

CARTAS AL EDITOR

A propósito de un caso de fístula aortocava

Aortic-vena cava fistula

Sr. Editor:

La fístula aortocava (FAC) constituye una rara entidad, presente en menos del 6% de los aneurismas de aorta abdominal rotos según algunas series^{1,2}. La causa más frecuente suele ser por erosión de un aneurisma (en el 80% de los casos), aunque puede haber otras causas como las traumáticas, los aneurismas micóticos, la enfermedad de Takayasu o las conectivopatías³. La clínica cursa con dolor abdominal de aparición brusca y puede asociarse a fallo cardíaco congestivo. A la exploración suele detectarse una masa pulsátil abdominal, un soplo abdominal continuo y, en ocasiones, edema en extremidades inferiores^{4,5}.

Varón de 78 años, sin antecedentes patológicos de interés, que acudió a urgencias por dolor epigástrico irradiado a la zona retroesternal de 24 horas de evolución, con molestias en el hipogastrio izquierdo y cortejo vegetativo asociado. A su llegada el paciente impresionaba de gravedad, con palidez cutánea y sudoración, se encontraba afebril, con una presión arterial de 105/50 mmHg, frecuencia cardíaca de 97 lpm y saturación de oxígeno de 98%. El electrocardiograma mostraba elevación del segmento ST en DIII y VF con infradesnivelación en las derivaciones precordiales y DI. En la analítica se observó elevación de biomarcadores cardíacos (troponina 0,40 ng/mL, mioglobina 141,2 ng/mL), elevación de la creatinina (2,62 mg/dL), sin anemia y con mínima leucocitosis. Con dichos datos se diagnosticó de síndrome coronario agudo y se consultó con hemodinámica. A la exploración se palpaba una masa pulsátil en el hipogastrio izquierdo con un soplo sistólico, por lo que se decidió solicitar una angiografía computarizada (angioTC) urgente ante la sospecha de aneurisma de aorta complicado. El resto de exploración arterial era normal. En la angioTC se observó un aneurisma de la arteria ilíaca común izquierda de 7 cm de diámetro con relleno precoz de las venas ilíaca izquierda y cava inferior, todo ello sugestivo de fístula arteriovenosa (FAV). Se solicitó un ecocardiograma urgente en el que se apreciaban signos de sobrecarga derecha con insuficiencia tricuspídea grave asociada a episodios paroxísticos de flutter auricular, de probable inicio agudo. Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a FAC, se decidió realizar intervención quirúrgica urgente. La intervención se realizó con anestesia general y se implantó una endoprótesis aortoiliaca, previa embolización de la arteria hipogástrica izquierda. En el postoperatorio inmediato el paciente

presentó remisión de la clínica cardiológica, con disminución progresiva de los biomarcadores cardíacos y mejoría de la función renal. Presentó una impotencia funcional en extremidad inferior izquierda, sin hallazgos significativos en la resonancia magnética nuclear y en el electromiograma, en probable relación con una isquemia medular secundaria a la cirugía.

La FAC es una patología grave e infrecuente, con una presentación clínica variable que puede retrasar el diagnóstico. Dada la variabilidad clínica de esta patología, la exploración clínica es fundamental y la sospecha debería instaurarse en todos los pacientes con presencia de soplo abdominal. El tratamiento consiste en la reparación de la FAV y en el control del sangrado. Previamente, el tratamiento de elección era la cirugía abierta. Con el desarrollo de técnicas endovasculares se plantean opciones de tratamiento con menor riesgo de pérdida sanguínea, y por tanto menor mortalidad, aunque con mayor riesgo de persistencia de la comunicación arteriovenosa, que suele requerir intervenciones posteriores como en este paciente.

Ana Cristina Fernández-Aguilar Pastor¹,
Irene Vázquez Berges²,
José Antonio Lecho Saz²

¹Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar Hospital San Jorge, Huesca, España.

²Servicio de Angiología y Cirugía Vascul ar Hospital Miguel Servet, Zaragoza, España.

acfernandezap@gmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación 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

Manuel José Vázquez Lima, MD, PhD.

