



**Figura 1.** Panel superior: imágenes de tomografía computarizada torácica obtenida en el momento de la presentación de neumotórax y derrame pleural. Se evidencia consolidación en el lóbulo medio derecho (2 primeros paneles) y también niveles hidroaéreos en el espacio pleural derecho (tercer panel). Se observan opacidades en árbol en brote distribuidas por ambos pulmones. Panel inferior: imágenes de tomografía computarizada obtenidas 3 meses después de iniciar el tratamiento para la infección por micobacterias no tuberculosas. Se resolvió el derrame pleural del lado derecho y el neumotórax, con reexpansión del pulmón y mejora en la consolidación del lóbulo medio derecho.

infección pulmonar que progresa rápidamente en ausencia de este.

### Bibliografía

1. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, Catanzaro A, Daley C, Gordin F, et al., ATS Mycobacterial Diseases Subcommittee; American Thoracic Society; Infectious Disease Society of America. An official ATS/IDSA statement: Diagnosis, treatment, and prevention of nontuberculous mycobacterial diseases. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175:367-416.
2. Kobashi Y, Mouri K, Obase Y, Kato S, Oka M. Clinical analysis of patients with pulmonary nontuberculous mycobacterial disease complicated by pneumothorax. *Intern Med.* 2013;52:2511-5.
3. Ruiz F, Casado T, Monso E. Pneumothorax during bronchoalveolar lavage. *Chest.* 1989;96:1441-2.
4. Facciolongo N, Patelli M, Gasparini S, Lazzari Agli L, Salio M, Simonassi C, et al. Incidence of complications in bronchoscopy. Multicentre prospective study of 20,986 bronchoscopies. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2009;71:8-14.

5. Steinberg KP, Mitchell DR, Maunder RJ, Milberg JA, Whitcomb ME, Hudson LD. Safety of bronchoalveolar lavage in patients with adult respiratory distress syndrome. *Am Rev Respir Dis.* 1993;148:556-61.

Trevor T. Nicholson<sup>a,\*</sup> y Gökhan M. Mutlu<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois, EE. UU.*

<sup>b</sup> *Section of Pulmonary and Critical Care Medicine, University of Chicago, Chicago, Illinois, EE. UU.*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [trevor.nicholson@northwestern.edu](mailto:trevor.nicholson@northwestern.edu) (T.T. Nicholson).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.07.009>

**Una nueva gestión ambulatoria basada en la consulta virtual de neumología. Una medida efectiva en tiempos de «austeridad»**



***New Outpatient Management Based on a Respiratory Virtual Clinic. An Effective Measure in Times of Austerity***

Sr. Director:

En la actualidad, las consultas externas de Atención Especializada se encuentran sobrecargadas por la alta afluencia de pacientes

derivados desde Atención Primaria (AP)<sup>1</sup>. Dicha sobrecarga genera importantes disfunciones en la gestión de las listas de espera retrasando la valoración de pacientes con patología grave<sup>2,3</sup>. Dicha lista es producto de la relación entre diversos factores tales como los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo o el grado de complementariedad entre AP y Atención Especializada pero, en el caso de las Islas Canarias, a dichos factores debemos añadir el papel relevante de las barreras geográficas así como la localización de los núcleos poblacionales. Tenerife, con una superficie de 2.034,38 km<sup>2</sup> y con una población estimada 906.854 habitantes, es la isla más poblada de España. La mayoría de dicha población se

encuentra asentada en tres territorios: Santa Cruz de Tenerife, San Cristobal de la Laguna y los municipios de Arona/Adeje, estos últimos localizados en el área sur de la isla, con una población residente de 200.000 habitantes y cuyo hospital de referencia más cercano se encuentra como mínimo a 80 km de distancia.

Ante la dispersión demográfica del sur de la isla y dadas las diversas dificultades que presentan los pacientes para su traslado, en junio del 2012 se instaura la consulta de Neumólogo Virtual con intención de gestionar y priorizar las derivaciones desde AP. El Neumólogo Virtual, el cual se realiza 2 días a la semana con un máximo de 15 entradas por consulta, permite al neumólogo definir la prioridad del proceso a través de los datos aportados por parte del médico de AP vía online (anamnesis, exploración física, pruebas complementarias) y filtrar la consulta bien asistiendo al médico consultante acerca del procedimiento a seguir o bien valorando personalmente al paciente. En caso de esta última se realizarán en el ambulatorio las pruebas necesarias el mismo día de la primera citación (radiografía de tórax, espirometría o gasometría arterial) y se remitirá a la consulta pertinente: bien a la consulta general de Neumología que se realiza 4 días en semana o bien a la consulta monográfica de EPOC cuya actividad se realiza una vez en semana. Aquellos pacientes que ya se encuentren en seguimiento por el servicio de Neumología y que presenten un agravamiento de su patología respiratoria pueden acceder directamente a cualquiera de las dos consultas sin precisar ser remitido desde AP.

