

Influencia de la especialidad en el manejo de la neumonía hospitalizada

F. Rodríguez de Castro

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.

El crecimiento exponencial de los conocimientos científicos en las últimas décadas ha dificultado la pretensión del médico de mantenerse actualizado, ni siquiera en el ámbito restringido de su especialidad. Por otra parte, el desarrollo alcanzado en ciertos campos más concretos ha avivado la necesidad de una especial capacitación en áreas muy específicas, con la intención primordial de ofrecer una atención clínica de excelencia. La concentración de esfuerzos y la relación enriquecedora con colegas con intereses parecidos son algunas de las ventajas más evidentes de esta propensión hacia la “subespecialización”. Como contrapartida, esta tendencia, que obliga a un adiestramiento temprano en aspectos formativos muy delimitados, puede suponer un mayor riesgo de errores diagnósticos y conduce al inevitable debilitamiento de la figura del médico generalista/internista, en una época en la que, paradójicamente, la población hospitalizada es cada vez más compleja, está aquejada en su mayor parte de trastornos multisistémicos y precisa de cuidados a medio o largo plazo. Así las cosas, la pregunta sería: ¿proporciona una mejor asistencia clínica al paciente el médico especialista?

El coste de la atención sanitaria de un proceso y la evolución de los pacientes afectados por éste son los aspectos cardinales que deben considerarse para responder a esta pregunta. Aunque son numerosos los factores que influyen en el coste de la atención sanitaria, uno de ellos es el perfil del médico implicado en ella. Por ejemplo, en la atención de un mismo tipo de paciente, los endocrinólogos y los cardiólogos emplean más recursos que los internistas, y éstos, a su vez, más que los médicos de familia¹. Un aspecto clave sería establecer si este incremento del coste que parece suponer la atención especializada se traduce en una mejor evolución clínica del paciente. Reis et al² encontraron que el tratamiento hospitalario de la insuficiencia cardíaca congestiva por un cardiólogo, si bien se asociaba con un incremento de las pruebas diagnósticas empleadas y una mayor estancia hospitalaria, también conseguía una me-

nor tasa de reingresos a los 6 meses del alta. Otros autores han demostrado no sólo una menor tasa de reingresos, sino también una mortalidad inferior al año entre los pacientes con insuficiencia cardíaca atendidos por cardiólogos en comparación con otros especialistas³.

Desde el punto de vista respiratorio, el asma es, tal vez, una de las enfermedades mejor estudiadas en este sentido. Hay múltiples estudios clínicos en los que se señala que la atención especializada (por neumólogos o alergólogos) implica un tratamiento más intensivo, pero a su vez, y probablemente como consecuencia de ello, un mejor alivio de los síntomas, una mayor tolerancia al ejercicio, una menor tasa de visitas al servicio de urgencias o de ingreso hospitalario y un menor absentismo escolar o laboral de los pacientes, en comparación con los atendidos por médicos generalistas⁴⁻⁸. Sin embargo, estos hallazgos aparentemente favorables a la atención especializada no han podido corroborarse en otras enfermedades respiratorias frecuentes. Por ejemplo, en el caso de los pacientes hospitalizados por reagudización de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, no parece que el hecho de que sean atendidos por neumólogos condicione un mayor empleo de recursos o un mejor pronóstico que cuando los pacientes son tratados por un internista^{9,10}. Por tanto, parece de interés estudiar la influencia del perfil del médico en el consumo de recursos empleados en el tratamiento de enfermedades relevantes —tanto desde el punto de vista clínico como económico y social— y en el pronóstico de los pacientes afectados por ellas. Sin duda una de estas enfermedades es la neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

La NAC origina en nuestro país cerca de 4.000 fallecimientos al año y, entre las principales causas de muerte en España, sólo la enfermedad de Alzheimer y la neumonía presentaron un incremento estadísticamente significativo de la tasa ajustada de mortalidad en el período 1995-1998¹¹. Se estima una incidencia anual de unos 60.000 episodios de NAC en sujetos mayores de 14 años, de los que cerca de un 60% son atendidos en el medio hospitalario¹². Gran parte de los costes directos de la NAC procede precisamente de estos ingresos, cuyos gastos pueden oscilar entre 1.220 y 2.795 € por proceso¹²⁻¹⁵, significativamente superiores a los originados por la NAC tratada de forma ambulatoria, que sólo

