

Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico

Sr. Editor: Hemos leído con gran interés el artículo de Ortega et al¹ publicado recientemente en *MEDICINA CLÍNICA* describiendo las características epidemiológicas, así como las causas y la evolución de los pacientes que se marchan de la unidad de urgencias médicas del Hospital Clínic de Barcelona sin ser visitados. Los hallazgos de este estudio observacional ponen de manifiesto que, aunque la mayoría de estos pacientes presentaban síntomas de enfermedad menor, un porcentaje no despreciable de ellos (46%) solicitó atención médica en las siguientes 72 h y un 6,5% de éstos requirió ingreso hospitalario. La tasa de pacientes no visitados es un indicador de calidad en la atención médica urgente, por lo que intentar aportar medidas encaminadas a reducir esta tasa debería ser un objetivo prioritario de cualquier servicio de urgencias²⁻⁵. Consideramos de interés aportar la experiencia del servicio de urgencias de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, un centro terciario de similares características al de los autores, donde observamos una oscilación en el porcentaje de pacientes no visitados entre el 2% y el 4% en función de la estacionalidad. Se trata de un estudio intervencionista en el que se demuestra la relación directa existente entre el tiempo de permanencia en el servicio de urgencias y el porcentaje de pacientes que lo abandonan sin ser atendidos.

El objetivo del estudio fue comparar diversos indicadores de actividad y calidad en la atención urgente en una época de mayor afluencia de pacientes, entre los periodos navideños comprendidos del 26-12-1998 al 10-1-1999 (grupo control) y del 26-12-1999 al 10-1-2000 (grupo de intervención). En el segundo periodo se realizaron una serie de intervenciones que se resumen en: a) aplicación de un sistema de alarma informático de la afluencia horaria de visitas urgentes; b) incremento del número de camas para posibles ingresos de corta duración; c) refuerzo del número de médicos expertos en medicina de urgencias, y d) supervisión directa por los responsables de la gestión en el servicio de urgencias. La puesta en marcha del conjunto de estas medidas centradas en agilizar el proceso de la toma de decisiones, tanto clínicas como administrativas, resultó en una reducción significativa del tiempo medio de permanencia (TMP) de los pacientes en urgencias. Esta reducción del TMP se acompañó concomitantemente de una disminución significativa del número y porcentaje de pacientes que se marchan sin recibir atención médica, así como de la tasa de visitas urgentes (tabla 1).

En conclusión, los resultados de nuestro estudio coinciden con los obtenidos por Ortega et al y, además, demuestran que la aplicación de medidas eficaces y seguras en obtener la reducción del TMP de los pacientes en urgencias puede disminuir el porcentaje de estos pacientes que marchan sin visita médica.

Albert Salazar, Xavier Corbella
y Joan Escarabill

Servei d'Urgències. Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

1. Ortega M, Esteban MJ, Miró O, Sánchez M, Millá J. Estudio prospectivo de los enfermos que abandonan un servicio de urgencias antes de ser atendidos por el médico. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 15-20.
2. Miró O, Antonio MT, Jiménez S, De Dios A, Sánchez M, Borrás A et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. *Eur J Emerg Med* 1999; 6: 105-107.
3. Bindman AB, Grumbach K, Keane D, Rauch L, Luce JM. Consequences of queuing for care at a public hospital emergency department. *JAMA* 1991; 266: 1091-1096.
4. Stock LM, Bradley RL, Lewis RJ, Baker DW, Sipsey J, Stevens CD. Patients who leave emergency departments without being seen by a physician: magnitude of the problem in Los Angeles county. *Ann Emerg Med* 1994; 23: 294-298.
5. Young BC, Dotle K. Quality assurance in Canadian emergency departments: a national survey. *J Emerg Med* 1995; 13: 721-726.

