicina de Urgencias y Emergencias por parte de quienes no representan a este colectivo⁵, porque ni saben (no se informan y/o no lo desean) ni practican (no ejercen). Más cuestionable⁶ es aún no respetar las decisiones ya tomadas por el propio Parlamento e insistir en una obcecación impropia. Opiniones, como se suele decir, hay muchas, pero autorizadas, más bien pocas. Y estas pocas deben ser las de los expertos en la materia. Las de expertos que pertenecen al grupo de los que diariamente conviven e investigan con y acerca de la actividad que profesionalmente ejercen. Como buen investigador que le considero, como profesional que ejerce en un servicio de urgencias y como directivo en Cataluña de la Sociedad que legítimamente representa a sus *urgenciólogos*, pienso que su opinión es "verdaderamente autorizada" y creo que muchos la compartimos prácticamente en su totalidad. Saber diferenciar estas opiniones de la mera charlatanería es una de las claves para poder leer y distinguir un buen editorial o un buen artículo científico⁷. Insisto por ello en mis sinceras felicitaciones por su excelente editorial.

Es misión de todos los gobiernos democráticos el plasmar en normativas las iniciativas parlamentarias, ya que los parlamentos no son más que la voz de la población que los sustenta. Pink Floyd presentó en 1975 (el mismo año en que Supertramp editaba *Crisis, what crisis?* al cual usted hacía referencia en su editorial) su trabajo titulado *Wish you were here*, y, al igual que a Supertramp tampoco le fue mal. Sé que todos los *urgenciólogos* "estaremos aquí" cuando se publique (pronto) el Real Decreto⁸ que cree la Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias en España. Sin duda no habrá crisis...

Bibliografía

- 1 Miró O. La medicina de urgencias en tiempo de crisis. *Emergencias*. 2009;21:241-2.
- 2 Jiménez Murillo L. Reflexiones y respuestas a la necesidad de una especialidad en urgencias. 2005/7/16 *Diario Médico*.
- 3 Programa docente Especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias. (Consultado 19 Agosto 2009). Disponible en http://www.semes.org/images/stories/pdf/formacion_formacion_continuada.pdf
- 4 Olhen G, Petrino R, Vazquez-Lima MJ. La formación de los especialistas en Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 2009;21:401-2.
- 5 Entrevista a Pedro Conthe. 2009/1/27. Redacción Médica.
- 6 Carta al ministro de Sanidad y Consumo. 2009/5/6. Documento no publicado. (Consultado 19 Agosto 2009). Disponible en:

<http://www.semefc.es/es/componentes/ficheros/descarga.php?OTIzMg%3D%3D>

7 Evidence-Based Medicine Working Group. La medicina basada en la evidencia. Guías del usuario de la literatura médica. JAMA (ed.esp.). 1997;24:108.

8 Borrador de proyecto de Real Decreto por el que se crea el título de médico especialista en urgencias y emergencias. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Consultado 19 Agosto 2009). Disponible en <http://www.semes.org/images/stories/pdf/PROYECTO%20RD%20URGENCIAS%20Y%20EMERGENCIAS.pdf>

Manuel J. VÁZQUEZ LIMA

Coordinador de Urgencias. Hospital do Salnés.
Pontevendra, España.

Un editorial psicoterapéutico

Sr. Director:

La lectura de su editorial publicado el pasado mes de agosto¹ me ha generado diversas sensaciones que quisiera transmitirle, por si las considera de interés. Ha realizado Ud. un gran esfuerzo para convencernos de que la Medicina de Urgencias no está en crisis, tanto que ha necesitado de 6 argumentos para intentarlo. Cuando hace falta tanta argumentación psicoterapéutica es que no vamos bien y conmigo no lo ha conseguido.

Esboza en la primera parte de su Editorial el elevado grado de *burnout* de los *urgenciólogos*, y éste es un elemento clave en la actual crisis, yo diría que el más importante, aunque no sea exclusivo de los servicios de emergencias, y del que no hay perspectiva de solución a corto plazo.