Correspondencia: Dr. F. Rodríguez de Castro.
Barranco de la Ballena, s/n. 35010 Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.
Correo electrónico: frodcasw@gobiernodecanarias.org

Recibido: 14-12-2004; aceptado para su publicación: 4-1-2005.

supone 150-200 €^{12,14}. Si excluimos de este somero análisis económico un 20% de los ingresos por ser inadecuados^{12,14}, todavía estaríamos hablando de unos costes por NAC hospitalizada en España que oscilarían entre 35 y 80 millones de € anuales que, en su conjunto, suponen un coste de aproximadamente el 2% del gasto originado por todos los pacientes ingresados¹⁵. Sin embargo, la decisión de ingreso, la duración de la hospitalización y la utilización de antimicrobianos varían considerablemente de unos centros a otros. Las principales variables que influyen en estas diferencias se deben a factores relacionados con la gravedad del paciente o la presencia de factores de riesgo asociados, pero también es posible, como ya se ha visto con otras enfermedades, que la especialidad del médico que atiende al paciente condicione la variabilidad en el tratamiento recibido y la evolución del proceso¹⁶.

En este número de ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA, Capelastegui et al¹⁷ aportan datos interesantes respecto a las diferencias observadas en el cuidado y tratamiento de pacientes ingresados por NAC en función del servicio donde son atendidos, y analizan las repercusiones que estas diferencias pueden tener en la evolución de los enfermos. El carácter retrospectivo de este estudio y la falta de homogeneidad de los pacientes ingresados en los diferentes servicios analizados (neumología, medicina interna, enfermedades infecciosas y un grupo mixto de especialidades), impiden, como señalan los autores, alcanzar conclusiones definitivas. No obstante, algunos resultados merecen destacarse. Uno de los más sobresalientes es que, una vez ajustada la gravedad del cuadro, los pacientes más graves o de riesgo alto que fueron tratados por neumólogos tuvieron una mortalidad intrahospitalaria y a los 30 días inferior a la de los pacientes tratados por internistas. Podría pensarse en una mayor proporción de prescripciones inadecuadas entre estos últimos como una razón que explicara esta disparidad evolutiva. Sin embargo, la adecuación del tratamiento antibiótico es difícil de establecer en este estudio, dada la falta de información microbiológica. A pesar de ello, si se sigue el criterio de los autores, el antibiótico o antibióticos empleados se consideraron adecuados en más del 80% de los casos en todos los servicios, e incluso superó el 90% en el de medicina interna. Esto contrasta con las conclusiones de los autores, que atribuyen la diferente mortalidad observada a las diferencias encontradas en el empleo de los antimicrobianos y concluyen con la necesidad de mejorar su utilización. Ciertamente, los neumólogos parecen emplear más frecuentemente macrólidos que los internistas, pero la conclusión de que la diferente cobertura de microorganismos atípicos pudiera tener algún papel en los resultados encontrados es meramente especulativa en el momento actual. Varios estudios¹⁸⁻²³ han señalado que la inclusión de un macrólido en el régimen terapéutico inicial de una NAC se asociaría a una disminución de la mortalidad. Un posible efecto sinérgico, el efecto inmunomodulador de estos antimicrobianos o la cobertura de patógenos atípicos serían los responsables de estos hallazgos. Sin embargo, otros autores no han podido corroborar estos resultados^{24,25} y, al menos desde un punto

de vista teórico, la asociación de un betalactámico y un macrólido podría no ser recomendable por el posible efecto antagónico que el agente bacteriostático podría tener sobre el bactericida²⁶. Por último, en un estudio reciente se ha descrito que el tratamiento combinado en la bacteriemia neumocócica grave se asocia a una menor mortalidad a los 14 días del diagnóstico, pero este hallazgo es independiente del tipo de antibiótico o de su actividad *in vitro*²⁷.

En estudios previos se ha analizado la influencia de la duración del tratamiento intravenoso sobre la estancia media y el coste del proceso¹³. En su artículo, Capelastegui et al¹⁷ demuestran que la duración del tratamiento intravenoso es significativamente menor entre neumólogos que entre internistas, lo que viene a corroborar las observaciones de otros autores²⁸. Probablemente, este hallazgo también justifique, al menos en parte, la menor duración de la estancia hospitalaria encontrada en los servicios de neumología en relación con los de medicina interna y el grupo mixto.

