

## VALORACIÓN ECONÓMICA EN FUNCION DE LA PRÁCTICA HABITUAL

---

Dr. Juan Carlos de la Pinta García

Resulta cada día más relevante, dentro de la sanidad, la importancia que tiene obtener los conocimientos adecuados de gestión sanitaria y clínica, además de tener presentes los datos precisos que nos orienten sobre la calidad de la atención que reciben los pacientes. El paciente siempre es y debe ser el centro y la base, no sólo de nuestros actos médicos, sino de cualquier política sanitaria o de las decisiones clínicas que vayan a suponer mejoras en todos los ámbitos, incluso los diferentes al exclusivo de la salud.

Hoy día, nuestro Sistema Nacional de Salud está claramente condicionado, y lo está en gran medida por la confluencia de muchos factores, entre los que cabe destacar:

- El aumento constante de la demanda asistencial.
- Un incremento importante de la cartera de servicios y prestaciones.
- El imparable crecimiento de los costes sanitarios, consecuencia derivada de los puntos anteriores a los que se le suman los costes relacionados con el avance tecnológico.

Estos aspectos han obligado a gestores y políticos a asumir, como filosofía de trabajo, la gestión eficiente de los recursos sanitarios. Los médicos son los protagonistas principales del

uso que se da a dichos recursos sanitarios; son también los responsables de llevar a cabo la implantación de las nuevas tecnologías y de los últimos tratamientos.

Hoy por hoy, en nuestro sistema de salud, el sector hospitalario se lleva el porcentaje más alto de los recursos dedicados a sanidad. Hasta hace pocos años, los médicos no éramos conscientes del coste generado con cada decisión sanitaria, y los gestores tampoco eran muy receptivos a hablar de aspectos como la efectividad o la calidad. Una vez más, la realidad –que es tozuda– nos está obligando a admitir que los recursos públicos disponibles son reducidos y que la demanda es limitada, por lo que resulta necesario innovar en la forma de gestionar y alejarnos de las formas tradicionales; así pues, el médico debe conocer las repercusiones económicas que tiene la toma de decisiones en el ámbito de la Sanidad.

---

### I. EL PACIENTE CON TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE O ANTIAGREGANTE PROGRAMADO PARA CIRUGÍA. GESTIÓN ADECUADA DEL PROBLEMA

---

Con relativa frecuencia encontramos pacientes con una cirugía programada que están to-

mando algún tipo de medicación antiagregante o anticoagulante. Estos pacientes son motivo de preocupación y controversia en cuanto a la actitud a tomar; es necesario adecuar la medicación para evitar los riesgos tromboembólicos derivados de su patología de base y, a la vez, no incidir en fenómenos hemorrágicos propios de su tratamiento.

El proceso de optimización de las condiciones del paciente, desde el punto de vista hematológico, se realiza en el ingreso del mismo para la intervención quirúrgica y no es infrecuente que la “terapia puente” suponga entre tres y cinco días de estancia preoperatoria. En la actualidad, el recurso “cama hospitalaria” es un recurso caro, y si podemos adoptar alguna medida que reduzca la estancia de estos pacientes –sin disminuir la seguridad y aumentando, si cabe, el grado de confort percibido por el paciente (mayor tiempo de estancia en su domicilio)– estaremos gestionando eficientemente el problema.

Resulta claro que la decisión que toma el profesional respecto a su paciente tiene un reflejo inmediato en los costes de la asistencia; pero, además, es necesario que cumpla con los estándares de calidad exigidos. Por esta razón, es de enorme interés la identificación de los pacientes y procesos en los cuales se pueden mejorar los resultados asistenciales. Ello implica la necesidad de elaborar protocolos basados en la evidencia científica y en el consenso entre los distintos especialistas que intervienen, de forma más o menos directa, en el procedimiento quirúrgico. Es especialmente importante la participación de los especialistas de atención primaria en el caso del paciente antiagregado o anticoagulante programado para cirugía.

Un parte importante del éxito conseguido con la ambulatorización de procesos

quirúrgicos por la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se debe a la elaboración e implantación de las **guías y protocolos de actuación clínica**.

