

Impacto de las medidas de intervención para disminuir estancias hospitalarias innecesarias

Soria Aledo V, Carrillo Alcaraz A, Campillo Soto Á, Fernández Marín MP, Leal Llopis J, Flores Pastor B, Carrasco Prats M, Hernández Ferrandis MC, Jerónimo A, Aguayo Albasini JL
Hospital Morales Meseguer

Introducción

El incremento del gasto sanitario se ha convertido en un importante motivo de preocupación en nuestro entorno. Los recursos utilizados debido a la prolongación de las estancias hospitalarias constituyen uno de los componentes sobre los que se puede actuar en la actualidad. La finalidad de la disminución de los ingresos y estancias inadecuadas es:

- La reducción de costes, a través de una reducción del uso innecesario de la hospitalización.
- La mejora de la calidad de la asistencia mediante la reducción de procedimientos inapropiados, enfermedades iatrogénicas e infecciones nosocomiales.
- Facilitar la accesibilidad a la asistencia, reservando los cuidados hospitalarios para quienes realmente los necesitan.

De entre todos los instrumentos utilizados para el estudio de la adecuación hospitalaria, el más conocido y utilizado de los instrumentos diagnóstico-independientes es el *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP) de Gertman y Restuccia (1981), consistente en dos conjuntos de criterios, objetivos e independientes del diagnóstico, destinados a la identificación de admisiones y estancias inapropiadas. El AEP incluye también una lista de posibles motivos

para las admisiones o estancias innecesarias que permite categorizar las causas del uso inapropiado hallado en cada estudio, aspecto de extraordinaria utilidad para el diseño de intervenciones para su disminución. El AEP, desarrollado mediante una ayuda de la *Health Care Financing Administration* (HCFA) de Estados Unidos, es un instrumento de dominio público y ha sido objeto de varias evaluaciones independientes mostrando una validez y fiabilidad alta.

En general, los valores de utilización hospitalaria inadecuada que se presentan en los estudios publicados realizados en España oscilan entre 15-30% para los ingresos, y algo mayor, entre el 30-40% de inadecuación de las estancias. En nuestro entorno, la aplicación más evidente pero no más frecuente del AEP es el diseño de intervenciones para la reducción del uso inapropiado.

Los objetivos de nuestro trabajo son la evaluación de la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias, costes asociados, análisis de las causas de dicha inadecuación, propuesta e implantación de medidas para disminuir las hospitalizaciones innecesarias y los resultados de la segunda evaluación después de la implementación de las medidas propuestas.

Material y métodos

El Hospital Morales Meseguer de Murcia es un hospital general universi-

tario de adultos que atiende a una población de 320.000 habitantes y cuenta con 426 camas de hospitalización convencional, 28 camas del Hospital de Día Quirúrgico y 15 camas del Hospital de Día Médico.

Diseño del estudio

Se ha realizado un estudio descriptivo y retrospectivo en dos fases. La primera, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes ingresados durante el año 2005 (grupo control). En la segunda se ha valorado la influencia de las medidas de intervención adoptadas para disminuir el número de inadecuaciones en el hospital que corresponden al grupo intervención. El tamaño muestral para ingresos inadecuados se realizó con la presunción de que si el porcentaje de estancias inadecuadas es del 30% y con medidas de intervención se produciría una disminución de un 10%, aceptando un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,10 en un contraste bilateral. De esta forma se precisan 725 sujetos en cada grupo para detectar la diferencia estimada. Para el estudio de inadecuación de estancias se analizan dos estancias, elegidas mediante aleatorización simple, de cada una de las historias extraídas para valorar la adecuación del ingreso.

Se han seleccionado 1.450 historias clínicas con una distribución proporcional al número de ingresos por servicio médico. Se ha aplicado el protocolo de inadecuación de ingreso a las 1.450 historias y el protocolo de inadecuación de estancia a 2.675 estancias.