Llegado a este punto, se podría especular si las diferencias observadas entre especialistas en el manejo de la NAC se podrían reducir si se siguieran protocolos estructurados de actuación. En este sentido, parece reveladora la observación encontrada en un reciente estudio multicéntrico español, en el que se demuestra que la adherencia a las normativas sobre el tratamiento de la NAC es significativamente menor entre los no neumólogos y que este hecho constituye un factor de riesgo independiente de mal pronóstico²⁹. Por otra parte, el porcentaje de tratamientos correctos en el estudio de Capelastegui et al¹⁷ y la ausencia de diferencias significativas en otras variables importantes, como el tiempo de administración de la primera dosis del antimicrobiano, harían cuestionar la posible influencia que el seguimiento de unas guías de actuación pudiera haber tenido en los resultados obtenidos por estos autores.

Finalmente, es interesante señalar las escasas diferencias objetivadas en el manejo de las neumonías entre neumólogos y especialistas en enfermedades infecciosas. Esta circunstancia, a mi juicio, viene a subrayar que, como ya han señalado otros autores³⁰, la experiencia del médico en el manejo de estas enfermedades y, en concreto el volumen de pacientes de este tipo que trata al año, es más importante que las titulaciones académicas específicas. Como especialistas en neumología hemos de huir del absurdo al que con frecuencia nos vemos abocados de saber cada vez más de cada vez menos, porque corremos el riesgo de llegar a saberlo todo de nada. Pero, por otra parte, también debemos rechazar la todavía presente actitud de algunos colegas generalistas que en ocasiones me recuerdan a Roger Ascham, escritor y erudito del siglo XVI, que cuando se le preguntaba sobre ciertos temas solía decir: "Ignoro plenamente tal asunto; ni siquiera he dictado clases sobre él".

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. JAMA. 1992;267:1624-30.