Después de unos años de aplicación de estas guías en los circuitos de CMA, han demostrado que una organización del trabajo ajustada a protocolos de consenso, basados en la evidencia científica y en la experiencia profesional, aportan un gran respaldo a los profesionales; facilitan el trabajo en equipo, la mejora de la calidad asistencial y consiguen una importante disminución de la morbilidad.

## 2. TRATAMIENTO CON HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR DE FORMA AMBULATORIA COMO TERAPIA PUENTE. ¿RESULTA APROPIADO?

Definir lo que es apropiado en la práctica clínica no es tarea sencilla. Apropiado es aquello que es técnicamente posible, socialmente aceptable y económicamente viable. Las aproximaciones desde la práctica clínica y desde la ética médica sugieren que un procedimiento es inapropiado si es innecesario, poco o nada útil o inseguro<sup>1</sup>. De esta forma, cuando pretendemos implantar una nueva técnica, un nuevo tratamiento o una forma diferente de hacer un proceso, ha de ser primero convenientemente estudiado. Existen diversas formas de hacerlo; la más adecuada resulta siempre aquella que se basa en la revisión de la literatura y en el posterior juicio colectivo de los resultados mediante su discusión y puesta en común por un panel de expertos<sup>2</sup>.

### Pasos a seguir

Lo primero será decidir para qué parte del proceso que estamos analizando se van a revisar o desarrollar estándares de uso apropiado. Puede que sea necesaria la revisión completa del proceso, o una parte del mismo, como ocurre en el trabajo que presentamos. Analizamos a continuación la idoneidad, o no, del uso de HBPM para el manejo previo a la cirugía programada del paciente con tratamiento anticoagulante o antiagregante.

El método seguido tiene varios pasos o etapas. El primero es la elaboración de una serie de indicaciones que han de servir para agrupar o clasificar a los pacientes en grupos homogéneos, dado que la adaptación preoperatoria se ajusta a tres parámetros, fundamentalmente:

1. Tipo de medicación antitrombótica que toma el paciente.
2. Tipo de intervención y tipo de anestesia prevista.
3. Tipo de patología de base por la que toma la medicación antitrombótica.

En paralelo se realiza una búsqueda de la evidencia científica que apoye nuestra tesis y, por lo tanto, que justifique la decisión. Esto implica conocer aquellas indicaciones para las que existe evidencia, para las que no existe, o para las que la misma resulta contradictoria. El siguiente paso es aquel en el que entra en juego un panel de expertos que, de forma anónima y sin forzar consenso, puntuarán el grado en el que la aplicación del procedimiento en estudio a cada paciente o grupo de pacientes resulta apropiado, inapropiado o dudoso. En función de

la puntuación final, cada indicación es clasificada como apropiada, inapropiada o dudosa. De esta manera llegamos a la obtención de los estándares definitivos, que podrían utilizarse prospectivamente como guías de uso.

En la elaboración del presente documento hemos usado un método basado en la mejor evidencia científica disponible hasta ahora. Para ello, cada uno de los autores es un especialista en las diferentes áreas implicadas directamente con el paciente y el procedimiento quirúrgico; en este caso, lo abordamos desde el punto de vista de Anestesiología, cirugía y atención primaria. Cuando la evidencia no ha sido suficiente, ha resultado contradictoria, o no existe, se ha procurado llegar a un consenso con la opinión de expertos. Lo que se pretende, por lo tanto, es promocionar el uso más adecuado de la HBPM en pacientes que van a ser intervenidos en cirugía programada y que sistemáticamente son ingresados, como mínimo, tres días antes de la intervención sólo para ser tratados con heparina no fraccionada (HNF) y poder tener así unas condiciones adecuadas sin riesgo de hemorragias secundarias a trastornos de la coagulación en el momento de ser intervenidos.

Para la aplicación de los estándares a los que se llegan, se requiere que los médicos los conozcan y los acepten, lo cual suele implicar una oportuna difusión y una frecuente actualización.

