



# medicina *intensiva*

www.elsevier.es/medintensiva



## CARTAS AL DIRECTOR

### Actualización al artículo «Convalidación del título de Medicina Intensiva en el Reino Unido»

#### Current state of recognition of the title in Intensive Care Medicine in the United Kingdom

Sr. Director:

Desde la aceptación del artículo «Homologación del título de Medicina Intensiva en el Reino Unido»<sup>1</sup>, publicado en *Punto de Vista* en febrero de 2011, al menos una solicitud de reconocimiento del título español de Medicina Intensiva ha sido rechazada por carecer de especialidad complementaria. Esto ha sorprendido a la comunidad de intensivistas españoles del Reino Unido ya que se desvía de la tendencia marcada por el reconocimiento de dos títulos sin especialidad complementaria en 2009 y 2010, siendo uno de ellos español.

En marzo de 2010 el organismo regulador de reconocimiento de especialidades médicas en el Reino Unido, Postgraduate Medical Training Board (PMETB), se fusionó con el General Medical Council (GMC), hasta entonces responsable de las colegiaciones. El subsecuente cambio en la directiva del departamento de certificaciones parece haber tenido un papel clave en las últimas decisiones a pesar de que el GMC garantizó que esta fusión no modificaría el proceso de homologaciones. El GMC se niega a revelar los detalles de la toma de decisiones en ninguno de los casos, declarando que cada solicitud se evalúa de forma individual y sin sentar precedente. Esta información tampoco ha sido proporcionada al organismo británico regulador de la formación en Medicina Intensiva, The Faculty of Intensive Care Medicine. El secretismo y la falta de transparencia con que el GMC ha respondido a las múltiples solicitudes de explicación sobre estos casos levantan sospechas acerca de la imparcialidad y consistencia del proceso, y refleja la imperiosa necesidad de unificar criterios para el reconocimiento de la especialidad de Medicina Intensiva en Europa.

Dos acontecimientos deberían facilitar el reconocimiento del título especialista en Medicina Intensiva. El primero es la inminente aprobación de un programa de formación inde-

pendiente en Medicina Intensiva en el Reino Unido<sup>2</sup>. Esto eliminaría la *conditio sine qua non* de una segunda especialidad. El borrador de este programa está siendo revisado por el Faculty of Intensive Care Medicine y se espera su aprobación final por el GMC en agosto de 2011.

El segundo cambio potencialmente significativo es la revisión de la actual directiva europea 2005/36EU<sup>3</sup> que regula el reconocimiento de titulaciones de profesionales liberales, entre ellos las especialidades médicas. La European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) ha revisado el borrador de este documento<sup>4</sup> y ha resaltado la importancia de la unificación de criterios definitorios de la especialidad de Medicina Intensiva en el marco europeo. Asimismo, propone que la homologación se base principalmente en la adquisición de conocimientos, habilidades y aptitudes (competencias), restando importancia a la duración específica del periodo de formación<sup>5</sup>. Esto, que pudiera parecer un atentado contra la calidad de la formación de especialistas, será una ventaja frente a los programas de especialización de 7 a 9 años en el Reino Unido. Los comentarios al borrador de este documento aportados por la ESICM y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) podrían tener un papel clave en la elaboración del *Green Paper*, que sustituirá a la actual directiva europea en otoño de 2011.

### Agradecimientos

Al Dr Cristóbal Leon, Presidente de la SEMICYUC; Dr. Andrew Rhodes, Education and Training Committee Chair for the Intensive Care Society en el Reino Unido.

### Bibliografía

1. De la Cerda M, Tan A, Quintano A, Kovacs N. Convalidación del título de Medicina Intensiva en el Reino Unido. *Med Intensiva*. 2011;35:28–31.
2. Stand-alone Certificate of Completion of Training (CCT) in Intensive Care Medicine, Draft for consultation, December 2010.
3. Directive 2005/36/EC of the European parliament & Council on recognition of professional qualifications, 7th September 2005.
4. Consultation paper by DG Internal Market and services on the Professional Qualifications Directive, 7th January 2011.
5. European Board of Intensive Care Medicine, Multiple Joint Committee of Intensive Care Medicine Response to the European Commission consultation on the revision of the Directive 2005/36/EC Recognition of Professional Qualifications Directive.

