

AUTOR (ES)

Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, López Alonso R, Polo J.

TÍTULO

La atención especial a los pacientes reingresadores puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial.

REVISTA

Rev Clin Esp

VOLUMEN

202(6)

PÁGINAS

320-5

FECHA PUBLICACIÓN

2002

IDIOMA DE PUBLICACIÓN

Castellano

<<TECNOLOGÍA SANITARIA>>

La tecnología sanitaria evaluada fue el uso de un programa asistencial dedicado a la atención de los pacientes reingresadores, consistente en: 1) consultas específicas diarias de citas flexibles para la valoración clínica, funcional y socio-económica del individuo; 2) disponibilidad de un teléfono directo de consulta para el paciente o para su médico de atención primaria; 3) hospitalización programada, generalmente de corta estancia.

<<ENFERMEDAD>>

Atención sanitaria: manejo del paciente.

<<TIPO DE INTERVENCIÓN>>

Tratamiento.

<<HIPÓTESIS/PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN>>

El objetivo del estudio fue evaluar la eficiencia del programa asistencial para la atención de los pacientes reingresadores. La hipótesis que se planteó fue que dicho programa asistencial puede generar una mayor eficiencia en la asignación de recursos, permitiendo, además, una mayor calidad asistencial. Como comparador se eligió la asistencia clínica habitual. No se especificó la perspectiva adoptada, aunque ésta pareció ser la del hospital.

<<TIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA>>

Análisis coste-efectividad.

<<POBLACIÓN DEL ESTUDIO>>

La población de estudio estuvo formada por pacientes multi-ingresadores debido a una patología crónica.

<<LOCALIZACIÓN/CONTEXTO DEL ESTUDIO>>

El estudio se llevo a cabo en el ámbito hospitalario, concretamente en dos hospitales de Sevilla

(España).

<<FECHA DE RECOGIDA DE LOS DATOS DEL ESTUDIO>>

Los datos de efectividad parece que se recogieron entre abril de 1994 y diciembre de 1996 (probablemente hubo un error a la hora de señalar la fecha de inicio del estudio clínico, puesto que los autores indicaron que los datos fueron recogidos entre abril de 1944 y diciembre de 1996, pero parece más lógico que se refiriesen a 1994). Parece que los datos sobre la utilización de recursos fueron recogidos durante este mismo periodo. El año base de los costes fue 1997, excepto los costes relacionados con las hospitalizaciones de uno de los hospitales incluidos en el estudio, que se expresaron en valores de 1995.

<<FUENTE DE LOS DATOS DE EFECTIVIDAD>>

Los datos de efectividad provienen de un estudio primario.

<<RELACIÓN ENTRE LOS DATOS DE EFECTIVIDAD Y LOS DE COSTE>>

Parece que los costes se estimaron de forma prospectiva en relación con la misma muestra utilizada en el análisis de efectividad.

<<MUESTRA DEL ESTUDIO>>

No se llevaron a cabo cálculos previos del tamaño muestral con la finalidad de asegurar cierto poder estadístico. Para ser incluidos en el estudio, los pacientes debían tener un número anual de ingresos igual o superior a tres en relación con su patología de base. Se excluyeron aquellos individuos que estaban en fase de diagnóstico, en espera de procesos terapéuticos, aquéllos diagnosticados con VIH o aquéllos que, bien ellos o sus familiares, se negaron a participar en el programa. En total, hubo 246 pacientes que reingresaron más de tres veces por año, de los cuales 102 cumplieron con los criterios de inclusión. De entre estos, 21 no fueron analizados (6 fallecieron tras el ingreso hospitalario en que se les incluyó en el programa, 9 debido a la negativa a participar en el programa y 6 debido a que no acudieron a la consulta ni atendieron las llamadas telefónicas). Por lo tanto, el tamaño final de la muestra fue de 81 pacientes. No se demostró que la muestra poblacional fuese representativa de la población de estudio.

<<DISEÑO DEL ESTUDIO>>

Éste fue un estudio prospectivo antes-después, multi-céntrico, en el que participaron dos hospitales (uno de agudos y otro de apoyo). El periodo medio de seguimiento de los pacientes fue de 15,6 meses (mediana = 15,4 meses).

<<ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD>>

Los autores no especificaron el tipo de análisis utilizado para el estudio clínico, pero pareció ser intención a tratar. Las medidas de efectividad utilizadas en el estudio fueron: la media, rango, número total y número medio mensual de los días de hospitalización, los ingresos y las urgencias, tanto para el periodo previo a la introducción del programa como para el periodo durante el cual el programa fue implementado. Estos datos se presentaron a nivel global y para cada uno de los hospitales incluidos en el estudio (el de agudos y el de apoyo). Además, se indicó el número de pacientes que ingresaron en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el número de días de hospitalización en dicha unidad y el número de estos pacientes que fallecieron durante o después del ingreso, tanto para el periodo previo como posterior a la implementación del programa asistencial. Los autores indicaron también el porcentaje que representaron los ingresos hospitalarios, los días de estancia y el número de urgencias cuando se excluyeron estos pacientes que ingresaron en la UCI.