Factores que influyen sobre la falta de asistencia a una exploración de endoscopia digestiva

Sr. Editor: El gran desarrollo de la endoscopia, sobre todo a partir de la década de los ochenta y su gran contribución en el proceso diagnóstico y terapéutico de las enfermedades digestivas, ha motivado actualmente el aumento de la demanda de esta exploración, calculándose que en la población general se necesitan anualmente por cada 100.000 habitantes, 1.000 panendoscopias orales y 400 colonoscopias¹. En general, las unidades de endoscopia reciben un alto volumen de peticiones, y para optimizar su eficiencia y productividad, se deben evitar en lo posible los factores que influyen negativamente sobre las mismas, como son²: el retraso en la llegada de los pacientes y/o personal de la unidad, suspensión de la citación, retraso en la obtención del consentimiento informado, ayuda insuficiente del personal de enfermería en periodos críticos y no apercibirse con antelación de la necesidad de profilaxis antibiótica. Los pacientes que no acuden a su citación contribuyen negativa-

mente en la productividad de las unidades de endoscopia, ya que consumen tiempos del personal médico y auxiliar. De hecho, se calcula que el tiempo medio requerido para la realización de una gastroscopia es de 25 min y 40 min para la colonoscopia³. Dado que en nuestra unidad habíamos observado que algunos pacientes programados no acudían el día de su cita, junto con la escasa información existente en las bases de datos bibliográficos, nos llevó a estudiar qué factores podían influir sobre esta falta de asistencia para poder incidir sobre los mismos.

Entre el 1 de marzo y el 31 de mayo de 1999, en la Unidad de Endoscopia del Hospital General Universitario de Valencia (que presenta un área de referencia de 350.000 habitantes), se recibieron 1.154 peticiones de endoscopia diagnóstica. Estas fueron citadas mediante carta que incluye una explicación de la técnica, el modo de preparación, la fecha, lugar y hora de su cita y un teléfono de contacto para avisar en caso de faltar a la misma. De las 1.154 no se presentaron 203 (17,6%) a pesar de que no se produjo retraso en la programación. Se intentó contactar telefónicamente para analizar las causas de su falta de asistencia. De los 99 pacientes que pudieron ser localizados (36 mujeres y 63 varones, con una edad media de 57 años), 40 de ellos no acudieron por fallo administrativo (retraso en el envío de la citación, errores en la dirección del enfermo, pacientes no localizados y fallo de correos) (40,4%), 8 por problemas personales graves (8,1%) y 51 por negativa del propio paciente (temor, desaparición de la clínica, realizada en otro centro) (51,5%). De estos últimos, 31 estaban citados para gastroscopia y 20 para colonoscopia. El grupo de gastroscopia estaba formado en su mayoría por varones (58%), entre 40 y 70 años (61,3%), sin enfermedades asociadas (55%), que procedían en su mayoría del ámbito hospitalario (55%) y el motivo más frecuente de la petición era la epigastralgia (45,2%). El grupo que faltó voluntariamente a la realización de la colonoscopia estaba formado en su mayoría por varones (60%), de edad superior a 70 años (55%), sin enfermedades asociadas (75%), que procedían en su mayoría del ámbito extrahospitalario (60%) y el motivo más frecuente de la petición fue la rectorragia (30%).

De este modo observamos que, en nuestro centro, el número de pacientes que no acude a la cita de la exploración endoscópica es considerable (17,6% en un periodo de 3 meses). Esto implica, por una parte, un descenso del número de procedimientos realizados como de utilización del personal sanitario⁴ y, por otra parte, la disminución de la productividad y efectividad en la unidad. Todo ello influye negativamente en la corrección de las largas listas de espera, ya que muchos de estos enfermos deben ser citados de nuevo. El problema administrativo, aunque es una causa muy frecuente y preocupante, depende en gran medida de la administración hospitalaria y nuestra influencia en este aspecto también es mínima. La causa más frecuente de no acudir a la exploración en nuestro centro es la negativa voluntaria del paciente y es, en nuestra opinión, la única sobre la que puede actuar el personal sanitario. No podemos incidir sobre las características demográficas del paciente, el ámbito desde el que es remitido, sus enfermedades concomitantes, ni la sintomatología que motivó la petición, pero sí sobre otros factores como

