

P6 - Posters/Visit to posters

Servicios sanitarios

Health services

Jueves 2 de Octubre / Thursday 2, October
17:00:00 a/to 18:00:00

DIRECT COSTS OF CARE IN GERMANY FOR DIABETIC CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE EARLY COURSE AFTER ONSET

Andrea Icks*, Joachim Rosenbauer*, Burkhard Haastert*, Wolfgang Rathmann*, Afschin Gandjour**, Guido Giani*

**Dpt. of Biometrics and Epidemiology, German Diabetes Research Institute at Düsseldorf University, Düsseldorf, Germany. **Institute of Health Economics and Clinical Epidemiology, Köln University, Köln, Germany.*

Introduction: Prospective cost-of-illness study to evaluate in detail diabetes-related direct costs in Germany of the care for diabetic children and adolescents in the early course after onset from the perspective of the statutory health insurers.

Methods: Based on a population-based incidence study (part of EURODIAB ACE), 573 diabetic subjects <15 years of age at onset (51% male, mean age 8.3 (SD3.8) years) were followed for up to 2 years (mean 1.2, SD 0.3) after onset. Diabetes-related hospitalization and ambulatory care, insulin and self-control regimen, and sociodemographic variables were ascertained using clinical documentation and families' self-reports. Costs per patient-year were estimated based on the prices in the year 2000. Using multivariate regression, the association between costs and families' socioeconomic status was evaluated, adjusting for age and sex.

Results: The total cost per patient-year was Eur7,069 (SD 3,190), including hospitalization at onset. Onset hospitalization accounted for the majority of the costs (Eur4,908, SD 2,492). Within post-onset costs, 36% were attributable to self-control of blood glucose, 32% to hospitalization, 15% to insulin, and 12% to ambulatory care. Total costs and costs for hospitalization were significantly higher in children from families with lower compared to highest educated parents and in children from non-German families ($p<0.01$).

Conclusions: Among the direct medical costs of childhood diabetes in the early course after onset, the greatest economic burden was due to hospitalization, in particular at onset. Unexpectedly, self-control of blood glucose accounted for the majority of the post-onset costs. Costs were considerably higher in lower educated and in non-German families. It is recommended to evaluate the cost-effectiveness of outpatient programs targeting children from families with lower social status.

191

192

THE USE OF GEOGRAPHIC INFORMATION SYSTEM (GIS) FOR DISEASE MANAGEMENT AND QUALITY ASSURANCE OF CHILDHOOD ASTHMA

R. Peled¹, A. Tal², Y. Bennenson³, E. Hatna³, Y. Pliskin⁴, H. Reuveni²
¹Epidemiology Research Institute, Barzilai Medical Center, Ashkelon, Israel. ²Pediatrics, Soroka Medical Center, Beer Sheva, Israel. ³Geography, Tel Aviv University, Tel Aviv, Israel. ⁴Health Policy and Management, Ben Gurion University, Beer Sheva, Israel.

Integration of the disease management approach with Geographic Information System (GIS) technology represents an effective mechanism for the provision of quality of care and management of childhood asthma.

The objective of this study was to develop a novel model for quality assurance and the management of a chronic disease treatment by using advanced information technologies.

Methods: 11,277 asthmatic children were identified during the years 1998-2000 through the drug- dispensing registry of the Clalit Health Services (CHS). The Israeli clinical guidelines for drug therapy of childhood asthma were translated into a list of 6 markers for inadequate treatment. Using the markers list, we searched the drugs dispensation registry and marked the subjects who were found to have inadequate treatment. Then we assessed the association between inadequate treatment as presented by the list of markers and bad outcome (emergency room: visits and hospitalizations). Maps of geographic areas and clinics with inappropriate treatment were created.

Results: Only 14% received appropriate treatment according to the Israeli guidelines. Patients with markers had significantly more emergency room visits and hospitalizations and were hospitalized for a longer period compared to patients without markers. Target geographic areas and clinics for intervention were identified through the GIS maps.

Conclusion: GIS is an effective technology for monitoring and management of asthma treatment, as well as for any other chronic disease. This technology can easily identify and visually demonstrate to decision-makers geographic areas and/or clinics with inappropriate aspects of care.

