

Tabla 1 (continuación)

Hemodinámica	Estable	0
	Tubo endotraqueal	2
Soporte respiratorio	No	0
	Sí, oxigenoterapia con mascarilla	1
	Sí, ventilación mecánica	2
Glasgow	15	0
	Entre 8 y 14	1
	< 8 o focalidad neurológica postraumática	2
Soporte farmacológico	Ninguno	0
	Grupo I	1
	Grupo II	2
<i>Puntuación</i>	<i>Vehículo</i>	<i>Personal</i>
0-3	No asistido	Técnico
4-7	Soporte vital básico	DUE
>7	Soporte vital avanzado	Médico+DUE

Grupo I: Inotrópicos, aminas, antiarrítmicos, bicarbonato sódico, analgésicos y esteroides.  
 Grupo II: Vasodilatadores, relajantes musculares, pseudoanalgesia, trombolíticos y anticomiciales.  
 DUE: diplomado universitario en enfermería; ECG: electrocardiograma.

## Bibliografía

- Badía M, Armendáriz JJ, Vilanova C, Sarmiento O, Serviá L, Trujillano J. Transporte interhospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad. *Med Intensiva*. 2009;33:217-23.
- Moreno E, Serrano S, Bóveda J, Echevarría MJ, Muñoz J, Diego A. Sistema de valoración de pacientes para el transporte sanitario. Resultados de su aplicación en traslados secundarios. *Med Intensiva*. 1988;12:432-8.
- Moreno Millán E. Risk score for interhospitalary transport. *Eur J Emerg Med*. 2003;10:64-5.
- Etxebarria MJ, Serrano S, Ruiz D, Cía MT, Olaz F, López J. Prospective application of risk scores in the interhospital transport of patients. *Eur J Emerg Med*. 1998;5:13-7.
- Markakis C, Dalezios M, Chatzicostas C, Chalkiadaki A, Politi K, Agouridakis PJ. Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients. *Emerg Med J*. 2006;23:313-317.

E. Moreno Millán\* y F. Prieto Valderrey

*Servicio de Medicina Intensiva, Hospital "Santa Bárbara", Puertollano, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico:* emormill@hotmail.com  
(E. Moreno Millán).

doi:10.1016/j.medin.2009.09.005

## Réplica. Utilidad de las escalas de gravedad en el transporte interhospitalario

### Utility of the severity scales in interhospital transport. Reply

*Sr. Director:*

Hemos leído con interés los comentarios de Moreno sobre nuestro original "Transporte interhospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad" y agradecemos, ante todo, el interés mostrado hacia nuestro trabajo. Estamos de acuerdo en que, efectivamente, hay múltiples condiciones relacionadas con el transporte interhospitalario que deben tenerse en consideración<sup>1</sup>. En el trabajo ya mencionamos (y referenciamos alguno de sus trabajos) la importancia de las medidas instauradas en el contexto de un traslado: "el transporte es seguro si se aplican las medidas apropiadas de

estabilidad y preparación previas del paciente y recibe cuidados especializados durante su traslado", pero la utilización de una escala dirigida a evaluar el riesgo del traslado basada en la necesidad de soporte para éste puede presentar algunas limitaciones si no tiene en cuenta otras consideraciones como son gravedad, recursos disponibles o distancia al hospital receptor<sup>2,3</sup>.

Nuestro objetivo se centraba en evaluar qué instrumentos permitían "identificar los pacientes con mayor riesgo de traslado interhospitalario" para estratificar el riesgo de traslado. No olvidemos que en la comunicación entre los hospitales emisor y receptor la información que se solicita del emisor es tanto el nivel de gravedad del paciente que debe trasladarse (medido con los *scores* de gravedad) como la necesidad de soporte requerida.

Aprovechamos la oportunidad de réplica para mostrar los resultados obtenidos (ver *tabla 1*) cuando calculamos el *score* de riesgo de traslado de Moreno et al aplicado a nuestra muestra<sup>4,5</sup>.

Los criterios de inclusión de nuestra serie (traslados con unidad medicalizada terrestre) seleccionan a los pacientes

Tabla 1 Puntuaciones de la escala de valoración para transporte sanitario (Moreno et al)

	CARDIO (n=63)	NEURO (n=10)	CIRUGÍA (n=19)	MÉDICO (n=31)	TRAUMA (n=11)	p <sup>c</sup>
Puntuación <sup>a</sup>	9,3 (1,8)	8,3 (2,1)	8,1 (2,1)	8,3 (2,7)	8,1 (2,2)	0,094
Grupos (%)						0,034
0-3	0	0	0	0	0	
4-7 <sup>b</sup>	12,7	60,0	47,4	58,1	63,6	
>7	87,3	40,0	52,6	41,9	36,4	

<sup>a</sup>Media (desviación estándar).

