miento farmacológico indicado por su médico de cabecera, de los cuales, un 71,7% fue un inhibidor de la bomba de protones (el IBP usado con mas frecuencia es Omeprazol, 63,3%), un 20% recibió tratamiento con un antiácido, siendo el más frecuente el Almagato, un 17,6% utilizó un procinético, siendo el más usado la Cinitaprida, y en un 3,5% un antiH2, donde el más utilizado fue la Ranitidina.

Entre los motivos de derivación, el 53,5% lo hizo por respuesta insuficiente a tratamiento empírico, un 15,4% por presencia de síntomas de alarma, el 8% para valoración en el diagnóstico diferencial de síntomas atípicos. Se ha establecido tras analizar los datos, que en un 78,7% los criterios de derivación a consulta externa de aparato digestivo se adecua a los algoritmos establecidos en la "Guía de práctica clínica sobre ERGE".

Fig. 1. Tipos de tratamientos utilizados previamente a la valoración en consulta externa.

Pese a considerarse una enfermedad benigna, la persistencia e intensidad de los síntomas puede interferir con las actividades de la vida cotidiana y producir una considerable morbilidad. Esto es lo que genera un gran número de consultas, que hace que en España un 28% de los pacientes con ERGE hayan consultado con su médico en el último año (3). En nuestro medio el 35,3% del total de las primeras visitas derivadas desde atención primaria se relacionaba con la ERGE, lo que implica una importante carga de trabajo en consultas externas.

Estudios previos realizados en atención primaria han analizado la concordancia entre síntomas de pirosis y regurgitación y la endoscopia (prueba que no se considera como patrón de referencia) y sus resultados muestran que los médicos de atención primaria son capaces de diagnosticar la ERGE a partir de los síntomas de manera bastante precisa (4). Además, cabe recordar que no existe una buena correlación entre la intensidad o frecuencia de los síntomas y la gravedad de las lesiones endoscópicas (5).

Respecto al tipo de tratamiento realizado previamente a la derivación hacia el medio hospitalario, se considera que el ensayo terapéutico con inhibidores de las bombas de protones (IBP) es útil para el diagnóstico de la ERGE y es una prueba más simple y mejor tolerada que la endoscopia y la monitorización del pH (6). En nuestro caso, el algoritmo diagnóstico de la "Guía de práctica clínica sobre ERGE" recomienda dicho ensayo previo a evaluar otras medidas. Nuestro grupo de pacientes había realizado tratamiento previamente en un 84,7%, de los cuales el 71,7%

fueron con IBP, por lo general usados a dosis estándar durante 4 semanas.

La atención a los pacientes con ERGE no obliga a un esfuerzo importante en utilización de recursos sanitarios ya que en nuestra serie supone el 35,3% del total de pacientes derivados como primera visita desde atención primaria. Las guías de actuación clínica permitan una coordinación entre niveles y una actuación coordinada entre médicos de familia y atención hospitalaria. En este sentido es necesario destacar el alto nivel de derivación que cumple los criterios propuestos.

El 78,7% de los pacientes estaban derivados correctamente, lo que supera nuestras expectativas iniciales y habla muy favorablemente del trabajo realizado por los médicos de atención primaria. Destacamos también que hasta un 58,8% de los pacientes consideraba que conocía cuales eran las características de su enfermedad y que hábitos de vida debía modificar.

J. I. Ramos-Clemente Romero, M. A. Pérez Ramos, A. Talavera Fabuel¹, H. Pallarés Manrique¹, A. Maraver García¹

Servicio de Medicina Interna. ¹Unidad de Patología Digestiva. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

