

La continuidad del cuidado por un médico generalista redujo la mortalidad, el número de hospitalizaciones y las consultas a los servicios de emergencias

Continuity of care by a general practitioner reduced mortality, number of hospitalizations, and emergency department visits

Comentado de:

Sandvik H, et al. *Br J Gen Pract.* 2022; 72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340. PMID: 34607797¹

Objetivo

Evaluar si existe asociación entre la continuidad de cuidados longitudinal con un médico generalista y la mortalidad, el número de hospitalizaciones y la utilización de los servicios de emergencias.

Diseño, lugar y población

Estudio observacional basado en datos recopilados de registros de Noruega -Estadísticas de Noruega (SSB, por sus iniciales en noruego), Control y Pago de Reembolso a Prestadores de Servicios de Salud (KUHR, por sus iniciales en noruego) y Registro de Pacientes de Noruega (NPR, por sus iniciales en noruego)-entre 2015 y 2018.

Medición de resultados principales

Fueron recolectados los datos demográficos de los participantes y la mortalidad, las consultas al servicio de emergencias o atención domiciliar y las admisiones hospitalarias durante 2018.

La duración de la relación médico generalista-paciente fue utilizada como variable explicativa para los desenlaces principales mencionados. Un análisis de regresión logística multinivel fue rea-

lizado incluyendo diferentes covariables relacionadas al paciente (sexo, edad, nivel educativo, país de nacimiento, puntuación del Índice de Charlson, centralidad y frecuencia de visitas al médico generalista) y al médico (sexo, edad, especialista o no en medicina general, magnitud de su lista de pacientes y capacidad del listado vacante). Los resultados se presentaron como razón de probabilidades (OR) ajustados con sus intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados principales

Fueron incluidos 4.552.978 noruegos, el 50,6% eran hombres, con una media de edad de 41,1 años; y excluidas 748.058 personas que habían cambiado de médico durante 2018.

La media de edad de los 4.708 médicos generalistas era de 47,7 años, el 57,8% hombres y 61,3%, especialistas en medicina general.

Como se observa en la Tabla 1 hubo una tendencia consistente y significativa hacia un menor uso de los servicios de emergencia, hospitalizaciones y mortalidad cuanto mayor era la duración de la relación médico generalista-paciente. Esta asociación fue más fuerte cuánto mayor era la duración de esta relación tanto en el análisis crudo como en el ajustado únicamente por los factores del paciente y por los factores tanto del paciente como del médico. Las covariables de los pacientes tuvieron mayor influencia que las de los médicos generalistas.

Tabla 1. Asociación entre la duración de la relación médico generalista-paciente y los desenlaces principales durante 2018. Nota: IC: intervalo de confianza; OR: razón de probabilidades. *ajustado por covariables del paciente (sexo, edad, nivel educativo, país de nacimiento, puntuación del Índice de Charlson, centralidad, consultas al año) y del médico (sexo, edad, especialista en medicina general, magnitud de la lista de pacientes y capacidad de la lista vacante).

Duración de la relación médico generalista - paciente (participantes)	Consultas no programadas, OR ajustado* (IC 95%)	Ingresos hospitalarios agudos, OR ajustado* (IC 95%)	Mortalidad, OR ajustado* (IC 95%)
1 año (609.577)	Referencia	Referencia	Referencia
2 a 3 años (868.490)	0,87 (0,86 a 0,88)	0,88 (0,86 a 0,90)	0,92 (0,86 a 0,98)
4 a 5 años (647.761)	0,80 (0,78 a 0,81)	0,83 (0,81 a 0,85)	0,90 (0,84 a 0,96)
6 a 10 años (955.974)	0,76 (0,75 a 0,77)	0,80 (0,79 a 0,82)	0,85 (0,80 a 0,91)
11 a 15 años (667.154)	0,77 (0,76 a 0,78)	0,79 (0,77 a 0,81)	0,81 (0,75 a 0,86)
Más de 15 años (804.022)	0,70 (0,69 a 0,71)	0,72 (0,70 a 0,73)	0,75 (0,70 a 0,80)

Conclusiones

La duración de la relación médico generalista-paciente se asoció significativamente con menor mortalidad, ingresos hospitalarios y uso de los servicios de emergencia. La presencia de una relación dosis-respuesta entre la continuidad y los resultados analizados indicaría que las asociaciones son causales.

Fuente de financiamiento / Conflicto de interés de los autores: Centro Nacional de Atención Primaria de Salud de Emergencia, Centro de Investigación Noruego (NORCE, por sus iniciales en inglés). La interpretación y el informe de los datos del Registro de Pacientes de Noruega son responsabilidad exclusiva de los autores.

Comentario

Existen en la actualidad múltiples definiciones de la continuidad del cuidado. McWhinney R, et al.² la describen como un contrato implícito entre un paciente y un médico de cabecera, quien debe asumir la responsabilidad personal de las necesidades médicas del paciente; Saultz J, et al.³, como la relación entre un solo médico y el paciente que trasciende a los episodios específicos de enfermedad o dolencia, donde los encuentros se experimentan como coherentes, conectados y consistentes con las necesidades médicas y del contexto del paciente en un marco de lealtad y responsabilidad profesional; y García-Subirats⁴, como el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el usuario a lo largo del tiempo, siendo resultado de la coordinación entre diversos profesionales, servicios y organizaciones en las que es atendido. Por su parte, el Consejo de Calidad de la Salud de Alberta (Canadá)⁵, la define como la experiencia que los usuarios tienen de la atención médica respecto a la existencia de una atención fluida e integrada a lo largo del tiempo, de alta calidad y rentable, mientras que organismos como el Instituto Estadounidense de Medicina la comprenden como un componente central de la atención primaria de la salud⁶.