## 3. IMPORTANCIA DE ESTAS MEDIDAS EN EL ENTORNO ECONÓMICO SANITARIO

En un estudio de costes publicado por Amorosi<sup>3</sup>, se analizan las diferencias de costes

resultantes entre realizar la terapia puente con HBPM autoadministrada por el paciente en su domicilio, HBPM puesta por una enfermera de forma ambulatoria y la forma tradicional con ingreso previo administrando HNF. Las diferencias oscilan entre los 672 \$, en el primer caso, a los 3.816 \$ en el caso de la HNF con ingreso del paciente. En otro trabajo retrospectivo de Spyropoulos<sup>4</sup> sobre pacientes de alto riesgo tromboembólico (prótesis valvulares) no se encontraron diferencias en efectos adversos entre los tratados con HNF y HBPM; sin embargo, el coste total del procedimiento era prácticamente la mitad en los pacientes tratados con HBPM, ya que se reducía de 31.625 \$ a 18.511 \$. Otro trabajo recientemente publicado por Fanikos<sup>5</sup> estudia retrospectivamente los costes totales –incluyendo ahorro de estancias, coste de medicación y costes de ingreso–, y obtiene unas cifras de ahorro de 170.912 \$ a favor de los pacientes que estaban siendo tratados con HBPM.

En nuestro país, la Comunidad Valenciana cifraba en el año 2003 el coste medio de una estancia con intervención quirúrgica en 346,77 euros. Esto nos debe hacer pensar que cualquier medida encaminada a un ahorro de estancias evitables proporciona al paciente más confort (menos días fuera de su hogar) y un ahorro muy significativo para la administración sanitaria que, de no controlarse adecuadamente, podría suponer hipotecar la programación anual de un hospital.

En la actualidad, el paciente quirúrgico es el paciente estrella del hospital, genera en torno a un 50% de los procedimientos que se

realizan en el centro sanitario y es el responsable directo del 70 al 80% de los ingresos programados. Los procesos quirúrgicos ocasionan más del 20% del consumo del presupuesto anual del hospital. Teniendo presentes estos datos, podemos afirmar que una gestión eficiente de los ingresos hospitalarios en el paciente programado para cirugía debe ser un objetivo común para todos los clínicos implicados en el cuidado de dicho paciente.

Se estima que la estancia media para el paciente de cirugía programada es de seis días; si la estancia preoperatorio para establecer la terapia puente de anticoagulación es de entre tres y cuatro días, fácilmente se puede deducir que cada dos pacientes que logremos tratar de forma ambulatoria nos permitirá operar un paciente más, independientemente del ahorro de costes que supone la terapia ambulatoria frente a la terapia con HNF con ingreso. Vale la pena, pues, el esfuerzo que supone el estudio y la puesta en marcha de estas nuevas formas de entender el cuidado del paciente programado para cirugía y que está con tratamientos anticoagulantes o antiagregantes. Con pautas como las que se recogen en este trabajo, deberíamos vencer las preocupaciones que tenemos anestesiólogos, cirujanos y otros responsables inmediatos del acto quirúrgico. No obstante, la decisión final de establecer el “tratamiento puente” entre anticoagulación oral y cirugía de forma ambulatoria requiere una cuidadosa valoración de cada paciente con su correspondiente procedimiento quirúrgico, junto con el riesgo relativo de tromboembolismo y sangrado.

## Bibliografía

- 1 Lazaro P, Fitch K. From universalism to selectivity: is “appropriateness” the answer? *Health Policy* 1996; 36: 261-272.
- 2 Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria transluminal percutánea y cirugía aortocoronaria. *Rev. Esp Cardio* 1988; 51:689-715.
- 3 Amorosi SL, Tsilimingras K, Thompson D, et al. Cost analysis of “bridging therapy” with low-molecular-weight heparin versus unfractionated heparin during temporary interruption of chronic anticoagulation. *Am J Cardiol* 2004;93:509-11
- 4 Spyropoulos AC, Frost FJ, Hurley JS, et al. Cost and Clinical outcomes associated with low-molecular-weight heparin vs unfractionated heparin for perioperative bridging in patients receiving long-term oral anticoagulation therapy. *Chest* 2004; 125:1642-50
- 5 Fanikos J, Tsilimingras K, Kucher N, et al. Comparison of efficacy, safety, and cost of low-molecular-weight heparin with continuous-infusion unfractionated heparin for initiation of anticoagulation after mechanical prosthetic valve implantation. *Am J Cardiol* 2004;93:247-50