

Costos hospitalarios de las Enfermedades Cerebro Vasculares (ECV) en el Hospital La Caleta Chimbote 2004-2005

Dr. Santos Ramírez Rodríguez (*)

RESUMEN:

Introducción y objetivo: La atención de pacientes con ECV, demanda cuidados y gastos económicos inmediatos que los pacientes tienen que asumir debido a que los hospitales no cuentan con todos los recursos de infraestructura y diagnóstico. Se lleva a cabo un estudio de costos en las dos fases de atención de las ECV y en que forma los factores de riesgo contribuye a encarecerlos.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo en las historias clínicas de pacientes con enfermedad cerebrovascular, del Hospital La Caleta de Chimbote, en el periodo 2004 - 2005

Resultados: Fase aguda: Costo de las hemorragias intracerebrales \$492.00 e infartos cerebrales \$ 323.00. Infartos cerebrales con factores de riesgo \$338.00 y sin riesgo \$ 284.00. Costo en la fase ambulatoria de los infartos cerebrales \$880.00 y de las hemorragias \$578.00. Infartos cerebrales con factores de riesgo \$748.00 y sin factores de riesgo \$733.00. Conclusiones: Los costos en la fase aguda son mayores para las hemorragias cerebrales, en la

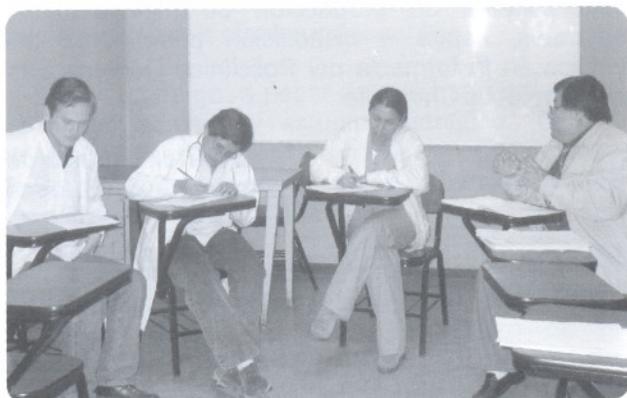
fase ambulatoria los costos son mayores para los infartos cerebrales, sin diferencias entre los factores de riesgo. Los costos son diferentes a otros países, debido a la infraestructura, medios diagnósticos a los costos ocultos en los cuidados hospitalarios.

Palabras clave: Costos directos, enfermedad cerebrovascular, infarto cerebral, hemorragia intracerebral.

SUMMARY:

Introduction and objective: The immediate attention of patients with ECV, demand well-taken care of and economic expenses that the patients must assume because the hospitals do not count on all the resources of infrastructure and diagnosis. A study of costs in the two phases of attention of the ECV is carried out and in which it forms the risk factors contribute to increase in price them. Methods: A prospective, longitudinal and descriptive study is made in clinical histories of patients with disease to cerebrovascular of the hospital the Creek of Chimbote in period 2004 - 2005 Results: Acute phase: Cerebral cost of intracerebral hemorrhages \$492.00 and infarcts \$ 323.00. Cerebral infarcts with factors of risk \$338.00 and without risk \$ 284.00. Cost in the ambulatory phase of cerebral infarcts \$880.00 and hemorrhages \$578.00. Cerebral infarcts with factors of risk \$748.00 and without factors of risk \$733.00. Conclusions: The costs in the acute phase are greater for the cerebral hemorrhages, in the ambulatory phase the costs are greater for the cerebral infarcts without differences between the risk factors. The costs are different from other countries due to the infrastructure, means diagnoses to the hidden costs in the hospitable cares.

Key words: direct costs, disease cerebrovascular, cerebral infarct, intracerebral hemorrhage.



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los hospitales de la localidad tienen limitaciones de infraestructura, recursos humanos, medios diagnósticos y carencia de medicamentos, para una atención adecuada de pacientes con enfermedad cerebrovascular; esto obliga a recurrir a los servicios privados para mejorar la atención, como son los estudios tomográficos y la adquisición de medicamentos, que se convierte en un problema económico adicional para el paciente, ya que son los que directamente asumen los costos. Si no se cuenta con los medios económicos disponibles, esto conlleva a una atención inadecuada, retraso en el diagnóstico y tratamiento, hospitalizaciones prolongadas, abandono de tratamiento, mayor discapacidad, complicaciones y mayores costos hospitalarios.

