

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Editor:

Hemos leído detenidamente los comentarios acerca de nuestro artículo titulado "Evaluación precoz mediante ecografía pulmonar de pacientes con disnea por COVID-19" publicado en EMERGENCIAS¹. Estas observaciones constructivas nos ayudarán a mejorar en futuras publicaciones. Por ende, creemos que merece la pena responder a ellas.

La elección de variables de resultado pobre en el artículo es cuestionable y tiene varias limitaciones. Se escogieron variables que modificaran el estado del paciente para acercarnos lo más posible a la práctica clínica. El triaje es el centro de la práctica médica en urgencias. Así, el paciente sin necesidad de oxigenoterapia puede obtener el alta, mientras que un paciente que la requiere exige hospitalización. Se realizó un análisis adicional para identificar a los pacientes de alto riesgo, incluyendo la necesidad de oxigenoterapia de alto flujo, ventilación no invasiva, ventilación mecánica y muerte.

Por lo que se refiere a la escala de ecografía pulmonar modificada (MLUS por su sigla en inglés), hay que tener en cuenta que originalmente no fue descrita para la evaluación de pacientes con una infección por COVID-19². De todos modos, esta escala considera la irregularidad de la línea pleural e incluye la consolidación translobar y no translobar (consolidación subpleural). No obstante, la atribución de tres puntos cuando existe engrosamiento de la línea pleural con irregularidades es cuestionable y tenemos las siguientes observaciones. Estamos de acuerdo que la diferencia entre líneas B7 y B3 es subjetiva, especialmente para ecografistas principiantes. Para simplificar esta evaluación, podemos considerar que la presencia de 3 o 4

líneas B entre dos costillas indica líneas B7 (patrón intersticial septal) y, a partir de 5 líneas B, implica líneas-B3 (patrón en vidrio deslustrado)³. El motivo de elección de la escala MLUS era comparar los resultados de nuestro primer artículo sobre pacientes atendidos en el servicio de urgencias a causa de disnea excluyendo el periodo de COVID-19. Así, para pacientes de alto riesgo, encontramos el mismo punto de corte que en el estudio original.

Finalmente, estamos de acuerdo que la ausencia de una evaluación de concordancia entre observadores es una limitación de nuestro estudio. También coincidimos con los comentarios sobre la importancia de la ecografía de pulmón en pacientes infectados por COVID-19 a la hora de predecir un posible resultado adverso. En el futuro, se necesitan investigaciones más profundas y con mayor muestra de población para confirmar los resultados y evaluar las respuestas a las terapias seleccionadas.

Thibaut Markarian

Department of Emergency Medicine, Timone University Hospital, Marsella, Francia. UMR 1263 Center of Cardiovascular and Nutrition Research (C2VN), Aix-Marseille University, INSERM, INRAE, Marsella, Francia.

thibaut.markarian@ap-hm.fr

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflicto de interés en relación al presente artículo.

Contribución del autor, financiación y responsabilidades éticas: El autor ha confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable: Xavier Jiménez Fábrega.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

DOI: 10.55633/s3me/E061.2022

Bibliografía

- 1 Markarian T, Persico N, Roch A, Ahriz D, Taguet C, Birman G, et al. Early assessment of patients with COVID-19 and dyspnea using lung ultrasound scoring. *Emergencias*. 2021;33:354-60.
- 2 Markarian T, Zieleskiewicz L, Perrin G, Claret P-G, Loundou A, Michelet P, et al. A lung ultrasound score for early triage of elderly patients with acute dyspnea. *CJEM*. 2019;21:399-405.
- 3 Lichtenstein D, Mézière G, Biderman P, Gepner A, Barré O. The comet-tail artifact. An ultrasound sign of alveolar-interstitial syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997;156:1640-6.