



CARTAS CIENTÍFICAS

Interconsultas telefónicas en una consulta de geriatría



Telephone consultations in a geriatrics clinic

La relación médico-paciente anciano es compleja y precisa de una buena comunicación. Uno de los problemas de la atención sanitaria es la falta de accesibilidad de los pacientes a los especialistas, y uno de los colectivos con menores recursos para ello son los ancianos. Las consultas telefónicas han demostrado conseguir una disminución de visitas hospitalarias innecesarias¹, mejoran los síntomas emocionales², de forma planificada mejoran el estado de salud en pacientes crónicos y vulnerables³, disminuyen el número de ingresos hospitalarios en el caso de enfermos de alto riesgo con EPOC⁴, disminuyen la mortalidad y el número de ingresos hospitalarios en enfermos con insuficiencia cardiaca crónica⁵, disminuyen las visitas a urgencias tras el alta hospitalaria⁶, y mejoran la adherencia al tratamiento en pacientes con polifarmacia⁷.

Con el objetivo de establecer nuevos y ágiles cauces de comunicación y mejorar la accesibilidad, en el año 2011 iniciamos una consulta telefónica abierta a todos los pacientes con horario de 8:00 a 8:30 h, como actividad complementaria a la consulta externa. En dichas consultas evaluamos ancianos, en general con rasgos de fragilidad. En la primera consulta se obtiene un análisis de sangre y todos los ancianos se van a su domicilio con un informe médico donde figura el teléfono de contacto y se hace hincapié en que pueden consultar telefónicamente el resultado de analíticas, pruebas, efectos adversos o cualquier incidencia que surja y desborde a atención primaria. La llamada de teléfono la recoge directamente el médico.

A lo largo de 2012 se evaluaron a 373 primeros pacientes, 1.172 consultas sucesivas y 540 interconsultas (IC) telefónicas. Nos planteamos observar de forma prospectiva cuantas IC telefónicas se realizaban y con qué objeto a lo largo de 30 días hábiles (16 de mayo de 2013 a 27 de junio de 2013). En dicho periodo se recibieron 104 llamadas telefónicas, con una media de 3,43 (1,41) por día. De 68 pacientes se recibió una sola llamada, 15 pacientes llamaron 2 veces y 2 pacientes nos consultaron 3 veces.

La edad media de los pacientes fue de 83,65 (5,06) y 30 llamadas correspondieron a varones (28,8%) y 74 a mujeres (71,2%), proporción similar a la de pacientes vistos en consulta en ese mismo año (33,04% varones y 66,95% mujeres, con una edad media de 82,20 años).

El objeto de la llamada fue informar del resultado del análisis en 36 casos (34,61%), valorar trastornos de conducta en 25 casos (24,03%), síntomas médicos en otros 25 casos (24,03%),

consulta de resultado de pruebas de imagen en 12 casos (11,53%), y valorar posibles reacciones adversas a fármacos en 6 casos (5,76%).

En 56 pacientes (46,15%) se modificó el tratamiento: en 8 pacientes se redujo la medicación y en 2 casos se retiraron fármacos, en 3 pacientes se prescribieron y se retiraron fármacos a la vez, y en 43 se prescribieron o se aumentó la dosis de fármacos recibidos. Los fármacos prescritos *de novo* o bien que se aumentó la dosis fueron:

- Neurolépticos 16 (2 típicos y 14 atípicos); vitamina D 11; antidepresivos 10 (trazodona 5, mirtazapina 3, sertralina 1 y venlafaxina 1); antihipertensivos 8 (diuréticos 4 y otros 4).
- Hierro oral 8; vitamina B₁₂ 4; estatinas 4; analgésicos 4 (2 opioides); digoxina 3; antibióticos 3, laxantes 2, L-tirosina 2 y otros 8. La medicación retirada o que se redujo su dosis fue: psicótropos en 5 ocasiones, opiáceos en 2 ocasiones y otros 7.

