

Margarita Mosquera-González^{a,*}, María Cruz Martín-García^b,
Sara Sánchez-Riquelme^c y Marcos Alonso-García^a

^a Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, Madrid, España

^b Equipo de Soporte de Atención Paliativa Domiciliaria (ESAPD) Norte, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^c Medicinsk Center Sondenborg, Sygehus Sønderborg, Sønderborg, Dinamarca

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mmosquera@fhacorcon.es

(M. Mosquera-González).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.010>

0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Encuesta sobre la actividad de interconsultas a geriatría en los hospitales españoles



A survey on geriatric consultation activity in Spanish hospitals

En medicina es cada vez más frecuente la especialización, lo que conduce a la necesidad de realizar interconsultas (IC) entre diferentes servicios. La actividad de IC es importante en geriatría, dada la presencia de pacientes geriátricos en el resto de servicios. El papel de los equipos consultores geriátricos se describió en los años 80 en EE. UU.¹⁻³ y en los 90 en España⁴⁻⁷. Estos dispositivos demostraron la reducción de días de hospitalización de los ancianos⁴, pero no obtuvieron una evidencia incontestable de su actividad por razones como el no haberse dirigido a un tipo de pacientes diana, como los ancianos frágiles⁸, la escasa adherencia a sus recomendaciones^{1,4}, la falta de recursos estructurales y su excesiva focalización en la reducción de la estancia en lugar de en aspectos clínicos.

Recientemente se ha publicado un análisis de la actividad interconsultora de los servicios de medicina interna (SMI) en España⁹. Revela que se realizan IC en un 79% de los SMI, que existen IC monográficas en el 45% y que en el 31% disponen de protocolos de asistencia compartida con otros servicios. La mayoría las realizan facultativos a tiempo parcial.

La falta de una visión conjunta sobre este tema en los servicios de geriatría (SG) españoles motivó a los autores a la realización de una sencilla encuesta como aproximación para conocer esta actividad en ellos.

Se envió una encuesta de 10 preguntas con respuesta múltiple sobre la actividad de IC a 102 SG españoles localizados mediante la secretaría de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y el listado de unidades docentes acreditadas en la página Web de la sociedad (<https://www.segg.es/formacion/mir-de-geriatria>). Se envió un correo electrónico el 21 de junio de 2017 a los jefes de servicio o responsables. A los SG que no respondieron se les reenvió la encuesta hasta en 3 ocasiones con intervalos de un mes. Posteriormente, se intentó contactar con los SG sin respuesta mediante otros miembros del SG.

Del total de 102 SG a los que se envió se recogieron un total de 50 encuestas contestadas, de los que 41 (82%) sí realizaban IC (tabla 1). La mitad de las respuestas (48,8%) procedieron de hospitales de tamaño medio. El 41% valora entre 100 y 500 IC y otro 41% más de 500 IC al año. Los principales servicios consultores son traumatología (28,1%) y cirugía general (23,7%). La mayoría de las IC (82,9%) fueron para seguimiento clínico y, generalmente (85,4%), los pacientes fueron seguidos hasta el alta hospitalaria. Sin embargo, solo se aporta informe en el 51,2% de los casos. La gran mayoría de SG tienen uno o 2 adjuntos (58,5% y 21,9%) dedicados a esta actividad, generalmente a tiempo parcial (70,7%). Cuando hay médicos residentes estos participan en la actividad (88,9%).

En sus inicios se pensaba que la IC a geriatría se realizaba preferentemente para traslado asistencial o para planificación del alta, pero actualmente el tipo de interconsulta más frecuente es para

seguimiento médico (82,9%). Es destacable que prácticamente en la mitad de los pacientes evaluados no se entrega ningún informe médico al paciente. A pesar de ocupar una parte importante de la actividad del SG la información no se transmite al alta.

