

disminución de los depósitos de calcio en el lecho vascular y la disminución de los niveles de calcio séricos<sup>1</sup>. Los efectos secundarios descritos con mayor frecuencia son gastrointestinales en forma de dolor abdominal inespecífico, náuseas y diarrea, y presenta una potencial acumulación en hueso aunque no hay estudios aún que describan los efectos a largo plazo. El lantano puede producir una imagen radiográfica similar a la del contraste radiopaco que fue descrita por primera vez en 2006<sup>2</sup>. A pesar de que por su reciente utilización hay pocos casos publicados, en la mayoría se trata de pacientes que acuden por dolor abdominal y a los que se les suspende el tratamiento con lantano por no encontrar otra causa justificante del dolor<sup>3,4</sup>. Sin embargo también hay publicaciones en las que se describen pacientes en tratamiento sin dichos hallazgos radiológicos<sup>5</sup>.

Por tanto, en conclusión, dado el creciente uso de lantano en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica, y a pesar de que se desconocen las características que pueden identificar a los pacientes susceptibles de presentar depósitos, se debe tener presente la posible aparición de molestias abdominales y de dichas imágenes en las pruebas radiológicas de estos pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Tonelli M, Pannu N, Manns B. Oral Phosphate binders in patients with kidney failure. *N Eng J Med*. 2010;362:1312–24.
2. Cerny S, Kundendorf U. Radiographic appearance of Lanthanum. *N Engl J Med*. 2006;355:1160.
3. Díez Ojeda B, Medrano Martínez S, Alonso Álvarez MA. Imagen radiológica del carbonato de lantano. *Nefrología*. 2010;30:263–4.
4. Martín Penagos L. Imagen radiológica del carbonato de lantano. *Nefroplus*. 2008;1:40.
5. Vrigneaud L, Lefèbvre D, Daem AO, Lemaitre V. Radiographic characteristics of lanthanum carbonate absorption. *Nephrol Ther*. 2008;4:111–3.

L. Pérez Alonso\* y M.A. Moreno Palanco

*Servicio de Urgencias, Hospital del Henares, Madrid, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [aurina.perez@yahoo.es](mailto:aurina.perez@yahoo.es) (L. Pérez Alonso).

doi:10.1016/j.rce.2010.05.019

## Organización del trabajo de las interconsultas recibidas desde servicios quirúrgicos en los servicios de medicina interna

### Organization of the work from the consultations requested from the surgical services within the internal medicine departments

Sr. Director:

La colaboración entre especialistas hospitalarios o interconsulta (IC), se define como aquella tecnología sanitaria mediante la que se solicita y dispensa colaboración entre las distintas especialidades médico/quirúrgicas a nivel intrahospitalario. El progreso de las técnicas quirúrgicas y anestésicas y el aumento de la esperanza de vida en España han elevado la carga de trabajo generada por esta actividad<sup>1–3</sup> pudiendo llegar al 30% adicional de la carga diaria de trabajo de un servicio de Medicina Interna<sup>4</sup>.

Publicaciones anteriores muestran diferentes sistemas de organización y desarrollo de los procesos de asistencia<sup>5</sup>. Para conocer los sistemas de organización empleados en relación con las IC en los servicios de Medicina Interna a nivel nacional, realizamos una encuesta entre septiembre y octubre de 2008. Se seleccionaron aquellos hospitales terciarios de titularidad pública con mayor número de

camas de cada una de las provincias y de las ciudades de Ceuta y Melilla. En las provincias de Madrid y Barcelona se eligieron hospitales terciarios de mediano tamaño. Para la obtención de los datos del estudio se elaboró una relación de preguntas semiabiertas (tabla 1), que fueron realizadas por un mismo investigador mediante encuesta telefónica al responsable de la atención de las IC intrahospitalarias en los servicios de Medicina Interna seleccionados. Fueron excluidas las solicitadas durante la tarde, noche, fin de semana o festivos y las urgentes fuera del horario de mañana.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo, mediante frecuencias, para las variables cualitativas obtenidas de preguntas cerradas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 12ª Ed. para el análisis cuantitativo. Las respuestas semiabiertas se analizaron de forma cualitativa.

Respondieron a la encuesta 51 de los 52 servicios de Medicina Interna seleccionados. De los 51 hospitales analizados, el 29,5% disponían de menos de 500 camas, 55% entre 500 y 1.000 camas y el 17,5% más de 1.000 camas. En casi la mitad de ellos (46,2%) no existe un responsable encargado de la organización de las IC.

