



Editorial

¿Es posible ahorrar en el tratamiento de la neumonía comunitaria atendida en los servicios de urgencias hospitalarios?

El incremento de la presión asistencial, la disponibilidad de camas y el control del gasto farmacéutico son algunas de las realidades que pesan diariamente sobre los servicios de urgencias. Cada vez que un médico toma una decisión, ésta implica un consumo de recursos y por lo tanto una disminución de la disponibilidad de los mismos para otros miembros de la comunidad. Así, la decisión de hospitalizar a un paciente comporta una reducción en la disponibilidad de camas de hospitalización para el resto de usuarios del hospital. Ninguna sociedad solidaria puede aceptar que determinadas necesidades de atención médica, como la hospitalización, no se puedan ofertar por una mala utilización de los recursos disponibles. Optimizar la utilización de estos recursos implica una evaluación continuada que mejora el uso de los mismos con el fin de poder responder al máximo de usuarios en las mejores condiciones. En esta editorial nos planteamos la pregunta: ¿cómo podemos ahorrar desde los servicios de urgencias en el tratamiento de la neumonía comunitaria (NC)?

OPTIMIZANDO LA INDICACIÓN DEL INGRESO HOSPITALARIO

La decisión de ingreso o no del paciente con neumonía comunitaria es uno de los puntos clave en el manejo de esta patología en los servicios de urgencias, ya que comporta diferencias importantes en el enfoque diagnóstico, terapéutico y, sobre todo, en los gastos globales.

Según datos americanos, los costes ligados al tratamiento de la neumonía comunitaria se multiplican por 20 cuando su tratamiento implica la hospitalización del paciente¹. Datos todavía no publicados, resultado de un estudio multicéntrico francés, muestran que el paciente ambulatorio cuesta una media de 490 €, mientras que el paciente hospitalizado consume

una media de 9.039 €². Un trabajo español publicado recientemente, pone de manifiesto que el paciente tratado ambulatoriamente supone un gasto medio de 196 €, mientras que si es hospitalizado el coste final asciende a 1.553 €³.

Las diferencias en los costes finales de estos estudios se pueden atribuir a la metodología utilizada y al entorno socio-económico en que han sido realizados. No obstante, ambos tienen en común el hecho de que, cuando el paciente es hospitalizado, los costes finales se multiplican por 10 ó 20.

En muchas ocasiones el médico de urgencias sobrestima los riesgos, lo cual comporta la hospitalización en principio innecesaria del paciente⁴.

De estos datos podemos concluir que, si en los servicios de urgencias adecuamos la decisión de ingreso hospitalario, podemos conseguir una reducción considerable del gasto final.

ELIGIENDO EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO MÁS ADECUADO

Otra decisión clave que se toma en los servicios de urgencias es la elección del tratamiento antibiótico. Aunque su precio influye en menor proporción sobre el coste final, es otro factor a tener en cuenta ya que de él depende el tiempo de curación clínica, la aparición de resistencias y la génesis de prescripciones antibióticas inducidas, ya sea a demanda del propio paciente o por automatismo del médico de atención primaria. Así, encontramos que un tratamiento antibiótico adecuado comportará una curación clínica más rápida con la consecuente incorporación a la vida laboral y disminución de los gastos indirectos asociados al tratamiento del episodio agudo. En la actualidad existen antibióticos de nueva generación, de precio elevado, cuya indicación se debe sopesar según sea la situación clínica, puesto que pueden presentar beneficios en términos de días de

Correspondencia: Dra. E. Coma
Servicio de Urgencias.
Hospital de Mataró.
C/ Cirera s/n. 08034 Mataró. Barcelona.

enfermedad y facilidad en la toma. Sin embargo, se desconocen sus efectos a largo plazo en término de resistencias y pueden generar una receta inducida que a la larga incrementa innecesariamente los costes de la sanidad pública.

Se han publicado diferentes guías clínicas que aconsejan la pauta a iniciar en los servicios de urgencias en función de la presentación clínica^{5,6}. Sin embargo, es conocida la dificultad para el seguimiento de las guías de práctica clínica. Gibert y cols, en 1997, analizaron una serie de 927 pacientes con NC ambulatoria, identificando el uso de 23 antibióticos diferentes⁷. Gleason y cols, en un estudio multicéntrico realizado en los EEUU, encontraron que en sólo el 17% de los pacientes ancianos o con comorbilidades y en el 62% de los pacientes jóvenes sin comorbilidades se habían seguido las recomendaciones de la ATS⁸. No obstante, existen evidencias que demuestran que, cuando se siguen las guías, la mortalidad del paciente disminuye. Nathan Dean analizó una serie de 29.000 pacientes con NC encontrando una disminución de la mortalidad del 23% cuando eran tratados en concordancia con las guías de práctica clínica⁹. La adecuación a estas guías puede disminuir, en primer término, el gasto asociado al tratamiento antibiótico y, en segundo lugar, el gasto inducido por la mala utilización de los antimicrobianos que favorece la aparición de resistencias.