2. Reis SE, Holubkov R, Edmundowicz D, McNamara DM, Zell KA, Detre K, et al. Treatment of patients admitted to the hospital with congestive heart failure: specialty-related disparities in practice patterns and outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 1997;30:733-8.
3. Jong P, Gong Y, Liu PP, Austin PC, Lee DS, Tu JV. Care and outcomes of patients newly hospitalized for heart failure in the community treated by cardiologists compared with other specialists. *Circulation*. 2003;108:129-31.
4. Bucknall CE, Robertson C, Moran F, Stevenson RD. Differences in hospital asthma management. *Lancet*. 1988;1:748-50.
5. Mayo PH, Richman J, Harris HW. Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Ann Intern Med*. 1990;112:864-71.
6. Zeiger RS, Heller S, Mellon MH, Wald J, Falkhoff R, Schatz M. Facilitated referral to asthma specialist reduces relapses in asthma emergency room visits. *J Allergy Clin Immunol*. 1991;87:1160-8.
7. Mahr TA, Evans R. Allergist influence on asthma care. *Ann Allergy*. 1993;71:115-20.
8. Hughes DM, McLeod M, Garner B, Goldbloom RB. Controlled trials of a home and ambulatory program for asthmatic children. *Pediatrics*. 1991;87:54-61.
9. Strauss MJ, Conrad D, LoGerfo JP, Hudson LD, Bergner M. Cost and outcome of care for patients with chronic obstructive lung disease. Analysis by physician specialty. *Med Care*. 1986;24:915-24.
10. Regueiro CR, Hamel MB, Davis RB, Desbiens N, Connors AF Jr, Phillips RS. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospitals costs, and survival. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Am J Med*. 1998;105:366-72.
11. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Calle ME, Otero AA. Patrón de mortalidad en España, 1998. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:13-5.
12. Bartolomé M, Almirall J, Morera J, Pera G, Ortún V, Bassa J, et al. A population-based study of the costs of care for community-acquired pneumonia. *Eur Respir J*. 2004;23:610-6.
13. Fernández Álvarez R, Gullón Blanco JA, Rubinos Cuadrado G, Jiménez Sosa A, Hernández García C, Medina González A, et al. Neumonía adquirida en la comunidad: influencia de la duración de la antibioterapia intravenosa en la estancia hospitalaria y relación coste/efectividad. *Arch Bronconeumol*. 2001;37:366-70.
14. González Moraleja J, Sesma P, González C, López ME, García JF, Álvarez-Sala JL. ¿Cuál es el coste de las neumonías que ingresamos inadecuadamente? *Arch Bronconeumol*. 1999;35:312-6.
15. Bayas JM, Vilella A, San Martín M, González A, Conesa A, Asenjo MA. Impacto sanitario de los ingresos por neumonía en un hospital de tercer nivel. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:694-5.
16. Whittle J, Lin CJ, Lave JR, Fine MJ, Delaney KM, Joyce DZ, et al. Relationship of provider characteristics to outcomes, process, and costs of care for community-acquired pneumonia. *Med Care*. 1998;36:977-87.
17. Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Gorordo I, Martínez Urquiri A, Idoaga I, et al. Pacientes ingresados por neumonía adquirida en la comunidad: estudio comparativo en función del servicio médico responsable. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:300-6.
18. Brown RB, Iannini P, Gross P, Kunkel M. Impact of initial antibiotic choice on clinical outcomes in community-acquired pneumonia: analysis of a hospital claims-made database. *Chest* 2003; 123:1503-11.
19. Gleason PP, Meehan TP, Fine JM, Galusha DH, Fine MJ. Associations between initial antimicrobial therapy and medical outcomes for hospitalized elderly patients with pneumonia. *Arch Intern Med*. 1999;159:2562-72.
20. Houck PM, MacLehose RF, Niederman MS, Lowery JK. Empiric antibiotic therapy and mortality among medicare pneumonia inpatients in 10 Western states: 1993, 1995, and 1997. *Chest*. 2001; 119:1420-6.
21. Waterer GW, Somes GW, Wunderink RG. Monotherapy may be suboptimal for severe bacteremic pneumococcal pneumonia. *Arch Intern Med*. 2001;161:1837-42.
22. Mufson MA, Stanek RJ. Bacteremic pneumococcal pneumonia in one American city: a 20-year longitudinal study, 1978-1997. *Am J Med*. 1999;107:345-43S.
23. Martínez JA, Horcajada JP, Almela M, Marco F, Soriano A, García E, et al. Addition of a macrolide to a beta-lactam-based empirical antibiotic regimen is associated with lower in-hospital mortality for patients with bacteremic pneumococcal pneumonia. *Clin Infect Dis*. 2003;36:389-95.
24. Burgess DS, Lewis JS II. Effect of macrolides as part of initial empiric therapy on medical outcomes for hospitalized patients with community-acquired pneumonia. *Clin Ther*. 2000;22:872-8.
25. Aspa J, Rajas O, Rodríguez de Castro F, Huertas MC, Borderías L, Cabello FJ, et al. Impact of initial antibiotic choice on mortality from pneumococcal pneumonia. *Eur Respir J*. En revisión 2005.
26. Johansen HK, Jensen TG, Dessau RB, Lundgren B, Frimodt-Møller N. Antagonism between penicillin and erythromycin against *Streptococcus pneumoniae* *in vitro* and *in vivo*. *J Antimicrob Chemother*. 2000;46:973-80.
27. Baddour LM, Yu VL, Klugman KP, Feldman C, Ortvist A, Rello J, et al. Combination antibiotic therapy lowers mortality among severely ill patients with pneumococcal bacteremia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170:440-4.
28. Halm EA, Switzer GE, Mittman BS, Walsh MB, Chang CC, Fine MJ. What factors influence physicians' decisions to switch from intravenous to oral antibiotics for community-acquired pneumonia? *J Gen Intern Med*. 2001;16:599-605.
29. Menéndez R, Torres A, Zalacaín R, Aspa J, Martín-Villasclaras JJ, Borederías L, et al. Guidelines for the treatment of community-acquired pneumonia: an audit of adherence and outcome. *Am J Respir Crit Care Med*. En revision 2005.
30. Marie TJ, Carriere KC, Jin Y, Johnson DH. Mortality during hospitalisation for pneumonia in Alberta, Canada, is associated with physician volume. *Eur Respir J*. 2003;22:148-55.