Tabla 1

Resultados de la encuesta sobre la actividad de interconsultas en los servicios de Geriatría españoles (n = 50 servicios)

<i>Ubicación geográfica de los servicios</i>	
Madrid	17 (14,1%)
Cataluña	9 (7,4%)
Andalucía	4 (3,3%)
Castilla-León	4 (3,3%)
Castilla-La Mancha	4 (3,3%)
Aragón	3 (2,5%)
Otras ^a	9 (7,5%)
<i>Número de camas del hospital</i>	
< 200	12 (29,3%)
200-500	20 (48,8%)
500-1.000	6 (14,6%)
> 1.000	3 (7,3%)
<i>Número de interconsultas recibidas al año</i>	
< 100	7 (17,9%)
100-499	16 (41,1%)
500-1.000	8 (20,5%)
> 1.000	8 (20,5%)
<i>Servicios consultores más frecuentes</i>	
Traumatología	32 (28,1%)
Cirugía general	27 (23,7%)
Urgencias	15 (13,1%)
Medicina interna	13 (11,4%)
Otros ^b	27 (23,7%)
<i>Tipos de interconsultas</i>	
De seguimiento clínico	34 (82,9%)
Peticiones de traslado de pacientes	7 (17,1%)
<i>Seguimiento de los pacientes hasta el alta</i>	
Sí	35 (85,4%)
No	6 (14,6%)
<i>Informe de geriatría al alta</i>	
No	20 (48,8%)
Sí, por separado	14 (34,2%)
Sí, añadido al del servicio consultor	7 (17%)
<i>Número de médicos dedicados a interconsultas</i>	
1	24 (58,5%)
2	9 (22%)
3 ó más	8 (19,5%)
<i>Dedicación horaria:</i>	
A tiempo completo	12 (29,3%)
A tiempo parcial	29 (70,7%)
<i>Participación de los médicos residentes</i>	
Número (%) de servicios que tienen residentes	27 (65,9)
Participan en las interconsultas	24 (88,9%)
No participan	3 (11,1%)

^a Asturias, Extremadura, Baleares, Canarias, Cantabria, Navarra y Valencia.

^b Cuidados paliativos, cirugía plástica, cirugía vascular, cardiología, dermatología, ginecología, enfermedades infecciosas, neumología, neurología, neurocirugía, oncología, psiquiatría y urología.

Comparado con el estudio comentado previamente realizado en SMI, encontramos un grado de implementación similar en los SG (79,2% vs 80%), pero con menor porcentaje de facultativos trabajando a tiempo completo en esta actividad (29,3 vs 39%). En los SMI se entrega informe en un porcentaje superior (72% frente a 51,2%).

Una limitación de este estudio ha sido la brevedad de la encuesta para facilitar su cumplimentación. Sin embargo, solo se obtuvo una tasa de respuesta del 50%. Por el contrario, pueden considerarse fortalezas la obtención de información homologable y previamente inexistente sobre esta actividad, así como el hecho de la representación territorial obtenida.

Como conclusión, los resultados sugieren que la actividad de IC es frecuente y de considerable volumen en los SG españoles y principalmente solicitada desde los servicios quirúrgicos. La dedicación de recursos humanos a esta actividad y su apreciación como elemento formativo son importantes. Debería completarse el proceso asistencial mediante la elaboración sistemática de un informe de geriatría. Todos estos datos inducen a pensar que la actividad de interconsulta geriátrica debería ser digna de mayor estudio y recibir consideración y reconocimiento en las carteras de servicios de los hospitales.

Agradecimientos

A las secretarías de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y a los médicos que de forma desinteresada cumplimentaron y enviaron la encuesta.

Bibliografía

1. Cefalu CA. Adhering to inpatient geriatric consultation recommendations. *J Fam Pract.* 1996;42:259-63.
2. Campion EW, Jette A, Berkman B. An interdisciplinary geriatric consultation service: A controlled trial. *JAGS.* 1983;31:792-6.

3. Barker WH, Williams F, Zimmer JG, van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33:422-8.
4. González-Montalvo JL, Alarcón T, del Río M, Gotor P, Aceituno V. Resultados asistenciales de un equipo consultor geriátrico en un hospital general. Cuatro años de actividad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999;34:336-45.
5. Sánchez Ferrín P, Gómez Enrich N, Carbó Magaña I, González Ortega F, Viñas Amat J. Atención geriátrica en hospital de agudos Rol de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1994;29:219-24.
6. Martín Graczyk AI, Molina Hernández MJ, Vázquez Pedrezuela C, Mora Fernández J, Hierro Villaran M, Gómez Pavón J, et al. Valoración preoperatoria geriátrica en la cirugía mayor del anciano. *An Med Intern.* 1995;12:270-4.
7. San José A, Vilardell M. Unidades funcionales interdisciplinarias de geriatría en los hospitales generales. Funcionamiento y análisis de su efectividad. *Med Clin.* 1996;106:336-43.
8. Rubenstein LZ. Documenting impacts of geriatric consultation. *JAGS.* 1987;35:829-30.
9. Martínez JM, Montero Ruíz E, Fernández Pérez C, Méndez Bailón M, García Klepzig JL, Garrachón Vallo F. Encuesta nacional sobre la actividad de los internistas en asistencia compartida-interconsultas en los hospitales españoles. *Rev Clin Esp.* 2016;216:414-8.