194

TIEMPOS DE ESPERA Y CONSULTA TRASCENDENTES EN LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Rosa María Ortiz Espinosa*, Sergio Muñoz Juárez*, Graciela Nava Chapa**, Humberto Veras Godoy***, Martín del Campo Lechuga*. En nombre del Grupo: Cuerpo Académico de Salud Pública de la Universidad

*Subdirección de Investigación, Secretaría de Salud de Hidalgo, Pachuca, México. **Subdirección de Investigación, Secretaría de Salud, Pachuca, México Factores que determinan el uso del PAP. ***Hospital General Pachuca, Secretaría de Salud, Pachuca, Hgo. México.

Introducción: Evaluar la calidad de la consulta externa y su asociación con los tiempos de espera y de consulta a través de la percepción del usuario de los hospitales del sector salud en Hidalgo, México.

Material y métodos: Se diseñó un estudio transversal, con un tamaño muestral de 9932, una beta de 80%, alfa del 95%. Se aplicó una encuesta anónima. Se analiza la calidad según escala tipo Likert, se utiliza la χ^2 y la prueba de t, el método de los valores extremos, y el método de Dixon, antes de la realización de los análisis descriptos. Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov con un nivel de confianza del 95%. Se efectuó modelaje a través de regresión logística no condicional.

Resultados: La tasa de no respuesta fue de 2,1%. El 67,3% refirió haber esperado hasta 2 horas. La mala calidad se percibió en la seguridad social por arriba del 30%. El tiempo de espera se asoció a la mala calidad de la atención en el 70,17% ($P = 0,00$), el promedio fue de 2 horas 21 minutos, ($P = 0,00$), siendo mayor en las instituciones de la seguridad social (3 horas 29 minutos). El promedio del tiempo de consulta fue de 15,4 minutos y una desviación estándar de 8,7. Los tiempos cortos dedicados a la consulta se asociaron significativamente con la presencia de omisiones durante el proceso de la atención ($P = 0,001$), sobretodo con las acciones de información, educación y comunicación en torno a su padecimiento actual y éstos con la percepción de mala calidad ($P = 0,000$). El tiempo de espera se encontró directamente proporcional a la percepción de la calidad de la atención. A mayor tiempo de espera y menor tiempo de consulta, la percepción de mala calidad es mayor. La proporción de insatisfacción encontrada fue del 15,06% (IC al 95% de 1,32, 1,72) asociada a la mala calidad de la atención. Dicha proporción se incrementa a medida que el tiempo de espera se hace mayor a las dos horas, hasta del 50,11% con una razón de momios cruda RM 1,32 (IC al 95% de 1,16, 1,50) cuando el tiempo de espera es mayor de las 2 horas. La mala percepción de la calidad se predijo cuando existe insatisfacción del usuario hasta en dos veces más OR 2,39 (IC 95% 2,02-2,82) con tiempos de consulta inferiores a 15 minutos OR 1,33 (1,17- 1,52) y los tiempos de espera largos OR 2,67 (2,43 - 2,93).

Conclusiones: El tiempo de espera constituye una de las variables más importantes en la percepción de la calidad de la atención.

193

DENTAL TREATMENT PROFILES OF DENTATE SENIORS IN FINLAND AND LITHUANIA

Miira M Vehkalahti, Sonata Vysniauskaite, Nagham Kammona
Dept of Oral Public Health, Institute of Dentistry, University of Helsinki, Helsinki, Finland.

Introduction: Nordic countries, leaders in preventively orientated dental care, have shown great advances in oral health, in particular for children and adolescents. Emphasis on dental prevention should be similarly reflected in adults' dental care, traditionally dominated by filling treatment. In the present study, we compared dental care for dentate seniors in two countries with different backgrounds as regards dental education and practice, and with different economic situations. Finland is, by World Bank ranking, a high-income country, but Lithuania belongs to the lower category of middle-income countries.

Methods: Dentate seniors served as the target population. The Finnish seniors (FS) were contacted at club meetings for retired people, the Lithuanian seniors (LS) during their visits at public dental clinics in Kedainiai. All used the same two-page questionnaire, translated into the local language. The FS were asked to fill in the questionnaire at home and return it at the next meeting or in a prepaid envelope; the LS were questioned during their dental appointment. Except for gender and year of birth, no further identification was required or recorded, guaranteeing anonymous answers. As regards dental care, the respondents were asked to tick every type of treatment included in their most recent treatment course, using a list of 16 alternatives. The questionnaire also asked respondents their number of teeth. After excluding edentulous subjects, the final sample included a total of 444 seniors: 270 FS and 172 LS. Statistical evaluation was by chi square test and ANOVA.