Con dicha fórmula en apenas tres años se consiguió una reducción del 14% en lo que respecta al cómputo global de consultas generales con una disminución del 56% en primeras citas. Dicha reducción permitió realizar un control más estrecho de los pacientes crónicos, lo que motivó una disminución de 61% del número de ingresos hospitalarios a cargo del Servicio de Neumología a expensas de aumentar un 15% las citaciones sucesivas (tabla 1).

Añadir que la instauración del neumólogo virtual incrementó el número de consultas resueltas por el neumólogo del ambulatorio en un 19% lo que apoya a este tipo de gestión como una procedimiento eficiente.

**Tabla 1**

Número de visitas realizadas e ingresos a cargo del Servicio de Neumología

	Junio 2011 - mayo 2012	Junio 2012 - mayo 2013	Junio 2013 - mayo 2014
Consultas presenciales	4099	3948	3558
Primeras citaciones	2006	1016	893
Citaciones sucesivas	2093	2674	2142
Consultas virtuales		1470	1427
Monográfica EPOC		258	523
Número de ingresos hospitalarios	Año 2012	Año 2013	Año 2014
	501	417	195

## Bibliografía

1. Garcíá Paisa MJ, Rigueiro Veloso MT, Rodríguez Ledob P, Rodríguez Fernández C, Muried A, Abrairad V, et al. Idoneidad de las derivaciones de Atención Primaria a especialidades médicas hospitalarias. *SEMERGEN*. 2006;32:376-81.
2. Pujol Farriols R, Corbella Viroó X. El especialista en medicina interna como consultor en atención primaria. *Med Clin (Barc)*. 2004;122, 60-16.
3. Camp Herrero J. Papel de los centros de atención primaria en la descongestión de los hospitales. *Med Clin (Barc)*. 1988;91:779-82.

Juan Marco Figueira Gonçalves\*, M. Carmen Hernández Gracia y José Julián Batista Martín

*Servicio de Neumología, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (HUNSC), Santa Cruz de Tenerife, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [juanmarcofigueira@gmail.com](mailto:juanmarcofigueira@gmail.com) (J.M. Figueira Gonçalves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.07.008>

## Empiema pleural en paciente neumonectomizado como complicación de una videocolonoscopia



### *Pleural empyema in a pneumonectomized patient as a complication of colonoscopy*

Sr. Director:

El empiema posneumonectomía (EPN) es una entidad grave asociada generalmente a altas tasas de morbilidad postoperatorias. La etiología más frecuente es la contaminación bacteriana secundaria a una fístula broncopleural. La infección secundaria a otras etiologías intratorácicas como mediastinitis, neumonía y la relacionada a diseminación hematogena de causas extratorácicas, son menos frecuentes.

Se presenta el caso de un paciente neumonectomizado quien presentó un empiema en la cavidad torácica residual en el contexto de una bacteriemia posterior a una videocolonoscopia. Según nuestro conocimiento, hasta el presente, no existen reportes en la literatura de casos de empiema pleural como complicación de una colonoscopia.

Paciente de sexo masculino, de 63 años de edad, con antecedente quirúrgico de neumonectomía derecha por videotoroscopia

desde hace 2 años debido a un carcinoma escamoso de pulmón, sin evidencia de recidivas hasta la actualidad.

Después de una videocolonoscopia, el paciente presentó un episodio de fiebre y bacteriemia, asociado a dolor y tumefacción en hemitórax homolateral a la neumonectomía. Se realizó una toracentesis de líquido pleural y hemocultivos, los cuales fueron compatibles con empiema y bacteriemia por *Escherichia coli*, respectivamente.

Al ingreso en el servicio de urgencias de nuestra institución, el paciente se encontraba febril, con disnea, hipotensión arterial, taquicardia y taquipnea, leucocitosis en análisis de sangre, y en la tomografía multipista de tórax un absceso en toda la cavidad pleural remanente con compromiso de la pared torácica suprayacente (fig. 1). Se realizó su estabilización hemodinámica y posteriormente *toilette* pleural por videotoroscopia. El paciente evolucionó favorablemente, otorgándose el alta hospitalaria al 10.º día del postoperatorio.

Los principales factores asociados con EPN están relacionados a complicaciones postoperatorias<sup>1</sup> como la fístula broncopleural, o a eventos intra-operatorios como la contaminación de la cavidad pleural, presentándose generalmente en las primeras semanas posquirúrgica. Su presentación después de un año posneumonectomía fue descrita como EPN tardíos, y son extremadamente infrecuentes<sup>2</sup>. En esta entidad se evidencia infección de la cavidad torácica