Estos se incrementan además cuando el paciente presenta otras enfermedades, que son consideradas factores de riesgo en las enfermedades cerebrovasculares, como son la diabetes mellitus, dislipidemias, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares.

En el Perú y particularmente en Chimbote, no se tiene estudios de costos de las ECV, ni se ha relacionado en cuanto se incrementa con la presencia de estos factores de riesgo o enfermedades asociadas, tanto en la fase aguda como en la recuperativa o ambulatoria, que permita reorientar la calidad de los servicios, como recursos humanos, infraestructura y medicamentos, brindar atención de calidad y a precios accesibles, posibilitar una política de créditos o subvención de métodos diagnósticos y tratamiento.

Todo esto es agravado por la situación económica actual, carencia de empleo, bajos niveles de remuneración, carencia de programas preventivos y mala orientación en la política de salud, que desprotege a gran parte de la población.

2. JUSTIFICACION

Desde 1993, las estadísticas internacionales muestran una tendencia creciente en prevalencia de las ECV, produciendo la muerte o discapacitando a las personas definitivamente. Estas afectan mayormente a la población adulta y adulta mayor, con incrementos a partir de los 60 años. El tratamiento demanda al inicio hospitalización con asistencia de un equipo multidisciplinario, donde participan un neurólogo, un médico internista, fisiatra y personal de

enfermería entrenado. En Chimbote, los hospitales no tienen esa capacidad resolutoria dificultando una buena atención para el paciente. La hospitalización, la ayuda diagnóstica, los medicamentos y la rehabilitación son a largo plazo, demandando gastos económicos elevados por parte de los pacientes y la familia, que lo asumen en su totalidad.

No se cuenta con un programa de subsidios, exoneración o créditos de los gastos de atención que demanda las ECV, tanto en su fase inicial de hospitalización como en su tratamiento ambulatorio; el Seguro Integral de Salud, por otro lado no lo considera como enfermedad prioritaria.

Por lo tanto, es necesario llevar a cabo un estudio de identificación de los costos económicos en sus dos fases de atención de las ECV, debido a que ésta resulta determinante en la evolución de la enfermedad y que conociendo la magnitud del problema de los costos hospitalarios, se pueda sensibilizar al paciente sobre el control de los factores de riesgo, a los profesionales de salud para brindar atención de calidad y a las autoridades de salud promover un programa preventivo en el adulto mayor, implementar sus servicios y generar una política de subsidios y exoneración a la población necesitada. Además es importante determinar, en qué forma los factores de riesgo en este grupo de enfermedades, contribuye a encarecer los costos para que de este modo, estos resultados se conviertan en un modo de sensibilización para fomentar el control de estos.

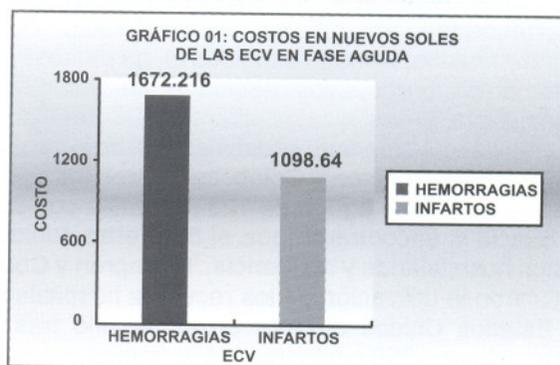
3. TIPO DE ESTUDIO

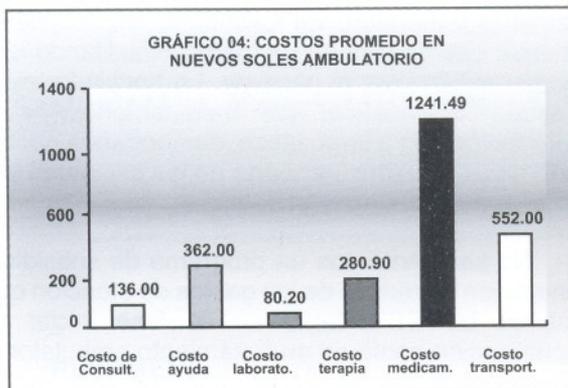
Prospectivo, longitudinal y descriptivo.

4. UNIDAD DE ANÁLISIS

Historia clínica de los pacientes con enfermedad cerebrovascular del Hospital La Caleta de Chimbote.

