



ELSEVIER

Available online at www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/vhri

Comparación de costos y resultados sanitarios de usuarios con neumonía adquirida en comunidad atendidos en domicilio o en hospitalización tradicional: estudio exploratorio de 40 casos

Mario Carvajal Macaya, MPH¹, Alberto Hernández Ridulfo², Muriel Ramírez-Santana, MPH^{3,*}

¹Nurse, Internal Medicine Service, San Juan de Dios Hospital, La Serena, Chile; ²Medical Student at Faculty of Medicine, Universidad Católica del Norte, Chile; ³Faculty of Medicine, Public Health Department, Universidad Católica del Norte, Chile

ABSTRACT

Introduction: Economic evaluations of health technologies and health interventions are considered in many countries as the fourth barrier for adopting new services or drugs; followed by safety, efficacy and quality. The validity and reliability of the results will depend on the perspective of the study, timeframe of the analysis, discount rate, the model used and the costs involved. **Objectives:** This study aims to assess the cost effectiveness of home care treatment in users with diagnosis of uncomplicated community acquired pneumonia compared with traditional hospitalization at inpatient wards. The hypothesis is that home based care would be more cost effective compared to traditional hospitalization. **Methods:** The study perspective was from the health provider. Micro-costing was used to determine the costs of both treatment modalities in a

sample of 20 users treated with each modality during 2013 at main Hospitals of Coquimbo Region, Chile. **Results:** The main outcome of effectiveness was the number of inpatient care days saved. Additionally, number of infections associated to health care (IAHC) and type of discharge were measured. **Conclusions:** The study concludes that there is a better cost effectiveness relationship for the home care modality, with fewer days of treatment, at lower costs and without risk of IAHC. However, further studies are needed in order to achieve accurate results. **Keywords:** cost, home-based care, community pneumonia.

Copyright © 2015, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Published by Elsevier Inc.

Introducción

La Neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología frecuente en adultos mayores, representando una morbilidad y mortalidad significativa [1,2]. En Chile no existen estudios acerca de la incidencia de esta patología, pudiendo mencionarse como antecedente que el 4% de los egresos del país es por causa de Neumonía, de las cuales casi un 40% es en mayores de 65 años [3]. Convencionalmente su tratamiento ha sido intra-hospitalario; siendo posible que la recuperación sea en el domicilio del paciente cuando la patología no presente complicaciones y se cuente con un equipo de salud que apoye el tratamiento; además de contar con los cuidados familiares [2,4].

Desde el momento del ingreso a una institución hospitalaria, los pacientes se encuentran sensiblemente expuestos en su entorno, tanto en lo físico como en lo anímico, pudiendo suceder una serie de incidentes que originan lesiones y eventualmente secuelas, aumentando el periodo de hospitalización, la morbilidad o mortalidad [5]. Uno de los riesgos del tratamiento hospitalario de las Neumonías son las infecciones asociadas a la atención

de salud (IAAS), conllevando a un aumento de los costos por antibioterapia, días camas y atenciones en unidades críticas [6,7].

La hospitalización domiciliaria (HD) es una alternativa que se originó en Estados Unidos en el año 1947; desarrollándose principalmente en los países industrializados. En el sistema público de nuestro país se ha utilizado HD bajo la normativa del Ministerio de Salud (MINSAL); aunque no en forma generalizada. Las condiciones de trabajo son definidas a través de una guía técnica respectiva [8]. La literatura consigna sus múltiples beneficios para los usuarios, como el fomento de la autoestima y auto cuidado, el incentivo a su recuperación insertos en un ambiente familiar y cercano, con los mismos cuidados de la atención cerrada de salud, pero evitándose complicaciones propias de la hospitalización tradicional como son las infecciones o caídas [9,10]. Respecto a la red asistencial, permite descongestionar los servicios clínicos, a la vez que estimula el trabajo coordinado y mancomunado del equipo de salud del nivel secundario y terciario con la atención primaria, permitiendo un seguimiento del usuario hasta su plena recuperación bajo un enfoque de salud familiar [11].