Las urgencias, al menos las hospitalarias, carecen de autonomía suficiente para organizarse: no controlan la puerta de entrada (el flujo de pacientes es espontáneo o lo regula el sistema sanitario) ni alguna muy importante de las de salida (ingreso hospitalario). Si además, el resto del hospital da la espalda al servicio de urgencias, el bucle se cierra y la sensación de ahogo es casi continua.

Su editorial analiza exclusivamente la urgencia desde el punto de vista del médico y no realiza ninguna mención a otros profesionales que trabajan en la "Medicina de Urgencias", que van a leer EMERGENCIAS, que son socios de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES), que están afectados también por la misma crisis y quizás con un peor *burnout*. Es un aparente olvido que no entiendo.

Si repaso alguno de sus 6 argumentos, tampoco me siento reconfortado: que las vocaciones por hacerse *urgenciólogo* aumenten, es una hipótesis no demostrada, a la que las series televisivas pueden estar contribuyendo. Pero tras el deslumbramiento inicial viene la rutina del día a día, sin duda menos monótona pero más dura que en otras especialidades, y que es la que precisaría de un es-

tímulo, reconocimiento y compensaciones que no suele tener. Que estemos bien avenidos tampoco lo muestran las últimas elecciones a la presidencia de SEMES. Pero sí estoy de acuerdo en que la medicina de urgencias es eficaz y eficiente, que siempre está ahí, que el colectivo es muy numeroso y generalmente bien preparado y que el usuario sabe que es donde de forma más rápida pueden diagnosticar y resolver su problema de salud. De hecho, la masificación de las urgencias es la prueba de su éxito y uno de los motivos de su crisis.

Muy probablemente mi estado de opinión refleja más una visión unicéntrica que la globalidad de la emergencia española. Tampoco desearía que mis palabras se interpretasen como derrotistas ni como el anticipo del *big bang*, sino como el pensamiento de quien lleva 33 años de vida profesional engarzada a un servicio de urgencias y que no comparte la idílica visión del Director de EMERGENCIAS.

Santiago NOGUÉ

Sección de Toxicología Clínica. Servicio de Urgencias.
Hospital Clínic. Barcelona, España.

Bibliografía

1 Miró O. La Medicina de Urgencias en tiempos de crisis. Emergencias. 2009;21:241-2.

Réplica del Director

Agradezco enormemente las cartas de los Dres. Vázquez Lima y Nogué Xarau referentes a mi editorial "La medicina en tiempos de crisis"¹, tanto por lo que de interés personal demuestran, como porque ponen sobre el papel comentarios que verbalmente me han hecho llegar algunos lectores de EMERGENCIAS.

El Dr. Vázquez Lima enumera las condiciones que un determinado campo del conocimiento médico requiere para que sea reconocido como especialidad, condiciones todas ellas que la Medicina de Urgencias y Emergencias cumple sobradamente. Quizá sea por eso que, a pesar de lo meridiano de sus argumentos (compartidos por otros muchos profesionales médicos y no médicos cuando analizan la situación desde una posición de imparcialidad²⁻⁴), el autor deba denunciar la presión y el discurso que se realiza desde colectivos con intereses creados que no desean que se promulgue la Especialidad. Creo que debemos evitar estos cantos de sirena que pretenden distraer y hacer naufragar nuestro proyecto ahora que se acerca ya a buen puerto. Al igual que Uli-

ses, debemos taparnos los oídos y no acercarnos ni un milímetro hacia sus argumentos.

