

la cetoacidosis diabética o los accidentes cerebrovasculares es más eficiente, en términos de resultados y de costes, que la dispensada por médicos no especialistas o internistas generalistas¹. Algo similar sucede en las enfermedades digestivas. Una reciente revisión sistemática de la bibliografía médica en la que se evaluó y comparó la eficacia de la asistencia llevada a cabo por gastroenterólogos y hepatólogos frente a la desempeñada por médicos generalistas en diferentes procesos digestivos –enfermedad inflamatoria intestinal, hemorragia digestiva alta (HDA), diverticulitis, hepatitis viral, dispepsia, tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* y cribado de cáncer colorrectal– mostró que en el 91% de los estudios los resultados obtenidos por los gastroenterólogos fueron similares o superiores a los alcanzados por médicos no gastroenterólogos². En algunos casos, como en la atención a la cirrosis descompensada, el ser o no atendido por gastroenterólogos-hepatólogos puede suponer, incluso, diferencias significativas en la supervivencia^{3,4}. En el caso concreto de la HDA, nuestro estudio⁵ demostró que la atención prestada por gastroenterólogos reducía significativamente la estancia media y los costes hospitalarios de los pacientes, en comparación con la dispensada por médicos generalistas, con independencia del grupo de riesgo, resultados que fueron superponibles a los obtenidos por otros autores⁶.

En la carta que hace referencia a este estudio, los autores comentan que tras realizar un análisis sobre una muestra de 65 pacientes con HDA no varicosa no observaron diferencias significativas en la estancia media hospitalaria entre los pacientes atendidos por gastroenterólogos o internistas, y se sorprenden de las diferencias encontradas en nuestro estudio. Por nuestra parte, creemos que sería importante conocer cuáles fueron los criterios que utilizaron estos autores para establecer la gravedad del episodio, la evaluación de la comorbilidad y el grupo de riesgo, ya que éstos son aspectos cruciales al comparar las estancias hospitalarias en la HDA, especialmente teniendo en cuenta que la asignación fue «relativamente aleatoria». Además, aunque los autores mencionan que hicieron un cálculo de la muestra para detectar diferencias de la magnitud del trabajo citado, el número de pacientes incluido (36 atendidos por gastroenterólogos y 29 por internistas) parece insuficiente, teniendo en cuenta que deben calcularse las diferencias entre los grupos de riesgo de la HDA (leve, moderado y grave), por lo que previsiblemente en esta estimación se ha podido incurrir en un error de tipo II.

En cualquier caso, tal como señalamos en nuestro estudio⁵, las diferencias observadas en términos de estancia media y de costes en este proceso entre especialistas y generalistas bien pueden estar determinadas por el seguimiento o no de protocolos o guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica, conducta que observan con más frecuencia los especialistas que los médicos generalistas, los cuales generalmente muestran una actitud más reacia a incorporar nuevas medidas diagnósticas y terapéuticas⁷.

Por otra parte, los resultados de nuestro estudio no tienen por qué ser extrapolables a todos los hospitales de nuestro país. Las estancias hospitalarias globales obtenidas tanto por el digestólogo como por el internista en el hospital de los autores de esta carta pueden considerarse aceptables. Cabe preguntarse si internistas y digestólogos utilizaron el mismo protocolo de actuación. De ser así, podrían constituir un buen ejemplo de los beneficios derivados de la actitud de una colaboración constructiva entre internistas y especialistas, algo poco común en los hospitales de nuestro entorno.

Desde la perspectiva del paciente, lo importante es la calidad de la asistencia que recibe, no el título de su médico, por lo que los argumentos sobre quién debe asumir la responsabilidad asistencial de determinado proceso deberían basarse exclusivamente en el análisis de la calidad asistencial. Los pacientes no deberían «servir» para justificar la asignación de recursos o la creación de plazas hospitalarias. Los internistas generalistas no deberían reclamar la atención de los pacientes propios de otras especialidades para justificar su existencia ni, por un sentimiento de orgullo, estar cerrados al consejo del especialista. Por el contrario, el papel del médico generalista puede ser cada vez más crucial como elemento conductor y centralizador de la atención a los diversos procesos de un mismo paciente. En este sentido, pensamos que el trabajo coordinado de especialistas y generalistas, superando sentimientos de corporativismo, supondría una mejora mutua de la calidad y eficiencia de su asistencia.

E. QUINTERO y A. PARDO

Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias.
La Laguna. Tenerife. España.



RESPUESTA

Sr. Director: Numerosos estudios han constatado que la asistencia prestada por especialistas en procesos como el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, el asma, las enfermedades psiquiátricas, la insuficiencia renal crónica,

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero E, Pardo A. Internistas y subespecialistas en la atención hospitalaria: análisis coste-beneficio. *Gastroenterol Hepatol* 2003;2: 177-82.

2. Provenzale D, Ofman J, Gralnek I, Rabeneck L, Koff R, McCrory D, et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists. An evaluation of effectiveness and efficiency. *Am J Gastroenterol* 2003;98:21-8.
3. Ko CW, Kelley K, Meyer KE. Physician specialty and the outcomes and cost of admissions for end-stage liver disease. *Am J Gastroenterol* 2001;96:3411-8.
4. Bini EJ, Weinshel EH, Generoso R, Salman L, Dahr G, Penas-Sing I, et al. Impact of gastroenterology consultation on the outcomes of patients admitted to the hospital with decompensated cirrhosis. *Hepatology* 2001;34:1089-95.
5. Pardo A, Durández R, Hernández M, Pizarro A, Hombrados M, Jiménez A, et al. Impact of physician specialty on the cost of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding care. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1535-42.
6. Quirk D, Barry MJ, Aserkoff B, Podolsky DK. Physician specialty and variations in the cost of treating patients with acute upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterology* 1997;113:1443-8.
7. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med* 1999;14:499-511.