TABLA 1

Diferencias significativas entre el grupo control y el grupo intervención

	GC 26-12-1998/ 10-1-1999 (n = 5.269)	GI 26-12-1999/ 10-1-2000 (n = 5.331)	p
TMP (horas)	5,9 (n = 214)	5,1 (n = 92)	< 0,05
Pacientes que se van sin ser visitados	4,1% (n = 519)	1,7% (n = 457)	< 0,001
Revisitas urgentes antes de 10 días	9,9%	8,6%	0,02

GC: grupo control; GI: grupo intervención; p: significación; n: número de visitas urgentes; TMP: tiempo medio de permanencia en urgencias.

una adecuada indicación de la técnica, que evitaría los casos que no acuden por desaparición de la clínica. Por otra parte, una buena explicación detallada y comprensible del procedimiento en el momento de solicitar la prueba también podría evitar aquellos que presentan temor ante la misma. Como lo más frecuente es que el paciente acuda remitido por otro médico distinto al que va a realizar la técnica, creemos que es el que debería aportar la información acerca del procedimiento y la necesidad del mismo para contribuir a mejorar su estado de salud. De forma complementaria, la unidad de endoscopia debe dar o enviar al paciente un informe explicativo junto con la citación que incluya una descripción tranquilizadora de la técnica propuesta para evitar los casos de los pacientes que no acuden por falta de información^{4,5}.

Marisol Luján Sanchis, Pilar Canelles Gamir,
Francisco Quiles Teodoro
y Enrique Medina Chulía.

Servicio de Digestivo. Unidad de Endoscopias.
Hospital General Universitario. Valencia.

1. Albillos A, Abreu L, De Sancho JL. Estructura funcional de la unidad de endoscopia digestiva. En: Abreu L, editor. Gastroenterología. Endoscopia diagnóstica y terapéutica. Madrid: Eurobook, 1998; 7-13.
2. Lennard Jones JE, Williams CB, Axon A, Bottrill P, Wicks J, Jones R et al. Provision of gastrointestinal endoscopy and related services for a district general hospital: working party of the clinical services committee of the British Society of Gastroenterology. Gut 1991; 32: 95-105.
3. Orta C, Marcos JM, Moner L. Patrones de productividad en los servicios de medicina. Med Clin (Barc) 1999; 112: 581-583.
4. Gostout CJ. Unit management. Gastrointest Clin North Am 1993; 3: 541-547.
5. Endoscopia alta diagnóstica. En: Cotton PB, Williams CB, editores. Tratado práctico de endoscopia digestiva. Barcelona: Ed. Científicas y Técnicas, 1992; 31-74.

CARTAS AL EDITOR

Oftalmoplejía internuclear como presentación de infección meníngea por virus varicela zoster

Sr. Editor: La infección meníngea por el virus varicela zoster (VZV) puede cursar con diferentes presentaciones clínicas, entre las que la afectación aislada del troncoencéfalo se considera poco frecuente. No se ha descrito, de acuerdo con la búsqueda bibliográfica que hemos llevado a cabo (sistema PUBMED hasta mayo de 2000; descriptores: *varicela zoster*, *virus*, *ophthalmoplegia*), ningún caso en que la oftalmoplejía internuclear haya sido su síntoma inicial. Por este motivo consideramos de interés la presentación del siguiente caso clínico.

Varón de 42 años con antiguos hábitos tabáquico y alcohólico y conducta sexual de riesgo. Diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 6 años antes como consecuencia de una neumonía por *Pneumocystis carinii*. Otros cuadros en relación con el VIH fueron candidiasis oral, dermatitis seborreica y serologías positivas a citomegalovirus (CMV) y *Toxoplasma*. En 1996 sufrió una neuropatía sensitiva secundaria a zalcitabina, parcialmente reversible tras su retirada. En el momento del

proceso actual estaba en tratamiento con didanosina, nevirapina y nelfinavir, así como con cotrimoxazol a días alternos como profilaxis de la neumonía por *P. carinii*. El enfermo había tenido unos 6 meses antes de este proceso una lesión zoster en 3 dermatómos dorsales altos.