Como conclusión de nuestra experiencia podría decir que en una consulta telefónica dirigida a ancianos frágiles destaca que casi la mitad de las llamadas son para obtener el resultado de pruebas analíticas y de imagen, y la otra mitad dedicadas a problemas clínicos, especialmente a trastornos de conducta, todo ello en concordancia con la importancia que se le dan a las pruebas complementarias en la sociedad actual y con los problemas médicos que más alteran la dinámica familiar. Respecto a la medicación y relacionado con el punto anterior son los fármacos psicótropos los más prescritos.

Consideramos que las IC telefónicas pueden ser útiles en la práctica diaria de la geriatría, nos permiten mejorar la relación con nuestros pacientes aumentando su confianza y accesibilidad; nos permiten resolver problemas de forma ágil, y evitar visitas y desplazamientos a otros estamentos sanitarios, y disminuyen el consumo de recursos y, por tanto, los costes sanitarios. El próximo objetivo será un estudio controlado con el fin de determinar si obtenemos resultado en cuanto a visitas a atención primaria, visitas a urgencias, disminución de ingresos, etc.

Bibliografía

1. O'Byrne L, Roberts NJ, Partridge MR. Preclinic telephone consultations: An observational cohort study. *Clin Med*. 2012;12:140-5.
2. Maust DT, Mavandadi S, Benson A, Streim JE, Difilippo S, Snedden T, et al. Telephone-based care management for older adults initiated on psychotropic medication. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2013;28:410-6.
3. Dennis SM, Harris M, Lloyd J, Powell Davies G, Faruqi N, Zwar N. Do people with existing chronic conditions benefit from telephone coaching? A rapid review. *Aust Health Rev*. 2013;37:381-8.

4. Hurst JR, Fitzgerald-Khan F, Quint JK, Goldring JJ, Mikelsons C, Dilworth JP, et al. Use and utility of a 24-hour Telephone Support Service for high risk patients with COPD. *Prim Care Respir J*. 2010;19:260-5.
5. GESICA investigators. Randomised trial of telephone intervention in chronic heart failure: DIAL trial. *BMJ*. 2005;331:425.
6. Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ. The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization. *Am J Med*. 2001;111:26S-30S.
7. Wu JY, Leung WY, Chang S, Lee B, Zee B, Tong PC, et al. Effectiveness of telephone counseling by a pharmacist in reducing mortality in patients receiving polypharmacy: Randomized controlled trial. *BMJ*. 2006;333:522.

Francisco Javier Castellote Varona

Unidad de Geriátrica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

Correo electrónico: franciscojcastellote@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.09.016>

Mujer de 83 años con disnea y edemas en miembros inferiores



An 83 year old woman with dyspnoea and oedema of the lower limbs

Sr. Editor:

Presentamos el caso de una paciente de 83 años, ingresada en una unidad geriátrica de agudos por cuadro de un mes, caracterizado por astenia, hiporexia, pérdida ponderal no cuantificada y deterioro funcional moderado, refiriendo la semana previa dolor abdominal, aumento progresivo del perímetro abdominal, edemas en miembros inferiores y disnea progresiva.

Como antecedentes de interés: hipertensión arterial, accidente isquémico transitorio carotídeo izquierdo, síndrome depresivo, estreñimiento, hipotiroidismo subclínico y prótesis total de rodilla bilateral por gonartrosis. La paciente era independiente para las actividades básicas de la vida diaria, salvo ayuda para el baño, índice de Barthel 95/100, y no presentaba deterioro cognitivo, escala de cruz roja mental 0.

En la exploración física destacaba murmullo vesicular abolido en mitad inferior de campo pulmonar derecho, abdomen globuloso, blando y poco depresible, palpándose masa dolorosa en hipocondrio derecho y signo de oleada ascítica, así como edemas bilaterales hasta rodillas.

