

CARTAS AL EDITOR

La humanización en urgencias y emergencias: ¿moda o necesidad?

Humanizing emergency medicine A trend or a need?

Sr. Editor:

La humanización de los servicios sanitarios es una nueva vieja idea, basada en un cambio de paradigma, el cual vuelve a colocar a las personas en el centro del sistema¹. Desde hace unos años, el proyecto de Humanización de los Cuidados Intensivos (HUCI) ha puesto en el punto de mira la necesidad de retornar a los inicios y humanizar la sanidad². La repercusión internacional del proyecto HUCI evidencia que había una necesidad latente en el sistema sanitario que esta iniciativa ha sido capaz de despertar.

En este punto, nos surge una duda: la humanización de la sanidad ¿será una simple moda o una necesidad real? En nuestro caso, los profesionales que trabajamos en los diferentes servicios de urgencias y emergencias perseguimos la resolución en el menor tiempo posible de la patología que presenta el paciente, debido a que en muchos casos puede estar en peligro su vida. Estas circunstancias hacen que en ocasiones se priorice la enfermedad sobre el paciente y la atención a su familia. Por otro lado, cada vez nos apoyamos más de los avances de la ciencia usando sofisticados recursos tecnológicos en la búsqueda de un diagnóstico más precoz y fiable. Todo esto, unido a la necesidad de acortar los tiempos y con la sobrecarga de trabajo que predomina en los servicios de urgencias, hace que el profesional se centre más en la resolución de la patología o enfermedad y menos en el paciente, familia y entorno.

Todas estas circunstancias contribuyen a una metamorfosis del profesional, que se traduce en una despersonalización hacia el paciente y, en ocasiones, en un trato deshumanizado. No cabe duda alguna que esto repercute en una disminución de la satisfacción y la calidad de la asistencia sanitaria. Este panorama nos lleva a pensar que la humanización de las urgencias y emergencias también es una necesidad real, y no solo una simple moda.

Aunque la especialidad de *urgenciólogo* sigue incomprensiblemente bloqueada³, la similitud de este perfil con los perfiles de los profesionales de las unidades de cuidados intensivos⁴ nos sugiere que esta necesidad de humanizar es similar en ambas áreas. Por todos estos motivos, hemos puesto en marcha el proyecto de Humanización de las Urgencias y Emergencias (HURGE)⁵ en colaboración con el equipo del proyecto HUCI².

Este proyecto nace con la ilusión de consolidar la humanización en nuestra especialidad. Una iniciativa global que integrará a profesionales, familiares y pacientes para conseguir un objetivo común: recuperar el lado más humano de nuestra asistencia en urgencias, emergencias, e incidentes múltiples víctimas y catástrofes. En este proyecto se han creado diferentes grupos de trabajo y un plan de humanización, donde se desarrollarán acciones concretas para humanizar la asistencia, y siempre buscando un respaldo científico para dichas medidas. Por último, estamos convencidos que los avances de la ciencia no pueden ser el retroceso de nuestra humanidad. El reto es conseguir el efecto sinérgico entre la tecnología y los avances actuales con los enfoques más humanistas de la atención sanitaria.

José Manuel Salas Rodríguez,
Carolina Cánovas Martínez,
Laura Juguera Rodríguez,
Manuel Pardo Ríos

Grupo de trabajo de Humanización en las
Urgencias y Emergencias (HURGE), España.
info@proyectohurge.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

Todos 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, MD, PhD.

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

Bibliografía

- 1 Humanizando los cuidados intensivos. Librería médica. (Consultado Junio 2017). Disponible en: <http://www.libreriamedica.com/cuidado-intensivo/15829503/humanizando-los-cuidados-intensivos-presente-y-futuro-centrado-en-las-personas.html>
- 2 Sarría J. Inicio. Humanizando la Sanidad. (Consultado Junio 2017). Disponible en: <http://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/inicio/>
- 3 Miró O. Una de romanos. Emergencias. 2016;28:1-2.
- 4 Minguens I, Julián-Jiménez A, Llorens P. Comparación del programa de formación de médicos residentes de la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias con los programas de Medicina Interna, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación y Medicina Familiar y Comunitaria. Emergencias. 2015;27:267-79.
- 5 Humanización de las Urgencias y Emergencias (HURGE). (Consultado Junio 2017). Disponible en: <http://www.proyectohurge.com/>

Vólvulo de sigma en la enfermedad de Chagas

Sigmoid volvulus due to Chagas disease

Sr. Editor:

