

Reducción de costes mediante un programa de coordinación entre médicos de urgencias y médicos de residencias*



Cost reductions using a coordination program between emergency department and nursing home physicians

Sr. Editor:

Los ancianos institucionalizados tienen características diferentes de los ancianos de la comunidad presentando mayor grado de dependencia, mayor prevalencia de demencia y mayor probabilidad de presentar dolor, caídas y úlceras por presión¹. Esta mayor vulnerabilidad de los ancianos institucionalizados motiva con más frecuencia su atención en urgencias, adonde acuden más frecuentemente en ambulancia, tienen una mayor probabilidad de ingreso y un mayor riesgo de fallecimiento. Se calcula que más de la tercera parte de ellos son derivados al menos una vez al año a urgencias requiriendo ingreso hasta en la mitad de los casos². Estos datos han llevado al desarrollo de nuevas estrategias basadas en mejorar la calidad asistencial de estos pacientes en las residencias con la implementación de recursos y estrategias de colaboración entre el hospital y la residencia³⁻⁶. Por ejemplo, varios estudios han demostrado que favorecer la posibilidad del tratamiento en las residencias de infecciones como las neumonías, en lugar de en el hospital, disminuye el deterioro funcional sin aumentar la mortalidad⁷.

Por todo ello, el Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda (HUPHM), un hospital terciario universitario que atiende un sector donde están registradas más de 100 residencias, puso en marcha en 2011 un programa de coordinación desde el servicio de urgencias consistente en poner a disposición del médico de la residencia la posibilidad de contacto telefónico las 24 h los 7 días de la semana. En horario laboral el médico de urgencias que atendía el teléfono tenía especialidad en geriatría y fuera de este horario era uno de los médicos de urgencias que está de guardia. Esta comunicación permite la posibilidad de consultar cuestiones clínicas, valoración conjunta del paciente, consulta con otros especialistas del hospital, posibilidad de derivar pacientes solo para la realización de pruebas o traer muestras biológicas para su análisis, así como evitar ingresos hospitalarios facilitando la posibilidad de poner oxígeno o tratamiento intravenoso en la residencia.

A continuación presentamos los resultados de este programa realizado entre el 1 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2014, centrándonos especialmente en estimar la reducción de costes derivado de los ingresos evitados por la implantación de dicho programa. Este estudio fue aceptado por el Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del centro. El programa se inició a finales del año 2011 con 12 residencias que tenían un total de 2.333 residentes. Al final del 2014 la coordinación se estaba realizando con 23 residencias que tenían un total de 4.058 residentes. Entre enero de 2012 y diciembre de 2014 como resultado del programa de coordinación se evitaron 283 ingresos hospitalarios: 233 pacientes porque este programa permitió que recibieran el tratamiento parenteral en la residencia y otros 50 pacientes porque los recursos y asistencia sanitaria en la residencia de forma coordinada con el hospital permitió su alta a la residencia (fundamentalmente oxigenoterapia). Los 233 pacientes a los que se administró tratamiento intravenoso en la residencia tenían una edad media de 86,7 años y un 72,5% eran mujeres, el 82,8% tenían una situación funcional con un grado avanzado de dependencia (Cruz Roja Funcional: 4-5) y el 73,4% poseían una demencia avanzada (Cruz Roja Mental: 4-5), con una media del índice de comorbilidad de Charlson de

2,58 ± 1,36. De los 233 pacientes que recibieron tratamiento parenteral en la residencia 130 se decidió dicho tratamiento en urgencias y 103 lo solicitó el médico de la residencia. Los pacientes en los que se decidió el tratamiento en la residencia no precisaron ser trasladados a urgencias porque fue el personal de la residencia o la familia quienes se desplazaron a urgencias para recoger la medicación. El ahorro económico del traslado en ambulancias de estos 103 pacientes entre la residencia y el servicio de urgencias fue de 47.792 € (servicio urbano de ambulancia urgente no asistidas: 232 € × 103 pacientes × 2 servicios) y de no ser atendidos en el servicio de urgencias 18.540 € (180 € × 103 según valoración del coste medio en urgencias del Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid). Las enfermedades más frecuentemente tratadas en la residencia fueron: urológica (51,9%), respiratoria (29,6%) y cutánea (9,1%). La medicación parenteral proporcionada a las residencias fue tratamiento antibiótico fundamentalmente (218 pacientes, 93,5%). Según el precio de venta de laboratorio a hospitales el coste de estos fármacos supuso al hospital 28.565,83 €. Trece (5,6%) de los 233 pacientes reingresaron durante el primer mes desde el alta. La mortalidad durante el primer mes del alta fue de 4 pacientes de los 233 pacientes (1,8% IC 95%: 0,6-5). El servicio de admisión codificó los informes de alta entregados a los pacientes. Los GRD de estos pacientes se han traducido en un ahorro de 993.876 € y 1.885 días de estancia hospitalaria. Según la reducción de gastos comentada previamente los costes evitados de los pacientes institucionalizados tratados en la residencia con este programa de coordinación en los 3 primeros años ha sido de 1.031.642,17 €. No se ha realizado ningún contrato de personal adicional para este programa.

