

CARTA AL DIRECTOR

No es COVID-19 todo lo que reluce



Not all that glitters is COVID-19

Sr. Director:

La ecografía es una herramienta diagnóstica cada vez más extendida en los servicios de urgencias, como ya preconizaba el Dr. Nogué¹ en el año 2008, siendo útil en la identificación de diversas patologías pleuropulmonares², realizando lo que se denomina ecografía a pie de cama (EPICA).

En el estado actual de pandemia por COVID-19, el uso de la ecografía pulmonar está implementándose en la atención a pacientes sospechosos de infección, mediante la observación de hallazgos que puedan ser característicos para, de esta forma, entre otros objetivos, desarrollar un sistema de *triage*³.

Estos signos ecográficos encontrados en los pacientes con COVID-19 (+), con distribución en patrón parcheado bilateral, correlacionados con hallazgos propios de la exploración por tomografía axial computarizada (TAC) son: irregularidad de línea pleural, líneas B focales, patrón B coalescente difuso y consolidaciones subpleurales, acompañados o no de otros hallazgos menos frecuentes como puede ser el derrame pleural localizado⁴.

Sin embargo, no se debe inferir una valoración diagnóstica de la exploración ecográfica debiendo esta última ir siempre de la mano de la clínica y de otras herramientas diagnósticas, y ser un apoyo a las mismas⁵.

Presentamos el caso de un paciente de 89 años de edad, hipertenso, con fibrilación auricular paroxística e

insuficiencia renal sin patología pulmonar previa, que acude por hematuria y edemas en extremidades, sin fiebre ni tos, con una frecuencia respiratoria de 17 respiraciones/minuto y saturación de oxígeno (SatO₂) de 98% respirando aire ambiente, y al que en la exploración, realizando una sistemática mediante ecocardiografía y ecografía pulmonar a pie de cama, encontramos (fig. 1) muchos de los hallazgos ecográficos publicados para los pacientes con infección por COVID-19: irregularidad de línea pleural, líneas B focales, y consolidación subpleural (además de derrame pleural bilateral), por lo que, pensando en la infección por coronavirus, solicitamos test rápido de detección de inmunoglobulinas, siendo negativo su resultado, y PCR mediante frotis nasofaríngeo con el mismo resultado.

Tras ello llegamos a la conclusión de estar ante una posible patología pleuropulmonar previa no diagnosticada en el contexto de un cuadro de insuficiencia cardíaca, por lo que desestimamos la idea inicial de conseguir realizar una detección en etapa pre-sintomática de infección por COVID-19, asumiendo que la patología ya existente sigue siendo susceptible de atención en urgencias y siendo conscientes de la importancia de valorar el resultado de pruebas exploratorias dentro de un contexto clínico compatible, ya que por el momento en esta enfermedad no se ha descrito un signo clínico que nos permita un diagnóstico certero en el 100% de los pacientes.

Consideraciones éticas

Se ha contado con el consentimiento de la paciente cumpliéndose los protocolos de los centros de trabajo sobre tratamiento de la información de los pacientes.

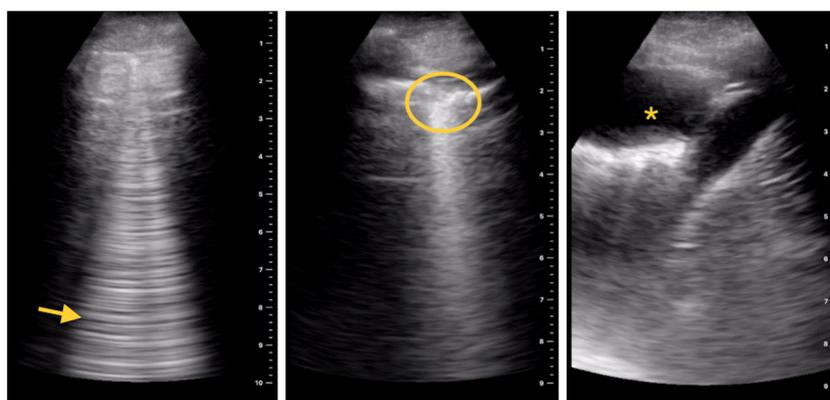


Figura 1 Hallazgos ecográficos encontrados en nuestro paciente: aumento de líneas B (flecha), consolidación subpleural (círculo) y derrame pleural (asterisco).