<<RESULTADOS DE EFECTIVIDAD>>

Cuando se consideraron los datos agregados (para ambos hospitales), se obtuvieron los siguientes resultados: 4,45 estancias medias mensuales por paciente para el periodo previo a la implementación del programa versus 3,29 estancias

medias mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$); 0,34 ingresos medios mensuales por paciente para el periodo previo versus 0,19 ingresos medios mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$); 0,51 urgencias medias mensuales por paciente para el periodo previo versus 0,25 urgencias medias mensuales por paciente para el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$).

Los resultados obtenidos cuando se consideró tan sólo el hospital de agudos fueron los siguientes: 1,89 estancias medias mensuales por paciente para el periodo previo a la implementación del programa versus 1,36 estancias medias mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$); 0,15 ingresos medios mensuales por paciente para el periodo previo versus 0,05 ingresos medios mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$).

Los resultados obtenidos cuando se consideró tan sólo el hospital de apoyo fueron los siguientes: 2,55 estancias medias mensuales por paciente para el periodo previo a la implementación del programa versus 1,92 estancias medias mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$); 0,18 ingresos medios mensuales por paciente para el periodo previo versus 0,14 ingresos medios mensuales por paciente durante el periodo posterior a la implementación del programa ($p \leq 0,05$).

En total, 13 pacientes ingresaron en la UCI durante el periodo previo a la implementación del programa, con un total de 262 días de hospitalización. Durante el periodo posterior a la implementación del programa, 6 pacientes ingresaron en la UCI, con un total de 366 días de hospitalización, falleciendo 5 de ellos durante el ingreso hospitalario y uno después del ingreso. Una vez excluidos los pacientes que ingresaron en la UCI, los porcentajes que representaron los ingresos hospitalarios, los días de estancia y el número de urgencias respecto de los totales fueron, respectivamente: 46%, 43% y 52%.

<<CONCLUSIONES CLÍNICAS>>

Tras la implementación del programa asistencial se observó una reducción estadísticamente significativa del número de ingresos, del número de días de hospitalización y del número de consultas a urgencias, en comparación con las realizadas durante el periodo previo a la implementación del programa. Los pacientes ingresados en la UCI representaron un importante porcentaje sobre el total del número de días de hospitalización, ingresos hospitalarios y consultas a servicios de urgencia.

<<MEDIDA DE LOS EFECTOS SOBRE LA SALUD UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA >>

No se utilizó ninguna medida resumen de los efectos sobre la salud en la evaluación económica. El estudio se clasificó, por lo tanto, como un análisis coste-consecuencia.

<<COSTES DIRECTOS>>

No todos los recursos consumidos se presentaron independientemente de los costes, aunque se detallaron algunas medias de los recursos sanitarios consumidos. Los costes directos considerados en el análisis económico parecieron estar relacionados con una perspectiva del hospital, e incluyeron: estancias en medicina interna, estancias en la UCI, consultas a urgencias, costes del personal (facultativos, celador), material sanitario, teléfono, laboratorio, radiología, medicina preventiva, investigación y docencia, administración, almacén, limpieza, seguridad, central térmica, luz y agua. El Servicio de Gestión Económica del centro donde se llevó a cabo el estudio fue utilizado como fuente de los datos sobre costes. Por lo tanto, los costes se estimaron con datos actuales. El año base para el cual se presentaron los costes fue 1997 (aunque parece que los costes por día de hospitalización de uno de los hospitales se indicaron para 1995). En la estimación de los costes se tuvo en cuenta un periodo de un año para cada uno de los periodos. No parece que se llevase a cabo una actualización de los datos, pero esto no hubiera sido relevante puesto que los costes ocurrieron en un año para cada uno de los periodos considerados en el análisis. Se presentaron los costes medios y el ahorro neto anual generado por el programa asistencial en comparación con la asistencia clínica habitual durante el periodo previo a la implementación del programa.

<<COSTES INDIRECTOS>>

No se consideraron los costes indirectos.

<<MONEDA (DIVISA)>>

Pesetas (ptas.).

<<ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RECURSOS CONSUMIDOS Y DE LOS COSTES>>

No se llevaron a cabo análisis estadísticos de los costes ni del consumo de recursos.

<<ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD>>

No se llevó a cabo un análisis de sensibilidad.

<<ESTIMACIÓN DE LOS EFECTOS EN LA SALUD UTILIZADA EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA>>

Ver sección 'Resultados de Efectividad'.

<<RESULTADOS DE COSTES>>

El coste asistencial relacionado con el año previo a la implementación del programa asistencial fue de 12.081.036 ptas. El coste anual del programa asistencial fue de 6.708.742 ptas. (5.763.963 Ptas. relacionadas con los costes asistenciales del programa y 944.779 ptas. relacionadas con los costes de consulta). El ahorro neto anual generado por el programa asistencial en comparación con la asistencia clínica habitual durante el periodo previo a la implementación del programa fue de 5.372.294 ptas.