Tras el análisis de los datos observados en el grupo control del año 2005 se han propuesto una serie de medidas entre los representantes de los servicios, la Dirección del centro y el grupo de trabajo para disminuir la uti-

lización inadecuada de la hospitalización: 1. retroalimentación a los facultativos de los servicios clínicos que deciden sobre el ingreso y estancias en el hospital. Para ello se han organizado sesiones informativas con todos los servicios clínicos en las que se informaba de los resultados y se discutían las posibles medidas que pueden mejorar la inadecuación en cada servicio; 2. apertura de agendas extraordinarias de consulta externa en diversos servicios; 3. difusión de la utilización del preinforme de alta; 4. creación de un circuito de estudios radiológicos preferentes ambulatorios desde el área de urgencias. 5. creación de un circuito de estudios radiológicos preferente ambulatorio para pacientes con diagnóstico o sospecha de enfermedad oncológica; 6. implantación de vías clínicas en los procesos con mayor inadecuación; y 7. mejora de la coordinación entre primaria y especializada para mejorar la gestión de exploraciones complementarias e interconsultas.

La obtención de la muestra a estudio, tanto de las historias clínicas como de las estancias a analizar, se realiza con una aleatorización simple, mediante la generación de una tabla de números pseudoaleatorios por ordenador. La muestra se obtiene de los archivos de historias clínicas del hospital. Se realiza una ponderación en la selección del número de historias a estudiar en cada uno de los servicios.

Para la identificación del uso inapropiado se ha utilizado la versión en castellano modificada tras solicitar la autorización a la Fundación Avedis Donabedian.

Para la aplicación del AEP se han seleccionado tres evaluadores: un médico interno residente y dos enfermeras de planta con experiencia en manejo de historia clínica en papel y la versión electrónica. Para valorar la concordan-

cia entre los observadores, se realizó un pilotaje de las primeras 37 historias, evaluando 37 ingresos y 68 estancias.

Estudio estadístico

Las variables cuantitativas se expresan como media + desviación estándar, y las cualitativas como porcentajes. La comparación entre variables cualitativas se realiza mediante la prueba Ji2 o el test exacto de Fisher. La comparación entre una variable cualitativa y una cuantitativa mediante test *t* de *student* o ANOVA de un factor. Todos los análisis se realizan mediante contraste bilateral y el valor *p* será considerado significativo si es menor de 0,05. Las variables que en el análisis univariante muestran un nivel de significación menor de 0,05 serán introducidos en un modelo multivariante mediante regresión logística para analizar factores de riesgo independiente para ingreso y estancia inadecuada.

Estudio de costes

Utilizando el servicio de contabilidad analítica de nuestro hospital, se ha calculado el coste de cada estancia inadecuada de los pacientes de la muestra. Teniendo en cuenta el porcentaje de inadecuación de cada servicio médico y el coste medio de hospitalización, hemos extrapolado estos datos para calcular el coste aproximado que ha supuesto la inadecuación de estancias en nuestro hospital en los años 2005 y 2007.

Resultados

Descripción de la serie

Se ha estudiado una muestra de 1.450 historias a las que se ha aplicado el protocolo de ingreso y el protocolo de inadecuación de estancia a 2.675 estancias.

De la muestra de pacientes, 813 (56,1%) son hombres y 637 (43,9%) son mujeres. La edad media es de 62 + 19 años (rango: 11-97).

Comparación de los grupos

Ambos grupos (control e intervención) han resultado homogéneos, sin diferencias significativas, en cuanto a las variables: edad, distribución por sexo, distribución por servicio médico, mes y día de ingreso.

La estancia total en grupo control fue de 9,3 ± 8,2 días y en el grupo de intervención ha sido de 8,0 ± 6,9 días (*p* < 0,001).

Los pacientes periféricos (fuera de su Unidad de Enfermería) en el grupo control han sido 257 (35,4%) y en el grupo de intervención 175 (24,1%) con *p* < 0,001.