La enfermedad de Chagas es una parasitosis endémica en América, causada por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi*. Su incidencia en Europa se ha incrementado en los últimos años debido al aumento de inmigrantes latinoamericanos¹. Las manifestaciones gastrointestinales se desarrollan en el 10-15% de los enfermos crónicos, debido a una ausencia de los plexos mientéricos que se traduce en visceromegalias e hipomotilidad intestinal. El diagnóstico en España suele ser en urgencias, debido a complicaciones como el vólvulo, la oclusión o la perforación. Con síntomas crónicos e inespecíficos, el vólvulo en estos pacientes se puede confundir con otras patologías más frecuentes de obstrucción distal, como el estreñimiento crónico, sobre todo en pacientes con trastornos neuropsiquiátricos y uso de laxantes, el fecaloma impactado o la neoplasia obstructiva de recto-sigma^{2,3}.

Varón de 42 años chileno que acudió a urgencias por dolor abdominal, náuseas y ausencia de tránsito intestinal de 4 días

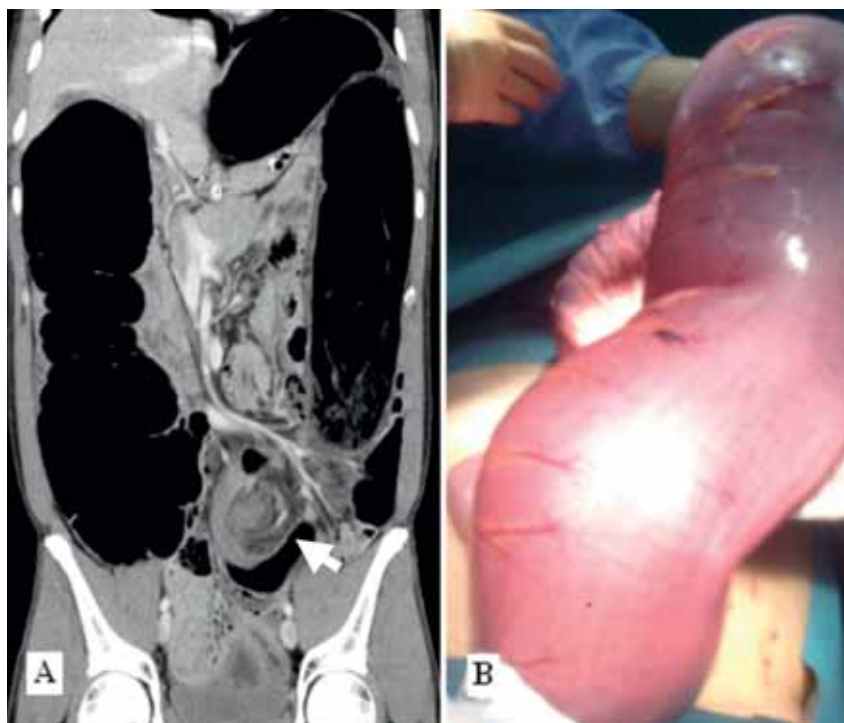


Figura 1. A. Tomografía axial computarizada abdominopélvica en fase arterial, que muestra el signo del remolino por giro del mesenterio (flecha), con dilatación retrograda del colon. B. Laparotomía exploradora en la que se aprecia la gran dilatación de sigma.

de evolución. No presentaba antecedentes de interés, y refería cuadros crónicos similares no estudiados. A la exploración física el abdomen estaba distendido, timpánico y con dolor a la palpación difusa, sin peritonismo en el tacto rectal y con ausencia de heces. En la analítica destacaba una leve leucocitosis. Inicialmente se optó por un manejo conservador, que no fue efectivo. En la radiografía simple de abdomen se observó el colon distal distendido en forma de U invertida, con dilatación retrograda del resto del marco cólico. Se realizó una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica que evidenció una oclusión completa de sigma con imagen en remolino, compatible con vólvulo de sigma (Figura 1-A). Se realizó una endoscopia digestiva baja para desvolvulación. Se observó a 30 cm del margen anal el eje de rotación, con disminución de la luz y la mucosa afectada por áreas de necrosis parcheada y hematoma mucoso. No fue posible su resolución, y se practicó cirugía urgente. En la laparotomía exploradora se observó un megacolon con vólvulo en sigma, un meso largo, redundante y una dilatación retrograda del resto del colon sin signos de isquemia (Figura 1-B). Se realizó sigmoidectomía. La evolución posoperatoria fue tórpida, con dehiscencia de la anastomosis al 4º día. Se reintervino y se realizó operación de Hartman. Posteriormente presentó mejoría clínica con buen manejo del estoma y fue dado de alta a los 15 días de la cirugía inicial. En la anatomía patoló-

gica se observó un sigma con necrosis hemorrágica parietal intestinal secundaria a una estenosis masiva por vólvulo. El componente ganglionar aparecía presente, pero en cantidad y tamaño menor al esperado, así como elementos celulares nerviosos con citoplasmas microvacuolados y menos densos. La inmunohistoquímica mediante anticuerpos monoclonales para S-100, PAGF y sinaptosina mostró una disminución del tamaño y cantidad del componente celular ganglionar, sugestivo de afectación tipo Chagas.