Se detectan cuatro modelos principales de distribución del trabajo que se presentan con similar frecuencia: distribución consecutiva, 29,4%; interconsultor único, 25,5%; asignación de plantas, 25,5%; equipo de dos o más personas, 19,6%. Sistemas rotatorios de asignación de IC se dieron en el 63,5% de los casos. El 21,6% de los hospitales tiene médicos internistas integrados en servicios quirúrgicos. En el 64,7% la carga de trabajo es adicional a la convencional y en un 15,7% la dedicación es exclusiva. En el 94,1% de los hospitales el

Tabla 1

1. *¿Cuántos responsables de la atención de las IC hay por día y cuál es su cargo?*
  - A. Número por día
2. *¿Cuál es el cargo de los responsables de la atención de las IC?*
  - A. MIR
  - B. Especialista
3. *¿Cuál es el sistema de adjudicación temporal de las IC?*
  - A. Diaria
  - B. Semanal
  - C. Mensual
  - D. Otros
4. *¿Cuál es el sistema de adjudicación de la carga de trabajo de las IC?*
  - A. Todos los facultativos con adjudicación consecutiva
  - B. Todos los facultativos con adjudicación por plantas
  - C. Responsable único
  - D. Equipo de interconsultores
  - E. Otros
5. *¿Existe rotación de los responsables encargados de las IC?*
  - A. Sí
  - B. No
6. *¿Qué tipo de dedicación tienen los responsables de la atención de las IC en relación con otras actividades asistenciales dentro del servicio?*
  - A. Integración en servicio quirúrgico
  - B. Exclusiva
  - C. Compartida con otras tareas
7. *¿Existe un sistema de registro del trabajo desarrollado en las IC?*
  - A. Sí. Contabilización
  - B. Sí. Básico
  - C. Sí. Avanzado
  - D. No
8. *¿La solicitud de IC es a demanda o existen protocolos clínicos de solicitud?*
  - A. A demanda
  - B. Mediante protocolos
  - C. Mixto
  - D. Otros
9. *¿Cuál es el soporte utilizado para la solicitud de las IC?*
  - A. Papel
  - B. Informático
  - C. Otros
10. *¿Cuál es el sistema empleado en caso de necesidad de localización urgente del internista interconsultor?*
  - A. Teléfono móvil
  - B. Busca
  - C. Teléfono fijo
  - D. Otros
11. *¿Desde su punto de vista cuál es la medida más importante a implantar que mejoraría de forma general el trabajo relacionado con las IC en su servicio?*

sistema de solicitud de IC se realiza a demanda personal del cirujano, sin protocolo previo. El registro de la actividad se realiza en el 77,5% de los servicios, pero sólo en un 7,8% de forma avanzada. Un soporte informático de petición y respuesta es utilizado en el 11,8% de los casos. Un 21,6% de los servicios no dispone de sistema de localización urgente del internista interconsultor. Los MIR participan de forma autónoma en esta actividad de modo fijo u ocasional en un 45,1% de los hospitales.

Las propuestas de mejora más frecuentes fueron la presencia de más personal con dedicación exclusiva y preferentemente mediante la integración en servicios quirúrgicos.

Las primeras propuestas de colaboración reglada entre médicos quirúrgicos y no quirúrgicos fueron planteadas por Goldman en 1983<sup>6</sup>. Entre el 4 y el 55% de los pacientes de servicios quirúrgicos son vistos por médicos internistas, lo que supone 10-11 pacientes diarios con un seguimiento medio entre 3 y 7 días<sup>7-9</sup>. A pesar de ello algunos autores la consideran poco cuantificada, discontinua, desconocida y escasamente valorada<sup>5,7</sup>.

El presente trabajo muestra datos interesantes acerca de la organización de las IC. Quizá el dato más llamativo es que menos del 10% los servicios hace un registro de calidad y útil como herramienta de control de actividad. La integración de internistas en servicios

quirúrgicos produce mejoras en las estancias medias, mayor satisfacción entre cirujanos, internistas y equipos de enfermería<sup>2,10</sup>.

Son limitaciones de este trabajo la metodología de selección de la muestra. Sin embargo coinciden los resultados con otros que subrayan la escasa organización, programación y valoración de esta actividad. En conclusión, la organización de esta actividad es muy heterogénea en nuestro país, es excepcional la presencia de protocolos de solicitud y el registro de la actividad de las IC es deficiente pudiendo mejorarse con sistemas informáticos.

