



Fig. 1. Sospecha de embolia pulmonar por especialidades. 1: Neumología; 2: medicina interna; 3: urgencias; 4: UVI; 5: oncología; 6: neurocirugía; 7: cardiología; 8: cirugía vascular; 9: traumatología; 10: ambulatorio.

de EP en función de la gammagrafía, en el caso de poblaciones pertenecientes a un gran centro hospitalario y a un hospital comarcal, con los siguientes resultados: un 17 y un 27% normal, un 31 y un 59% de probabilidad baja, un 39 y un 10% de probabilidad media, y un 13 y un 4% de alta probabilidad, respectivamente. Sin embargo, no hay trabajos que reflejen la procedencia de la sospecha clínica en función de las distintas especialidades médicas que se enfrentan en un mismo hospital a la EP y la rentabilidad diagnóstica obtenida en ellas a través del estudio gammagrafíco. Para ello ideamos el siguiente estudio.

Se han controlado los pacientes con sospecha clínica de EP remitidos al Servicio de Medicina Nuclear del hospital La Paz durante el período de tres meses, comprendido entre marzo y junio de 1998, valorándose los resultados de la gammagrafía y la especialidad médica de la que partió la sospecha clínica de la EP, establecida en atención a la historia clínica, la gasometría arterial, la radiografía de tórax y el electrocardiograma. La gammagrafía de perfusión se realizó con macroagregados de albúmina marcados con 99 mTc, considerándose una alta sospecha de EP ante la existencia de múltiples defectos de perfusión segmentarios y/o uno o más defectos lobares y una baja sospecha la observación de tan sólo defectos subsegmentarios. Los resultados fueron los siguientes: se realizaron 61 gammagrafías, de las cuales 5 fueron de control; de las 56 sospechas de EP fueron de alta probabilidad 21 (37,5%) y de baja probabilidad 35 (62,5%). La distribución por especialidades médicas fue la siguiente: neumología: alta probabilidad 5/13 (38,46%), baja probabilidad 8/13 (61,53%); medicina interna: alta probabilidad 5/14 (35,7%), baja probabilidad 9/14 (64,28%); servicio de urgencias: alta probabilidad 6/19 (31,57%), baja probabilidad 13/19 (68,42%); UCI: alta probabilidad 2/2; neurocirugía: alta probabilidad 1/1; remitido desde el ambulatorio: baja probabilidad 1/1; cirugía vascular: alta probabilidad 1/1; traumatología: baja probabilidad 1/1; oncología: baja probabilidad 1/1; unidad médico quirúrgica de cardiología: alta probabilidad

1/3 (paciente con sospecha de émbolos sépticos por endocarditis), baja probabilidad 2/3 (uno de ellos también por sospecha de endocarditis) (fig. 1).

La existencia de factores de riesgo es fundamental en la historia clínica, como ocurrió con la cirugía vascular o la neurocirugía, con alta rentabilidad diagnóstica. La clínica del EP es muy inespecífica y puede confundirse con otras alteraciones cardíacas y pulmonares, que se presentan de forma similar. El diagnóstico se complica más aún si ambas coexisten⁶, lo que podría explicar la distribución de porcentajes antes mencionados. En efecto, se alcanzó mayor rendimiento diagnóstico a medida que aumentaba la especialización en el momento en que se producía la sospecha clínica.

La sospecha de EP procede de múltiples especialidades médicas y, quizá, la frecuencia de su diagnóstico pueda sustancialmente incrementarse con el establecimiento de una unidad multidisciplinaria de EP en un hospital como el nuestro para, de este modo, disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad debida al retraso en su diagnóstico.