<<SINTESIS DE COSTES Y EFECTOS SOBRE LA SALUD>>

No aplicable ya que se realizó un análisis coste-consecuencia.

<<CONCLUSIÓN DE LOS AUTORES>>

Los autores concluyen que el programa asistencial propuesto resulta en una disminución de los costes y en una disminución de las necesidades asistenciales de los pacientes.

<<COMENTARIO CRÍTICO>>

Selección de las opciones objeto de la comparación:

La asistencia clínica habitual fue elegida como comparador. Tal y como indica su nombre, ésta pareció ser la práctica clínica habitual en el ámbito clínico de los autores, aunque éstos no especificaron en qué consistió esta práctica clínica. Como usuario de esta base de datos, usted debe considerar cuál es la práctica clínica habitual en su propio ámbito.

Validez de la estimación de los efectos en salud:

Este estudio se basó en un diseño prospectivo antes-después, que puede no haber sido el más conveniente para el análisis debido al peligro de que se introduzcan sesgos en el análisis como consecuencia de cambios en las condiciones clínicas de los pacientes a lo largo del tiempo, que pueden no estar relacionados con las intervenciones analizadas. Puesto que éste fue un estudio antes-después, en el que se analizó sólo un grupo de pacientes, los autores no analizaron la comparabilidad de los grupos. Ahora bien, puede que hubiese sido relevante haber mostrado las características clínicas de los pacientes al inicio de cada periodo, con la finalidad de determinar si los resultados finales estuvieron relacionados sólo con la implementación del programa asistencial, o también con otros factores que pudieron actuar como facilitadores. Además, sólo se presentaron resultados relacionados con los niveles asistenciales requeridos por los pacientes durante el periodo de estudio, si bien hubiera sido conveniente haber incluido en el estudio algún tipo de indicador clínico de la severidad de la condición crónica del paciente, de su estado de salud o de la calidad de vida relacionada con la salud de esos pacientes durante ambos periodos de seguimiento. Aunque la hipótesis planteada por los autores hacía referencia a una mayor calidad asistencial del programa

asistencial en comparación con la asistencia clínica habitual, no se presentó ningún indicador de la calidad asistencial de las prácticas clínicas analizadas. Los autores no detallaron las características de los pacientes incluidos en el estudio (tales como sexo, edad, enfermedad crónica principal, existencia de co-morbilidad, etc.); tampoco analizaron que la muestra poblacional fuese representativa de la población de estudio, aunque el hecho de que se incluyesen pacientes de un área sanitaria, tratados en dos hospitales diferentes, hace más probable que dicha muestra poblacional fuese representativa de la población de estudio.

Validez de la estimación de los efectos en la salud:

Los autores no utilizaron una medida para resumir los efectos en la salud de las intervenciones comparadas. El análisis fue clasificado, por lo tanto, como un estudio coste-consecuencia.

Validez de las estimaciones de costes:

Aunque los autores no detallaron la perspectiva que se adoptó en el estudio, ésta pareció corresponderse con la del hospital, puesto que los costes relacionados con la asistencia ambulatoria fueron excluidos, (no proporcionando los autores ninguna justificación para esto). Muchos de los recursos utilizados se presentaron independientemente de los costes, aunque no todos, lo cual podría dificultar ejercicios de generalización a otros contextos. Se detallaron los años base de los costes. No parece que se llevase a cabo una actualización de los costes, cosa correcta ya que el periodo de tiempo considerado no fue superior a dos años. No se llevaron a cabo análisis estadísticos de todos los recursos utilizados y de los costes, lo cual genera incertidumbre en relación con la fiabilidad de los resultados obtenidos.

Otros aspectos:

Los autores hicieron algunas comparaciones de los resultados obtenidos con los resultados obtenidos por otros estudios. El tema de la generalización de los resultados a otros contextos no se mencionó. El estudio reclutó pacientes multi-ingresadores, y esto fue reflejado en las conclusiones de los autores.

<<IMPLICACIONES DEL ESTUDIO>>

Los autores no realizaron ninguna recomendación ni sugirieron futuras líneas de investigación.

<<OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS>>

Fitzgerald J F, Smith D M, Martín D K, Freedman J A, Katz B P. A case manager intervention to reduce readmissions. Arch Intern Med 1994; 154:1721-9.

<<OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS>>

Rich M W, Vinson J M, Sperry J C, Shah A S, Spinner L R, Chung M K, et al. Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomised pilot study. J Gen Intern Med 1993; 8: 585-90.

<<OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS>>

Roemer M I, Myers G W. Multiple admissions to hospital. Can J Public Health 1956; 47: 469-81.

<<OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS>>

Safran C, Phillips S. Interventions to prevent readmission. The constraints of cost and efficacy. Med Care 1989; 27: 204-211.

<<OTRAS PUBLICACIONES RELACIONADAS>>

Wasson J H, Sauvigne A E, Mogielnicki R P, Frey W G, Sox C H, Gaudette C, et al. Continuity of outpatient medical care in elderly men. A randomised trial. JAMA 1984; 252: 2413-17.