Se debe sospechar esta enfermedad en pacientes con historia de cuadros suboclusivos crónicos que sean originarios o frecuentes países endémicos, y en los que se descarten otras causas más comunes. En urgencias, la colocación de enemas y la reposición hidroelectrolítica son fundamentales para el tratamiento inicial. Se puede intentar la desvolvulación endoscópica, pero suele fracasar debido a la cronicidad, el megacolon asociado y el alargamiento de los mesos³. Los cambios histopatológicos asociados a la positividad serológica de los anticuerpos anti-*Trypanosoma cruzi* determinan el diagnóstico, aunque estos últimos pueden ser negativos en pacientes crónicos, por baja parasitemia o intermitencia^{4,5}. El tratamiento quirúrgico es definitivo,

asociado a una colectomía total cuando se encuentra afectado el resto del colon. En pacientes con enfermedad gastrointestinal crónica se puede utilizar benznidazol o nifurtimox como tratamiento complementario, intentando disminuir o eliminar la carga parasitaria. En el seguimiento se debe descartar afectación de otros órganos diana, principalmente cardiovasculares, que condicionan el pronóstico a largo plazo⁵.

Ana Alicia Tejera Hernández,
Néstor Betancort Rivera,
Esteban Pérez Alonso,
Juan Ramón Hernández Hernández

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo,
Hospital Universitario Insular de Gran Canaria,
España.

anath15@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

Todos 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.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

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

Bibliografía

- 1 Antinori S, Galimberti L, Bianco R, Grande R, Galli M, Corbellino M. Chagas disease in Europe: A review for the internist in the globalized world. *Eur J Intern Med.* 2017;43:6-15.
- 2 Bellistri JP, Grucela A. Chagas Disease: An Interesting Presentation and Diagnosis. *Austin J Surg.* 2014;1:1038.
- 3 Raveenthiran V, Madiba TE, Atamanalp SS. Volvulus of the sigmoid colon. *Colorectal Dis.* 2010;12:el-e17.
- 4 Cura CI, Ramírez JC, Rodríguez M, López-Albizu C, Irazu L, Scollo K, et al. Comparative Study and Analytical Verification of PCR Methods for the Diagnosis of Congenital Chagas Disease. *J Mol Diagn.* 2017;19:673-81.
- 5 Roca C, Soriano-Aranda A, Solsona L, Gascon J. Consensus document for the detection and management of Chagas disease in primary health care in a non-endemic areas. *Aten Primaria.* 2015;47:308-17.

Algo más que un simple SCASEST: patrón de De Winter

Something more than simple non-ST-segment elevation acute coronary syndrome: the De Winter pattern

Sr. Editor:

Como sabe, "el tiempo es miocardio" cuando nos enfrentamos ante un infarto agudo de miocardio. Por ello, el diagnóstico precoz por los servicios de emergencias médicas resulta clave para la activación de las salas de hemodinámica, disminuir los tiempos de apertura del vaso e incrementar la supervivencia del paciente¹. Sin embargo, no toda oclusión coronaria se manifiesta mediante una elevación del segmento ST.

Varón de 83 años, hipertenso, dislipémico y fumador, anticoagulado con acenocumarol por fibrilación auricular, que presentó dolor torácico retroesternal y opresivo a las 09:00 h. Sin embargo, el paciente no solicitó atención hasta las 11:30 h al no ceder la clínica, y se personó ante el equipo de atención primaria a las 12:00 h. Las constantes iniciales fueron: presión arterial 144/86 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, pulsioximetría basal 98% y frecuencia respiratoria de 18 rpm. El electrocardiograma (ECG) realizado allí mostró un descenso del segmento ST con ondas T picudas, así como una pobre progresión de la onda R, todo ello en derivaciones precordiales, un mínimo ascenso del segmento ST en aVR y descenso en II-III-aVF. Con la sospecha diagnóstica de síndrome coronario agudo sin elevación del ST (SCASEST), dadas las distancias a centro útil y la dificultad para el acceso al área rural por tierra, se activó el helicóptero medicalizado, que llegó a las 12:30 h. Su equipo realizó nuevo ECG (Figura 1B) que objetivaba la progresión de dichas alteraciones hacia un ascenso del segmento ST anterolateral con imagen especular inferior. Se antiagregó al paciente y se activó al hemodinamista. A la llegada al hospital, 12:58 h, un tercer ECG mostró acentuación de los cambios descritos anteriormente (Figura 1C). En la sala de hemodinámica se apreció una oclusión de la arteria coronaria descendente anterior proximal (DAP) como responsable del cuadro (Figura 2). Tras la apertura del vaso responsable mediante angioplastia y *stent*, se produjo la rectificación de las alteraciones descritas con aparición de complejos QS en V1-V2, rS en V3-V4, y atenuación de las ondas T (Figura 1D).