Results: For FS, mean age was 68.1 years (SD 6.4) and for LS, 69.1 (SD 6.5), with no difference by country or gender. The FS reported a greater number of teeth than did the LS: 18.8 (SD 8.0) vs. 16.2 (SD 5.6), $p=0.004$. Removable dentures were reported by 39% of FS and 32% of LS ($p=0.10$). The top three treatments reported by FS were scaling, filling therapy, and cleaning of teeth; by LS, filling therapy, endodontics, and removal of tooth. Large-scale differences between FS and LS were in scaling (67 vs. 9%), tooth removal (10 vs. 49%), treatment of toothache (6 vs. 42%), endodontics (14 vs. 50%), and cleaning of teeth (42 vs. 9%), and smaller differences for application of fluoride varnish (14 vs. 0%, $p=0.000$) and for fixed prosthetics (4 vs. 19%, $p=0.000$). All these differences were statistically significant ($p<0.0001$). In both countries, seniors reported similar frequencies for radiography (26 vs. 21%, $p=0.24$) and for repair of dentures (9 vs. 6%, $p=0.40$).

Conclusion: Dental treatment profile of dentate seniors was somehow preventively-orientated in Finland but not in Lithuania. Dental prevention in Finland seemed to rely on scaling and cleaning, not on use of fluorides. The treatment profile in Finland was characterized by maintenance of the dental state, but in Lithuania by management of severe problems and major needs.

195

EQUITY OF ACCESS TO TERTIARY HOSPITALS IN WALES, UK: A TRAVEL TIME ANALYSIS

Stephen Christie, David Fone
Public Health, Gwent Health Authority, Pontypool, UK.

Introduction: Tertiary level hospital services for residents of Wales, UK are provided at five hospitals located in Swansea, Cardiff, Bristol, Birmingham, and Liverpool. To inform an ongoing debate over whether services provided at Cardiff and Swansea should be centralised to one site, we investigated population level geographic access to such services. We sought to show the extent to which travel time analysis results for population subgroups vary from those for the total population, given three hypothetical scenarios of service configuration.

Methods: The three scenarios comprised services located at the main hospitals in Swansea and Cardiff (Scenario A), Swansea (Scenario B), Cardiff (Scenario C). Additionally, all scenarios included services located at Liverpool, Birmingham, and Bristol. We used a geographical mapping and analysis software tool to calculate population proportions within 30, 60, 90 and 120 minutes, and mean, median and 90th percentile travel times of the nearest centre in each scenario. We calculated results for the total resident population of Wales, for residents aged 75 or more years, for residents of the most deprived 10 percent of areas, and for residents of rural areas. We systematically varied the model's travel speeds to investigate whether the results are sensitive to those speeds.

Results: Service configurations have different access implications for different subgroups of the Welsh population. In some instances a scenario that provides relatively good access when measured by indicators that reflect short journeys, provides relatively poor access when access is measured by indicators that reflect long journeys. For example, Scenario C appears to provide better access than Scenario B if the proportions within 30 or 60 minutes or the mean or median travel times are considered the most important indicators; the opposite is true if the proportions within 90 or 120 minutes or the 90th percentile travel times are considered the most important indicators. In the scenarios included in this analysis absolute and relative access are sensitive to the assumed travel speeds.

Conclusions: Health service planners need to be aware that access for the total Welsh population does not represent access for major population subgroups defined by age, deprivation or rurality. Planners also need to be aware that comparisons of access between scenarios are highly dependent on which measure of access is the indicator of choice.

196

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN POBLACIÓN INMIGRANTE

Antonio Salazar¹, Elena Navarro-Calderón², Irene Abad³, Antonio González⁴, Emilio Gosálbez⁵, Francisco Javier Roig¹, Francisco Taberner⁶. Caract. sanitaria población inmigrante en Valencia

¹Servicio de Epidemiología, Conselleria de Sanidad, Valencia, España. ²Beca EVES, Conselleria de Sanidad, Valencia, España. ³UDCA, Hospital General Universitario, Valencia, España. ⁴UDCA, Hospital Arnau de Vilanova, Valencia, España. ⁵UDCA, Pabellón Central, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ⁶UDCA, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España.

