



## Los algoritmos siempre son útiles para el diagnóstico de la embolia pulmonar

**Sr. Director:** He leído con gran interés las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) acerca del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la embolia pulmonar (EP), publicadas por Uresand et al<sup>1</sup> en el número de diciembre de 2004 de ARCHIVOS DE BRONCO-NEUMOLOGÍA. En este protocolo hay mucha información útil para la práctica clínica diaria. Dado que considero que, por numerosas razones, vale la pena citar estas recomendaciones, no he podido evitar sentirme decepcionado al observar un error en la Figura 1. Posiblemente es un error de mecanografía, y quizá sea fácilmente detectado por otros lectores. Sin embargo, también es posible que, a causa de este error, algunos profesionales puedan tomar decisiones clínicas equivocadas.

Cuando un profesional sigue el algoritmo fundamentado en la sospecha clínica y realiza la angiografía con tomografía computarizada (TC), se supone que la segunda angiografía TC es para confirmar el diagnóstico de EP. Este enfoque se recoge en el protocolo como un objetivo básico de las pruebas no invasoras consideradas en esta parte del algoritmo. En los casos en los que la angiografía TC es positiva para EP, el clínico puede establecer el diagnóstico de EP y comenzar el tratamiento apropiado. Por otra parte, si la angio-

grafía TC es negativa, se debe realizar una ecografía venosa para descartar o confirmar la EP debido a que en la evaluación diagnóstica efectuada antes de esta prueba había una probabilidad clínica moderada de EP. Desde mi punto de vista, éste es un enfoque lógico que, además, también se recoge en la bibliografía<sup>2</sup>. Por otra parte, en una publicación muy reciente acerca de esta cuestión, el Institute for Clinical Systems Improvement ha ofrecido un algoritmo congruente con el punto de vista que expreso en esta carta<sup>3</sup>. Sin embargo, en la Figura 1 del protocolo de la SEPAR están invertidos los signos de los hallazgos angiográficos TC negativos y positivos<sup>1</sup>.

Además, en la tabla 8 (en la que aparecen las dosis de los agentes trombolíticos sistémicos aprobados en la EP por la Food and Drug Administration estadounidense) la dosis tras los primeros 30 minutos y la administración de 250.000 U aparece incorrectamente como 100.000 U/kg/h. Sin embargo, lo correcto es administrar 100.000 U/h, sin referencia a la cifra de kilogramos de peso corporal<sup>4</sup>.

Con esta carta, quisiera aprovechar la oportunidad para dar una vez más las gracias a los autores por su relevante revisión sobre una enfermedad tan frecuente e importante. Espero que la carta sea útil para enmendar los errores, con el objetivo de prevenir malos entendidos desde el punto de vista clínico.

**Goksel KITER, MD**

Pamukkale University, Medical Faculty  
Chest Department,  
Kinikli, Denizli, Turkey.

1. Uresandi F, Blanquer J, Conget F, De Gregorio MA, Lobo JL, Otero R, et al. Guidelines for the diagnosis, treatment, and follow up of pulmonary embolism. Arch Bronconeumol 2004;40:580-94.
2. Wolfe TR, Hartsell SC. Pulmonary embolism: making sense of the diagnostic evaluation. Ann Emerg Med 2001;37:504-14.
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Venous thromboembolism. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2004. p. 91. Consultado en: ([www.guideline.gov/algorithm/3516/NGC-3516\\_2/pdf](http://www.guideline.gov/algorithm/3516/NGC-3516_2/pdf))
4. Palevsky HI, Kelley MA, Fishman AP. Pulmonary thromboembolic disease. In: Fishman AP, editor. Fishman's pulmonary diseases and disorders. Vol. 1. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 1296-329.