5. RESULTADOS:





6. DISCUSIÓN

La Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares, propone la clasificación de éstas en asintomáticas y sintomáticas, que incluye a los ataques isquémicos transitorios (AIT) y los ictus. Estos últimos pueden ser isquémicos o hemorrágicos. Por lo general están asociados a factores predisponentes prevenibles (Bembibre y colab), que no son controlados o identificados oportunamente, como son hipertensión arterial, cardiopatías embolígenas, diabetes mellitus, anticonceptivos orales, dislipidemias, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, cocaína, sedentarismo, etc.

La presentación clínica de las ECV, es de forma aparatosa con compromiso de la conciencia y déficit neurológico focal, que requiere la asistencia inmediata de preferencia en un centro hospitalario. Su hospitalización varía de una a tres semanas en la que se identifica los factores de riesgo, se estabiliza la disfunción neurológica, se previene complicaciones y se inicia terapia de rehabilitación (fase aguda). Posteriormente se indica control ambulatorio por servicio externo de neurología y otras especialidades o domiciliario, en forma periódica (fase ambulatoria).

La estimación de los costos de este grupo de enfermedades en países desarrollados, como Estados Unidos, Canadá e Inglaterra, ha demostrado incrementos progresivos debido a su tecnología, especialización y a costos diferenciales, debido al sistema de atención muy equidistante al de los países en desarrollo. Persson y Colab. calcularon los costos directos de la fase aguda de 125 pacientes con ECV en Suecia y, encontraron que el 85% eran debido a gastos hospitalarios y residencia. Thorngren y Colab. calcularon la utilización de los recursos hospitalarios en Estados Unidos durante el primer año tras un primer ictus en 258 pacientes y determinaron que los

ECV hemorrágicos, consumían 3.5 veces los recursos que los ECV isquémicos. Smurawska y Colab, calcularon el costo medio de la fase aguda de una unidad de ictus de Toronto, durante el periodo de 1991-1992, en 21,150 dólares. Bergman y Colab, cifraron el costo directo de las ECV en Holanda, en un 4% del gasto sanitario del país.

Los estudios que hacen los autores mencionados, no se pueden correlacionar con los nuestros, debido a que el Hospital La Caleta es de atención general, con tecnología precaria, con utilización de medicamentos genéricos y con tarifas hospitalarias que ocultan los verdaderos costos de la atención. Es así, que tenemos como costo promedio en la fase aguda de \$ 376.40, frente a \$ 780.60 de la fase ambulatoria en el primer año. El gráfico N° 02, muestra que las ECV hemorrágicas tienen un costo más elevado en un 34.30% en la fase aguda, debido a que son más catastróficas con mayor déficit neurológico, estancias hospitalarias más prolongadas y por lo tanto, mayor cuidado hospitalario. En cualquiera de ellas los estudios diagnósticos, son los factores que elevan los costos siendo la tomografía axial computarizada la de mayor valor. Es importante resaltar que el estudio tomográfico se realiza en una sola oportunidad, debido a la precariedad económica de la población.

Lo contrario sucede en la fase ambulatoria, donde se encuentra que los ECV isquémicos, Infartos cerebrales, resultan más costosos que los hemorrágicos en un 33.40% y que es debido a controles de los factores de riesgo, que están asociados en este grupo de enfermedades.

7. CONCLUSIONES

1. Costo promedio anual de las ECV: \$1040.00
2. Los costos directos son mayores en la fase ambulatoria en 47%.
3. En la fase aguda las ECV hemorrágicas tienen un costo más elevado en un 34.30% respecto de los infartos cerebrales.
4. Los mayores costos, tanto en la fase aguda como en la ambulatoria, corresponden a medicamentos y ayuda diagnóstica, incrementándose en la fase ambulatoria aun más por el transporte.
5. Los costos, aunque estadísticamente son

similares a otros estudios, difiere debido a los costos ocultos y subsidiados de las tarifas hospitalarias y la precaria infraestructura para la atención de dichos pacientes.