La inmigración en España, fenómeno social de la década, ha sido objeto de escasos estudios epidemiológicos, generalmente, enfermedades transmisibles y parasitarias. Los conflictos bélicos y hambrunas han generalizado la confusión entre "refugiado" e "inmigrante", atribuyéndose a los segundos, desplazados individuales en busca de trabajo, las características y el perfil infeccioso de los primeros. Nuestro objetivo fue conocer la utilización hospitalaria por la población inmigrante, cuantificar las patologías atendidas y determinar su perfil de altas hospitalarias.

Material y métodos: Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo recuperando diagnósticos al alta de población inmigrante residente en nuestra área metropolitana. Definición Inmigrante: "Sujeto menor de 65 años, de países distintos de la Unión Europea, con domicilio en el área metropolitana, que causó estancia igual/mayor de 24 horas en alguno de los 8 hospitales públicos del área entre 01/10/01 y 30/09/02". Criterios de exclusión: Ciudadanía de países afines a la Unión Europea o, haber nacido en España. El perfil de recuperación fue común a todos los servicios de admisión. La "Nacionalidad" y/o la ausencia de documento de identificación (DNI, Pasaporte, NSS) se utilizaron para reducir pérdidas de información. Los datos de filiación fueron contrastados con el SIP (Sistema de Información Poblacional). Se revisaron las Historias Clínicas de los inmigrantes identificados e ingresos con nacionalidad incierta. Se presentan los datos más relevantes en forma de frecuencias y distribución en base a la CIE-9^a.

Resultados: Las altas recuperadas fueron 8.444 de las que 1.577 fueron inmigrantes y en 67 casos no pudo establecerse la nacionalidad. Por países, el 28,6% fueron Ecuatorianos, 16,3% Colombianos y 7,2% Marroquíes. La media de edad fue de 26,8 años (Media Geométrica 21,95 años), en varones 26,63 años (M.g. 20,16), mujeres 26,87 (M.g. 22,82). El modo de ingreso fue: Urgente en 82,9%, Programado en 14,7% y Remitido de otro centro 2,4%. Los motivos de alta más frecuente fueron: Parto (CIE-9^a:630-676) 620 altas (37,7%); Traumatismos (CIE-9^a:800-999) 212 altas (12,9%), Enfermedades Digestivas (CIE-9^a:520-579) 129 altas (7,8%). Cabe destacar las enfermedades infecciosas (CIE-9^a:001-139) 5^o lugar con 71 altas y 4,3%. Por nacionalidades y en términos de frecuencias relativas: Los partos son más frecuentes en las poblaciones americanas (400 x 10³ altas), Los traumatismos en población marroquí (237 x 10³), Enf. Digestivas en Ucranianos (166 x 10³) y Enf. Infecciosas en Guineanos (200 x 10³).

Conclusiones: Cabe destacar la baja cumplimentación del campo "Nacionalidad" en los registros hospitalarios (Sensibilidad <30%). Igualmente, desechar la falsa percepción de que la población inmigrante importa enfermedades transmisibles en proporciones destacables, antes al contrario, padecen enfermedades y procesos más relacionados con la exclusión social. Finalmente reseñamos la imposibilidad de trabajar con frecuencias poblacionales dadas las condiciones de ilegalidad y la ausencia de fuentes oficiales de carácter censal así como la desproporcionada resistencia a facilitar información por las autoridades gubernativas.

198

THE EVALUATION OF INTENTIONS OF LITHUANIAN PHYSICIANS AND MEDICAL RESIDENTS TO WORK IN THE EUROPEAN UNION

Mindaugas Stankunas*, Zilvinas Padaiga**, Liudvika Lovkyte**

*Department of Social Medicine, Kaunas University of Medicine, Kaunas, Lithuania.

**Department of Preventive Medicine, Kaunas University of Medicine, Kaunas, Lithuania.

Purpose: The aim of this survey was to evaluate intentions of Lithuanian physicians and medical residents to work in the European Union (EU) after accession.

Methodology: The survey was performed in 2002 in the framework of the project "Health human resource development and planning in Lithuania", sponsored by Open Society Fund / Lithuania. Using the questionnaire developed by the Ministry of Labor and Solidarity of France, 242 medical residents and 497 physicians were surveyed.