Conflict of interest: The authors have indicated that they have no conflicts of interest with regard to the content of this article.

* Corresponding Author: Muriel Ramírez-Santana. Medical Doctor, Master in Public Health and Master in International Health and Tropical Medicine. Faculty of Medicine, Universidad Católica del Norte, Larrondo 1281, Coquimbo, Chile. Tel: +56-51-2209825; Fax: +56-52-2205983.

E-mail: mramirez@ucn.cl.

2212-1099/\$36.00 – see front matter Copyright © 2015, International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR).

Published by Elsevier Inc.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2015.08.003>

En el Hospital de La Serena (HLS) no está implementada la HD, aunque sí en la ciudad vecina en el Hospital de San Pablo de Coquimbo (HSPC). Con la finalidad de impulsar la implementación de la HD en La Serena, el estudio –de tipo exploratorio– se propone comparar los costos y resultados sanitarios de la HD bajo el modelo del Hospital San Pablo de Coquimbo (HSPC) versus la HT en el Hospital de La Serena (HLS), para usuarios con diagnóstico de NAC no complicada durante el año 2013.

Metodología

Definiciones

Para efectos del estudio, se entiende por hospitalización domiciliar (HD) la intervención clínica en el domicilio del paciente que ha sido diagnosticado con NAC en el servicio de urgencia o policlínico de medicina. La intervención HD consiste en la administración de medicamentos (orales y/o endovenosos) [2,4,12], toma de exámenes de laboratorio e imágenes y supervisión del estado de salud del paciente, a través de visitas diarias por un equipo de salud integrado por técnico de enfermería, enfermera y médico; siendo movilizados por una ambulancia con conductor. En general el médico realiza sólo la evaluación al inicio de tratamiento, excepto que existiese deterioro clínico o descompensación del paciente. Además, existe la posibilidad de que los usuarios autovalentes acudan al hospital para la administración de sus medicamentos y controles. A esta intervención le llamaremos HD basal. El modelo de HD completo considera dos visitas médicas y la administración completa del tratamiento en domicilio. Respecto a la hospitalización tradicional (HT), incluye el ingreso, las evaluaciones médicas, administración de cuidados de enfermería, alimentación, kinesioterapia, toma de exámenes de laboratorio e imágenes y administración de medicamentos en el Servicio de Medicina.

Criterios de inclusión/exclusión

Los criterios de inclusión a la HD fueron: A) criterios socio familiares: aceptación voluntaria por parte del paciente, familiar o cuidador responsable, consentimiento informado, existencia de red de apoyo (familiar u otro cuidador responsable), vivienda con servicios básicos y teléfono de contacto, capacidad del usuario, familiar o cuidador asignado para comprender y seguir instrucciones en relación a indicaciones médicas y cuidados de enfermería, domicilio en Coquimbo, dentro del radio urbano definido. B) Criterios médicos generales para ambos tipos de hospitalización: Indicación médica de hospitalización (HD ó HT) más los siguientes criterios: certeza diagnóstica, estabilidad clínica, existencia de patología de menor complejidad, ausencia de antecedentes mórbidos descompensados o que influyan negativamente en la recuperación del usuario, patología crónica compensada, sin requerimientos de oxígeno adicional (ya que la unidad no cuenta con implementos para la oxigenoterapia). C) Criterios médicos de exclusión: 1. Hipotensión arterial 2. Desaturación de oxígeno 3. Hipercapnia 4. Taquipnea. 5. Compromiso de conciencia agudo (somnia, sopor, coma y confusión mental). 6. Enfermedad de base descompensada. 7. Exámenes de base que muestren complicación de patología de base.