Existe un déficit universal en la comunicación entre residencias y servicios de urgencias que ha demostrado traducirse en realización de pruebas diagnósticas y terapéuticas evitables⁸. Los pacientes con un grado de dependencia tan alto como los pacientes de esta muestra con enfermedades infecciosas, son subsidiarios de limitación en el esfuerzo terapéutico y con frecuencia en su mayoría no se benefician de un ingreso hospitalario, si su tratamiento puede asegurarse en un entorno adecuado como el proporcionado en residencias con cobertura sanitaria continuada. La experiencia que presentamos no requiere uso de recursos extraordinarios por lo que es fácilmente aplicable en otros hospitales siempre que el personal encargado tenga una formación específica en las necesidades de estos pacientes. La coordinación hospitalaria con residencias siempre implicará un mejor conocimiento del paciente, favorece la posibilidad de contactar de forma continuada con especialistas, disminuye la necesidad de hospitalizaciones con sus posibles efectos secundarios y quizás esto se traduzca con una mejoría en la calidad asistencial⁹.

Agradecimientos

A todos los adjuntos del Servicio de Urgencias del HUPHM que con el único objetivo de intentar mejorar la atención de este grupo de pacientes se han involucrado de forma activa en este proyecto: Carlos Alonso, Laura Ferrer, Roberto el Río, Alejandro Junco, Helena de la Torre, Paula Molina, Manuel Márquez, David Pérez, Rosario Salgado, Carlos García-Zubiri, Carlos Muñoz, Cristina Vivanco, Esther Díaz-Nájera, Fernando de Andrés, John García-Loria, María Luisa Cigüenza, Rosa Capilla, Alberto Díaz, Alicia San Martín, Teresa Maroto, Alejandro Callejas y Sara de la Fuente.

Al Servicio de Estadística del HUPHM: Isabel Millán Santos y Margarita Alonso Durán.

A Arturo José Ramos Martín-Vegue, jefe del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del HUPHM que ha colaborado en la codificación de los GRD y su análisis.

* Este programa fue premiado en 2013: V Premio Esteve. Área Paciente crónico y en el I Encuentro en Continuidad Asistencial de la Comunidad de Madrid 2016.

Bibliografía

1. Onder G, Carpenter I, Finne-Soveri H, Gindin J, Frijters D, Henrard JC, et al. Assessment of nursing home residents in Europe: The Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Services Research*. 2012; 12:5.
2. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: A systematic review. *Age & Ageing*. 2010;39: 306–12.
3. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos BA, et al. Interventions to Reduce Hospitalizations from Nursing Homes: Evaluation of the INTER-ACT II Collaborative Quality Improvement Project. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59: 745–53.
4. Ouslander JG, Schnelle JF, Han J. Is this really an emergency? Reducing potentially preventable emergency department visits among nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:354–7.
5. Rantz MJ, Flesner MK, Franklin J, Galambos C, Pudlowski J, Pritchett A, et al. Better care, better quality: Reducing avoidable hospitalizations of nursing home residents. *J Nurs Care Qual*. 2015;30:290–7.
6. Martin RS, Hayes B, Gregorevic K, Lim WK. The effects of advance care planning interventions on nursing home residents: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:284–93.
7. Rodríguez Pascual C, Salgado López D, López Sierra A. Neumonía en pacientes institucionalizados Guía de buena práctica clínica en Geriátría. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. *Protocolos Clínicos*. 2006: 51–73.
8. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:1517–23.
9. Bail K, Goss J, Draper B, Berry H, Karmel R, Gibson D. The cost of hospital-acquired complication for older people with and without dementia: A retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:91.

Cristina Bermejo Boixareu^{a,b,*}, Virginia Saavedra Quirós^c, Blanca Gutiérrez Parrés^a, Andrés Núñez González^a y Javier Gómez Rodrigo^d

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^b Universidad Alfonso X El Sabio, Madrid, España

^c Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Severo Ochoa de Leganés, Leganés, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.bermejo@hotmail.com (C. Bermejo Boixareu).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.001>
0211-139X/

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.