Results: Survey results indicated that 60.7% of medical residents and 26.0% of physicians intended to leave for the EU or other countries. The survey also showed that the first-choice countries were United Kingdom, Germany and the Nordic countries. Almost fifteen percent of medical residents and five percent of physicians plan to leave for the EU on permanent basis. The largest part of those who intended to leave for the EU, planned to go there after accession. It was a definitive decision of 2.5 percent of medical residents and 3.8 percent of physicians. The major reasons for leaving were higher salary, better professional possibilities and better quality of life. For medical residents a previous visit abroad for professional reasons increased the risk for intention to work abroad significantly (OR - 3.29, 95% CI 1.73-6.27). In the case of physicians, age was the factor that significantly decreased the risk (OR - 0.94, 95% CI 0.91-0.96); however having friends abroad increased the risk by more than three fold (OR - 3.22, 95% CI 1.91-5.42).

Conclusions: In order to observe the change in intentions of migration to the EU or other countries, the survey should be repeated every three-four years.

197

CASUÍSTICA HOSPITALARIA EN POBLACIÓN INMIGRANTE FEMENINA

Antonio Salazar¹, Elena Navarro-Calderón², Irene Abad³, Inmaculada Llacer⁴, M^a José Moyá⁴, Pilar Palau⁵, Pilar Vicente⁶. Caract. sanitaria población inmigrante en Valencia

¹Servicio de Epidemiología, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España. ²Beca EVES, Conselleria de Sanidad, Generalitat Valenciana, Valencia, España. ³UDCA, Hospital General Universitario, Valencia, España. ⁴UDCA, Pabellón Infantil, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España. ⁵UDCA, Hospital Dr. Peset, Valencia, España. ⁶UDCA, Pabellón Rehabilitación, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España.

La inmigración en España, fenómeno social indudable de la última década, ha sido objeto de escasos estudios epidemiológicos, generalmente, enfermedades transmisibles y parasitarias con una limitada atención a las subpoblaciones que constituyen el colectivo de inmigrantes en nuestro país. Las mujeres inmigrantes constituyen un colectivo socialmente vulnerable que por razón de género pueden sufrir con mayor intensidad la estigmatización de las falsas conjeturas sobre transmisión de enfermedades. Nuestro objetivo fue conocer la utilización hospitalaria por la población inmigrante femenina, cuantificar las patologías atendidas y determinar su perfil de altas hospitalarias.

Material y métodos: Se diseñó un estudio longitudinal retrospectivo recuperando diagnósticos al alta de población inmigrante residente en nuestra área metropolitana. Definición Inmigrante: "Sujeto menor de 65 años, de países distintos de la Unión Europea, con domicilio en el área metropolitana, que causó estancia igual/mayor de 24 horas en alguno de los 8 hospitales públicos del área entre 01/10/01 y 30/09/02". Criterios de exclusión: Ciudadanía de países afines a la Unión Europea o, haber nacido en España. El perfil de recuperación fue común a todos los servicios de admisión. La "Nacionalidad" y/o la ausencia de documento de identificación (DNI, Pasaporte, NSS) se utilizaron como criterios para reducir pérdidas de información. Los datos de filiación fueron contrastados con el SIP (Sistema de Información Poblacional). Se revisaron las Historias Clínicas de los inmigrantes identificados e ingresos con nacionalidad incierta. Se presentan los datos más relevantes en forma de frecuencias y distribución en base a la CIE-9^a de las mujeres inmigrantes.

Resultados: Las altas recuperadas de mujeres fueron 3160 de las que 1099 fueron inmigrantes y en 25 casos no pudo establecerse la nacionalidad. Por países, el 31,5% fueron Ecuatorianas, 18,0% Colombianas y 6,8% Marroquíes. Edad media 26,8 años (SD: 11,67). Por grupos de edad 20-29 años constituyen el 43,4% de las mujeres. Los partos (CIE-9^a: 630-676) con 620 altas son el 55,2% de todas las altas en mujeres, seguidos de las Enfermedades del Aparato Genitourinario (CIE-9^a: 580-629) con 94 altas (8,4%) y las Enfermedades del Aparato Digestivo (CIE-9^a:520-579) con 66 altas (5,9%). Las Enfermedades Infecciosas, en sexta posición, representan 3,4% de las altas. Los modos de ingreso: Urgente 86,4%, Programado 11,6% y Remitido 2,0% establecen su perfil de demanda. La violencia (0,3%) y los trastornos mentales (1,2%) como motivos de ingreso destacan por su baja representación.

