

nóstico por su rapidez, pero tiene dificultades para distinguir masa sólida y sangre coagulada. La arteriografía, que puede localizar puntos de hemorragia y permite una embolización selectiva, se considera la prueba de elección en el estudio vascular renal; sin embargo, es invasiva y no está exenta de complicaciones. El desarrollo de nuevas técnicas radiológicas como la TC proporciona el diagnóstico preoperatorio de los AAR e información precisa sobre el retroperitoneo<sup>7</sup>, lo que permite en algunos casos una actitud conservadora<sup>8</sup>. Se han utilizado diversos tratamientos para los AAR, como la embolización endovascular con coils, la implantación de stents cubiertos de politetrafluoroetileno, la ligadura del cuello del aneurisma, o la reparación *ex vivo* con autotrasplante<sup>9</sup>. Debido al escaso número de casos publicados no se puede aconsejar ninguno de ellos. No obstante, en caso de inestabilidad hemodinámica está indicada la cirugía de urgencia con nefrectomía radical electiva<sup>10</sup>, aunque el tratamiento debe ser lo más conservador posible, sobre todo en pacientes monorrenos.

Camilo González Fernández<sup>a</sup>,  
Carmen Valero Díaz de Lamadrid<sup>b</sup>,  
Miguel Ángel Hernández Hernández<sup>a</sup>  
y Juan Martín Fojaco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Medicina Intensiva. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>b</sup>Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

1. Cinman AC, Farrer J, Kaufman JJ. Spontaneous perinephric hemorrhage in a 65-year-old man. J Urol 1985;133:829-32.
2. Tham G, Ekelund I, Herrlin K, Lindstedt EL, Olin T, Bergentz SE. Renal artery aneurysms. Natural history and prognosis. Ann Surg 1983;197:348-52.
3. Chen R, Novick AC. Retroperitoneal hemorrhage from a ruptured renal artery aneurysm with spontaneous resolution. J Urol 1994;151:139-41.
4. Hageman JH, Smith RF, Szilagyi E, Elliott JP. Aneurysms of the renal artery: problems of prognosis and surgical management. Surgery 1978;84:563-72.
5. Machuca FJ, Barros JM, Guate JL, Mata J, Ojea A, Figueiredo L, et al. Cirugía conservadora de urgencia por rotura de angiomiolipoma renal. Arch Esp Urol 1990;43:179-81.
6. Pode D, Caine M. Spontaneous retroperitoneal hemorrhage. J Urol 1992;147:311-8.
7. Estivill X, Domingo P, Fontcuberta J, Félez J. Hemorragia retroperitoneal espontánea y tratamiento anticoagulante: presentación de cuatro casos y revisión de la literatura. Med Clin (Barc) 1984;83:587-92.
8. Belville JS, Morgentaler A, Loughlin KR, Tumeh SS. Spontaneous perinephric and subcapsular renal hemorrhage: evaluation with CT, US, and angiography. Radiology 1989;172:733-8.
9. Liguori G, Trombetta C, Bucci S, Pozzi-Mucelli F, Bernobich E, Belgrano E. Percutaneous management of renal artery aneurysm with a stent-graft. J Urol 2002;167:2518-9.
10. López Cubillana P, Hita Rosino E, Asensio Egea I, Rigabert Montiel M, Hita Villaplana G, Pérez Albacete M. Síndrome de Wunderlich. Revisión diagnóstica y terapéutica. A propósito de siete observaciones. Actas Urol Esp 1995;19:772-6.

inglés médico<sup>2</sup>, *elective* se define en su segunda acepción como: *Subject to the choice or decision of the patient or physician; applied to the procedures that are advantageous to the patient but not urgent*; así, se aplica a las intervenciones quirúrgicas planeadas con tiempo y eligiendo el momento de efectuarlas<sup>3</sup>. Abordando este tema, Navarro<sup>4</sup> señala que *elective* es un adjetivo que con frecuencia no significa lo mismo que el término español «electivo» y que se emplea en inglés con tres acepciones. En el ámbito quirúrgico se refiere a cirugía programada (en oposición a urgente), mientras que aplicado al aborto significa «provocado» (*elective abortion*) y en el contexto universitario corresponde a optativo (*elective course*). Curiosamente, en España no es común hablar de abortos electivos o de materias electivas (aunque puede ser correcto)<sup>5</sup>, pero sí de cirugía electiva.

En español, «electivo» significa «que se hace o se da por elección». Aunque, naturalmente, la cirugía programada puede ser una cirugía «electiva», sólo en determinadas ocasiones, muy específicas, los pacientes «eligen» someterse a operaciones «voluntariamente» y este término se suele aplicar, en la mayoría de los casos, a los procedimientos quirúrgicos que se realizan sin urgencia, es decir, sin apremio, sin que el retraso en realizarlos ponga en peligro la vida del paciente. La tentación casi irresistible de traducir el término de forma poco correcta al español es muy grande y afecta tanto a médicos españoles como a latinoamericanos. Es uno más entre otros muchos falsos amigos<sup>6</sup>, como lo son la utilización, por ejemplo, de dolor «severo» (en vez de intenso o agudo) por *severe pain* o estudio «randomizado» (en vez de aleatorizado) por *randomized study*.