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

Bibliografía

1 Cinara IS, Davidovic LB, Kostic DM, Cvetkovic SD, Jakovljevic NS, Koncar IB. Aorto-Ca-

val Fistulas: A Review of Eighteen Years Experience. *Acta Chir Belg.* 2005;105:616-20.

2 Tonolini M, Ippolito S, Rigioli F. Images in medicine: Spontaneous aortocaval fistula complicating abdominal aortic aneurysm. *J Emerg Trauma Shock.* 2014;7:129-30.

3 Lorenzati B, Perotto M, Bottone S, Tenconi G, Gazzina G, Cataldi W. Aortocaval fistula. *Intern Emerg Med.* 2014;9:895-6.

4 Psathas ED, Lioudaki S, Doulaptis M, Charalampoudis P, Klonaris C, Verikokos C. Clinical. Manifestations of Aortocaval Fistulas in Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm: Report of Two Cases Case. *Reports in Surgery* 2012.

5 Lebon A, Agueznaï M, Labombarda F. High-Output Heart Failure Resulting From Chronic Aortocaval Fistula. *Circulation.* 2013;127:527-8.

Reanimación cardiopulmonar y la Desconocida del Sena (L'Inconnue de la Seine)

Cardiopulmonary resuscitation and "The Unknown Woman of the Seine"

Sr. Editor:

En este año se cumple el 50º aniversario de Resusci Anne®, un maniquí que ha salvado la vida de cientos de miles de personas. Nosotros queremos rendirle un merecido homenaje recordando su historia.

Hacia 1880 se encontró flotando en el río Sena (París) el cuerpo de una joven de unos 17 años. No tenía signos de violencia y se sospechó que se había suicidado. A pesar de haber muerto ahogada conservaba una serena sonrisa y unos rasgos faciales armónicos. Nadie reclamó su cuerpo y fue trasladado a la morgue, donde uno de los empleados confeccionó una máscara mortuoria a la que bautizó como *L'Inconnue de la Seine* (la Desconocida del Sena), la cual fue fuente de inspiración de artistas. Además, fue reproducida hasta la saciedad y se convirtió en adorno de los hogares de la burguesía de la época¹. La alusión más antigua en relación con la ventilación boca-boca se encuentra en la Biblia, cuando Dios creó a Adán (Génesis 2:7) y cuando el profeta Eliseo (1 Reyes 17:17-22) "resucitó a un niño que había muerto"². A lo largo de los siglos hubo tímidos intentos de controlar la vía aérea en personas inconscientes, todos ellos fallidos. No fue hasta principios de la década de los sesenta del siglo pasado cuando los doctores Kouwenhoven y Safar describieron la técnica secuencial de la reanimación cardiopulmonar (RCP) tal y como la conocemos en la actualidad³. Peter Safar (1924-2003) fue un médico austriaco que se especializó en cirugía (Universidad de Yale) y anestesiología; y que se dedicó a la investigación de la apertura de la vía aérea (maniobra frente-mentón y tracción mandibular). En 1956 demostró en voluntarios sanos paralizados

con curare que exhalando el aire mediante una maniobra boca-boca se podía mantener niveles óptimos de oxígeno sin que la persona respirase¹. En 1966 falleció Elizabeth, su hija de 12 años, a consecuencia de una crisis asmática. Fue entonces cuando Safar encaminó su investigación hacia lo que denominó "Resucitación Cardiopulmonar y Cerebral" (RCPC)⁴ e inició el Freedom House Enterprise Ambulance Service, el primer servicio de asistencia extrahospitalaria con ambulancia y personal paramédico. Para ello encargó a un juguetero noruego, Asmund Laerdal, la creación de un muñeco de plástico donde se pudiera entrenar a personal no sanitario. Laerdal desarrolló el torso de un maniquí que simulaba un paciente inconsciente y para que su cara tuviese una apariencia natural empleó el modelo de una máscara que había en la pared de la casa de sus abuelos: *L'Inconnue de la Seine*. De esta forma, la anónima parisina se convirtió en el rostro de Resusci Anne, nombre del primer maniquí de entrenamiento¹. En 1966, en la Academia Nacional de las Ciencias y el Consejo Nacional de Investigación de Estados Unidos realizó la primera conferencia sobre RCP, sentando las bases para su protocolo y estableciendo la necesidad de generalizar su entrenamiento a personal no sanitario¹.