- Díaz-Rubio M, Moreno Eloas-Olaso C, Rey E, Locke GR, Rodríguez Artadejo F. Symptoms of Gastro-oesophageal Reflux: prevalence, severity, duration and associated factors in a Spanish population. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 9: 95-105.
- Marzo M, Alonso P, Bonfill X, Fernández M, Ferrandiz J, Martínez G, et al. Guía de práctica clínica sobre el manejo del paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 85-110.
- Rey E, Moreno Eloas-Olaso C, Rodríguez Artadejo F, Díaz-Rubio M. Medical consultation for gastro-oesophageal reflux symptoms: reasons and associated factors. *Digestión* 2004; 70: 173-177.
- Enck P, Dubois D, Marquis P. Quality of life in patients with upper gastrointestinal symptoms: results from the Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST). *Scand J Gastroenterol* 1999; 231(Supl.): 48-54.
- Dent J, Brun J, Fendrick AM, Fennerty MB, Janssens J, Kahrilas PJ, et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management-The Genval Workshop Report. *Gut* 1999; 44 (Supl. 2): S1-S16.
- Schindlbeck NE, Klauser AG, Voderholzer WA, Müller-Lissner SA. Empiric therapy for gastroesophageal reflux disease. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1808-12.

La consulta de Medicina Interna puede funcionar en un alto porcentaje de casos como una consulta de alta resolución

Sr. Director:

La consulta externa es el área asistencial de mayor importancia en las especialidades médicas. Debe ser el lugar idóneo donde diagnosticar y establecer la estrategia terapéutica de los pacientes enviados desde atención primaria. Por otra parte, la hospitalización debe ser únicamente un instrumento de apoyo, utilizable cuando fuera estrictamente necesario y durante el menor tiempo posible (1).

La consulta única o de alta resolución, busca resolver el problema de salud de un paciente en el mismo día de la consulta, realizando las pruebas complementarias pertinentes para tal fin (2-4).

Los tiempos de demora a la hora de ser atendido por el sistema sanitario público, constituyen un problema importante en el momento actual. Algunas comunidades autónomas, como Castilla-La Mancha, han previsto unos mecanismos para controlar posibles retrasos en la atención médica, así la Ley de Garantías, establece un período máximo de dos semanas para la atención de la primera consulta en la atención especializada.

Para conseguir éstos resultados se han precisado cambios en la organización sanitaria, elaborar nuevos modelos de gestión, mayor flexibilidad y una mayor implicación de los profesionales en los objetivos de la organización. De esta forma se ha conseguido mejorar de modo sustancial la accesibilidad de los usuarios al sistema y aumentar la calidad asistencial.

La consulta única o de alta resolución, consigue una reducción importante de los tiempos de espera.

Resulta indudable que una mejor coordinación con atención primaria y entre los distintos especialistas del hospital, permitiría reducir de un modo sustancial las derivaciones de pacientes para la atención en algunas especialidades.

También es necesario que exista una gran concienciación por parte de los facultativos, sobre la posibilidad de trabajar de esta manera y planificar de un modo adecuado las distintas pruebas complementarias para conseguir estos objetivos.

La consulta de alta resolución constituye una alternativa de mejora de la eficiencia para el sistema sanitario, incrementa la satisfacción de los pacientes, dado que se acortan sus tiempos de espera y se reducen los costes asociados a las visitas sucesivas. Su puesta en marcha necesita una planificación efectiva de los procesos, sin requerir infraestructura o inversión de alta tecnología, sino básicamente médicos con amplia experiencia concienciados en esta manera de trabajar (4).

En un momento determinado del año 2006, existió una demora superior a las dos semanas para la atención de las primeras consultas externas de Medicina Interna, por lo que se creó de modo provisional una nueva consulta, atendida por una persona de gran experiencia en la especialidad, que intentó trabajar con la sistemática de una consulta única. La actividad se prolongó durante varias, realizándose una consulta semanal de 7-9 pacientes, además de la consulta general habitual, que se efectuaba en una sala aparte, los cinco días de la semana. Los pacientes no estaban seleccionados por ninguna patología, siendo citados únicamente por la existencia de un retraso en la atención de los mismos con los recursos previos disponibles.

Se atendieron en esta consulta un total de 92 pacientes y en 57 de ellos (61,9%), se actuó como en una consulta única o de alta resolución, pudiéndose dar el alta de la consulta en el mismo día.

