

Manejo del derrame pleural

Sr. Director: Es muy interesante el planteamiento inicial del trabajo publicado recientemente en su revista por Antón y Sanchis¹ sobre el grado de cumplimiento de recomendaciones aceptadas en el manejo del derrame pleural (DP), pero creemos que presenta lagunas importantes en la metodología empleada y en la interpretación de los resultados que podrían explicar las diferencias encontradas. Quisiéramos comentar algunas de ellas.

La clasificación de la enfermedad crónica asociada (ECA) es demasiado escueta, ya que los términos "cardiopatía" o "hepatopatía" incluyen entidades y situaciones muy diferentes. En este aspecto, nos llama la atención que no aparezcan la diabetes, alcoholismo, hepatopatía o infección por el VIH como procesos crónicos asociados más o menos frecuentes. Asimismo, la valoración de la gravedad de estas ECA es muy vaga y permite un alto grado de subjetividad. Hubiera sido más adecuado haber utilizado alguna herramienta de trabajo, del tipo de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), la cual permita realizar un análisis mucho más objetivo y real de los diferentes procesos y su grado de severidad.

Al observar las causas del DP, aunque en el texto y la tabla IV se afirma que Neumología (N) alcanza el 56% de diagnósticos etiológicos, en la tabla III este porcentaje corresponde realmente al 30%, si nos atenemos a los diagnósticos reflejados. Este porcentaje es similar al obtenido por medicina interna (MI). Suponemos que la desaparición de un 27% de pacientes de N en la tabla III se debe a una errata, pero esto impide valorar correctamente algo que parece desprenderse de dicha tabla, y es que pudiera existir un sesgo en la selección de los pacientes: un 13% de DP metaneumónicos en MI frente al 6% en N, 0% de "otros tipos" en MI frente al 8% en N. No existe una valoración estadística de estas diferencias que ayude a su interpretación. Además, como los mismos autores manifiestan, el porcentaje de diagnósticos etiológicos finales podría ser sensiblemente distinto, ya que muchos enfermos recibieron pruebas diagnósticas después del alta.

Aunque significativa, la diferencia en la estancia media es pequeña. No se explica si pudiera existir alguna causa que la justificase, como, por ejemplo, situación clínica real distinta entre los enfermos de MI y los de N o la disponibilidad de técnicas diagnósticas como la biopsia pleural. Tampoco sabemos si existe una causa que justificase el menor seguimiento ambulatorio por parte de medicina interna. Posibles explicaciones a este hecho serían un diagnóstico y evolución del proceso que lo hicieran innecesario o no recomendable y una mayor confianza en los médicos de atención primaria, entre otras.

Por todo lo expuesto, es aventurado sugerir que "la especialización en la actividad médica puede permitir una mayor eficacia clínica en procesos como el aquí analizado". Estamos de acuerdo con los autores sobre la necesidad de realizar estudios similares con otras enfermedades y con diseños que eviten posibles sesgos. En el trabajo que discutimos hubiera sido muy útil, y para nosotros imprescindible, contar con la colaboración y

conocer la opinión de los médicos responsables de la mitad de los enfermos analizados.

No hay que tener recelo a la hora de diseñar trabajos lo más objetivos posibles. Para ello, no debemos empezar por reclutar muchos hospitales, sino los especialistas implicados en nuestro propio centro. Rara vez nos planteamos los clínicos los intereses de otros servicios. No nos preguntamos, por ejemplo, si realizamos excesivos estudios radiológicos, o indicamos o repetimos pruebas de laboratorio sin sentido.

Creemos que la meta de todos nosotros es mejorar lo más posible la asistencia al enfermo, no potenciar especialidades u obtener cuotas de poder.

E. Montero Ruiz y J. López Álvarez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

1. Antón A, Sanchis J. Aplicación de las recomendaciones clínicas en el manejo del derrame pleural. Arch Bronconeumol 1997; 33: 289-292.

Respuesta de los autores

Sr. Director: En primer lugar, deseamos agradecer el interés mostrado en nuestro trabajo por los doctores Montero y López. Queremos aclarar que el objetivo fundamental de nuestro estudio fue analizar la aplicación de las recomendaciones clínicas en el manejo del derrame pleural (DP). Como se menciona en el texto, el motivo de analizar dos grupos, medicina interna (MI) y neumología (N), fue evitar el sesgo que supone analizar a un solo colectivo de profesionales.