Ingresa en nuestro centro desde urgencias como consecuencia de la aparición y progresión durante el mes anterior de diplopía binocular e inestabilidad para la marcha. En la exploración general únicamente se apreciaron dermatitis seborreica y candidiasis bucal. En la exploración neurológica se apreciaba con la mirada hacia la derecha paresia en la aducción del ojo izquierdo y nistagmo en la abducción del ojo derecho, y con la mirada hacia la izquierda plejía de la aducción del ojo derecho y nistagmo en la abducción del ojo izquierdo, así como parálisis facial nuclear derecha en grado 4/5, hiporreflexia universal y marcha atáxica con aumento de la base de sustentación y tándem imposible. El electrocardiograma y la radiografía de tórax fueron normales, al igual que la bioquímica, salvo las cifras de triglicéridos (376 mg/dl) y GGT (163 UI/l). En el hemograma se apreció hemoglobina de 12,2 g/dl; $2,6 \times 10^9$ leucocitos/l, con 5 neutrófilos, y 110×10^9 plaquetas/l. Las serologías en sangre a lúes, *Brucella* e IgM *Toxoplasma* eran negativas. La IgG anti-*Toxoplasma* resultó positiva (15,1 UI/l), y los anticuerpos antinucleares (ANA), negativos. La población de linfocitos CD4 fue de 8×10^9 /l y la carga viral de 490.622 copias/ml.

Se realizaron estudios de tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM) craneales, que fueron normales. En el estudio de conducción motora de los nervios mediano, cubital, tibial y peroneo derechos se observaron parámetros de latencia, amplitud del potencial y velocidad de conducción normales en todos ellos. En el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) no había celularidad significativa, con 0,58 g/l de proteínas y glucorraquia de 48 mg/dl; se realizaron, además, cultivo y tinción china, que fueron negativos; adenosindeaminasa (ADA): normal; serologías de *Brucella* y lúes: negativas, y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus JC, herpes simple (VHS), CMV, virus herpes tipo 6 y virus de Epstein-Barr (EBV): negativas, así como PCR para VZV, que resultó positiva.

Se inició terapia antirretroviral de rescate con zidovudina a dosis altas, lamivudina, ritonavir e indinavir, así como tratamiento intravenoso con aciclovir, que se mantuvo tres semanas. A los 10 días del tratamiento con aciclovir, se apreció una evidente mejoría de la oftalmoplejía internuclear izquierda, de la paresia facial y de la dinámica de la marcha. El estudio del LCR de control fue normal, con una PCR para el VZV negativa.

La presentación clínica típica de la encefalitis por el VZV es como un síndrome confusional agudo, con asociación variable de focalidad motora, cefalea, meningismo, fiebre, ataxia o crisis comiciales¹. Rara vez se han notificado casos con afectación limitada a troncoencéfalo². La mortalidad es del 10%, y suele haber una buena respuesta al aciclovir. En hasta el 30 a 40% de las encefalitis por el VZV no se evidencian lesiones cutáneas recientes^{3,5}. En los pacientes con infección por el VIH, el VZV es el causante del 2% de las infecciones del sistema nervioso central².

Otras presentaciones clínicas neurológicas del VZV son la leucoencefalopatía multifocal, mielitis focal, meningiomielorradiculitis, ventriculitis, vasculopatía^{2,3}, meningitis aséptica o polineuritis craneal⁴.