Sin duda, muchos médicos, especialmente cirujanos y anestesiólogos, entienden que cuando se dice «cirugía electiva» se está hablando, en la mayoría de los casos, de cirugía programada, pero teniendo en cuenta que la cirugía programada puede ser (o no ser) electiva, nos parece innecesario desplazar del castellano la forma correcta ya aceptada «cirugía programada». En estos tiempos en los que en numerosas ocasiones es difícil encontrar términos propios como alternativa a los ingleses, éste es un buen ejemplo de cómo los términos supuestamente nuevos no deberían desplazar a los que ya tiene el castellano. Hablemos, pues, de cirugía programada y reservemos cirugía electiva para los casos en los que realmente lo sea.

Josep E. Baños<sup>a</sup> y Elena Guardiola<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Departamento de Investigación y Desarrollo. Química Farmacéutica Bayer. Barcelona. España.

1. López Soques MM, León A, García Álvarez J, Garcés P, Sáez M. Rendimiento de un programa de ahorro de sangre en cirugía traumatológica electiva. Med Clin (Barc) 2002;119:650-2.
2. Dorland's illustrated medical dictionary. 27th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1988; p. 535.
3. Diccionario enciclopédico University de términos médicos inglés-español. México: Nueva Editorial Interamericana S. A. de C. V., 1981; p. 347.
4. Navarro F. Diccionario crítico de dudas inglés-español de medicina. Barcelona: McGraw-Hill-Interamericana, 2000.
5. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar Lexicografía, 1999; p. 1721.
6. Diccionario de la Lengua Española. 22.ª ed. Madrid: Real Academia Española, 2001.



## Una plaza fija para toda la vida: «la jaula de oro»

**Sr. Editor:** ¡Al fin un soplo de aire fresco! Alguien se atreve a decir toda la verdad sobre la situación laboral del personal sanitario del sistema público de salud. Además, desde la experiencia, el conocimiento, la inteligencia y el prestigio. Puerta y Rodés<sup>1</sup>, en su artículo recientemente publicado, describen con precisión meridiana la «jaula de oro» que supone una plaza fija para toda la vida, en la que se antepone la seguridad a la iniciativa, la jerarquía a la incentivación y la desidia a la promoción. Cualquier sistema que quiera progresar se basa en la iniciativa personal, la motivación y el logro de objetivos. Pensar otra cosa es dar la espalda a la realidad y suponer que los gerentes de Coca-Cola, Nestlé o Sanitas son tontos. Y eso no tiene nada que ver con la sanidad pública o privada, sino con una adecuada gestión de los recursos, la toma de conciencia por parte de las administraciones de que el personal sanitario es la base de una buena medicina y la posibilidad de que el ciudadano opte por la opción sanitaria que más que le convenga.

Un sistema «para toda la vida», con escasas o nulas posibilidades de progresión personal, científica y económica, resulta frustrante y favorece la igualdad a la baja («para qué hacer más», «si aunque trabajes mucho no te lo agradecen», «total para lo que nos pagan»). Mientras tanto la Administración, con el mismo criterio, «paga a la baja»: porque hay médicos que trabajan muy poco. El resultado es obvio: el deterioro que se viene produciendo en la sanidad pública durante los últimos 20 años.

Ahora que se habla tanto de los médicos quemados<sup>2</sup> (síndrome del *burn-out*), lo que se precisa es no «freír» de inicio a los miles de jóvenes que esperan con anhelo la posibilidad de ejercer con dignidad esta profesión. Lo que ellos quieren es «quemarse» y producir energía humana con su trabajo, no permanecer incombustibles durante años en las consultas grises de los ambulatorios o los largos pasillos de los hospitales. Será la motivación, la incentivación y la posibilidad de promoción lo que haga que nuestros médicos jóvenes desempeñen con entusiasmo, abnegación y eficacia la medicina del siglo XXI; una plaza fija para toda la vida en las actuales condiciones sólo les asegurará (o quizá no) una modesta jubilación.

Gracias Puerta y Rodés por ser notarios de la realidad, por desempañar el espejo de la sanidad en la que nos reflejamos y por ser fieles seguidores del padre Feijoo. Sólo queda esperar que no pasen otros 250 años para que la situación cambie.

Fermín Mearin

Servicio de Aparato Digestivo.  
Centro Médico Teknon.  
Barcelona. España.

1. Puerta JL, Rodés J. Una plaza fija para toda la vida. Med Clin (Barc) 2003;120:138-40.
2. Ferrer R. *Burn out* o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc) 2002;119:495-6.



## ¿Cirugía electiva o cirugía programada?

**Sr. Editor:** En los últimos años se ha prodigado por las publicaciones médicas españolas un falso amigo del que MEDICINA CLÍNICA tampoco se ha escapado: la cirugía electiva. En