Actualmente los maniqués femeninos de la empresa Laerdal de muñecos de simulación de RCP llevan el nombre de Anne: Resusci Anne®, Little Anne®, Baby Anne®, Mini Anne®...

Pedro Gargantilla Madera^{1,2},
José Fernando Madrigal¹,
Emilio Pintor²

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital de El Escorial, Madrid, España. ²Universidad Europea de Madrid, España.

pgargantilla@yahoo.es

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación 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

Manuel José Vázquez Lima, MD, PhD.

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

Bibliografía

1 Safar P. On the history of modern resuscitation. *Crit Care Med*. 1996;24(Supl):S3-S11.

- 2 Gargantilla P. Manual Historia de la Medicina. 4º edición. Ed. Málaga: Grupo 33; 2015.
3 Tjomsland N, Bassett P. The resuscitation greats. Åsmund S. Lærdal. Elsevier. 2002.
4 Safar P, Bircher NG. Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral. Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1989.

Tratamiento de la ingesta de cuerpos extraños

Treatment for ingested foreign bodies

Sr. Editor:

La ingesta de cuerpos extraños es un motivo de consulta habitual en los servicios de urgencias (SU). El 80% se produce en menores de 7 años. El 90-95% progresa sin consecuencias, por lo que no se requiere actuación terapéutica. Solo cuando el cuerpo extraño queda estancado, produce alguna complicación o lleva asociado toxicidad debe ser extraído con la mayor precocidad posible. Su ubicación dependerá de la edad del paciente, características del objeto, tiempo transcurrido o existencia de patología¹⁻⁵.

Presentamos nuestra experiencia en el periodo 2012-2015 de pacientes que han requerido ingreso en el hospital por cuerpos extraños (n = 120). El rango de edad es de 8 meses a 97 años (mediana 48 años), 36 casos en menores de edad. En adultos (84) existen factores predisponentes, tales como patología psiquiátrica (15), alcoholismo (8), déficit mental (7), demencia (7), toxicomanía (7), presos (6), *body – packers* (4) o intentos autolíticos (1). En los casos de impactación alimentaria, se encontraron diversas patologías subyacentes: esofagitis (10 casos: 4 caústicas, 2 eosinofílicas, 1 por reflujo y 1 postradioterapia), estenosis (8), anillo de Schatzki (3), enfermedad de Crohn (2), acalasia (1), tumores (1) o hernia de hiato (1). Existió una gran variedad de objetos (n = 125). En 59 casos tenían relación con la ingesta alimentaria: 19 impactaciones cárnicas, 9 sin determinar, 8 huesos de animales, 5 espinas, 4 frutos secos, 3 conchas de almejas, 3 salchichas, 2 huesos de frutas. Entre los no relacionados (50), destacan monedas (12), pilas (9) o tornillos (4). En 6 casos no se distinguió su naturaleza y en 10 se definieron como bezoar. El lugar más frecuente de detención fue el esófago (50), seguido de intestino delgado (32), estómago (21) y colon (15). Solo en 45 casos la ingesta no era reconocida por el paciente, siendo esta el principal motivo de consulta (28), seguido de disfagia (23), dolor abdominal (18), síntomas obstructivos (15), atragantamiento (8) o vómitos (8). Existen con menor frecuencia otros motivos variados de consulta, como proctalgia o melenas, y síntomas muy inespecíficos como disnea, deterioro general o fiebre. En 14 pa-

cientes se produjo perforación de víscera hueca y en 18 obstrucción intestinal.

La endoscopia oral consiguió solucionar el problema en 55 pacientes, y fue necesaria la intervención quirúrgica en 37. En 16 casos fue expulsado espontáneamente y no se realizó ningún procedimiento. Otras alternativas fueron broncoscopia rígida (6), esofagoscopia rígida (3), colonoscopia (2) y laringoscopia (1). En 88 pacientes no se objetivaron complicaciones. Entre las más frecuentes encontramos problemas de la herida quirúrgica (10), laceraciones esofágicas (8), hemorragia digestiva (3), fístula/dehiscencia intestinal (3), broncoespasmos (2), absceso intrabdominal (2) o ileo paralítico (2).