En estudios oculográficos en pacientes con el VIH, en el 36% de los que carece de afectación neurológica conocida, y en el 93% de los que sí la presentan, se aprecia algún tipo de alteración, entre las que se identifican principalmente alteración de los movimientos oculares sacádicos y de persecución, así como alteración de la respuesta optocinética⁶. La incidencia e importancia de las oftalmoplejías supranucleares en la infección por el VIH pro-

bablemente estén infravaloradas. Se ha descrito síndrome de Balint, síndrome pretectal o mesencefálico dorsal, síndrome tegmental pontino, oftalmoplejía internuclear, divergencia vertical, nistagmo u opsoclonus⁸. En cuanto a las oftalmoplejías internucleares, son poco frecuentes y, cuando aparecen, suelen ser bilaterales. Se han visto asociadas a CMV, leucoencefalopatía multifocal progresiva o linfomas⁶.

El presente caso constituye, pues, una descripción excepcional, no referida previamente de acuerdo con la revisión de la bibliografía que hemos llevado a cabo, de oftalmoplejía internuclear como síntoma de inicio de infección meníngea por VZV en un paciente con el VIH. Consideramos de interés el prestar una especial atención a la observación clínica de la motilidad ocular en los casos de infección por el VIH, dado que puede ser el síntoma inicial de la afección del sistema nervioso central y de otras enfermedades infecciosas o tumorales.

Ángel Luis Guerrero-Peral,
Abdelam Mohamed Buskri,
Miguel Ángel Ponce Villares y Valentín Bueno

Unidad de Neurología. Hospital Río Carrión. Palencia.

1. Gnann JW, Whitley RJ. Neurologic manifestations of varicella and herpes zoster. En: Scheld WM, Whitley RJ, Durack DT. Infections of the central nervous system (2.ª ed.). Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers, 1997; 91-105.
2. Moulignier A, Pialoux G, Dega H, Dupont B, Huebre M, Baudrimont M. Brain stem encephalitis due to varicella-zoster virus in a patient with AIDS. Clin Infect Dis 1995; 20: 1378-1380.
3. Gray F, Belec L, Lescs MC, Chretien F, Ciardi A, Hassine D. Varicella-zoster virus infection of the central nervous system in the acquired immune deficiency syndrome. Brain 1994; 117: 987-999.
4. Mayo DR, Booss J. Varicella-zoster associated neurologic disease without skin lesions. Arch Neurol 1989; 46: 313-315.
5. Jaigues Yacer JM, Pujol Farriols R, Pérez Sáenz JL, Fernández Viladrich P. Meningitis por virus varicela zoster y neuralgia trigeminal oftálmica sin lesiones cutáneas, en una mujer inmunocompetente. Med Clin (Barc) 1998; 111: 238-239.
6. Roig C, Irazo A. Trastornos visuales y oculomotores centrales en pacientes con sida. Rev Neurol (Barc) 1996; 24: 1597-1604.

Hirsutismo como forma de presentación de un macroprolactinoma

Sr. Editor: El prolactinoma es el tumor hipofisario más frecuente. Aunque en ocasiones la hiperprolactinemia (hiper-PRL) se asocia a concentraciones elevadas de andrógenos¹⁻³, las manifestaciones clínicas por hiperandrogenismo son raras en este tumor. Al descender la hiper-PRL^{2,4} bajo tratamiento, las concentraciones de andrógenos se suelen normalizar y mejorar la clínica. Presentamos el caso de una paciente con hiper-PRL secundaria a prolactinoma que consultó por clínica de hiperandrogenismo.

Mujer de 17 años, remitida para valoración de hirsutismo y ataxia menstrual. Refería menarquia a los 12 años, con ciclos regulares hasta los 15, edad en que inició irregularidad menstrual y aparición de vello de distribución masculina. Su peso era de 58 kg y su talla, de 164 cm. Tenía un discreto acné facial e hirsutismo de 16 puntos según la escala de Ferriman⁵, sin signos de virilización ni hiperandrogenismo. No presentaba galactorrea y la exploración neurológica fue normal. La analítica (tabla 1) puso de manifiesto concentraciones elevadas de precursores androgénicos