Si bien hace 70 años que se hizo la primera referencia a los hallazgos descritos en el primer ECG presentado por nuestro paciente, el patrón de "De Winter" fue acuñado en 2008 tras analizar una serie de pacientes en los que se apreciaba: descenso del segmento ST a partir del punto J en

derivaciones precordiales, acompañada de ondas T simétricas hiperagudas y positivas. Además podría acompañarse de pobre progresión de la onda R y elevación del segmento ST en aVR. Este patrón se expresó únicamente en el 2% (30 de 1.532) de los pacientes con oclusión de la DAP y, por tanto, con un infarto anterior². Se han postulado diversos mecanismos electrofisiológicos para su explicación,

sin embargo, continúan en discusión³. Por la rareza de dicho patrón, la omisión en las guías de manejo del síndrome coronario⁴ de este y otros patrones sin ascenso del ST asociados a una oclusión aguda de la coronaria⁵, así como la infrecuente progresión hacia un ascenso del ST, no descrita en la serie de De Winter⁴, hacen que consideremos prioritario su divulgación en el campo de la Medicina de

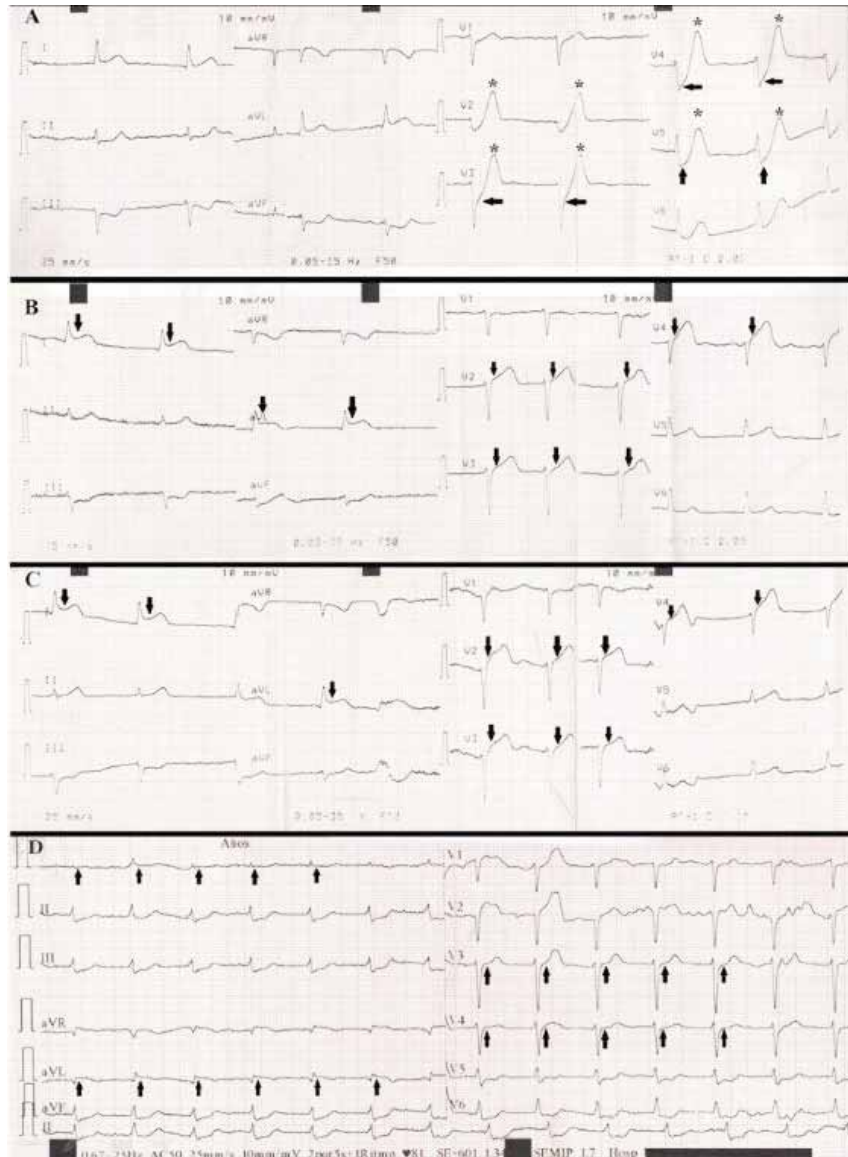


Figura 1. A: primer ECG en fibrilación auricular en el que se aprecia el Patrón de "De Winter": pobre progresión de onda R con descenso del segmento ST a partir del punto J (flechas) y ondas T picudas y simétricas (asteriscos) en cara anterior. Segmento ST convexo con ascenso de 0,05 mm en la derivación AVR. Descenso del segmento ST en II-III-aVF. B: segundo ECG: ascenso del segmento ST en I-aVL, así como en derivaciones precordiales (flechas). C: tercer ECG: intensificación de los ascensos del segmento ST en cara lateral alta y anterior descritos en B (flechas). D: ECG postangioplastia: complejos QS V1-V2, rS en V3-V4, rectificación de segmento ST (flechas) y menor acentuación de las ondas T.

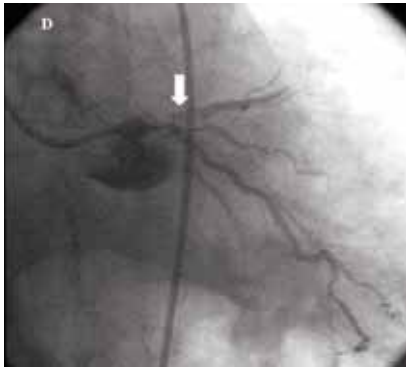


Figura 2. Coronariografía que muestra la oclusión de la arteria coronaria descendente anterior proximal (flecha).

Urgencias y Emergencias, ya que su demora en el diagnóstico podría empeorar el pronóstico del paciente.

Rubén Viejo-Moreno¹,
Jaime Rubio-Muñoz¹,
Alberto Cabrejas-Aparicio²,
Enrique Novo-García³

¹Unidad Medicalizada de Emergencias (UME), Guadalajara, Gerencia de Urgencias, Emergencias y Transporte Sanitario (GUETS), SESCAM, España.