Conclusiones: No parece arriesgado considerar que las mujeres inmigrantes, población joven con elevada paridad, forman un núcleo de exclusión social al que se debe evitar añadir la estigmatización como fuentes de infección. Antes al contrario, su regularización deberá modificar su patrón de demanda "por urgencias" y, su integración aflorará aquellas patologías ausentes en la demanda, incluida la violencia de género.

199

DENSIDAD DE INCIDENCIA DE INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS COMO HERRAMIENTA PARA INCORPORAR OPORTUNIDADES DE MEJORA

Raquel Valencia Martín, Josefa María Aldana Espinal, Rosa Marín Collado, Antonia Gasch Illescas, Amparo González Iniesta, Manuel Conde Herrera¹, María José Pérez Lozano, JM. Flores Cordero, F. Murillo Cabeza

Servicio de Medicina Preventiva, HH. UU. Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La medida de la infección nosocomial (IN) constituye un indicador clásico de calidad. Conocer sus valores permite adoptar estrategias de prevención y control.

Objetivo: Conocer la Densidad de Incidencia (DI) de Infección Nosocomial en una Unidad de Cuidados Intensivos Traumatólogica (UCI-T).

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo de pacientes ingresados al menos 48 horas en una UCI-T de un hospital de tercer nivel, desde noviembre 2001 a diciembre 2002. La información se recogió mediante encuesta diseñada para este estudio en la que se incluían variables demográficas y clínicas relacionadas con factores dependientes del paciente, de su patología de ingreso y de la asistencia recibida durante su estancia en UCI. Para el diagnóstico de IN se utilizaron los criterios diagnósticos CDC (92). El análisis se realizó con programa estadístico Epi Info v.6.04d.

Resultados: Se estudiaron 553 pacientes siendo 222 los pacientes infectados. La estancia media fue de 11,92 días (SD 13,02). La mitad de los pacientes tenían un APACHE II de 10 (Rango 0-40). El 62,5% de los pacientes estuvieron sometidos a ventilación mecánica invasiva (VMI), con un tiempo medio de ventilación de 12,1 días (SD 13,15) y una DI de neumonías asociadas a dicho procedimiento de 36,48 por mil días de VMI. El 97,1% de los pacientes tuvo al menos un catéter venoso central (CVC), con una DI de bacteriemia relacionada con CVC de 6,48 por mil días de CVC. El 93,6% de los pacientes estuvo sometido a sondaje urinario (SU), la mitad de ellos durante 8 días (Rango 1-97), siendo la DI de infección de vías urinarias relacionadas con dicho procedimiento de 5,29 por mil días de sonda.

Conclusiones: Dentro de los procedimientos invasivos relacionados con IN, el SU y el CVC muestran una DI acorde con los datos comunicados en otros estudios. La neumonía asociada a VM constituye uno de los problemas más importantes de esta unidad, constituyendo la revisión de los procedimientos de VMI una de las oportunidades de mejora detectadas en nuestro estudio. La monitorización de la DI de IN de manera periódica permite realizar un control de calidad de la asistencia prestada.

200

NUEVA APROXIMACIÓN A LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS SANITARIOS HOSPITALARIOS. ARAGÓN 2001

Juan Ignacio Martín Sánchez*, Jose María Abad Díez**, Federico E. Arribas Monzón**

*Serv medicina preventiva y SP Hospital Universitario, Zaragoza, España. **DG Planificación y Aseguramiento. Serv. Evaluación, Dpto Salud, Gobierno Aragón, Zaragoza, España.

Antecedentes: En el área de cuidados de salud, poder cuantificar un fenómeno permite mejorarlo, por ello diversas agencias de salud han elaborado propuestas de indicadores para valorar la calidad de atención de los servicios de salud y especialmente en el ámbito hospitalario. Se presentan resultados preliminares sobre la utilización de un grupo de indicadores de mortalidad (IQI), elaborados por la Agencia Americana para la investigación de calidad y cuidados de salud (AHRQ) en los hospitales de atención de procesos agudos de Aragón.

