

10. Baranchuk A. *Brugada Phenocopy: The Art of Recognizing the Brugada ECG Pattern*. 1.ª ed. London: United Kingdom Academic Press, Elsevier; 2018

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.10.019>

0300-8932/© 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

10.1016/j.recesp.2021.08.014

10.1016/j.recesp.2021.11.011

## Fiebre y patrón electrocardiográfico de Brugada. Respuesta



### *Fever and Brugada electrocardiographic pattern. Response*

#### Sr. Editor:

En primer lugar, agradecemos a Miranda-Arboleda et al. su interés por nuestro artículo<sup>1</sup> y su aportación, pero querríamos aclarar algunos datos clínicos que pueden ser importantes en su interpretación.

En efecto, el electrocardiograma del paciente que protagoniza nuestro caso clínico es compatible con un patrón Brugada en contexto febril dentro de un cuadro clínico compatible con síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIM-PedS) asociado con SARS-CoV-2. No obstante, dicho patrón persistió durante aproximadamente 4 días pese a haber cedido la fiebre. En un paciente afectado de síndrome de Brugada, la fiebre actuaría como *trigger* del patrón electrocardiográfico, pero con frecuencia estos pacientes tienen un electrocardiograma normal cuando están afebriles<sup>2</sup>. Al quinto día de ingreso, ya no se apreciaba patrón Brugada, pero sí alteración de la repolarización como posible signo de afección miocárdica.

El SIM-PedS puede producir inflamación y afección miocárdica<sup>3</sup>, con disminución de la fracción de eyección, aumento de NT-proBNP y troponinas, como sucedió en nuestro caso. Esta afección miocárdica podría encuadrarse en las condiciones que se han relacionado con la fenocopia de Brugada. En nuestro paciente, coincidieron en el tiempo la mejoría clínica, bioquímica (disminución de NT-proBNP y troponinas) y de la función cardiaca en la ecocardiografía con la desaparición del patrón Brugada en el electrocardiograma.

Dado que el paciente presentó un patrón electrocardiográfico compatible con Brugada tipo 1 que se normalizó al mejorar el momento inflamatorio agudo, con un test de provocación con flecainida negativo, test genético negativo y, sobre todo, la escasa probabilidad preprueba de síndrome de Brugada (ausencia clínica compatible, ausencia de antecedentes familiares de Brugada), consideramos cumple todos los criterios de fenocopia de Brugada. No obstante, realizaremos un estrecho seguimiento del paciente a largo plazo y consideraremos, como nos proponen, un test de provocación con dosis crecientes de bloqueadores del sodio si el paciente presentase síntomas y los beneficios de la prueba pudiesen superar los posibles perjuicios.

## FINANCIACIÓN

Ninguno.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

R. Santiago-Cortés es la autora principal del artículo. M. Clavero Adell, D. Palanca Arias y A. Ayerza Casas contribuyeron a la edición y la supervisión.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

Rebeca Santiago-Cortés\*, Marcos Clavero-Adell, Daniel Palanca-Arias y Ariadna Ayerza-Casas

*Departamento de Cardiología Pediátrica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España*

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [rebeca.sancor91@gmail.com](mailto:rebeca.sancor91@gmail.com) (R. Santiago-Cortés).

On-line el 10 de diciembre de 2021

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santiago-Cortés R, Clavero-Adell M, Palanca-Arias D, et al. Fenocopia de Brugada en contexto de síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico (SIM-PedS) asociado con SARS-CoV-2. *Rev Esp Cardiol*. 2022;75:188–189.
2. Probst V, Denjoy I, Meregalli PG, et al. Clinical aspects and prognosis of Brugada syndrome in children. *Circulation*. 2007;115:2042–2048.
3. Valverde I, Singh Y, Sánchez-de-Toledo J, et al. Acute cardiovascular manifestations in 286 children with multisystem inflammatory syndrome associated with COVID-19 infection in Europe. *Circulation*. 2021;143:21–32.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.11.011>