Véase contenido relacionado en DOI:  
10.1016/j.medint.2010.11.002

D. Mateo<sup>a,\*</sup>, G. De La Cerda<sup>b</sup>, A. Quintano<sup>c</sup>  
y N. Kovacs<sup>d</sup>

<sup>a</sup> *Intensive Care Unit, Newham University Hospital NHS Trust, Londres, Reino Unido*

<sup>b</sup> *Neuro-Intensive Care Unit, Queen's University Hospital, Londres, Reino Unido*

<sup>c</sup> *Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Vitoria, Vitoria, Álava, España*

<sup>d</sup> *Departamento de Anestesia, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España*

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: dolmdm@gmail.com  
(D. Mateo).

doi:10.1016/j.medin.2011.04.011

## Absceso del músculo iliopsoas

### Iliopsoas muscle abscess

Sr. Director:

En relación con la carta al director «Shock séptico por mionecrosis primaria del psoas»<sup>1</sup>, quisiera realizar alguna consideración.

En el artículo se utiliza en unas ocasiones el término absceso de psoas y en otras, absceso de psoas iliaco. Este es un hecho que aparece también en otros artículos sobre esta enfermedad en los últimos años, debido a que el músculo iliopsoas es un músculo digástrico, con un vientre mayor llamado psoas y otro menor o iliaco. Ambos vientres pueden ser asiento de la infección en forma de absceso y ello puede inducir a un uso erróneo del término. De hecho, en el caso que presentan los autores, en el pie de figura se describe como psoas derecho, cuando la imagen muestra una colección situada en el vientre iliaco (y no el psoas) de este músculo. Por lo expuesto, creo que lo más apropiado para describir esta enfermedad sería usar el término absceso del músculo iliopsoas (o psoas iliaco). Sólo en los casos en que se demuestre mediante técnicas diagnósticas de imagen la afección de un solo vientre, se podría nombrar como absceso de músculo psoas o absceso del músculo iliaco dependiendo del vientre afectado.

En el último párrafo, donde se resume la enfermedad, quisiera también realizar varias matizaciones. Los autores indican que la enfermedad es poco prevalente y, en muchas ocasiones, esto es debido a la dificultad en la sospecha clínica y en su diagnóstico, entre otros factores. También indican que existen en la literatura artículos con series cortas de casos y casos aislados lo que dificulta el conocimiento de ciertos aspectos de la enfermedad. Esta afirmación ha sido paliada en gran medida desde el año 2009 con la publicación de la mayor serie de casos de AIP que existe en la literatura hasta el momento, fruto de un estudio multicéntrico español con casos procedentes de 11 hospitales y publicada en una revista médica de gran factor de impacto<sup>2</sup>. A pesar de las limitaciones que presentan todos los estudios retrospectivos, estos son de capital importancia para aumentar el conocimiento de determinadas enfermedades poco prevalentes, como es el caso del absceso de músculo

iliopsoas. En el trabajo mencionado, se llega a importantes conclusiones que, posteriormente, han sido recogidas en la primera revisión del absceso de músculo iliopsoas (AIP) publicada en el *uptodate* a finales de 2009<sup>3</sup>. Como resumen de estas cabe destacar:

1. La mayoría de los casos de absceso de AIP primario son debidos a *S. aureus*, el mismo germen descrito en el caso publicado por González Robledo et al, aunque más de la mitad de ellos son AIP debidos a infección por otros gérmenes, hecho de capital importancia a la hora de plantear el tratamiento antibiótico empírico.
2. En cuanto al tratamiento del AIP, el uso de antibióticos, junto al drenaje percutáneo del absceso, puede ser tan eficaz como la cirugía mayor en la mayoría de los casos. El número de recidivas es mayor en el grupo tratado con DPCT, pero sin diferencias estadísticamente significativas respecto al tratamiento con cirugía mayor, y la mortalidad general es similar cuando se compara con el grupo de pacientes tratado con cirugía mayor.
3. La mortalidad general del AIP fue del 6%. Los factores que se asociaron a una mayor mortalidad fueron la edad mayor de 65 años, la existencia de bacteriemia y la presencia de *E. coli* como agente causal del absceso.

### Bibliografía

1. González Robledo J, Pérez Losada ME, Ballesteros Herráez JC, Rodríguez Encinas A. [Septic shock due to primary myonecrosis of psoas]. *Med Intensiva*. 2011;35:196.
2. Navarro López V, Ramos JM, Meseguer V, Pérez Arellano JL, Serrano R, García Ordóñez MA, et al. Microbiology and outcome of iliopsoas abscess in 124 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2009;88:120–30.
3. Spelman D. Psoas abscess. En: Sexton DJ, editor. *UpToDate*. MA: Wellesley; 2009.

V. Navarro López

*Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Vinalopó, Elche, Alicante, España*

Correo electrónico: vnavarro@vinaloposalud.com

doi:10.1016/j.medin.2011.04.009