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

biopsia intraoperatoria cuando clínicamente se sospecho una carcinomatosis peritoneal.

Varón de 49 años de edad controlado en el servicio de digestivo de nuestro hospital por hepatopatía crónica de etiología desconocida. El paciente acudió a consulta por presentar astenia, anorexia, disfagia con náuseas y vómitos y adelgazamiento con aumento del perímetro abdominal de varios meses de evolución. En la exploración clínica el paciente estaba consciente, afebril y con ligera palidez cutánea. Abdomen globuloso, ascítico, sin masas ni visceromegalias. La analítica de sangre y bioquímica fueron normales. CEA, Ca 19.9 y α fetoproteína negativos. Destacando beta 2 microglobulina: 2.042 mcg/l (670-1310) y proteína C reactiva 1,98 mg/dl (0-0,5). La prueba de la tuberculina fue negativa.

Se realizó esofagogastroscofia en donde se apreció estenosis de aspecto péptico en estómago. En la biopsia gástrica se observó una gastritis granulomatosa (Fig. 1A). La tinción de Ziehl-Neelsen no evidenció bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR). Se realizó paracentesis evacuadora y diagnóstica. La citología del líquido ascítico no mostró células atípicas, pero se apreció linfocitosis. El Ziehl-Neelsen y el cultivo de Lowenstein fueron negativos. El estudio bioquímico del líquido ascítico mostró: células 390 con una linfocitosis del 98%, glucosa 92 g/dl, alfa feto proteína: 1,89 ngr/ml y LDH 280 U/L.

En el TAC y RMN abdominal se apreció dilatación gástrica e intestinal sin clara obstrucción mecánica. Discreta ascitis. Adenopatías mesentéricas y de cadena ilíaca externa, planteando como principal posibilidad diagnóstica patología tumoral sin poder excluir peritonitis tuberculosa (Fig. 1B). La radiografía de tórax fue normal. Se realizó una laparotomía exploratoria apreciándose intensas adherencias peritoneales que sugerían carcinomatosis peritoneal. Se remitió un ganglio inguinal a anatomía patológica para estudio intraoperatorio en donde se observaron granulomas necrotizantes con BAAR cuyo cultivo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis* (Fig. 1C y D) sensible a todos los fármacos de primera línea.

El paciente recibió tratamiento con isoniazida, rifampicina y pirazinamida, con progresiva normalización de la beta 2 microglobulina y proteína C reactiva y mejoría del estado general. El paciente ingresó un mes después del diagnóstico por presentar suboclusión intestinal que respondió con trata-

miento médico.

La sintomatología clínica y los hallazgos radiológicos de la tuberculosis peritoneal son muy variables e inespecíficos, frecuentemente superponibles a otras enfermedades con pronósticos y tratamientos muy diferentes como son la carcinomatosis peritoneal y la enfermedad de Crohn (2,4), por lo que se requiere un alto grado de sospecha diagnóstica. Clínicamente, es una enfermedad insidiosa de larga evolución cuyos síntomas y signos más frecuentes son fiebre, ascitis, dolor abdominal y pérdida de peso (5). El líquido ascítico suele ser un exudado, con un elevado recuento de linfocitos, pero sólo en un 25% de los casos se detectan BAAR en el cultivo (6). Algunos autores han propuesto la determinación de la actividad de adenosin desaminasa (ADA) en el líquido ascítico como una prueba con alta sensibilidad (86%) y especificidad (100%) diagnóstica (7). En este caso, no se determinó, ya que no se sospecho clínicamente esta posibilidad y el estudio del líquido ascítico se realizó para descartar la presencia de células atípicas.

La mayoría de los estudios sugieren que la Tomografía Axial Computerizada (TAC) no permite diferenciar la tuberculosis de la carcinomatosis peritoneal (8,9). Sin embargo, recientemente Rodríguez y cols.(2) comentan que aunque hay superposición entre los hallazgos radiológicos observados en ambos procesos; la presencia de un engrosamiento peritoneal irregular y nodular es más característico de carcinomatosis, mientras que un mínimo engrosamiento y superficie lisa apoyan más el diagnóstico de tuberculosis. En nuestro caso, el engrosamiento nodular del omento junto con el resto de los datos clínicos y bioquímicos sugieren más la posibilidad de una carcinomatosis peritoneal, aunque sin poder excluir una tuberculosis. Por este motivo, se tuvo que realizar una laparoscopia con toma de biopsia que fue en donde se realizó el diagnóstico de tuberculosis peritoneal, como ocurre en gran parte de los artículos publicados en la literatura (4,5).

P. San Miguel Fraile, F. J. Vassallo Vidal, I. Rodríguez, C. Martínez

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital POVISA. ¹Servicio de Microbiología. Hospital Meixoeiro. ²Servicios de Microbiología y ³Radiología. Hospital POVISA

Fig. 1A.- Estudio histológico. Biopsia gástrica con granulomas epitelioides (Hematoxilina-eosina, x150).

Fig. 1B.- TAC: Ascitis loculada con engrosamiento nodular del omento compatible con ascitis tumoral.

Fig. 1 C y D. Biopsia de peritoneo con granulomas epitelioides necrotizantes (Hematoxilina-eosina, x100), con presencia de ocasionales bacilos ácido alcohol resistentes que se tiñen con la técnica de Ziehl-Neelsen (centro de la O).

1. Al-Mulhim AA. Laparoscopic diagnosis of peritoneal tuberculosis. *Surg Endosc* 2004; 18: 1757-1761
2. Rodríguez E, Pombo F. Peritoneal tuberculosis versus peritoneal carcinomatosis: distinction based on CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1996; 20: 269-272.
3. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993; 88: 989-999.
4. Corapcioglu F, Guven BH, Sarper N, Aydogan A, Akancel G, Arisoy ES. Peritoneal tuberculosis with elevated serum CA 125 levels mimicking advanced ovarian carcinoma in an adolescent. *Turk J Pediatr* 2006; 48: 69-72.
5. El Abkari M, Benajah DA, Aqodad N, Bennouna S, Oudghiri B, Ibrahimi A. Peritoneal tuberculosis in the Fes University Hospital (Morocco). Report of 123 cases. *Gastroenterol Clin Biol* 2006; 30: 377-381.
6. Fitzgerald D, Haas DW. *Mycobacterium tuberculosis*. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Bennett Principles and Practice of Infectious Disease*. Elsevier Churchill Livingstone; 2005. p. 2852-2886.
7. El Jahiri Y, Chellak S, García C, Ceppa F, Burnat P. The usefulness of adenosine desaminase determination in biological fluids for tuberculosis diagnosis. *Ann Biol (Paris)* 2006; 64: 117-124.
8. Denton T, Hossain J. A radiological study of abdominal tuberculosis in a Saudi population, with special reference to ultrasound and computed tomography. *Clin Radiol* 1993; 47: 409-414.
9. Nelson RC, Chezmar JL, Hoel MJ, Buck DR, Sugarbaker PH. Peritoneal carcinomatosis: preoperative CT with intraperitoneal contrast material. *Radiology* 1992; 182: 133-138.