²UME, Azuqueca de Henares, GUETS, SESCAM, España.

³Unidad de Hemodinámica, Servicio de Cardiología, Hospital Universitario de Guadalajara, SESCAM, España.
rviejo@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

Todos 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.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

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

Bibliografía

1 Nallamothu BK, Normand SL, Wang Y, Hofer TP, Brush JE, Jr, Messenger JC, et al. Relation between door-to-balloon times and mortality after primary percutaneous coronary intervention over time: a retrospective study. *Lancet*. 2015;385:1114-22.

- 2 De Winter RJ, Verouden NJ, Wellens HJ, Wilde AA. A new ECG sign of proximal LAD occlusion. *N Engl J Med*. 2008;359:2071-3.
- 3 Fernández-Vega A, Martínez-Losas P, Noriega FJ, Fernández-Ortiz A, Biagioni C, Cruz-Utrilla A, et al. Winter Is Coming After a Cardiac Arrest. *Circulation*. 2017;135:1977-8.
- 4 Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2017. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393.
- 5 Birnbaum Y, Bayés de Luna A, Fiol M, Nikus K, Macfarlane P, Gorgels A, et al. Common pitfalls in the interpretation of electrocardiograms from patients with acute coronary syndromes with narrow QRS: a consensus report. *J Electrocardiol*. 2012;45:463-75.

Amputación digital: ¿qué hacemos ante esta emergencia?

Severed digits: what should the emergency responder do?

Sr. Editor:

Las heridas con amputación traumática son una emergencia médica. En determinadas circunstancias es posible la reimplantación. Para poder realizar esta opción terapéutica es necesario conservar de forma apropiada la parte o partes amputadas.

Varón de 45 años que sufrió un accidente con amputación completa del 3^{er} y 4^o dedos de la mano izquierda a nivel de tercio distal de la falange media mediante un mecanismo de corte por una sierra circular. Fue atendido en el lugar del accidente por los servicios de emergencias extrahospitalarias. A su llegada al hospi-

tal, cuatro horas tras el accidente, los fragmentos amputados llegaron envueltos en una gasa empapada en suero en un recipiente con hielo en contacto directo con la gasa. Tras la valoración objetivamos congelación en los dedos amputados que imposibilitó el reimplante de los mismos por el daño tisular (Figura 1).