Las líneas escritas por el Dr. Nogué Xarau contienen, por su parte, un punto de escepticismo personal en el panorama que dibujaba mi editorial. Ciertamente, no le sobra razón en alguna de sus argumentaciones, tales como el grado de *burnout* de los profesionales^{5,6} o la falta de autonomía de muchos servicios de urgencias, que no controlan las puertas de entrada y salida de pacientes^{7,8}. Sin embargo, el autor solamente pone en tela de juicio dos de los seis argumentos en los que fundamentaba mi opinión que la Medicina de Urgencias y Emergencias no está en crisis: la existencia de vocaciones y la avenencia interna de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Es cierto que la existencia de vocaciones para optar por Medicina de Urgencias y Emergencias cuando ésta esté disponible es una hipótesis no demostrada. Sin embargo, una encuesta a estudiantes de las facultades de medicina catalanas muestra que de 7 opciones posibles (Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria, Cardiología, Medicina Intensiva, Traumatología y Ortopedia, Cirugía General y Digestiva y Medicina de Urgencias y Emergencias), la Medicina de Urgencias y Emergencias es elegida en tercer lugar (Dra. Blanca Coll Vinent, comunicación personal). Esto probaría la percepción que desde hace tiempo tenemos los que estamos en contacto directo con estudiantes de medicina en prácticas. Por otro lado, no creo que las disputas electorales puedan cuestionar en ningún momento el grado de avenencia dentro de la SEMES cuando lo que se sustancia es algo tan fundamental como la creación de la Especialidad. Los periodos electorales son siempre periodos de reflexión, debate interno y formulación de propuestas sobre la base de la consecución de unos objetivos que nos son comunes a todos los miembros. En otro orden de cosas, mi editorial no pretendía dejar a un lado al resto de profesionales de la SEMES. Al contrario, dicho editorial fue escrito para hacer un análisis de la situación de la Medicina de Urgencias y Emergencias, como especialidad médica, y no para reflexionar sobre la situación acerca de todo el colectivo que integra la SEMES. Las páginas de EMERGENCIAS están abiertas a todos ellos, y en breve verán editoriales que discutan los argumentos particulares de los colectivos de enfermería y de técnicos de transporte sanitario. Y por último, sólo un comentario acerca de las pretendidas propiedades o intenciones psicoterapéuticas de mi editorial: todo el mundo necesitamos psicoterapia alguna vez en la vida y si mi editorial ha ejercido

tales efectos en algún lector, ni que haya sido de forma no intencionada, pues bienvenido sea.

Bibliografía

- 1 Miró O. La Medicina de Urgencias en tiempos de crisis. *Emergencias*. 2009;21:241-2.
- 2 Andreu AL. La medicina de urgencias en el contexto de la I+D+i en España. *Emergencias*. 2008;20:297-8.
- 3 Luaces Cubells C. Urgencias pediátricas hospitalarias. Réplica de los autores. *Emergencias*. 2009;21:317-8.
- 4 Sociedad Andaluza de Neurología. La sociedad andaluza de neurología solicita la creación de la especialidad de medicina de urgencias. (Consultado 14 Octubre 2009). Disponible en: <http://neuroandalucia.blogspot.com/>
- 5 Fernández Martínez O, Hidalgo Cabrera C, Martín Tapia A, Moreno Suárez S, García del Río García B. Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:116-21.
- 6 Mingote Adán JC, Gálvez Herrer M. El estrés del médico residente en Urgencias. *Emergencias*. 2007;19:111-2.
- 7 Montero Pérez FJ, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Berlango Jiménez A, Pérula de Torres L. Situación de los servicios de urgencias hospitalarios en España (I): descripción general y análisis de la estructura física y funcional. *Emergencias*. 2000;12:226-36.
- 8 Espinosa G, Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Effects of external and internal factors on emergency department overcrowding. *Ann Emerg Med*. 2002;39:693-5.

Òscar MIRÓ

Director de Emergencias.

Oclusión arterial aguda periférica en el miembro superior

Sr. Director:

La obstrucción arterial periférica aguda de miembros superiores^{1,2} en sujetos no adictos a drogas vía parenteral es una entidad poco frecuente. Se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo a determinado territorio del organismo como consecuencia de la oclusión súbita de la arteria que lo irriga, con hipoperfusión, hipoxemia y necrosis si no se restablece la circulación. Las causas pueden ser variadas: embolia, trombosis, traumatismos, aneurismas.