El porcentaje de tratamiento conservador de nuestra serie, comparado con la literatura, es muy escaso debido al sesgo de selección existente, ya que solo se han incluido pacientes que han requerido ingreso hospitalario. No existe un alto grado de evidencia en el manejo terapéutico de esta patología, aunque sí guías de consenso internacionales^{6,7}. El mejor tratamiento es la prevención. Es obligatorio la evaluación individualizada y establecer protocolos de actuación con directrices concretas.

Luis Tallón-Aguilar,
José Antonio López-Ruiz,
Beatriz Marengo-De la Cuadra,
José López-Pérez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla,
España.

ltallona@hotmail.com

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación 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

Aitor Alquézar Arbé, MD, PhD.

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

Bibliografía

1 Flores Pérez P, Luis Huertas AL, Villalobos Pinto E, Pérez Martín MA, Souto Romero H, de Mingo Micena L. Complicaciones gastrointestinales graves tras la ingesta de un juguete magnético. *An Pediatr (Barc)*. 2013;78:62-3.

- 2 Higo R, Matsumoto Y, Ichimura K, Kaga K. Foreign bodies in the aerodigestive tract in pediatric patients. *Auris Nasus Larynx*. 2003;30:397-401.
- 3 Encinas JL, García Bermejo C, Andrés AM, Burgos L, Hernández P, Tovar JA. Perforaciones intestinales múltiples por ingesta de piezas imantadas de un juguete. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:457-68.
- 4 Michaud L, Mougenot JF, Faure C, Olives JP, Chouraqui JP, Codoner P, et al. Ingestion de corps étrangers chez l'enfant. Recommendations du Groupe francophone d'hépatologie gastroentérologie et nutrition pédiatriques. *Archives de Pédiatrie*. 2009;16:54-61.
- 5 Tallón Aguilar L, Bernal Moreno DA, López Porras M, Marín Gómez LM, Pareja Ciuró F. Cuerpo extraño como causa infrecuente de absceso hepático. *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:335-6.
- 6 Birk M, Bauerfeind P, Deprez PH, Häfner M, Hartmann D, Hassan C, et al. Removal of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract in adults: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. *Endoscopy*. 2016; Feb (Epub).
- 7 ASGE Standards of Practice Committee, Ikenberry SO, Jue TL, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S et al. Management of ingested foreign bodies and food impactions. *Gastrointest Endosc*. 2011;73:1085-91.

Estrés laboral e inteligencia emocional en el servicio de urgencias y emergencias 112

Work-related stress and emotional intelligence in a 112 emergency response service staff

Sr. Editor:

Los riesgos psicosociales no reciben la atención que merecen, ya que pueden afectar a la calidad asistencial y a la salud del trabajador del heterogéneo colectivo que conforma el servicio de urgencias y emergencias 112. Estos profesionales pueden soportar una gran presión asistencial por la alta responsabilidad que asumen para dar la primera respuesta a situaciones graves, repercutiendo en la salud física y emocional¹. Entre los riesgos psicosociales considerados más importantes por estar asociados a problemas de salud, destaca el estrés laboral². Por el contrario, la variable inteligencia emocional parece tener un efecto protector frente a situaciones de estrés y contribuir a un mejor desempeño individual y dentro de la organización³.

Hemos realizado un estudio exploratorio de corte transversal para evaluar conjuntamente riesgos psicosociales y factores de protección. Se analizó la capacidad predictiva de variables sociodemográficas, laborales y la inteligencia emocional para explicar el estrés laboral. Participaron todos los profesionales del 112 Extremadura (Tabla 1). Un total de 91 sujetos (52 hombres y 39 mujeres), con

Tabla 1. Número de participantes por sectores o puestos de trabajo en el 112

Puesto de trabajo/ Sectores	Número de participantes
Jefe de sala	8
Enfermero	5
Operador	35
Médico	8
Guardia civil	6
Policía nacional	5
Policía local	6
Bombero	8
Personal de servicio forestal	5
Personal de Cruz Roja	5
Total	91

una media de edad 45 (8,2) años. La antigüedad media en el puesto es de 9,8 años (4,6), el 52,7% son funcionarios laborales. En relación a la jornada laboral, el 39,6% trabaja 35 horas semanales. Se han empleado la Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral (E.D.E)⁴ y la Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24)⁵ para valorar la inteligencia emocional.