Esta situación es más frecuente de lo deseado. Por ello es importante remarcar las medidas de transporte correctas. Los miembros amputados deben conservarse envueltos en una compresa húmeda dentro de un bote hermético seco que a su vez esté introducido en un recipiente con hielo y agua, de modo que no haya contacto directo con el hielo y el mantenga una temperatura de unos 4°C (lo que se conoce como isquemia fría)^{1,2}. En amputaciones traumáticas las indicaciones del reimplante incluyen: el pulgar a cualquier nivel, amputación de múltiples dedos, amputación transmetacarpiana, amputación mayor (proximal a articulación radiocarpiana) y la amputación de un solo dedo a través del espacio comprendido entre la inserción distal del músculo flexor superficial y la inserción distal del músculo flexor profundo. También está indicado el reimplante en cualquier caso en edad pediátrica¹⁻³. El mecanismo también es un factor importante a tener en cuenta. La amputación tipo guillotina es el ideal, y la avulsión y el desguantamiento (*degloving*) son los peores, ya que pueden contraindicar el reimplante. Ni las indicaciones ni las contraindicaciones son absolutas¹⁻³. En amputaciones digitales, los dedos son reimplantables entre 6 y 12 horas, según el caso, si se mantienen en isquemia caliente, la viabilidad se amplía hasta las 24 horas



Figura 1. Tercer y cuarto dedos amputados a través del tercio distal de la falange media, en los que se aprecia daño por congelación de los fragmentos amputados.

si se conservan en las condiciones adecuadas^{2,3}. En el caso de las amputaciones mayores se podría reimplantar hasta las 6 horas de isquemia caliente y las 12 horas de isquemia fría².

Según el Ministerio de Sanidad en España están acreditados como centros de referencia en reimplantes cuatro hospitales: La Paz, Complejo asistencial de Burgos, Parc Taulí y Virgen del Rocío, aunque este tipo de procedimientos se llevan a cabo también en otros centros del Sistema Nacional. La remisión a uno de estos hospitales en caso de amputación es prioritaria, tratando de evitar las etapas intermedias. Es imprescindible avisar al hospital receptor con antelación y facilitar información importante del paciente como la edad, tiempo transcurrido desde el accidente, mecanismo traumático, nivel de la lesión, lesiones concomitantes, estado hemodinámico y, si fuera posible, información sobre los antecedentes médicos. También es importante dar una aproximación del tiempo que el paciente va a tardar en ser trasladado al centro de referencia³. Si este traslado (el del paciente y el de los miembros amputados) se realiza de forma adecuada, las probabilidades de éxito serán las mayores posibles.

Pablo Martínez Núñez¹,
Pilar García-Cano¹,
Mónica Pérez González²

¹Servicio de Cirugía Plástica, Hospital Universitario de Burgos, España.

²Servicio de Radiología, Hospital Universitario de Burgos, España.

pablomartineznunez@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

Todos 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.

El paciente ha confirmado su consentimiento para que su información personal pueda ser publicada.

Editor responsable

Aitor Alquézar, MD, PhD.

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

Bibliografía

- 1 Lahiri A, Ooi A, Lim A. Emergency Microsurgery of the Upper Extremity. En: Merle M y Dautel G. Emergency Surgery of the Hand. Filadelfia, PA: Elsevier Masson SA; 2017. pp. 25-46.
- 2 Maricevich M, Carlsen B, Mardini S, Moran S. Upper extremity and digital replantation. Hand (EE.UU.). 2011;6:356-63.
- 3 Higgins JP. Replantation. En: Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH, Cohen MS. Green's Operative Hand Surgery 7th edition. Philadelphia, PA: Elsevier SA; 2017. pp. 1474-85.

Artefactos de la línea de base: una variable a tener en cuenta cuando se eleva el segmento ST

Baseline artefacts: a factor to take into account when ST segment elevation is observed

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés la imagen de Cortés *et al.*¹ publicada recientemente en EMERGENCIAS.

Los autores destacan la elevación del segmento ST en las derivaciones inferiores del ECG en un paciente con tromboembolismo pulmonar (TEP) y utilizan la ecocardiografía de urgencias como apoyo diagnóstico. Sin embargo, nos gustaría añadir una serie de comentarios.