Material y métodos: La base de datos utilizada fue el registro de altas hospitalarias (Conjunto mínimo básico de datos, (CMBD)) del año 2001 en la Comunidad Autónoma de Aragón (CAA). Se seleccionaron, de los propuestos por la AHQR, aquellos que se podían calcular para al menos siete de los ocho centros valorados y aquellos que presentaban una mayor robustez. Se utilizaron la tasa de mortalidad (TM) por: infarto agudo de miocardio (M_IAM), insuficiencia cardiaca congestiva (M_ICC), accidente cerebrovascular agudo (M_ACV), hemorragia gastrointestinal (M_HGI), fractura de cadera (M_FC), prótesis de cadera (M_PRO) y neumonía (M_NEU). Se expresa la tasa de mortalidad global de los centros valorados, rangos observados (RO) y coeficiente de variación (CV). Hemos calculado para cada hospital el rango que ocupa en cada uno de los indicadores. A continuación hemos calculado el grado de dispersión de los rangos.

Resultados: La media y el rango de cada uno de los indicadores es el siguiente: M_IAM: 17,58% (RO: 3,51%-37,50%), CV = 55,06; M_ICC: 13,67% (RO: 5,63-20,51%), CV = 30,91; M_ACV: 24,80 (RO: 20,42%-36,63%), CV = 21,27; M_HGI: 5,21 (RO: 3,37-7,69%), CV = 30,32; M_FC: 7,08 (RO: 4,55%-9,89%), CV = 25,07; M_PRO: 0,08% (0,00%-0,56%), CV = 264,58; M_NEU: 13,67% (RO: 9,47%-18,43%), CV = 24,40. En cuanto a los coeficientes de variación de indicadores intracentro, han oscilado entre 44,77 a 91,79 en la serie original. Tras calcular rangos el CV osciló entre 31,65 y 92,29. La mayor consistencia de indicadores intracentro se encontró en los de mayor tamaño.

Conclusiones: Algunos de los indicadores utilizados servirían como indicadores de alerta, más que como sistema de medición de la calidad. La utilidad de estos indicadores en hospitales pequeños es relativa debido al tamaño muestral. Estos indicadores precisarían un ajuste adicional por comorbilidades y otros factores, si se quiere utilizar como sistema de comparación intercentros.

202

REPERCUSIÓN DE LA CARGA TURÍSTICA SOBRE EL USO DE SERVICIOS SANITARIOS EN UN ÁREA CON GRANDES CAMBIOS ESTRUCTURALES Y TEMPORALES

Emilio Perea-Milla¹, Francisco Rivas², José Antonio García¹, Marco Navarro³, Fidel Fernández-Nieto⁴, Marisa Dotor⁴, Joan Carles March⁵, Manuel Carrasco¹, Damián López Cano², et al

¹Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), España. ²Departamento de Geografía, Universidad de Málaga, Málaga, España. ³Mancomunidad de Municipios de la Costa del Sol, Marbella (Málaga), España. ⁴Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud, Málaga, España. ⁵Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España.

Objetivo: Describir la repercusión de la carga turística sobre el uso de servicios sanitarios (urgencias, ingresos, actividad quirúrgica, consultas) y su distinto patrón en periodos de tiempo anuales. Análisis: estadística descriptiva.

Métodos: Diseño: estudio descriptivo. Ámbito: pacientes atendidos en el Hospital Costa del Sol (Marbella, Málaga). Período de estudio: para poder comparar y validar los resultados obtenidos se tomaron dos periodos, 2000 y 2001.