Los datos revelan que el 25,3% puntuaron por encima del percentil 75 (n = 24) correspondiente a niveles altos de estrés y que aproximadamente la mitad de los participantes perciben niveles medios de estrés, coincidiendo con algunos trabajos realizados en servicios de urgencias y emergencias^{6,7} y en urgencias extrahospitalarias⁸. Las dos principales fuentes de estrés son: "Carezco de oportunidades adecuadas para progresar en esta organización" (M = 3,44) y "Tomo medidas o decisiones que afectan la seguridad o el bienestar de otros" (M = 3,49). Se encontraron relaciones significativas entre estrés laboral y puesto de trabajo (operadores y enfermeros registraron los mayores niveles y los inferiores corresponden a guardias civiles y policías nacionales) y situación laboral e inteligencia emocional (funcionarios laborales presentaron los mayores promedios de inteligencia emocional). El 75% de la varianza del estrés es explicada por variables sociodemográficas y laborales. Solo las "Horas de trabajo a la semana" aparece como predictor del estrés. Cuando se compara el colectivo estudiado con profesionales de servicios de urgencias hospitalarios, al contrario que en otros trabajos⁸, no se detectó mayor grado de afectación al estrés en función de los años de experiencia. Por tanto, son las condiciones laborales y sociodemográficas las que predicen el estrés y no la inteligencia emocional.

No hemos encontrado trabajos que relacionen prevalencia de estrés e inteligencia emocional en profesionales del 112 que nos permitan establecer una comparación. Sería interesante evaluar centros de idénticas características. Sensibilizar a los gestores y profesionales es una de las primeras medidas preventivas. Bienestar y salud laboral se construyen en un

ambiente de trabajo adecuado, con condiciones laborales justas y donde los trabajadores puedan desarrollar una actividad con dignidad⁹, y esta ha de ser nuestra máxima aspiración.

Eloísa Guerrero-Barona,
Elena García-Baamonde,
Juan Manuel Moreno-Manso,
Pablo González-Rico

Departamento de Psicología, Universidad de Extremadura, Badajoz, España.
eloisa@unex.es

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas

Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación 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

Aitor Alquézar Arbé, MD, PhD.

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

Bibliografía

- González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina R, Trujillo H, Peinado JM. Diseño y validación del cuestionario breve de seguridad del paciente para los servicios de urgencias: el visón del paciente. *Emergencias*. 2014;26:275-80.
- González J, Fernández M, Molina R, Blázquez A, Guillén J, Peinado JM. Riesgos psicosocial en el trabajo, estrés autopercebido y cortisol en saliva en una muestra de urgenciólogos de Granada. *Emergencias*. 2012;24:101-6.
- Hopkins M, Bilimoria D. Social and emotional predicting success for male and female executives. *J Manage Stud*. 2008;27:13-35.
- Ivancevich JM, Matteson MT. Stress Diagnostic Survey: Comments and Psycho metric Properties of a Multidimensional Self-report Inventory. Houston: TX Associates; 1976.
- Fernández-Berrocal P, Extremera N, Ramos N. Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychol Rep*. 2004;94(3Pt 1):751-5.
- Miret C, Martínez Larrea A. The professional in emergency care: aggressiveness and burnout. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Supl 1):193-201.
- López-Araújo B1, Segovia AO, Peiró JM. The job involvement moderating role in the relationship between stress and job satisfaction. *Psicotema*. 2007;19:81-7.
- Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:23-335.
- Busca P, Inchaurreza E, Illaramendi A, Urbina A, González L, Miró O. Evolución de la actividad asistencial de una plantilla estable de médicos adjuntos de urgencias a lo largo del tiempo. *Emergencias*. 2015;27:143-9.