No ha habido diferencias en la proporción de pacientes ingresados de forma urgente o programada. Ambos grupos son homogéneos en la distribución de GRD, clasificación de diagnósticos agrupados CIE-9 y comorbilidades. El peso de los pacientes en el grupo control es de 1,8634 ± 1,6335 y en grupo intervención de 1,85763 ± 2,0959 con *p* = 0,953.

Comparación inadecuación de ingresos

Globalmente considerados, la inadecuación de ingresos en el grupo control ha sido de 54 pacientes (7,4%). La inadecuación de ingresos en el grupo intervención ha sido de 23 pacientes (3,2%) con una disminución estadísticamente significativa (*p* < 0,001).

La causa responsable de la mayoría de inadecuaciones de ingreso, "pruebas diagnósticas y/o tratamientos que pueden realizarse en consultas exter-

nas" se presenta en 46 (6,3%) pacientes del grupo control y en 22 pacientes (3,0%) del grupo intervención con $p = 0,004$.

Con respecto a los servicios médicos, se ha producido una disminución en la inadecuación de la mayoría de ellos y de forma más evidente en aquellos que tenían mayor inadecuación en el grupo control. El servicio de Medicina interna tiene un 9,4% de inadecuación en el grupo control y 3,7% en el grupo intervención ($p = 0,019$); el servicio de Cardiología tiene un 15% de inadecuación en el grupo control y 3% en el de intervención ($p = 0,087$); o el servicio de Neurología tiene un 24,4% de inadecuación en el grupo control y un 4,8% en el de intervención ($p = 0,025$).

Comparación inadecuación de estancias

Consideradas globalmente, el porcentaje de inadecuación de estancias en el grupo control ha sido del 24,6% (334 pacientes); en el grupo de intervención ha sido del 10,4% (137 pacientes), $p < 0,001$.

Las causas que justifican la mayoría de inadecuaciones de estancia: "procedimiento diagnóstico o terapéutico que puede realizarse como externo", "paciente pendiente de resultados de pruebas diagnósticas" y "actitud conservadora del médico" han disminuido de forma estadísticamente significativa en el grupo intervención con respecto al grupo control.

Los servicios médicos donde había mayor inadecuación en el grupo control son los que han disminuido de forma más significativa dicha inadecuación en el grupo control: así, Medicina interna ha pasado de un 22,7% de inadecuación a un 13,8% ($p < 0,001$); Cardiología ha pasado de un 48,3% a

un 16,3% ($p < 0,001$); Infecciosas de un 17,4% a un 6,9% ($p < 0,132$); Neurología de 53,3% a 26,5% ($p < 0,001$); Traumatología de 27,1% a 2,7% ($p < 0,001$) y Digestivo de 50,0% a 23,6% ($p < 0,035$).

Coste de la inadecuación

El coste de los días considerados inadecuados en la muestra estudiada, considerando el coste medio por paciente, servicio clínico responsable y día ha sido de 147.044 € en el grupo control y de 66.462 € en el grupo de intervención.

Extrapolando los resultados obtenidos al porcentaje de inadecuación de cada servicio clínico sobre el total de ingresos y estancias hospitalarias, hemos calculado el coste aproximado mínimo de los ingresos y estancias inapropiadas en los años 2005 y 2007 por servicio y global del hospital que supondría 2.125.638 € en año 2005 (grupo control) y de 960.761 € en el año 2007 (grupo intervención).

Conclusiones

Como conclusiones del trabajo, podemos decir que es posible conseguir disminuciones importantes de las cifras de inadecuación de ingresos y estancias mediante sencillas medidas de intervención, consiguiendo con ello ahorrar costes o adecuar la utilización de los recursos hospitalarios para los pacientes que lo necesitan. Se deben implantar medidas que disminuyan la inadecuación con el objeto de disminuir el gasto sanitario y sobre todo para utilizar los recursos de un hospital de agudos para los pacientes que realmente lo necesitan, ya que el estudio de la inadecuación de utilización hospitalaria sin el objetivo de mejorar la inadecuación carece de sentido.