## Bibliografía

1. Salerno SM, Hurst FP, Halvorson S, Mercado DL. Principles of effective Consultation. Arch Intern Med. 2007;167:271–5.
2. Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un servicio de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2004;204:507–10.
3. INE. Nota de prensa. Tablas de mortalidad 1992-2005. 29 de octubre de 2007 [actualizado 30/10/2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np472.pdf>.
4. Memoria Hospital Virgen del Camino 2003-2004 [consultado 29/9/2009]. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Publicaciones/Publicaciones+propias/Memorias/default.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Publicaciones/Publicaciones+propias/Memorias/default.htm).
5. Montero Ruiz E, Hernández Ahijado C, López Álvarez J. Efecto de la adscripción de los internistas a un servicio quirúrgico. Med Clin. 2005;124:332–5.

6. Goldman L, Lee T, Rudd P. Ten Commandments for effective consultations. Arch Intern Med. 1983;143:1753–5.
7. Monte Secades R, Rabuñal Rey M, Rigueiro Veloso MT, García Pais MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel de los internistas como consultor de servicios quirúrgicos. Rev Clin Esp. 2004;204:345–50.
8. García Lázaro M, Lucena Merino MM, Montero Pérez-Barquero M, Sánchez Guijo. Estudio de la actividad asistencial de Medicina Interna en relación a las interconsultas. An Med Interna. 2003;20:510–4.
9. Méndez López I, Jiménez Bermejo F, Etxeberria Lekuona D. Análisis de la labor asistencial de las interconsultas en un servicio de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2005;205(Supl 2):1–36.
10. Huddleston JM, Hall Long K, Naessens JM, Vanness D, Larson D, Trousdale R, et al. Wachter the Hospitalist—Orthopedic Team Trial Investigators. Medical and Surgical Comanagement after Elective Hip and Knee Arthroplasty: A Randomized. Controlled Trial. Ann Intern Med. 2004;141:28–38.

I. Méndez López\* y D. Etxeberria Lekuona

*Servicio de Medicina Interna, Hospital de Navarra, Pamplona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Ivan.mendez.lopez@cfnavarra.es](mailto:Ivan.mendez.lopez@cfnavarra.es)

(I. Méndez López).

doi:10.1016/j.rce.2010.05.021

## Colonopatía fibrosante, una complicación en alza de la fibrosis quística

### Fibrosing colonopathy, an increasing complication of cystic fibrosis

Sr. Director:

La colonopatía fibrosante es una complicación de la fibrosis quística del páncreas, descrita hace relativamente poco tiempo. En el año 1994 se publicaron los primeros siete casos de dicha enfermedad, estableciendo como factor precipitante la toma de suplementos enzimáticos pancreáticos durante un periodo largo de tiempo, al menos 12 meses<sup>1,2</sup>. Consiste en el desarrollo de fibrosis en la submucosa colónica, generalmente en colon derecho, de etiopatogenia no aclarada. Cursa con dolor abdominal y crisis suboclusivas de repetición y en ocasiones conduce a la realización de una colectomía. Dada la mayor esperanza de vida de los pacientes con fibrosis quística cabe esperar en los próximos años un aumento de casos de esta entidad<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 31 años con fibrosis quística en estado de insuficiencia pancreática exocrina desde recién nacido, que recibía suplementos pancreáticos desde entonces (actualmente pancreatina, 80.000 UI/día). En los últimos cinco años había tenido varios ingresos por

crisis suboclusivas de repetición, siendo diagnosticado de síndrome de obstrucción intestinal distal. Todas las pruebas realizadas a lo largo de este periodo, tanto de laboratorio, imagen (ecografía, tomografías computarizadas y resonancias magnéticas) o biopsias colónicas fueron inespecíficas. Ante la reiteración de ingresos con la misma clínica (dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, estreñimiento y niveles hidroaéreos de intestino delgado) se decidió realizar una ileostomía provisional, de descarga, en el año 2007.

En enero de 2009, tras permanecer asintomático durante dos años, vuelve a presentar dolor abdominal recidivante que motiva un nuevo ingreso en marzo de 2009. Se realizó una tomografía computarizada de abdomen que mostró un engrosamiento mural a nivel de colon ascendente, ciego, ileostomía y ampolla rectal, que hizo sospechar el diagnóstico de colonopatía fibrosante. Se realizó una colectomía subtotal con anastomosis ileo-rectal. El colon resecado mostraba gran rigidez parietal y una lámina propia hiper celular, con aumento de eosinófilos, y obliteración fibrosa del espacio submucoso, muy vascularizado, con engrosamiento de la muscular propia (fig. 1) estableciéndose el diagnóstico de colonopatía fibrosante. En la actualidad la evolución es favorable, sin nuevos episodios de dolor abdominal ni obstrucción.

Con el avance de la medicina, gracias a la puesta en marcha de unidades multidisciplinarias y a la utilización de nuevos tratamientos, sobre todo del trasplante pulmonar,