Avance online de artículo en prensa

CARTAS AL EDITOR

Respuesta de los autores

Authors reply

Sr. Editor:

Gracias por el comentario sobre nuestro trabajo CLINIC-LUS[1]. La carta hace referencia al hecho que en la disnea aguda la pregunta ecográfica no debería limitarse a que patrón presenta el pulmón, ya que el pulmón informa principalmente sobre pérdida de aireación y distribución de artefactos. Se propone una extensión multiorgánica guiada por la probabilidad pretest, con una evolución cardiaca focal y una ecografía venosa por compresión.

Como es sabido, la probabilidad clínica pretest se fundamenta principalmente en la clínica y la exploración física. Nuestro trabajo es el primero que intenta integrar la interpretación de un patrón ecográfico junto con la auscultación pulmonar de forma protocolizada. A la luz de los resultados preliminares de este estudio piloto, hay evidencia que eso es factible en un área de urgencias.

La aplicación del CLINIC-LUS no pretende limitar el uso de la ecografía multiorgánica, si no de hecho la potencia. Prueba es que prevé en su dibujo original la realización de la ecocardiografía y de la ecografía de compresión venosa para complementar el diagnóstico de trombosis venosa/embolia pulmonar. Por otro lado, la aplicación de un algoritmo en la fase temprana de un diagnóstico de una patología tiempo dependiente como la disnea debería ser rápida, fácil y reproducible. El CLINIC-LUS ha proporcionado un diagnóstico fiable en los primeros 12 minutos y su curva de aprendizaje fue rápida.

La integración de la ecografía cardiaca a pie de cama en el paciente agudo con disnea aporta mucha información con el correcto entrenamiento, pero precisa de una interpretación más compleja. Un paciente con disfunción ventricular puede tener una neumonía y otro con una función sistólica del ventrículo izquierdo normal puede presentar insuficiencia cardiaca.

Finalmente, consideramos que el CLINIC-LUS es potencialmente una herramienta útil y dinámica, y refuerza el concepto de que la "insonación" es otro momento más de la exploración física. En cambio, no tenemos evidencia en este momento que avale su uso como única herramienta diagnóstica en el paciente con disnea aguda.

Davide Bernaudo

Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra, España.

dbernaudo.germanstrias@ gencat.cat

Conflicto de intereses: El autor declara no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, 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: Òscar Miró.

Uso de inteligencia artificial: El autor declara no haber utilizado las herramientas de IA en la elaboración de este artículo.

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

DOI: XXXX

Bibliografía

1 Bernaudo D, Guerrero-León MA, Rodríguez-Cortés M, Tártalo-Hernández D, de Mora-Alfaro R, Landete Martín L, et al. Estudio prospectivo del algoritmo diagnóstico CLINIC-LUS para causas urgentes de disnea basado en auscultación pulmonar y ultrasonidos. Emergencias. 2026;38:123-30.

Avance online de artículo en prensa