F. González Lorenzo, M.D. Marín Ferrer* y S. Díaz Lobato
Servicio de Neumología.
*Servicio de Medicina Nuclear.
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

1. National Institute of Health Consensus Development Panel. Prevention of venous thrombosis and pulmonary embolism. JAMA 1986; 256: 744-779.
2. Goldhaber SZ. Thrombolysis for pulmonary embolism. Prog Cardiovasc Dis 1991; 34: 113-134.
3. Giuntini C. Do radioisotope techniques fulfil their role in the diagnosis of pulmonary embolism? J Nucl Med 1985; 29: 1-6.
4. Gottschalk A, Sostman HD, Coleman RE, Junji JE, Thrall J, McKusick KA et al. Ventilation/perfusion scintigraphy in the PIOPED study. Part II. Evaluation of the scintigraphic criteria and interpretations. J Nucl Med 1993; 34: 1.119-1.126.
5. Lowe VJ, Bullard AG, Coleman RE. Ventilation/perfusion lung scan probability category distributions in university and community hospitals. Clin Nucl Med 1995; 20: 1.079-1.083.
6. Hampson NB, Culver BH. Clinical aspects of pulmonary embolism. Semin Ultrasound CT MR 1997; 18: 314-322.

Variables que condicionan reingresos hospitalarios frecuentes en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Sr. Director: Hemos leído con extraordinaria atención el artículo de Ballester et al¹. Este tipo de estudios resultan enormemente útiles en enfermedades como la EPOC caracterizadas por una alta demanda de recursos sanitarios. En este sentido, hemos realizado en nuestro Servicio un estudio sobre los factores que determinan un aumento en el número de ingresos de este grupo de enfermos.

Analizamos 44 pacientes EPOC con ≥ 3 ingresos/año en nuestro Servicio. De ellos 40 eran varones y 4 mujeres, con una edad media de $66,5 \pm 6,8$ años. Se identificó enfermedad pulmonar asociada en el 22,7% de los pacientes: bronquiectasias en 4 casos, neumoconiosis en 2 y paquipleuritis en 2. En el 77% existía enfermedad asociada extrapulmonar con predominio de la cardiopatía (24%), la diabetes (15%) y la hipertensión (13%).

Un 54,5% eran ex fumadores, un 31,8% fumadores activos y un 11,4% no fumadores. Las causas de ingreso de estos pacientes fueron: infección respiratoria (80,9%), neumonía (8,9%), arritmia (3,2%), neoplasia (3,8%) o insuficiencia cardíaca (1,2%). Ocho de los pacientes de toda la serie reconocían incumplimiento absoluto de la medicación.

Comparados con un grupo de 50 pacientes EPOC con menos de 3 ingresos al año, existían diferencias significativas en el número de fumadores activos (31,8 frente al 12%, $p = 0,03$) y en el incumplimiento terapéutico (18,1 frente al 2%, $p = 0,02$) pero no en el resto de parámetros estudiados.

Como conclusión, y a la vista de nuestros resultados, las consultas de deshabitación tabáquica y las unidades de autocuidados pueden tener un papel clave en el manejo de estos pacientes. La realización de estudios que identifiquen las variables asociadas a los reingresos constituye un paso clave en el desarrollo de programas de asistencia domiciliar y en una mejora en la calidad de los servicios sanitarios.

G. Díaz Nuevo, D. Jiménez Castro* y E. Pérez-Rodríguez
Servicio de Neumología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.
*Clínica La Zarzuela. Madrid.

1. Ballester F, Pérez-Hoyos S, Rivera ML, Merelles T, Tenías JM, Soriano JB et al. Patrones de frecuentación y factores asociados al ingreso en el hospital de las urgencias hospitalarias por asma y por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1999; 35: 20-26.

Neumonía varicelosa: complicaciones del tratamiento antiviral

Sr. Director: La varicela es la expresión clínica habitual de la primoinfección por el virus varicela-zoster (VVZ). Aunque en la infancia suele tener un curso leve, en los adultos es un proceso potencialmente grave, con mayor incidencia de complicaciones. La más frecuente y grave es la neumonía varicelosa, que puede presentarse en el 10-50% de los casos. Su tratamiento de elección es el aciclovir endovenoso, cuyos efectos secundarios más reseñables son: nefropatía obstructiva, flebitis, molestias gastrointestinales y diversos trastornos neurológicos^{1,2}. Presentamos el caso de un paciente con neumonía varicelosa, que desarrolló un cuadro de insuficiencia renal aguda secundaria al tratamiento con este fármaco antiviral.