Población de estudio

De un universo de 152 usuarios con NAC hospitalizados en el Servicio de Medicina del Hospital HLS durante el año 2013, 22 cumplían los criterios de inclusión. La principal causa de exclusión fue la necesidad de oxigenoterapia por indicación médica (12,5% de los casos). Mediante el método de la tómbola se seleccionó aleatoriamente a 20 usuarios. El universo de usuarios

atendidos por NAC en la HD del HSPC fue de 37 personas el año 2013, seleccionando aleatoriamente una muestra de 20 personas.

Estimación de costos

Para ambas intervenciones los costos se estimaron con metodología de microcosteo o de ingredientes, siendo la principal fuente de información, la revisión de fichas clínicas. Para la HT se utilizó la valorización de insumos, medicamentos y día cama de la Unidad de costos del HLS. Para el análisis de sensibilidad de costos del día cama se utilizó el valor dado por el “Estudio de costos de prestaciones de Salud, 2011”, de FONASA [13], lo anterior porque se conoce que los aranceles del seguro público en la prestación de día cama presenta brechas importantes respecto de los costos reales [14]. Los costos de capital para la HT, como planta física y equipos; así como los gastos recurrentes de materiales de oficina y gastos compartidos (agua, electricidad y teléfono), no fueron medidos. El valor hora de profesionales de la HD se calculó en base a la información entregada por la Unidad de costos y logística del HSPC. Los costos de movilización se estimaron en base a los Km. recorridos, estableciéndose una hora como tiempo promedio en cada visita (según protocolo). Respecto al valor de los exámenes de Laboratorio e imagenológicos se utilizó el arancel FONASA, ya que es el validado por ambos hospitales. Además, se costearon las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud (IAAS) por separado. Se considera como moneda el peso chileno y conversión a dólares americanos (USD) con el valor del promedio anual del año 2013: \$ 495,31 [15].

Se definió como medida de resultado principal el tipo de egreso: alta médica y/o término de tratamiento, abandono de tratamiento, defunción y traslado a otra unidad. Adicionalmente se midió el número de días cama evitados y la frecuencia de IAAS (complicación presente solamente en la HT). Esta última situación fue utilizada para realizar análisis de sensibilidad de los costos, dado su efecto en aumento de éstos. La información se obtuvo de las fichas clínicas, datos estadísticos del HLS y revisión de bibliografía. Dada la naturaleza de la condición, de tipo agudo, donde se tiene una resolución del cuadro clínico de menos de 15 días; sumado al horizonte temporal de un año, la tasa de descuento no aplica. Para comparación variables categoriales (tipo de egreso) se utilizó chi cuadrado y para comparación de variables continuas (edad, días de estada y costos) se utilizó T-student. El registro y análisis de la información se realizó a través de planilla de cálculos de Microsoft Excel y programa SPSS.

Resultados

El promedio de edad de los usuarios para ambos tipos de intervención fue de 63 y 65 años sin diferencias significativas entre ambos grupos. Así mismo el porcentaje de adultos mayores de ambos grupos fue de 70%. La distribución por sexo tampoco presenta diferencias significativas (Tabla 1). Respecto de los resultados sanitarios; si bien en el promedio de días de hospitalización no se encontraron diferencias significativas, existiría un ahorro de 1,34 días promedio por caso tratado en la HD basal respecto a la HT. Para el cálculo de días de tratamiento se ha excluido el abandono de tratamiento, que aportaba con un día.

Dado que el modelo de HD sólo considera una visita médica de rutina más otra visita médica cuando el personal de enfermería evidencia un deterioro clínico o descompensación, sin ser necesaria evaluación médica para determinar el alta; incorporamos como una categoría adicional de egreso el “término de tratamiento”, según los registros de ficha clínica. Al sumar alta médica y término de tratamiento, el porcentaje de pacientes en HD alcanzó un 80%, similar a la frecuencia de altas en HT (85%). Tampoco se encontraron diferencias significativas para ninguna

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7390280>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7390280>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)