La alteración del segmento ST es una manifestación electrocardiográfica que podemos registrar en pacientes con tromboembolismo pulmonar y que, cuando está presente, algunos casos presentan peor pronóstico. Zhan *et al.*², en su serie de TEP, registraron elevación del segmento ST en DIII en el 28% de los 131 pacientes estudiados con desviaciones del segmento ST y en un 11% si añadía la derivación en aVF. Estos mismos autores sugieren, como causa de este patrón electrocardiográfico en el contexto de un TEP, la isquemia transmural del ventrículo derecho, que cuando se agrava presenta alteraciones del segmento ST también en derivaciones precordiales derechas. Sin embargo, el trazado mostrado por los autores pre-

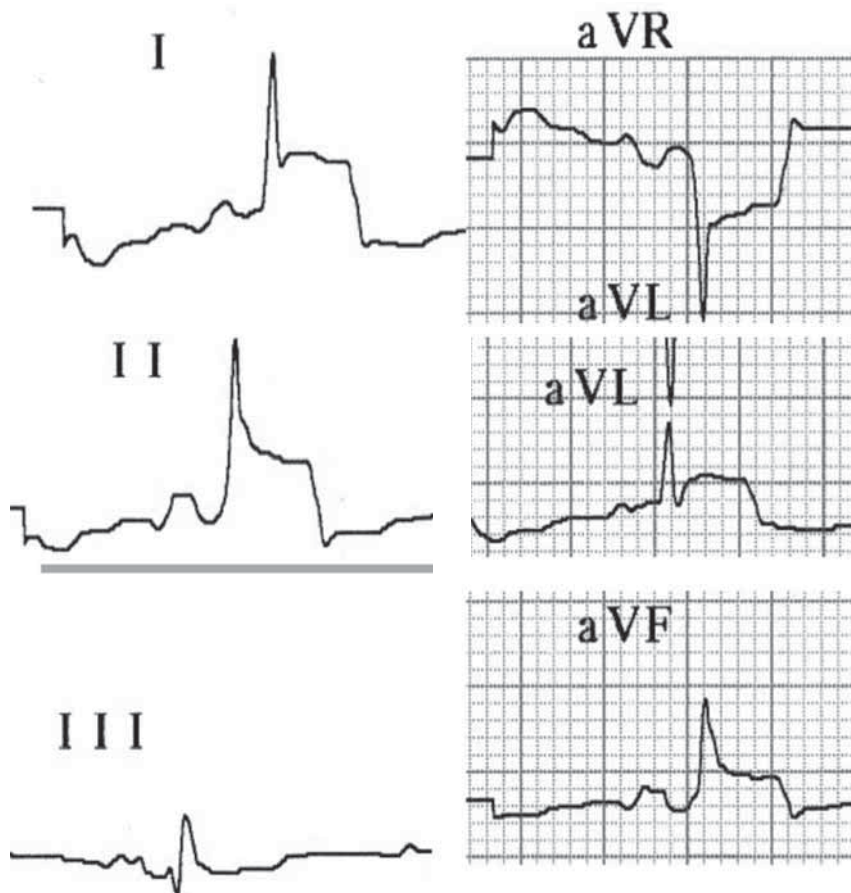


Figura 1. Artefacto originado por ligero movimiento del brazo derecho y por tanto del electrodo situado en dicho brazo.

senta una línea de base muy inestable que dificulta mucho la valoración del segmento ST³. Seguramente debido a movimientos del paciente durante la obtención del trazado o al ligero desplazamiento de electrodos sobre la piel (Figura 1). No es infrecuente en estos casos que la distorsión que se origina en el segmento ST y en la onda T puedan llevar a tomar decisiones equivocadas sometiendo al paciente a procedimientos innecesarios no exentos de riesgos⁴.

Cobra especial importancia en este caso la presencia de un bloqueo completo de la rama derecha del haz de His con un complejo QRS muy ancho. Los autores debieron destacar este hallazgo como expresión de sobrecarga aguda del ventrículo derecho debido al TEP. Otro dato más que desde el punto de vista electrocardiográfico apoya el diagnóstico de TEP es la presencia del patrón clásico de McGinn and White S1Q3T3, descrito en 1935, que debió ser reflejado por los autores en el artículo. Queremos resaltar el valor añadido de la ecocardiografía en el servicio de urgencias que, junto a una minuciosa historia clínica y al ECG, aporta información, en muchos casos decisiva en la toma de

decisiones de pacientes con sospecha de TEP. Aunque la sensibilidad del signo de Mc Connell para el diagnóstico de TEP varía en las series publicadas (30-70%), su especificidad se acerca al 100%, con un alto valor predictivo positivo (96-100%). Recientemente, datos más actuales han cuestionado estos valores, considerando que su uso debe apoyarse en otros signos ecocardiográficos de sobrecarga⁵.

En resumen, aunque nos congratulamos con los autores por el caso publicado, en nuestra opinión creemos que debieron tener en cuenta la limitación que presentaba el ECG debido a la presencia de artefactos de línea de base.