<sup>b</sup>El valor mínimo es de 6.

<sup>c</sup>Comparación de grupos con p determinada por el test de la  $\chi^2$  para la comparación de proporciones o el test de la t de Kruskal-Wallis para la comparación de medias.

con una puntuación alta y ninguno se incluye en el grupo de puntuación entre 0 y 3. Es también interesante observar que el mayor porcentaje de nuestros pacientes (64,2%) presentaba valores por encima de 7 y dentro del grupo de 4-7, todos obtuvieron una puntuación de 6-7, lo que indicaría en parte la necesidad de analizar los puntos de corte tal y como señala el autor. Por ejemplo, un paciente con puntuación de 6 que se enfrenta a un trayecto de cerca de 2 h puede requerir mayor nivel de recursos (monitorización y supervisión médica) que si el trayecto es de corta duración.

Coincidimos plenamente con el Dr. Moreno en la necesidad de realizar estudios multicéntricos que permitan definir los riesgos del traslado (aplicando escalas que midan la gravedad y la necesidad de recursos) y que incluyan otros ítems como, por ejemplo, tiempo previsto de traslado. La efectividad de los *scores* no es comparable cuando están midiendo aspectos distintos relacionados con las condiciones de traslado.

Estamos abiertos a futuros estudios multicéntricos que aclaren estas incógnitas y permitan crear un instrumento que sirva de guía para evaluar el riesgo/beneficio de un traslado y determinar el recurso más adecuado para éste.

## Bibliografía

1. Fan E, McDonald RD, Adhikari NKJ, Scales DC, Wax RS, Stewart TE, et al. Outcomes of interfacility critical care adult patient transport: A systematic review. *Crit Care*. 2006;10:1-7.

2. Badia M, Armendáriz JJ, Vilanova C, Sarmiento O, Serviá L, Trujillano J. Transporte interhospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad. *Med Intensiva*. 2009;33:217-23.
3. Vázquez MJ, Álvarez C. Transporte interhospitalario urgente desde los hospitales comarcales. *Emergencias*. 2008;20:245-50.
4. Moreno E, Serrano S, Bóveda J, Echevarría MJ, Muñoz J, Diego A. Sistema de valoración de pacientes para el transporte sanitario. Resultados de su aplicación en traslados secundarios. *Med Intensiva*. 1988;12:432-8.
5. Etxebarria MJ, Serrano S, Ruiz D, Cía MT, Olaz F, López J. Prospective application of risk scores in the inter-hospital transport of patients. *Eur J Emerg Med*. 1998;5:13-7.

M. Badia<sup>a,\*</sup>, C. Vilanova<sup>a</sup>, L. Serviá<sup>a</sup> y J. Trujillano<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España

<sup>b</sup>Departamento de Ciencias Médicas Básicas, Universidad de Lleida, Irblleida, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marionabadia@wanadoo.es (M. Badia).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.medin.2009.09.005

doi:10.1016/j.medin.2009.09.007

## Síndrome de hiperestimulación ovárica severo: a propósito de un caso

### Severe ovarian hyperstimulation syndrome: A case report

Sr. Director:

El síndrome de hiperestimulación ovárica severo (SHOS) es una grave complicación que se puede producir tras la estimulación hormonal con el fin de inducir la ovulación en

mujeres que están en tratamiento de fertilización. Este síndrome, que se produce durante la fase luteal o durante el embarazo precoz (tras 3-5 semanas de amenorrea), tiene una incidencia del 0,5-5%, con una mortalidad de 1/50.000 pacientes<sup>1</sup>. Se caracteriza por un trastorno de la permeabilidad capilar que provoca la salida de líquido hacia el peritoneo, la cavidad pleural y el pericardio, y provoca complicaciones como hipovolemia, hemorragias, fallo hepático y renal, tromboembolismos o distrés respiratorio agudo (SDRA)<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 37 años que recibió tratamiento de estimulación ovárica por esterilidad primaria, que 9 días tras el implante de los embriones acude por dolor y