8.- BIBLIOGRAFÍA:

1. Silvia M. A. A. Evers, MSc; André J. H. A. Ament, PhD; Gerhard Blaauw, PhD. Economic valuation in Stroke Research. A Systematic Review. *Stroke*. 2000;31:1046
2. M. A. A. Evers, MSc; G. L. Engel, PhD; ; A. J. H. A. Ament, Ph.D. Cost of Stroke in the Netherlands From a Societal Perspective. *Stroke*. 1997;28:1375-1381
3. Caro Research Institute, Montreal, Quebec, Canada. kpayne@caroresearch.com. Long term cost-of-illness in stroke: an international review. *Pharmacoeconomics* 2002;20(12):813-25.
4. J. Jaime Caro, MDCM; Krista F. Huybrechts, MS. Stroke Treatment Economic Model (STEM). Predicting Long-Term Costs From Functional Status. *Stroke*. 1999;30:2574.
5. J. Jaime Caro, MDCM; Krista F. Huybrechts, MS; Management Patterns and Costs of A c u t e Ischemic Stroke. *Stroke*. 2000;31:582
6. Mamoli A, Censori B, Casto L, Sileo C, Cesana B, Camerlingo M. An analysis of the costs of ischemic stroke in an Italian stroke unit. *Neurology* 1999 Jul 13;53(1):112-6.
7. Teng J, Mayo NE, Latimer E, Hanley J, Wood-Dauphinee S, Cote R, Scott S. Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke* 2003 Feb;34(2):528-36.
8. Smurawska LT, Alexandrov AV, Bladin CF, Norris JW. Cost of acute stroke care in Toronto, Canada. *Stroke* 1994 Aug;25(8):1628-31.
9. Taylor TN. The medical economics of stroke. *Drugs* 1997;54 Suppl 3:51-7; discussion 57-8.
10. Dobkin B. The economic impact of stroke. *Neurology* 1995 Feb;45(2 Suppl 1):S6-9.
11. Janet B. Mitchell, PhD; David J. Ballard, MD, PhD; Jack P. Whisnant, MD; What Role Do Neurologists Play in Determining the Costs and Outcomes of Stroke Patients?. *Stroke*. 1996;27:1937-1943.
12. Helen M. Dewey, PhD; Amanda G. Thrift, PhD; Cost of Stroke in Australia From a Societal Perspective. *Stroke*. 2001;32:2409.
13. Silvia M. A. A. Evers, MSc; André J. H. A. Ament, Ph.D; Gerhard Blaauw, PhD. Economic Evaluation in Stroke Research. A Systematic Review. *Stroke*. 2000;31:1046.
14. Bowen J, Yaste C. Effect of a stroke protocol on hospital costs of stroke patients. *Neurology* 1994 Oct;44(10):1961-4.
15. Vibeke Porsdal and Gudrun Boysen. Direct costs during the first year after intracerebral hemorrhage. *European Journal of Neurology*. Volume 6 Issue 4 Page 449 - July 1999.
16. Holloway RG, Witter DM Jr, Lawton KB, Lipscomb J, Samsa G. Inpatient costs of specific cerebrovascular events at five academic medical centers. *Neurology*, 1996, March;46 (03):854-60.
17. F.J. Carold-Artal, J.A. Egido Navarro, J.L. Gonzales-Gutierrez, E.Varela de Seijas. Coste directo de la enfermedad cerebrovascular en el primer año de seguimiento. *RevNeurol*. 1999;28(12): 1123-1130.
18. Rubén Bembibre Taboada, Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la región central de Cuba. *Rev Neurol* 2001 Volumen.33 Número.07 P ág . 6 0 1 - 604.
19. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *REV NEUROL* 2001; 33 (5): 455-464
20. Taylor TN, Davis PH, Torner JC, Holmes J, Meyer JW, Jacobson MF. Lifetime cost of stroke in the United States. *Stroke* 1996; 27: 1459 1466.
21. Persson U, Silverberg R, Lindgren B, Norrving B, Jadbak G et al. Direct costs of stroke for a Swedish population. *Int J Technol Asses Health care* 1996;6: 125 137
22. Thorngren M, Westling B. Utilization of health care resources after stroke: a population based study of 258 hospitalized cases followed during the first year. *Acta Neurol Scand* 1991; 84: 303 310
23. Smurawska LT, Alexandrov AV, Bladin CF, Norris JW. Cost of acute stroke care in Toronto, Canada. *Stroke* 1994; 25: 165 171.24.- Bergman L, van der Meulen J, Limburg M, Habbena DF. Costo of medical care alter first- ever stroke in the Netherlands. *Stroke* 1995; 26: 1830 -1836.

(*) *Neurólogo del Hospital La Caleta - Chimbote*

"El currículo actual está basado más en las demandas aisladas de profesores convencidos, ... de la importancia de sus cursos, que en una adecuada coordinación e integración de las disciplinas, que tomen en cuenta su extensión y relativa importancia desde el punto de vista educacional, así como las futuras conveniencias del estudiante cuando ingrese a la etapa profesional."

(Hurtado, 1953)