0300-8932/© 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

10.1016/j.recesp.2021.10.019

## Gestión clínica en cardiología. La hospitalización extendida



### *Clinical management in cardiology. Extended hospitalization*

#### Sr. Editor:

Los resultados asistenciales en las unidades de hospitalización de cardiología no dependen exclusivamente de su funcionamiento

interno. Factores externos dependientes de otras unidades del propio servicio de cardiología, otros servicios del hospital, el servicio de urgencias o la organización de la atención a la cronicidad de las enfermedades cardiovasculares tienen una influencia determinante en los principales indicadores de calidad de las unidades de hospitalización<sup>1</sup>. Bajo este prisma parece razonable plantear que sean las propias unidades de hospitalización las que, difuminando sus fronteras, promuevan y participen en la puesta en marcha de estrategias para influir positivamente en

## Reducción de la necesidad de hospitalización



Figura 1. Estrategias orientadas a disminuir el número de estancias hospitalarias.

esos factores. Este enfoque es lo que definimos como «hospitalización extendida» (figura 1).

En el ámbito del propio servicio, las unidades de hospitalización de cardiología deben velar por la realización ágil de pruebas complementarias mediante el control de demoras y establecimiento de acuerdos y criterios de priorización con las unidades de imagen, electrofisiología y hemodinámica. Se debe minimizar

la cancelación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos programados, puesto que, además de la interferencia en la eficacia y la eficiencia de la asistencia sanitaria, tiene importantes implicaciones negativas en la percepción del paciente sobre la calidad del servicio y es causa frecuente de reclamaciones. Promover la realización de ecocardiografías a pie de cama, practicadas por facultativos de la unidad de hospitalización, evita

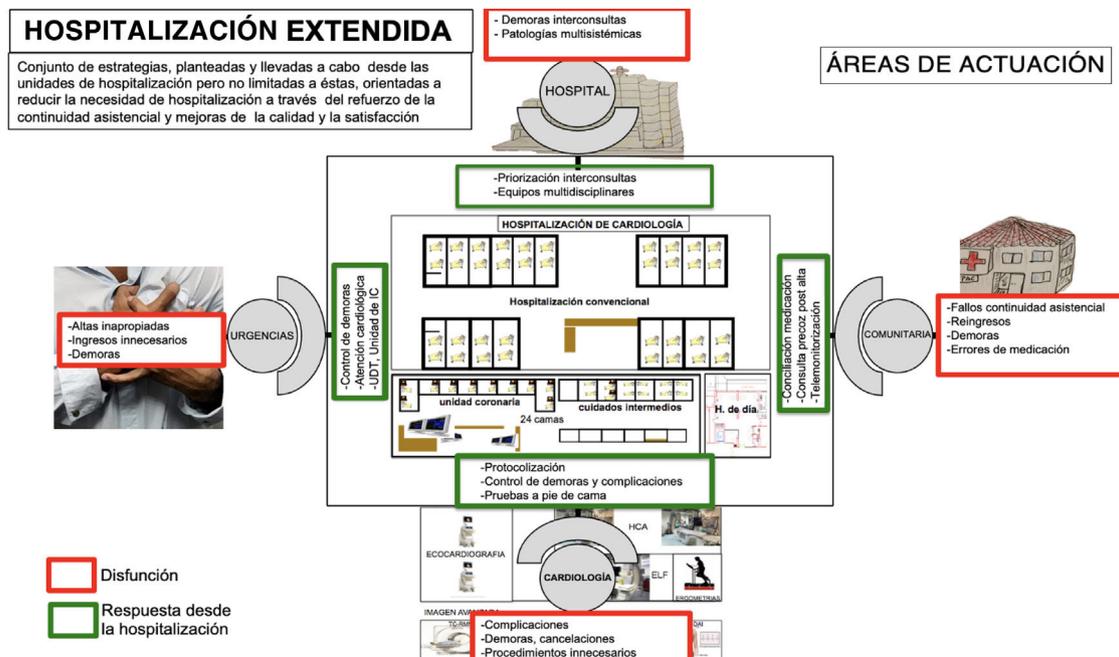


Figura 2. Concepto y áreas de aplicación de estrategias de hospitalización extendida.

desplazamientos de los pacientes, mejora la satisfacción y la relación médico-paciente<sup>2</sup> y reduce la carga de trabajo de las unidades de imagen, al reservar su participación para los casos dudosos o de mayor complejidad. Además, aporta un enorme valor docente, pues permite establecer correlaciones instantáneas con los hallazgos exploratorios, aspecto que facilita la mejora de estas habilidades hoy tristemente en desuso. Estas ventajas son extensibles a la utilización de técnicas como la electrocardiografía de promediado de señales o la vectocardiografía que, a pesar de su probada rentabilidad clínica, son hoy en día de utilización injustificadamente marginal.