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nogué Bou RM. Ultrasound in emergency medicine: a tool within the reach of the emergency physicians. *Emergencias*. 2008;20:75–7.
2. Wangüemert Pérez AL. Aplicaciones clínicas de la ecografía pulmonar. *Med Clin (Barc)*. 2020;154:260–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2019.11.001>.
3. Martínez Buendía C, Martínez López F. Ecografía pulmonar en enfermos con coronavirus COVID-19. *Rev Hosp Emilio Ferreyra*. 2020;1:e22–4.
4. Huang Y, Wang S, Liu Y, Zhang Y, Zheng C, Zheng Y, et al. A Preliminary Study on the Ultrasonic Manifestations of Peripulmonary

- Lesions of Non-Critical Novel Coronavirus Pneumonia (COVID-19). February 26, 2020, <https://doi.org/10.2139/ssrn.3544750>.
5. Poggio GA, Mariano J, Gopar LA, Ucar ME. La ecografía primero: ¿Por qué, cómo y cuándo? *Rev Argent Radiol*. 2017;81:192–203, <https://doi.org/10.1016/j.rard.2016.06.005>.

J.J. Zafra-Sánchez^{a,*}, N. Palomero-González^b
y C. Agirretxu-Del Molino^c

^a *Servicio de Urgencias. Hospital San Eloy, Vizcaya, España*

^b *Centro de Salud La Paz, Vizcaya, España*

^c *Centro de Salud Kabiezes, Vizcaya, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanjose.zafrasanchez@osakidetza.eus
(J.J. Zafra-Sánchez).

1138-3593/ © 2020 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.08.001>

Residentes de familia en estado de alarma



General practitioners residents at emergency state

Estamos viviendo probablemente la peor situación de nuestra historia reciente, una pandemia que ha paralizado el mundo tal y como lo conocemos y entendemos en el siglo XXI. Un virus que, aunque afectando a los más mayores y frágiles, muchas personas de todas las edades no han podido superar.

También, en cierto modo, nos ha igualado a todos los profesionales sanitarios que hemos afrontado la situación. Es la primera pandemia de estas características a la que cualquier profesional sanitario en activo se enfrenta, desde los recién llegados R1 hasta los adjuntos más experimentados que ven cerca su jubilación¹. ¿Sería descabellado decir que estos meses hemos sido todos residentes en pandemia?

Sin ser plantilla orgánica, los médicos residentes de todas las especialidades somos profesionales comprometidos con nuestra profesión y nuestro sistema sanitario. Estos meses se han considerado una Rotación en Estado de Alarma, por lo que hemos visto suspendidas todas las rotaciones, tanto las externas a nuestros centros de referencia como las propias, para ser redistribuidos en función de las necesidades, desde reforzar centros de atención primaria o urgencias hospitalarias, a plantas COVID o a hospitales improvisados como es el caso de la Institución Ferial de Madrid (IFEMA).

Dicha suspensión de rotaciones nos ha llevado a asumir nuevas funciones. La mayoría de residentes hemos sido considerados un médico especialista más dentro de los equipos, especialmente los de último y penúltimo año, que hemos asumido labores asistenciales de manera independiente y similares a las realizadas por adjuntos y tutores. Hemos conocido al mismo tiempo que nuestros adjuntos la incertidumbre de la teleconsulta^{1,2}.

Todos estamos de acuerdo en que una consulta por teléfono no sustituye al acto médico presencial. Sin embargo, es muy probable que la teleconsulta haya llegado para quedarse, ya que puede ser una herramienta útil si se utiliza con unas indicaciones precisas, dando agilidad a la consulta, evitando desplazamientos y exposiciones, y dejando más tiempo para nuestros pacientes mayores pluripatológicos que necesitan más visitas y, de acuerdo con recomendaciones internacionales, más de 5 min³.

En atención primaria se ha realizado una detección y seguimiento de casos que en muchos territorios ha evitado el colapso de la red hospitalaria. Sin embargo, la red de centros de salud, apenas ha dispuesto de equipos de protección individuales y se ha negado el acceso a solicitar pruebas diagnósticas, teniendo que solicitar (o incluso rogar) a otros niveles asistenciales la realización de las mismas. Cuando esto haya pasado, creo que los análisis de la emergencia deberán tener en cuenta la actuación de la atención primaria y darle el valor y reconocimiento que merece, siendo habitualmente muro de contención del Sistema Nacional de Salud y más en situaciones como la vivida.

Desde la primera línea, nos hemos enfrentado a la situación como uno más, ha habido residentes infectados y fallecidos. Hemos vivido la angustia y la impotencia de no poder hacer más por nuestros pacientes; el miedo de poder contagiar a nuestras familias.

Hemos vivido con ansiedad e incertidumbre un sinfín de cambios normativos en relación con la formación especializada, llegando a plantear una injusta e incomprensible prórroga que sensatamente fue derogada tras la oposición frontal de todo el sector sanitario, poniendo fin a tan injusta situación⁴⁻⁶.

Todo el foco de la atención se puso en los residentes de último año, pero en nombre del Grupo de Trabajo, queremos destacar a los residentes de años inferiores, que han demostrado una gran profesionalidad, capacidad de adaptación e iniciativa para aportar lo mejor de sí mismos durante esta