En base a estas dos reflexiones podemos concluir que es posible ahorrar en el tratamiento de la NC y que, a pesar de la evidencia científica existente, es necesario que cada comunidad disponga de datos representativos respecto a su actividad y conocimiento de circuitos asistenciales. Por lo que se refiere a la adecuación del ingreso hospitalario, creemos de interés destacar el algoritmo propuesto por Fine y cols¹⁰ que, aunque presenta unas ya reconocidas limitaciones, ha demostrado ser útil para identificar los pacientes de bajo riesgo. Además, creemos que cada centro, en función de su perfil de usuarios y circuitos asistenciales, puede adecuarlo a su práctica clínica diaria. Existe un único trabajo en la literatura europea que analiza las repercusiones de la aplicación de la escala de Fine

en la decisión de hospitalización en manera multicéntrica. Este trabajo, que incluye todos los pacientes con neumonía que acuden a los servicios de urgencias de 10 hospitales franceses, detecta una reducción de un 8% en los ingresos hospitalarios en los pacientes clase I y II de la escala de Fine y un ahorro medio de 400 € por paciente tratado².

En definitiva, es bien conocida la dificultad en el seguimiento de las guías de práctica clínica, tanto en lo que se refiere a las decisiones de ingreso como en las recomendaciones terapéuticas. Esta dificultad se acentúa en los servicios de urgencias, donde el "turnover" de médicos es muy elevado. En este sentido, apoyamos unas iniciativas que se han tomado en EEUU y que ya se han comenzado a implantar en algunos hospitales de España. Estas iniciativas consisten en la utilización de sistemas informáticos expertos aplicados en las "palm-pockets" (PDAs) que permiten un acceso inmediato a los algoritmos de decisión diagnóstico-terapéuticos, facilitando el cumplimiento de las guías de práctica clínica y optimizando por lo tanto los recursos existentes. Así la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de Estados Unidos ha diseñado un aplicación informática para ordenadores de bolsillo que permite, a pie de paciente, el cálculo sin error del índice de gravedad de la NC. Este programa tiene como objetivo adecuar la decisión de ingreso hospitalario. También creemos necesario el diseño de programas que permiten ampliar la escala de Fine para minimizar el criterio subjetivo ligado a los aspectos no contemplados en esta escala. En este sentido, es fundamental que las direcciones de los hospitales pongan los medios necesarios para aplicar estos métodos en los servicios de urgencias y así conseguir finalmente optimizar la utilización de los recursos disponibles.

E. Coma*, M. Gurguí**

*Servicio de Urgencias. Hospital de Mataró. **Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital de la Santa Creu Sant Pau. Barcelona.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Lave J, Lin CJ, Fine MJ, Hugues-Comwick P. The cost of treating patients with community-acquired pneumonia. *Semin Respir Crit Care Med* 1999;20:198-97.
- 2- Coma E. Interès de la utilització d'una escala de reic en la decisió d'hospitalització del pacient amb pneumòbia comunitària. Teis Doctoral. Divisió Ciències de la Salut. Facultat de Medicina. Barcelona: Universitat Autònoma, 2004.
- 3- Bartolome M, Almirall J, Morera J, Pera G, Ortun 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.
- 4- Fine MJ, Hough LJ, Medsger AR, Li YH, Ricci EM, Singer DE, et al. The hospital admission decision for patients with community-acquired pneumonia. Results from the pneumonia Patient Outcomes Research Team cohort study. *Arch Intern Med* 1997;157:36-44.
- 5- Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SF, File TM Jr., Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003;37:1405-33.
- 6- Sociedad Española de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Protocolos terapéuticos: Neumonía comunitaria. 2000.
- 7- Gilbert K, Gleason PP, Singer DE, Marrie TJ, Coley CM, Obrosky DS, et al. Variations in anticicrobial use and cost in more than 2000 patients with community-acquired pneumonia. *Am J Med* 1998;104:17-27.
- 8- Gleason PP, Kapoor WN, Stone RA, Lave JR, Obrosky DS, Schulz R, et al. Medical outcomes and anticicrobial costs with the use of the American Thoracic Society guidelines for outpatients with community-acquired pneumonia. *JAMA* 1997;278:32-9.
- 9- Dean NC, Silver MP, Bateman KA, James B, Hadlock CJ, Hale D. Decreased mortality after implementation of a treatment guideline for community-acquired pneumonia. *Am J Med* 2001;110:451-7.
- 10- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med* 1997;336:243-50.