Presentamos brevemente los resultados con respecto a estos 57 pacientes. Los procesos más frecuentes que permitieron actuar de ésta manera fueron por orden de frecuencia: a) alteraciones analíticas, fundamentalmente: leve deterioro de la función renal, de larga evolución; microalbuminuria, ligera trombopenia de larga evolución, hiperpotasemia leve de causa farmacológica, hiponatremia leve de causa explicable; un total de 13 pacientes (22,8%); b) síndromes febriles de corta duración, autolimitados en 10 casos (17,5 %); c) síntomas o signos mal definidos o pacientes que ya habían sido diagnosticados con anterioridad de una enfermedad que justificaba sus problemas, en 9 casos (15,7%). Fundamentalmente se trataba de pacientes con síndromes depresivos, procesos oncológicos e insuficiencia cardíaca; d) pacientes que ya estaban siendo atendidos por el mismo motivo por otro especialista hospitalario (fundamentalmente de las especialidades de Geriátrica, Nefrología, Neumología y Cardiología) en 9 casos (15,7%); e) estudio de adenopatías de tamaño no patológico y que por lo tanto no requerían de momento estudio hospi-

talario, en otros 7 casos (12,2%); f) solicitud de una determinada prueba que debía ser valorada su indicación por un especialista del hospital y solicitud de un determinado tratamiento que precisaba del informe de un especialista del hospital para su prescripción (por ejemplo, el antiagregante clopidogrel) en 5 casos (8,7%); y g) Por otra causas, un total de cuatro pacientes (7%).

A los pacientes atendidos y dados de alta en el mismo día, se solicitaron estudios analíticos en la consulta a un total de 8 pacientes, estudios radiológicos a 5 y estudios de electrocardiograma en cuatro casos.

Es necesario evitar que un mismo paciente sea atendido por el mismo motivo por varios especialistas hospitalarios, lo que significa duplicar e incluso triplicar las consultas, con el consiguiente aumento de gastos.

Habitualmente para derivar a las consultas únicas o de alta resolución, se realiza una selección de los pacientes según la patología que presentan. Lo novedoso de nuestra experiencia es que los pacientes derivados a esta consulta no existió ninguna selección previa para su citación a la misma y sin embargo en cerca del 62% de los casos se pudo finalizar la atención del paciente en una única visita hospitalaria.

Resulta indudable que hay que mejorar la coordinación con atención primaria y también entre los especialistas del hospital. Deberíamos potenciar la comunicación por vía telefónica o informática con la finalidad de adecuar mejor las derivaciones.

F. Marcos Sánchez, M. I. Albo Castaño¹, D. Joya Seijo, L. de Matías Salces, P. del Valle Loarte

Servicio de Medicina Interna y ¹Subdirección Médica. Hospital Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina, Toledo

1. Capella M. Gestión de calidad en atención especializada. En Llano de Señaris, Ortún Rubio V, editores. Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson; 1998. p. 256-276.
2. Díaz Fernández JL, Arce Mateos FP. En: Temes Montes JL, Pastor Aldeguer V, Díaz Fernández JL, editores. Manual de gestión hospitalaria. 2ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana; 1997. p. 61-68.
3. Ansorena Pool L. La gestión del paciente ambulatorio. En: López Domínguez O, editor. Gestión de pacientes en el hospital. Barcelona: Olaya; 1997. p. 207-227.
4. Zambrana García JL, Jiménez-Ojeda B, Marín Patón M, Almazán González S. La consulta única o de alta resolución como una alternativa de eficiencia a las consultas externas hospitalarias tradicionales. Med Clin (Barc) 2002; 118: 302-305.

Tuberculosis peritoneal simulando una carcinomatosis peritoneal: aportación de un caso

Sr. Director:

La tuberculosis peritoneal es la forma más frecuente de tuberculosis abdominal (1) y es todavía una causa frecuente de ascitis en países endémicos (2). Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas ya que se asocia frecuentemente a estados de inmunosupresión (3), y hasta en un 14% de los casos a hepatopatía crónica (1). Por ello creemos de interés el comunicar un paciente con hepatopatía crónica, ascitis y múltiples adenopatías retroperitoneales que fue diagnosticado de tuberculosis peritoneal en