En la mencionada carta de Montero y López se señala lo que, en efecto, es una errata en la tabla III, correspondiente a las causas del DP. La proporción de trasudados en el grupo N es en realidad del 36%, en lugar del 10% (8 casos de trasudado asociado a cardiopatía y tres asociado a hepatopatía). Así pues, tal como se refleja en el apartado de "Resultados", el porcentaje global de diagnósticos etiológicos alcanzados en el grupo N es el 56% frente al 26% del grupo de MI. Si se tiene presente que el grupo MI tenía una mayor estancia media y si la explicación apuntada por Montero y López fuera correcta, cabría esperar un mayor porcentaje de diagnósticos etiológicos al alta en MI, ya que se dispondría de más tiempo para recibir los resultados de las pruebas realizadas durante el ingreso.

Aunque no se comenta en el artículo, se compararon las causas del DP en los dos grupos. Sólo existían diferencias en la proporción de trasudados, que fue mayor en el grupo N ($p = 0,033$; test exacto de Fisher). Sin embargo, este dato puede inducir a error. No puede concluirse que el grupo MI tenía una menor proporción de trasudados, lo que supondría un sesgo, sino que en el subgrupo de pacientes en los que se alcanzó el diagnóstico (un 26% en el grupo MI y un 56% en el grupo N) el porcentaje de trasudados fue menor entre los del grupo MI. Es posible que si se

conocieran todas las causas de DP en los que dos grupos, no existirían tales diferencias.

Ya se reconoció en el artículo que nuestra valoración de la enfermedad crónica asociada (ECA) tiene la limitación de ser poco específica. Esto, efectivamente, podría introducir un sesgo no detectable entre los dos grupos si tuvieran realmente estas enfermedades asociadas diferentes. La utilización de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD) podría especificar mejor las enfermedades asociadas, pese a que dicho sistema posee ya dos entradas para derrame pleural (complicado y no complicado). Sin embargo, sería igualmente difícil su cuantificación, y su análisis en un estudio retrospectivo es complejo. En cualquier caso, el posible sesgo afectaría a la estancia media y no a las otras variables en las que también se encontraron diferencias. Los diagnósticos de diabetes, alcoholismo, hepatopatía y otros, se englobaron por su menor frecuencia dentro de "otras enfermedades crónicas". No se incluyó a los pacientes con el diagnóstico de infección por VIH, ya que en nuestro hospital estos enfermos ingresan casi exclusivamente en una unidad específica, dependiente del servicio de MI, hecho que supondría un sesgo importante en la comparación.

Por otra parte, la disponibilidad de las técnicas diagnósticas es, en nuestro hospital, exactamente igual para los dos servicios. Además, no observamos diferencias en la solicitud o uso de las mismas entre MI y N.

No tenemos una explicación al porqué de un menor seguimiento ambulatorio de los pacientes con DP sin diagnóstico en el grupo MI. En este aspecto, discrepamos de Montero y López y creemos que todo paciente con DP sin causa conocida, debe ser inicialmente controlado en el hospital donde se le han realizado los primeros estudios y se dispone de su historia clínica, y no remitirlo al médico general u otro especialista hasta aclarar definitivamente su problema clínico.

No entendemos el porqué del comentario "no hay que tener recelo a la hora de diseñar trabajos". El diseño retrospectivo de nuestro estudio, en el que no colaboró ninguno de los dos grupos, nos pareció el más adecuado para evitar que la propia investigación interfiriese precisamente en lo que se estudiaba. Estamos totalmente de acuerdo con los mencionados doctores en la búsqueda de una mejor asistencia a los pacientes, pero nos parece también importante el número de pruebas complementarias que se realicen o que éstas se indiquen con o sin sentido. Precisamente, este fue el objetivo de nuestro estudio.

Finalmente, no fue nuestra intención potenciar una especialidad frente a otra. Sin embargo, a la luz de nuestros resultados y los de otros estudios, mantenemos que la especialización en la actividad médica permite una mayor eficacia en la práctica clínica. La diferencia en el porcentaje de diagnósticos alcanzados es rotunda, con independencia de las limitaciones que puedan darse a su interpretación. La estancia media muestra también una diferencia que no nos parece en absoluto pequeña.

A. Antón y J. Sanchis
Departamento de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.