En la analítica se encontró: leucocitos: 8.460 mm³; hemoglobina: 10,9 g/dl; hematocrito: 33%; VCM: 96; HCM: 31,8; plaquetas: 435.000 mm³; sodio: 129 mEq/l; proteínas: 6,2 g/dl; GGT: 74 UI/l; creatinina: 1,6 mg/dl; urea: 60 mg/dl; bilirrubina total: 1,85 mg/dl; VSG: 10; PCR: 26,9 mg/l; ferritina: 1.737 ng/ml; fibrinógeno: 684 mg/dl; CA125: 279,4 UI/ml y enolasa neuroespecífica: 147,4 ng/ml. Resto normal.

La radiografía de tórax mostraba derrame pleural derecho moderado, sin otros hallazgos. A su ingreso se instauró tratamiento diurético, laxantes y enemas sin mejoría, con persistencia de dolor abdominal a pesar de analgesia de primer escalón, por lo que se realizó ecografía abdominal que evidenció una formación retroperitoneal de características sólidas, con efecto de masa, desde borde postero-inferior hepático hacia región epi y mesogástrica de 12 × 8 cm, formaciones nodulares sólidas peri aorto-cava que engloban estructuras vasculares y lesiones subcentrimétricas en bazo. Se solicitó TAC cervico-toraco-abdominopélvico (fig. 1) que mostró adenopatías cervicales múltiples, derrame pleural derecho con atelectasia de lóbulo inferior y medio derecho, múltiples lesiones focales en bazo, conglomerados adenopáticos de 12 × 11 cm que engloban aorta, vena cava inferior, arterias renales y vena renal izquierda y desplazan estructuras vecinas; vena cava inferior filiforme y conglomerados adenopáticos en hilio esplénico de 6,6 × 4,6 cm.

En las siguientes 48 h, la paciente presentó empeoramiento clínico con aumento de edemas en miembros inferiores y ascitis con posterior anasarca, así como hipotensión y oligoanuria mantenidas a pesar de fluidoterapia. El dolor y la distensión abdominal

aumentaron progresivamente a pesar de la analgesia de tercer escalón, y en la analítica se objetivó aumento de LDH, mayor leucocitosis y empeoramiento de la función renal. Al duodécimo día de su ingreso presentó vómitos en posos de café y agitación, instaurándose tratamiento para control de síntomas. Dos días después presentó fiebre y abundantes secreciones respiratorias, falleciendo.

Los hallazgos clínicos, de laboratorio e imágenes nos permiten establecer la presencia de un fracaso multiorgánico secundario a síndrome de vena cava inferior provocado por masa intraabdominal (probable proceso linfoproliferativo).

Se realizó una necropsia con los siguientes hallazgos: linfoma no-Hodgkin B difuso de células grandes centrofolicular grado 3A.

Discusión

El linfoma no-Hodgkin B difuso de células grandes pertenece al grupo de neoplasias de células B maduras¹, y es el linfoma maligno más frecuente, con una edad media de presentación de 65 años, y una de las neoplasias más frecuentes en el anciano². El cuadro clínico no se diferencia respecto a la población más joven, sin embargo los ancianos tienen peor pronóstico y menor supervivencia^{3,4}. Respecto a los factores pronósticos, debe mencionarse que la edad no se comporta siempre como un factor independiente; siendo el grado histológico, la presencia de síntomas B, valores de LDH, albúmina, carga tumoral y el estado funcional los que determinan el curso de la enfermedad en los ancianos³. En la actualidad no existe un protocolo de tratamiento en la persona mayor. El esquema de elección incluye el régimen de quimioterapia ciclofosfamida, hidroxidaunomicina, vincristina y prednisona (CHOP) a dosis plenas y rituximab²; sin embargo, debido al alto riesgo de quimiotoxicidad severa y muerte⁴, muchos de estos pacientes son tratados con



Figura 1. TAC: conglomerado adenopático que engloba a la vena cava inferior (filiforme).