Dentro de los aspectos esenciales o dominios de la continuidad del cuidado, los más destacados en la literatura incluyen la continuidad de la información, la longitudinal y la interpersonal⁷. La primera hace referencia a que el médico tenga un acceso adecuado a toda la información relevante del paciente, la segunda alude a la relación médico-paciente que trasciende múltiples episodios de enfermedad a lo largo del tiempo, y la última a la relación de confianza médico-paciente³.

Es importante señalar que, pese a que existen varios estudios publicados que buscaron medir la continuidad de cuidados -utilizando métodos como el índice del prestador habitual de cuidados (UPC) o similares-, la mayoría presentan como limitaciones haber incluido muestras pequeñas y/o utilizado periodos de observación cortos. Contrariamente, el presente estudio tiene como fortalezas haber incluido una muestra de más de 4,5 millones de personas -la mayoría de los noruegos cuentan con un médico generalista- y comprender un largo período de tiempo con más de 800.000 pacientes que habían tenido el mismo médico generalista durante más de 15 años. Se destaca además que los autores realizaron un análisis ajustando por múltiples factores de confusión con datos obtenidos de registros nacionales de alta calidad.

Algunas de sus debilidades fueron la ausencia de información sobre el uso de servicios privados de salud, la falta de contemplación de algunas entidades clínicas como las condiciones psiquiátricas -no incluidas en el Índice de Charlson- y la posibilidad de que los pacientes sanos, con pocas visitas, podrían tener una larga continuidad y sin embargo no ser bien conocidos por su médico generalista.

La continuidad de cuidados por parte de un médico generalista se asoció con una menor necesidad de utilización de servicios de emergencia, hospitalizaciones y mortalidad¹. Dicha asociación resultó ser más fuerte a medida que se incrementaron los años de duración de la relación médico generalista-paciente, alcanzando un máximo de 25 a 30% de reducción cuando la relación era mayor a 15 años. Este efecto no se vio afectado de forma significativa por las características personales del médico o sus pacientes.

Conclusiones del comentador

Es importante considerar que el estudio comentado fue basado en el esquema de médicos generalistas de Noruega, inspirado en otros sistemas de salud similares como el del Reino Unido, Dinamarca y Países Bajos y que, aunque puede haber algunas diferencias, los resultados obtenidos probablemente sean extrapolables para aquellos países que poseen una organización de atención primaria similar.

La continuidad del cuidado es considerada un aspecto central de la calidad de la atención primaria, y contar con médicos generalistas abocados al fortalecimiento de la atención primaria de la salud y la continuidad del cuidado debería ser un asunto prioritario en las agendas de las autoridades sanitarias. Otros países, incluyendo Argentina, podrían inspirarse en estudios de este tipo para desarrollar y fortalecer la práctica general de la continuidad del cuidado en sus sistemas de salud.

“Es mucho más importante saber qué tipo de paciente tiene una enfermedad que qué tipo de enfermedad tiene un paciente.”

William Osler

Eros Angeletti [Servicio de Medicina Familiar y Comunitari, Hospital Italiano de Buenos Aires,. eros.angeletti@hospitalitaliano.org.ar]

Angeletti EM La continuidad del cuidado por un médico generalista redujo la mortalidad, el número de hospitalizaciones y las consultas a los servicios de emergencias. *Evid Actual Pract Ambul.* 2022;25(3):e007025. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V25I4.7025>. Comentado de: Sandvik H, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72: e84–e90. PMID: 34607797.

Referencias

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84–e90. Available from: 0.3399/BJGP.2021.0340.
2. McWhinney IR. Primary care: core values Core values in a changing world. *BMJ.* 1998;316(7147):1807–1809. Available from: 10.1136/bmj.316.7147.1807.
3. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003;1(3):134–143. Available from: 10.1370/afm.23.



4. Garcia-Subirats I, Aller MB, Lorenzo IV, et al. Adaptación y validación de la escala CCAENA® para evaluar la continuidad asistencial entre niveles de atención en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria* . 2015;29(2):88–96. Available from: 10.1016/j.gaceta.2014.10.009.
5. The Health Quality Council of Alberta. Improving Continuity of Care: Key Opportunities and a Status Report on Recommendations from the 2013 Continuity of Patient Care Study; 2016. Available from: https://d10k7k7mywg42z.cloudfront.net/assets/57867c01d4c961047f0c5e8b/Continuity_of_Care_2016_FINAL.pdf.
6. Donaldson MS, Yordy KD, Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care, et al.. Primary Care: America's Health in a New Era; 1996. Available from: 10.17226/5152;<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK232643/>.
7. Reid R, Haggerty J, Mckendry R. Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare; 2002. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Jeannie-Haggerty-2/publication/245856177_Defusing_the_Confusion_Concepts_and_Measures_of_Continuity_of_Health_Care/links/56c31f9308ae8a6fab59ed74/Defusing-the-Confusion-Concepts-and-Measures-of-Continuity-of-Health-Care.pdf.