Javier García-Niebla¹,
Jorge Díaz-Muñoz¹,
Iván Hernández Betancor²,
Juan Lacalzada-Almeida²

¹Centro de salud Valle del Golfo, Área de Salud de El Hierro, Islas Canarias, España.

²Departamento de Cardiología, Hospital Universitario de Canarias, Islas Canarias, España.

jniebla72@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

Todos 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

Xavier Jiménez Fábrega, MD, PhD.

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

Bibliografía

- 1 Cortés C, Jaguszewski M, Gutiérrez-Chico JL. Elevación del segmento ST en la cara inferior: más allá del infarto de miocardio. *Emergencias*. 2017;29:435.
- 2 Zhan ZQ, Wang CQ, Wang ZX. Significance of ST-segment deviation in patients with acute pulmonary embolism and negative T waves. *Cardiol J*. 2015;22:583-9.
- 3 García Niebla J, Lloñtop-García P, Valle J Serrautonell G, Batchvarov VN, Bayés de Luna A. Technical mistakes during the acquisition of the electrocardiogram. *Ann Noninvasive Electrocardiol*. 2009;14:389-403.
- 4 Fiol-Sala M, Bethencourt A, García-Niebla J. A troublesome artifact. *J Electrocardiol*. 2016;49:103.
- 5 López-Candales A, Edelman K, Candales MD. Right ventricular apical contractility in acute pulmonary embolism: The McConnell sign revisited. *Echocardiography*. 2010;27:614-20.

El Comité Editorial de EMERGENCIAS agradece la labor de revisión a las siguientes personas que, sin formar parte del Consejo Editorial, evaluaron trabajos y emitieron informes durante el 2018.

Abreu, Miguel Ángel
Aguiló, Sira
Almagro, Verónica
Alted, Emilio
Andrea, Ruth
Antolín, Albert
Arias, Ángeles
Arteaga, Iván
Asenjo, María
Avanzas, Pablo
Avellana, Juan Antonio
Ayuso, Fernando
Azeli, Youcef
Bajo, Ángel
Ballesteros, Sendoa
Becerra, Óscar
Belzunegui, Tomás
Benito, Francisco Javier
Bilbao, Cristina
Blanco, Isabel
Blesa, Antonio
Bodas, Andrés
Boque, Carmen
Borges, Marcio
Brito, Pedro
Camacho, Carmen
Carmona, Francesc
Casal, José Ramón

Castejón, María Elena
Castro, José Ramón
Castro, Rafael
Castro, Pedro
Caudevilla, Fernando
Cester, Armando
Chánovas, Manel
Claret, Gemma
Climent, Benjamín
Del Arco, Carmen
Delgado, Luciano
Díaz, Jorge
Díaz, Beatriz
Domínguez, Alberto
Epelde, Francisco
Escalada, Francisco Javier
Espinosa, Salvador
Estella, Angel
Fandiño, José Manuel
Fernández, Cesáreo
Fernández, José Manuel
Fernández, Javier
Fernández, Inés María
Ferrer, Ana
Ferrera, Carlos
Ferrero, Silvia
Figueiras, David
Fuentes, Manuel Enrique
Galicia, Miguel

García, Rogelio
Gené, Emili
Gich, Ignasi
Gil, Víctor
González, Javier
González, Félix
Gordo, Federico
Guillén, Carlos
Herrero, Pablo
Iglesias, María Luisa
Izquierdo, Joan
Jacob, Javier
Leal, César
Lluís, Félix
López, Fernando
López-Rivadulla, Manuel
Martínez, David
Martínez, Ana
Martínez, Fernando
Martínez, Pablo
Masanés, Ferrán
Mayán, Plácido
Medina, Juan Carlos
Mellado, Francisco José
Mesa, Judith
Miró, Gloria
Mòdol, Josep María
Navalpotro, José María

Nogué, Ramón
Nuñez, Iván
Ortega, Mayte
Pacheco, Andrés
Paredes, José María
Prat, Silvia
Pujol, Amadeo
Richart, Miguel
Riesgo, Alba
Rodríguez, Luis
Roe, Esther
Romero, Rodolfo
Rubini, María
Ruiz, Ana
Ruiz-Artacho, Pedro
Sánchez, Raúl
Sánchez, Juan Antonio
Sarrat, Marco Antonio
Suerro, Coral
Supervía, August
Trujillo, Mar
Tudela, Pere
Valverde, Álvaro
Velasco, María
Velilla, Joaquín
Viana, Ana
Villamor, Alberto
Zorrilla, José