



Original

## Estudio de coste-efectividad del manejo diagnóstico del derrame pleural en una unidad de patología pleural ambulatoria

Maribel Botana Rial<sup>a,b,d</sup>, Virginia Leiro Fernández<sup>a,b,d</sup>, Cristina Represas Represas<sup>a,b,d</sup>, Abel Pallarés Sanmartín<sup>a,b,d</sup>, Victor Del Campo Pérez<sup>c,d</sup> y Alberto Fernández-Villar<sup>a,b,d,\*</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Enfermedades Respiratorias e infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Galicia, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Galicia, España

<sup>c</sup> Servicio de Medicina Preventiva, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, Galicia, España

<sup>d</sup> Instituto de Investigación Biomédica de Vigo, Vigo, Galicia, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 6 de marzo de 2010

Aceptado el 15 de mayo de 2010

On-line el 1 de agosto de 2010

#### Palabras clave:

Derrame pleural  
Estudio ambulatorio  
Hospitalización  
Efectividad  
Costes

#### Keywords:

Pleural effusion  
Ambulatory study  
Hospitalisation  
Effectiveness  
Cost

### RESUMEN

**Objetivo:** Analizar la eficacia diagnóstica de los procedimientos, seguridad, demora y costes del estudio diagnóstico del derrame pleural (DP) analizando estos parámetros en función del ámbito de manejo del paciente (ambulatorio u hospitalizado).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado. Se establecieron 2 grupos según su manejo se realizó de forma ambulatoria en una unidad específica o en régimen de hospitalización convencional, sin otro criterio de ingreso diferente al del propio estudio del DP, comparando las variables mencionadas en función del ámbito del estudio diagnóstico.

**Resultados:** Se incluyeron 60 pacientes ambulatorios y 34 hospitalizados. La mediana de visitas en los pacientes manejados de forma ambulatoria fue de 2 (RIQ=2-3) días y la de días de estancia en los ingresados de 13 (7,7-25,2) días. El número de analíticas y estudios radiológicos fue significativamente mayor en el grupo de pacientes hospitalizados. No observamos diferencias en el número de citologías ni de biopsias pleurales, ni en las complicaciones entre ambos grupos. No hubo diferencias significativas en el tiempo hasta la realización de la tomografía computerizada pero sí en el número de días hasta la realización de la biopsia pleural que fue menor en los pacientes del grupo ambulatorio al igual que el necesario hasta la obtención de un diagnóstico. El coste medio total por paciente ambulatorio fue de 1.352 € y en el ingresado de 9.793,2 €.

**Conclusiones:** El manejo diagnóstico de forma ambulatoria de pacientes con DP es altamente coste-efectivo. La efectividad y la seguridad de ambas formas de estudio es al menos similar. En este estudio el coste medio por paciente estudiado por DP en régimen hospitalizado fue 7,2 veces superior al que supone el manejo ambulatorio.

© 2010 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## Cost-Effectiveness Study of the Diagnosis of Pleural Effusion in Chest Diseases Outpatient Clinic

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the diagnostic efficacy of pleural procedures, safety, delay and cost of the diagnosis of pleural effusion (PE) by analysing the parameters that are dependent on the area of patient management (outpatient or inpatient).

**Patients and Methods:** Prospective non-randomized study. Two groups were established depending on whether they were managed in a specific outpatient unit or as a conventional hospital inpatient, with the rest of the criteria being the same for the study of the PE.

**Results:** We included 60 outpatients and 34 inpatients. The median number of visits as an outpatient was 2 (range 2-3), and the time an inpatient was hospitalized was 13 (range 7.7-25.2) days. The number of analytical and imaging studies was significantly higher in the inpatient group. There were no differences in the number of cytology and pleural biopsies, or complications between groups. There were no differences in time to performing computed tomography. The number of days until the pleural biopsy and the time until to obtain a diagnosis was lower in the outpatient group. Mean total cost for an outpatient was €1.352 and €9.793.2 for inpatients.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.fernandez.villar@sergas.es (A. Fernández-Villar).

**Conclusions:** Management of ambulatory diagnosis of PE patients is highly cost-effective. The effectiveness and safety of forms of the study is at least similar. In this study, the mean cost for a hospitalised inpatient for a PE was 7.2 times higher than outpatient management.

© 2010 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El derrame pleural (DP) es una patología muy prevalente que habitualmente es manejada de forma dispar por distintas especialidades. En los últimos años, varios grupos han manifestado la conveniencia de ofrecer una asistencia integral a estos pacientes en unidades específicas. La menor morbilidad técnica, la superior eficacia diagnóstica y la mejor definición terapéutica-pronóstica parece que así lo sugieren<sup>1,2</sup>. Debido a que para su estudio es necesario realizar algunos procedimientos técnicos semiinvasivos (toracocentesis, biopsia pleural...), es habitual que los pacientes con DP sean hospitalizados, lo que puede suponer en un grupo significativo de pacientes un aumento de los costes del proceso y una elevada tasa de estancias inadecuadas<sup>3</sup>. Sin embargo, existe alguna evidencia de que muchos casos pueden ser manejados ambulatoriamente con seguridad<sup>4</sup>. En una exhaustiva revisión bibliográfica no hemos encontrado ningún estudio que analice específicamente la relación coste-efectividad del estudio ambulatorio del DP en una unidad específica frente al manejo en régimen de hospitalización convencional. Tampoco este aspecto es específicamente mencionado en las directrices sobre el diagnóstico y tratamiento del DP recientemente publicados por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)<sup>1</sup> ni en la recomendaciones europeas y norteamericanas publicadas previamente<sup>5,6</sup>.