Mujer de 82 años que acude al servicio de urgencias de atención primaria por palidez y frialdad en la mano derecha de 2-3 horas de evolución, sin dolor ni alteración en la fuerza o la sensibilidad. Se observó una alteración en la coloración del antebrazo derecho y frialdad. La exploración vascular mostró la presencia de pulso humeral derecho (arrítmico) y ausencia de pulso radial derecho. En el electrocardiograma había un hemibloqueo de la subdivisión anterior, el eje a -40° y una fibrilación auricular no conocida por la paciente. Se sospechó oclusión arterial aguda de origen embólico (Tabla 1) al encontrar como patología subyacente un trastorno del ritmo cardiaco. Se derivó al hospital de referencia para diagnóstico con apoyo de un estudio con Doppler y una valoración por un especialista cardiovascular³. El Doppler suele ser suficiente para facilitar un diagnóstico a nivel

Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre el síndrome isquémico agudo (SIA) y la trombosis venosa profunda (TVP)

	SIA	TVP
Dolor	+++	++
Sensibilidad	Según localización	No alterada
Temperatura	Descenso importante	Sin cambio o ligera elevación
Edema	No	Sí
Coloración	Palidez/cianosis	Cianosis
Pulsos	Abolidos	Presentes
Reflexión venosa superficial	Disminuida	Conservada o aumentada

lesional, ya que permite medir los vasos y la velocidad del flujo sanguíneo, que establece el diagnóstico de enfermedad vascular periférica. En este caso, no se registraron flujos distales, la ecocardiografía transtorácica demostró hipertrofia en el ventrículo izquierdo, y dilatación biauricular. En la evolución se objetivó mejoría de la extremidad, aunque sin pulso radial ni cubital, pero con flujo monofásico detectable mediante Doppler. El cirujano cardiovascular decidió dar el alta con tratamiento farmacológico (anticoagulante y digoxina).

Un 70-80% de embolismos arteriales se localiza en los grandes vasos de las extremidades, con una frecuencia cinco veces mayor en las extremidades inferiores. Lo llamativo en nuestro caso es la decisión de tratamiento no invasivo, a pesar de que en las revisiones⁴ el tratamiento de elección es la intervención quirúrgica (trombectomía o embolectomía con catéter balón Fogarty, tromboendarectomía...). Todo ello se planteó en nuestra paciente, que optó finalmente por un tratamiento médico con buena evolución. La isquemia aguda de una extremidad⁵ aún mantiene una morbilidad elevada, con riesgo de pérdida de dicha extremidad, con los consiguientes trastornos físicos, psíquicos y sociales; de ahí la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz.

Bibliografía

- 1 Gutiérrez Carreño AR, Mendieta M, Morales Morales M. Insuficiencia arterial aguda en extremidades. *Angiología*. 2001;29:54-9.
- 2 Castelo Jurado M, Iglesias Guisado F. Isquemia arterial aguda. *Jano*. 2002;63:34-8.
- 3 Cuevas del Pino D, López Barret P. Patología vascular periférica aguda. En: Julián Jiménez A (ed); *Manual de protocolos y actuación en urgencias para residentes*. Complejo Hospitalario de Toledo. 2ª edición. Toledo: Fiscam; 2002. pp.145-50.
- 4 Principios de urgencias, emergencias y cuidados críticos. (Consulta 1 Febrero 2008). Disponible en: <http://tratado.uninet.edu>
- 5 Valle Estébanez R, Rorigo Pandás JA. Enfermedad vascular periférica (Guía clínica en internet); C. de Salud El Cristo Insalud-Asturias; 2002. (Consultado 1 Febrero 2008). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/eap.asp>

María Jesús FERNÁNDEZ LERONES¹,
Aída DE LA FUENTE RODRÍGUEZ²

¹Medicina Familiar y Comunitaria. ²Enfermería. Centro de Salud Altamira. Puente San Miguel. Cantabria, España.

Complicación de un sistema *port-a-cath*

Sr. Director:

La implantación de un reservorio subcutáneo permanente (*port-a-cath*) es la alternativa a una vía venosa central para pacientes que necesitan disponer de un acceso venoso mantenido: facilita un acceso rápido, fácil de encontrar, seguro y duradero¹. Las complicaciones en los pacientes portadores de estos sistemas son poco frecuentes^{2,3}.

Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, trombosis venosa profunda y carcinoma gástrico estadio IV en tratamiento quimioterápico a través de un sistema *port-a-cath*, que acudió al servicio de urgencias por presentar molestias punzantes en la región del reservorio, de diez días de evolución. En la exploración física no presentaba edema, eritema, calor ni datos de infección en la región del reservorio. Se realizó una radiografía de tórax postero-anterior con y sin contraste en el que se observaba rotura de la unión proximal del catéter al reservorio con paso de contraste de la vena hacia el fragmento distal (Figuras 1 y 2). Ingresó en el servicio de cirugía vascular donde se retiró el reservorio *port-a-cath* sin incidencias.

El sistema *port-a-cath* consta de un reservorio o portal de titanio que se coloca debajo de la piel del paciente, un catéter de silicona o poliuretano radioopaco que se coloca en el interior del torrente venoso (la vía más frecuentemente utilizada es la vena subclavia derecha)¹ y un conector del catéter que une ambas estructuras. Se pueden colocar por métodos quirúrgicos o por técnicas de ra-



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax en la que se observa la rotura de la unión proximal del catéter al *port-a-cath*.

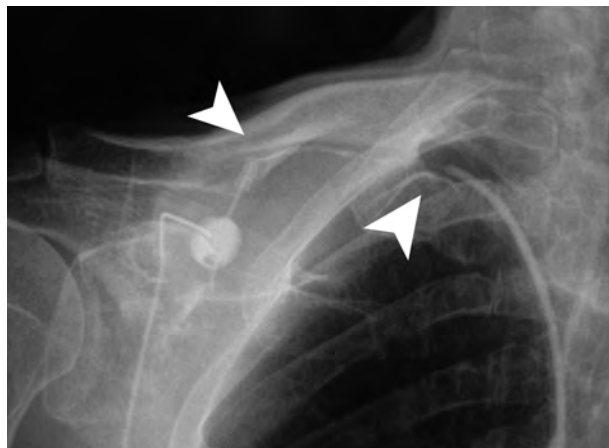


Figura 2. Detalle de la figura 1 en el que se aprecia la extravasación del contraste (cabezas de flecha).

diología intervencionista. Se usa para la administración de quimioterapia, sangre o derivados, antibióticos, nutrición parenteral y para obtener muestras de sangre⁴. Entre las posibles complicaciones destacan las infecciosas, las trombóticas, la migración del catéter, la oclusión, el neumotórax y las erosiones vasculares⁵.

La rotura espontánea del catéter es una complicación rara. Los síntomas consisten en palpitaciones o molestias torácicas, aunque puede cursar de forma asintomática⁴. La etiología no está clara,

aunque se cree que la causa más importante es la colocación en lugar erróneo. Otras causas incluyen defectos en el material del catéter o alteraciones de las propiedades mecánicas del material del catéter, probablemente debido a la administración de sustancias⁴. El diagnóstico se basa en la realización de una radiografía simple de tórax, y en ocasiones es posible que se necesite la inyección de contraste. El tratamiento consiste en la extracción del catéter y su fragmento por procedimientos quirúrgicos o técnicas de radiología intervencionista.

Bibliografía

- 1 Calvo R, Ruiz-Giménez JF, Rubio V, Belmonte M, Ruz A, Lluch M. Reservorios subcutáneos venosos centrales permanentes. Complicaciones. *Rev Soc Esp Dolor* 2004;11:150-5.
- 2 Torramadé J, Hernández JL, Cinefuegos JA, Albiach M, Pardo F, Benito C, et al. Dispositivos implantables para acceso venoso central en pacientes oncológicos. Experiencia en 217 casos. *Med Clin (Barc)* 1992;98:731-3.
- 3 Craus W, Di Giacomo A, Tommasino U, Frezza A, Festa G, Cricri A M. Totally implantable central venous access: 15 years' experience in a single unit. *J Vasc Access* 2001;2:161-7.
- 4 Torres LM, García-Hernández R, Vidal MA. Rotura espontánea de catéter venoso central. *Rev Soc Esp Dolor* 2006;3:164-6.
- 5 Filippou DK, Tsikkinis C, Filippou GK, Nissiotis A, Rizos S. Rupture of totally implantable central venous access devices (IntraporTs) in patients with cancer: report of four cases. *World J Surg Oncol* 2004;2:36.

Plácido MAYÁN CONESA

Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, España.