Resultados: Para el total de hospitalizaciones en el año 2000, 13.071, y 2001, 14.358 (lo que supone un incremento anual del 9,8%), la división entre residentes y no residentes en el Área Sanitaria de la Costa del Sol (ASCS), muestra una proporción del 11 a 12% para los externos (no residentes) En la composición según nacionalidad, los extranjeros representan del 17 al 18%. Existe un desigual comportamiento durante el año del número de pacientes según residencia. Los pacientes no residentes en el ASCS, registran un mayor número de ingresos en las fechas de vacaciones (Verano y Semana Santa), mientras para los pacientes internos se produce el fenómeno contrario, dado que es cuando se registra un menor número de hospitalizaciones. La edad media de los pacientes externos varía según la época del año. En verano la edad media se acerca a los 40 años, mientras que en el primer trimestre la edad media se aproxima a 55 años. Por otro lado, el número de urgencias ascendió en el año 2000 a 98.547, y en el 2001 a 104.766, con un incremento del 6,3%. Los pacientes no residentes en el ASCS representan el 18,4% en ambos años, mientras los extranjeros acumulan entre el 17 a 18% del total. En el apartado de Urgencias el fenómeno turístico tiene mayor repercusión. Al igual que en la hospitalización, la distribución de las urgencias según el mes de ingreso presenta oscilaciones dependiendo de la época del año, si bien los cambios afectan tanto a los pacientes externos como internos, aunque en una medida exponencialmente mayor para los residentes fuera del AHCS. El verano y la Semana Santa son los momentos del año que registran un mayor número de urgencias. Se describen las variaciones anuales en el perfil de GDRs.

Conclusiones: La actividad turística explica la variabilidad encontrada en los perfiles de pacientes atendidos por el sistema sanitario público, dado que en verano el turismo está masificado y asociado a personas más jóvenes, mientras que en invierno son los jubilados de edad más avanzada quienes predominan en la zona del Área Sanitaria Costa del Sol. La libre circulación de ciudadanos requiere una valoración de su impacto sobre los sistemas sanitarios públicos, que en ciertas zonas es apreciable.

201

FACTORES RELACIONADOS CON LA COBERTURA DE NECESIDADES DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES CRÍTICOS

José Manuel Velasco Bueno*, Juan Prieto de Paula*, Jorge Castillo Morales*, Nuria Merino Nogales*, Rosa Valero Moll*, María Terrón Ariza*, Emilio Perea-Milla**

*Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), España. **Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Costa del Sol, Marbella (Málaga), España.

Introducción: La familia es un grupo sujeto a la influencia del entorno y la hospitalización de uno de sus miembros crea una situación de crisis que provoca ansiedad y preocupación. Se han señalado como necesidades principales de los familiares de pacientes ingresados en las unidades de cuidados intensivos (UCI) las de información y seguridad entre otras. El conocimiento de los factores influyentes en la cobertura de cada una de ellas permite una mejor planificación de los cuidados.

Objetivos: Identificar factores relacionados con el grado de cobertura de las necesidades expresadas por los familiares de pacientes ingresados en UCI.

Métodos: Diseño: Estudio transversal. Población: Familiares de pacientes ingresados en la UCI del Hospital Costa del Sol de Marbella (Málaga) durante un periodo de un año. Obtención de datos: Cuestionario cumplimentado por el familiar que haya desempeñado el papel de interlocutor con el equipo asistencial. Revisión de la Historia Clínica. Tamaño de la muestra: 254 familiares. Análisis estadístico: Para las variables discretas se realizó distribución de frecuencias, y para las variables continuas medidas de tendencia central y de dispersión. Análisis multivariado mediante modelos de regresión lineal y logística múltiple para cada una de las variables dependientes.

Resultados: No se observaron diferencias clínicas ni estadísticamente significativas entre respondientes y no respondientes salvo en la variable estancia, siendo menor el nº de respuestas entre los familiares de pacientes cuya estancia media era menor (2,7 días) y mayor entre los que permanecieron más días (4,3 días). El 20% de los pacientes fueron extranjeros y el 30% de los familiares no convivían con el paciente. Las necesidades de los familiares se satisficieron de forma variable, alcanzando el nivel de excelencia según la dimensión: seguridad y confianza (66%), información (13%), comodidad (15%), accesibilidad al personal (11%), valoración del trato personal recibido (66%) y satisfacción con la organización actual de las visitas (47%). Se observó asociación entre el grado de cobertura de las distintas necesidades y variables independientes relacionadas con el paciente, la familia o el proceso asistencial como estado al alta, nacionalidad del paciente, grado de parentesco, técnicas agresivas efectuadas, estancia y otras. Se presenta un diagrama de causalidad, con el establecimiento de puntos críticos, basado en las propuestas de los propios familiares.

Conclusiones: En general se aprecia una variabilidad en la cobertura de las necesidades descritas, y las de menor cobertura son vulnerables a intervenciones organizativas y funcionales factibles. El hecho de que en alguna de las necesidades sean muchas las variables que determinan el resultado induce a pensar en la necesidad de una atención individualizada a las necesidades de cada familia.