Nuestra hipótesis es que el estudio del DP en una unidad de patología pleural ambulatoria podría disminuir los costes sanitarios (especialmente aquellos derivados de la hospitalización), con igual efectividad diagnóstica y sin aumentar el número de complicaciones al comparar los resultados cuando el proceso se realiza con el paciente hospitalizado. El objetivo fundamental de este trabajo fue tratar de verificar la eficacia diagnóstica de los distintos procedimientos necesarios, su seguridad, su demora temporal y sus costes asociados, analizando todos estos parámetros en función de su manejo ambulatorio u hospitalizado, siempre y cuando la única razón de la hospitalización fuese el propio estudio diagnóstico del DP.

## Material y métodos

Realizamos un estudio prospectivo, no aleatorizado, que incluyó todos los casos de DP atendidos en un hospital de tercer nivel con una población de referencia de 250.000 habitantes. El periodo de estudio fue desde el 1 de julio del 2007 hasta el 31 de diciembre del 2009. Los pacientes eran evaluados en el servicio de urgencias o en una consulta especializada intrahospitalaria y el propio médico decidía su ingreso o remitir al paciente a la unidad ambulatoria de patología pleural.

Se establecieron dos grupos de pacientes según su manejo se realizó de forma ambulatoria en una unidad específica o en régimen de hospitalización convencional, sin otro criterio de ingreso diferente al del propio estudio del DP.

El estudio del derrame pleural en la unidad ambulatoria fue realizado de forma protocolizada siguiendo la normativa SEPAR<sup>1</sup>, en el seno de una unidad multidisciplinar coordinada por neumólogos y en la que colaboran un radiólogo y un patólogo. Sobre los pacientes ingresados la decisión del orden o de la priorización de las pruebas dependió del clínico responsable.

Cuando fue necesaria la biopsia pleural cerrada se realizó con una aguja de Abrams y siempre, antes de la realización de una toracosopia. Las biopsias pleurales cerradas fueron realizadas por los mismos neumólogos que forman parte de la unidad ambulatoria.

Los criterios diagnósticos fueron los recomendados por la SEPAR<sup>1</sup>. Se incluyó en el grupo de pacientes con DP no neoplásico de origen desconocido: DP de causa desconocida en pacientes con cualquiera de estos criterios: 1) pleuritis inespecífica estudiada por toracosopia, toracotomía o necropsia (DP idiopático). 2) Ausencia de síntomas o recurrencia del DP en un seguimiento clínico-radiológico de 1 año (DP inflamatorio)<sup>7,8</sup>.

En todos los pacientes se registraron las siguientes variables:

- Características epidemiológicas y clínicas.
- Cuantía del DP basado en la radiografía de tórax, de forma que se clasificaron en: DP importante cuando el DP ocupaba más de 2/3 del hemitórax correspondiente, DP moderado cuando lo hacía entre 1/3 y 2/3 y de pequeña cuantía cuando era menor de 1/3.
- Comorbilidad, que se cuantificó mediante el índice de comorbilidad de Charlson<sup>9</sup>.
- Estado general mediante el índice de Karnofsky<sup>10</sup>.
- Ámbito del estudio: ambulatorio u hospitalizado.
- Número y tipo de pruebas necesarias para llegar al diagnóstico.
- Número de días de ingreso en los pacientes hospitalizados y número de consultas en los pacientes ambulatorios.
- Costes derivados de la realización de la toracocentesis, biopsia pleural, técnicas de imagen y otros estudios complementarios y de los días de estancia hospitalaria en el caso de los pacientes ingresados y número de consultas en los pacientes ambulatorios. Para ello se usaron las tarifas recomendadas por los Servicios Sanitarios de Galicia<sup>11</sup>.
- Seguridad de los procedimientos pleurales. Se registraron las complicaciones de las distintas técnicas pleurales realizadas así como su gravedad y consecuencias ulteriores.
- Tiempo empleado en el estudio del paciente con DP analizando los siguientes intervalos: 1. Inicio del estudio (fecha de la primera consulta en el caso de los pacientes ambulatorios o fecha del ingreso) hasta la obtención de un diagnóstico. A efectos del análisis de costes se consideró «obtención de un diagnóstico» el momento en el se obtuvo un diagnóstico citohistológico específico, se tomó la decisión de la realización de un seguimiento clínico-radiológico o bien se realizó una consulta a Cirugía Torácica para la solicitud de una videotoracosopia diagnóstica. 2. Inicio del estudio hasta la fecha de las pruebas de imagen (TC torácico). 3. Inicio del estudio hasta la fecha de la biopsia pleural, en el caso de que esta se hubiese realizado.

No se realizó ninguna aleatorización de los casos, y el nivel de atención donde fue estudiado dependió de la especialidad y experiencia de los facultativos responsables de la valoración inicial del paciente, día de la semana o disponibilidad de recursos en ese momento.

No se priorizó en ningún momento la realización de los procedimientos (toracocentesis, biopsia pleural, TC torácico...) en función del ámbito en el que se realizó el proceso diagnóstico, y se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4203769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4203769>

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