

5. Durlach J, Bac P, Durlach V, Bara M, Guiet-Bara A. Neurotic, neuromuscular and autonomic nervous form of magnesium imbalance. *Magnes Resv*. 1997;10:169-95.
6. Kushnir GM. Tetanic in autonomic vascular dystonia in children. *Zh Nevropatol Psikiatr Im S S Korsakova*. 1990;90:31-6.
7. Davies JS, Aguirre G, Cassidy DM, Griffiths BE. Latent tetany associated with the hypokalaemia of Conn syndrome. *Int J Clin Pract*. 1998;52:347-8.
8. Torunska K. Tetany as a difficult diagnostic problem in the neurological outpatient department. *Neurol Neurochir Pol*. 2003;37:653-4.
9. Seeling MS, Berger AR, Spielholz N. Latent tetany and anxiety, marginal magnesium deficit and normocalcemia. *Dis Nerv Syst*. 1975;36:461-5.
10. Deecke L, Muller B, Conrad B. Standardization of the electromyographic tetany test in the diagnosis of normocalcemic tetany: the 10-minute Trousseau test in patients and healthy humans. *Arch Psychiatr Nervenkr*. 1983;233:23-37.
11. Kukumburg P. Carbamazepine in the treatment of tetanic syndrome. *Cesk Neurol Neurochir*. 1991;54:116-9.

I. F. Aomar Millán, Á. Gómez Camello,
R. Ríos Fernández, F. Barrero y B. Gil Extremera
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.

Acceso multidisciplinar a la Medicina de Cuidados Intensivos

Sr. Director:

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)¹ abre nuevas perspectivas de mejora de la formación médica especializada en España. Uno de sus objetivos es lograr especialidades más flexibles, agrupándolas atendiendo a criterios de troncaldad para permitir una segunda especialización y creando «áreas de capacitación específica» como fórmulas de alta especialización accesibles desde una o varias especialidades². Aquellas «áreas de capacitación específica» accesibles desde varias especialidades se denominan «especialidades pluridisciplinarias», que constituyen un modo de potenciar la multidisciplinariedad, otro de los objetivos de la LOPS. La creación de especialidades pluridisciplinarias es una buena oportunidad de resolver algunos problemas producidos por la rigidez de la ley de especialidades de 1984 y de facilitar la convergencia europea según las recomendaciones del *Advisory Committee on Medical Training*, que aconseja la reducción de las especialidades médicas y la confluencia de las reconocidas en los países de la Unión Europea³.

Uno de los campos donde mejor se puede restablecer en España el carácter de multidisciplinariedad es en la Medicina de Cuidados Intensivos, donde sería posible la creación de una especialidad pluridisciplinar accesible desde especialidades primarias con interés en el paciente crítico como son la Medicina Interna, Cardiología, Anestesiología, Neumología, Cirugía General y Pediatría. Estas especialidades se ven privadas parcialmente de sus competencias por la existencia de una especialidad primaria denominada Medicina Intensiva, inexistente en la Unión Europea, que pretende asumir no sólo la atención del paciente crítico médico en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), sino también la del paciente coronario, el posquirúrgico, la implantación de marcapasos definitivos, las urgencias y emergencias, las unidades de intermedios, el transporte de pacientes críticos, la coordinación de trasplantes y el transporte secundario de riesgo⁴.

El modelo de formación en Medicina de Cuidados Intensivos recomendado por la Sociedad Europea de Medicina de Cuidados Intensivos (ESICM) y por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) consiste en un acceso multidisciplinar tras finalizar la formación en una especialidad primaria apropiada como anestesia, cardiología, medicina interna, pediatría, neumología, cirugía, etc.⁵. Este modelo es similar al existente en los EE.UU. donde los intensivistas tienen dedicación parcial a la Medicina de Cuidados Intensivos y son de procedencia multidisciplinar, formados tras completar una especialidad primaria. Este modelo de intensivistas ha demostrado una mejora de resultados en las UCI estadounidenses⁶.

Aquellas especialidades con interés en la atención del paciente crítico podrían solicitar a través de su comisión nacional la creación de un «área de capacitación específica» en Medicina de Cuidados Intensivos. Su creación, al igual que la de otras posibles especialidades pluridisciplinarias, depende del gobierno (cfr. LOPS artículo 24). Las comisiones nacionales de cada especialidad han recibido el encargo de elaborar los nuevos programas de formación según la LOPS, donde deberán especificar los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales que ha de cumplir el residente en cada uno de sus años de formación especializada. Además deberán tener en cuenta el trayecto de formación específica en función de la titulación de procedencia para adquirir las competencias en aquellas especialidades pluridisciplinarias que les compete, como puede ser la Medicina de Cuidados Intensivos (cfr. LOPS artículo 21, 4). Este trabajo se verá muy facilitado por los resultados del proyecto CoBaTrICE (*Competency-Based Training in Intensive Care Medicine in Europe*) de la ESICM, que definirá las competencias necesarias para un intensivista⁷.

Las expectativas y esperanzas puestas en la nueva ley no se verán defraudadas si se logra establecer un diálogo abierto entre las especialidades y con visión de futuro, sin pretender exclusivismos añejos⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) [consultado 10-01-2006]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. D.G. Recursos Humanos y S. E. P. Información al profesional. Objetivos de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Publicado: 12-07-04 [consultado 10-01-06]. Disponible en: <http://serviciosweb.minhac.es/apps/PGE2004/Proyecto/PGERom/doc/4/23/2/R4PP411M2.PDF>
3. UEMS Policy Proposals for Classification and Training Durations of Specialities [consultado 10-01-2006]: Disponible en: <http://www.uems.net/uploadedfiles/42.pdf>
4. Cabré L, Mancebo J, Blanch L. Soins intensifs en Espagne. *Réanimation* 2005;14:24-35.
5. De Lange S, Van Aken H, Burchardi H. European Society of Intensive Care Medicine statement: intensive care medicine in Europe: structure, organisation and training guidelines of the Multidisciplinary Joint Committee of Intensive Care Medicine (MJICM) of the European Union of Medical Specialists (UEMS). *Intensive Care Med*. 2002;28:1505-11.
6. Pronovost PJ, Angus DC, Dorman T, Robinson KA, Dremsizov TT, Young TL. Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. *JAMA*. 2002;288:2151-62.
7. Proyecto Cobatrice [consultado 10-01-2006]: Disponible en: http://www.esicm.org/PAGE_cobatrice?1g7m
8. Pujol R, Oriol A. ¿Especialización o áreas de capacitación? *Med Clin (Bar)*. 2004;123: 55-6.

R. Peyró, V. Ginesta, L. Aguilera, J. Navia,
J. Canet, C. Sánchez, F. Barturen y P. Monedero
Junta Permanente de la Sección de Cuidados Críticos de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación.

Hernia diafragmática de Morgagni en el adulto

Sr. Director:

La hernia diafragmática de Morgagni-Larrey es un defecto congénito poco frecuente de localización predominantemente derecha¹. Esta entidad es generalmente diagnosticada en la edad adulta de forma casual al realizar una radiografía de tórax. Las formas sintomáticas se deben a la herniación de vísceras abdominales a la cavidad torácica en procesos que aumentan la presión intraabdominal (embarazo, obesidad, ascitis, etc.) produciendo clínica respiratoria o digestiva. A continuación presentamos el caso de un paciente varón de 70 años diagnosticado de una hernia de Morgagni derecha con sintomatología respiratoria asociada.