Raquel Ramírez-Martín*, Isabel Rodríguez-Sánchez, Débora Moral-Cuesta, Rocío Menéndez-Colino, Macarena Díaz de Bustamante Ussia y Juan I. González-Montalvo

Servicio de Geriatría, Hospital Universitario La Paz, Instituto de Investigación del Hospital Universitario La Paz IdiPAZ, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.ramirezmartin@gmail.com (R. Ramírez-Martín).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.02.008>
0211-139X/

© 2018 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Elevación progresiva del marcador tumoral CA 19-9 en nonagenaria con fibrosis pulmonar idiopática avanzada



Progressive elevation of CA 19-9 tumour marker in a nonagenarian with advanced idiopathic pulmonary fibrosis

Mujer de 90 años de edad que ingresa en nuestro centro por disnea. Antecedentes personales de adenocarcinoma de colon estadio II-A tratado mediante hemicolectomía derecha en 2009, sin quimioterapia posterior, fibrosis pulmonar idiopática (FPI) diagnosticada mediante prueba de imagen de alta resolución (TACAR) con pruebas funcionales respiratorias compatibles y poliartritis.

Seguía tratamiento habitual con candesartán 8 mg, Spiriva® 18 µg, Symbicort® Forte 320 µg y oxigenoterapia crónica domiciliaria (24 h).

Funcionalmente era independiente para todas las actividades básicas de la vida diaria salvo para la ducha. Índice de Barthel 90/100. Caminaba con ayuda de andador, Functional Assessment Classification (FAC) 4.

Ingresa por cuadro clínico compatible con infección respiratoria no consolidativa con disnea de reposo (habitual de mínimos) y cuadro constitucional de aproximadamente 6 meses de evolución.

A la exploración destacó taquipnea e inestabilidad respiratoria que se controló tras ajuste de tratamiento médico.

Se realizó radiografía de tórax que mostró patrón de fibrosis pulmonar evolucionada sin infiltrados, en progresión con respecto al último estudio de imagen.

Análíticamente se evidenció elevación exclusiva de marcador tumoral tipo CA 19-9 de 876 ng/ml sin objetivarse otras alteraciones significativas.

Se realizó TAC toraco-abdomino-pélvico, que no evidenció proceso neoplásico ni signos de recidiva, por lo que se realizó estudio endoscópico (gastroscoopia y colonoscopia) sin objetivar patología significativa. No se realizaron más pruebas de imagen debido a su probable escaso rendimiento diagnóstico dada la normalidad en las pruebas precedentes.

La paciente presentó adecuada evolución clínica tras optimización de tratamiento con titulación de morfina oral logrando dosis intermedias y con mejoría significativa de disnea. No se objetivó etiología tumoral que justificará tal elevación de CA 19-9 por lo que se planeó alta con seguimiento en consultas externas.

Al alta experimentó mejoría de clase funcional retornando a situación previa al ingreso, consiguiendo caminar con ayuda de andador y supervisión de otra persona.

Se realizaron sucesivos controles analíticos tras el alta (a los 3 y a los 6 meses). En ambas determinaciones se evidenció discreta elevación de CA 19-9 (1.238 y 1.321 ng/ml, respectivamente).

Tras un año de seguimiento ambulatorio ha presentado 2 ingresos hospitalarios debido a aumento de disnea en contexto de progresión de la FPI. Se repitió prueba de imagen en último ingreso (TAC toraco-abdomino-pélvico) sin evidenciar etiología tumoral subyacente a pesar de incremento progresivo en cifras de CA 19-9.

Se continuará seguimiento clínico y analítico estrecho.