Más allá de las fronteras del servicio de cardiología, garantizar una asistencia cardiológica rápida y eficaz en el servicio de urgencias prestada por facultativos de las unidades de hospitalización permite reducir la necesidad de hospitalización al evitar ingresos innecesarios y acortar las estancias, que se garantiza la evaluación especializada del caso desde las primeras fases de la asistencia hospitalaria. La interconsulta hospitalaria, imagen de los servicios ante el resto del hospital, es un acto médico complejo y de alto valor asistencial, por lo que debiera resolverse con solvencia y agilidad. Convertir la realización de las interconsultas en una actividad prioritaria de las unidades de hospitalización estableciendo un compromiso de agilidad y eficacia proyectará al resto de las especialidades del hospital una imagen de excelencia, promoverá un efecto de retorno favorable en la resolución de las solicitadas desde el servicio de cardiología y establecerá una plataforma ideal para el desarrollo y la integración de unidades multidisciplinarias.

En el proceso del alta, resulta clave la sistematización del informe clínico, que debe ser preciso, conciso pero completo, fiable, objetivo y sobre todo claro e inteligible. Es necesario evitar o minimizar el uso de siglas y abreviaturas, que nunca debieran usarse en los diagnósticos y recomendaciones y nada aportan a la calidad asistencial, más allá de ahorrar esfuerzo a quien lo elabora. En su elaboración debe tenerse en cuenta que va dirigido al paciente y su cuidador, al médico de atención primaria y tanto a otros cardiólogos como facultativos de otras especialidades, pero también al codificador, y a todos ha de servir. En el momento del alta, es fundamental proceder a la conciliación de la medicación prescrita con la que ya tomaba el paciente y comprobar que este y su cuidador entienden perfectamente las recomendaciones terapéuticas y los ajustes que en su lista de medicación se han establecido.

Por último, deben de desarrollarse estrategias para minimizar los reingresos. Facilitar teléfono y persona de contacto para resolver dudas o comunicar eventualidades surgidas en las primeras semanas tras el alta, una política de «puertas abiertas» y la consulta precoz tras el alta, realizada por los cardiólogos que lo atendieron durante su ingreso, garantizan la continuidad asistencial y facilitan el alta precoz.

En conclusión, se debe avanzar hacia unidades de hospitalización que, difuminando sus fronteras y rentabilizando el alto

conocimiento que sobre la salud de los pacientes el ingreso hospitalario genera, se comprometan con el desarrollo de estrategias de mejora de la calidad asistencial que garanticen la continuidad asistencial y reduzcan la necesidad de hospitalización (figura 2).

## FINANCIACIÓN

Sin financiación.

## CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Ambos autores hemos contribuido a la idea, el desarrollo del proyecto y la redacción del manuscrito.

## CONFLICTO DE INTERESES

Sin conflictos de intereses.

Alejandro Virgós Lamela<sup>a,b,c</sup> y José R. González-Juanatey<sup>a,b,c,\*</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología y Cuidados Críticos Cardiológicos, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, A Coruña, España

<sup>b</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), España

<sup>c</sup>Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, A Coruña, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [jose.ramon.gonzalez.juanatey@sergas.es](mailto:jose.ramon.gonzalez.juanatey@sergas.es) (J.R. González-Juanatey).

On-line el 8 de diciembre de 2021

## BIBLIOGRAFÍA

1. González-Juanatey JR, Virgós Lamela A, García Acuña JM, Pais Iglesias B. Gestión clínica en el área cardiovascular. *Medir para mejorar Rev Esp Cardiol.* 2021;74:8–14.
2. Narula J, Chandraskhelkar Y, Braunwald E. Time to add a fifth pillar to bedside physical examination Inspection, palpation, percussion, auscultation and insonation. *JAMA Cardiol.* 2018;3:346–350.

<https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.11.010>

0300-8932/© 2021 Sociedad Española de Cardiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.