

SERVICIOS SANITARIOS 2

Viernes 7 de octubre de 2011. 19:00 a 20:30 h

Aula 2 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Moderador: Juan Oliva

134. PERCEPCIÓN DE CONTINUIDAD EN PACIENTES CON EPOC EN ORGANIZACIONES SANITARIAS INTEGRADAS DE CATALUÑA

S. Waibel, R. Gusmão, D. Henao, M.B. Aller, I. Vargas, M.L. Vázquez

Grupo de Investigación en Políticas de Salud y Servicios Sanitarios, Consorcio de Salud y Social de Cataluña (CSC), Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El aumento de la complejidad de los servicios sanitarios, debido a una elevada especialización de la atención, dificulta la trayectoria fluida de los pacientes en el sistema de salud. Nuevas estrategias de provisión, como las organizaciones sanitarias integradas (OSI), pueden mejorar la conexión de la atención a lo largo del tiempo, favoreciendo la continuidad asistencial (CA). La CA es la percepción del paciente sobre la coherencia y unión de la atención a lo largo del tiempo. El objetivo del estudio es analizar la percepción de la continuidad de relación, de información y de gestión entre niveles asistenciales de usuarios con EPOC de OSI en Cataluña.

Métodos: Estudio de casos múltiple, cualitativo y descriptivo, basado en entrevistas semiestructuradas a pacientes. Se seleccionaron 4 OSI de Cataluña y una muestra teórica de pacientes con EPOC. Para triangular la información se entrevistó a los profesionales y se revisaron las historias clínicas. Las entrevistas fueron transcritas textualmente. Se realizó un análisis narrativo del contenido, segmentado por caso, mediante la generación mixta de categorías y con el apoyo del programa Atlas-ti 5.0.

Resultados: Respecto a la continuidad de relación, los pacientes relacionan la alta rotación del personal en atención primaria con las dificultades para establecer un vínculo con los profesionales. Asocian el sentimiento de pertenencia tanto a la competencia técnica y forma de trabajar del médico como a la implicación del propio paciente. Expresan que el principal responsable de la atención clínica de la EPOC es el neumólogo, debido a su competencia técnica y la mayor disponibilidad de los recursos. Respecto a la continuidad de información, los pacientes perciben que hay transferencia de información clínica entre niveles asistenciales. Sin embargo, consideran que algunos profesionales poseen un conocimiento limitado de sus antecedentes clínicos, que relacionan con la falta de tiempo en las consultas y con la insuficiente atención que prestan a sus explicaciones. En relación con la continuidad de gestión, para obtener una atención individualizada consideran necesarias la realización regular de pruebas y la visita de seguimiento; no obstante, esta última es difícil de obtener en atención especializada en algunas OSI.

Conclusiones: Se han identificado elementos de discontinuidad de cada tipo que podrían ser consecuencia de problemas en la coordinación asistencial en algunas OSI.

Financiación: Parcialmente financiado por el FIS (PI10/00348).

511. DE CENICIENTA A PRINCESA: PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO PARA LA SANIDAD EXTERIOR EN ESPAÑA

P. Márquez, I. Vera, M. Faraco, R.M. López

AMSE.

Antecedentes/Objetivos: La sanidad exterior (SE) es la última competencia exclusiva del Estado Español (art. 149.16 Constitución Española) en el Área de la Salud Pública (SP). El modelo actual no solo no es costo-eficiente, sino que atenta contra los acuerdos internacionales suscritos en materia de salud y no responde a la demanda actual de capacidades requeridas por el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El objetivo de esta comunicación es sensibilizar a la salud pública española de la urgente necesidad en el cambio de modelo para esta disciplina.

Métodos: Análisis de las tareas realizadas por el área médica de SE: centros de vacunación internacional, unidades de controles higiénico-sanitarios de medios de transporte internacional, recintos portuarios y aeroportuarios, y traslados internacionales de cadáveres. Análisis de las dependencias jerárquicas orgánicas y funcionales de los servicios médicos de SE para la realización de estas tareas, y revisión del marco legislativo nacional e internacional. Cálculo de los recursos humanos y económicos necesarios para desarrollar dichas tareas siguiendo como modelo una organización eficiente.

Resultados: En una escala de medida de organizaciones eficientes de 1 a 6 (1 óptima, 2 libre de errores, 3 eficiente, 4 eficaz, 5 tareas definidas y 6 indefinición generalizada), la SE española está en el escalón 5. Existen contradicciones y falta de acuerdo entre los 2 ministerios que tutelan esta disciplina. Los recursos humanos asignados son insuficientes, con graves compromisos de inequidad en su distribución geográfica y diferentes interpretaciones del estándar que de forma equitativa deberían adoptar todas sus unidades. Aunque existen planes generales de respuesta y modelos teóricos de integración, no existe una interacción fluida y eficiente con los respectivos servicios regionales de salud, herramienta imprescindible para la misión principal de la SE: evitar la propagación sin control de riesgos sanitarios a través de fronteras.

Conclusiones: El modelo actual de la SE está agotado por falta de recursos, complejos circuitos de gestión (doble dependencia-aplicación de LOFAGE) y su falta de integración en el SNS y en la ReNaVE. Se recomienda una extensa revisión de su organización mediante un proyecto que, evaluando prioridades y tareas de SE, realice un cambio estructural para un mejor y más eficiente servicio a la comunidad en SP. No podemos desaprovechar la oportunidad que supone el proyecto de Ley de SP sin acometer esta rama tradicionalmente olvidada, la Cenicencia de la SP.

544. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y ANÁLISIS DE COSTES DE LA GRIPE A(H1N1) 2009 EN ESPAÑA

O. Garin, M. Galante, E. Sicuri, F. Cots, A. García-Altés, M. Nebot, M. Ferrer, A. Domínguez, J. Alonso

CIBERESP; UPF; IMIM-Hospital del Mar; CRESIB; SAEC-Parc de Salut Mar; AIAQS; ASPB; UAB; UB.

Antecedentes/Objetivos: La gripe es una de las enfermedades de mayor impacto epidemiológico y máxima relevancia en la ges-

ción de servicios sanitarios. Sin embargo, existe poca evidencia (tanto en ondas epidémicas como pandémicas) sobre la estimación de estos costes teniendo en cuenta recursos sanitarios y sociales. El objetivo del estudio fue estimar la utilización de servicios sanitarios y los costes de la gripe A(H1N1) 2009 en pacientes hospitalizados y ambulatorios en España durante la onda pandémica 2009-2010.

Métodos: Estudio multicéntrico longitudinal descriptivo. Se incluyó a pacientes hospitalizados y ambulatorios con diagnóstico confirmado de gripe A(H1N1) 2009 en España. Los análisis se realizaron bajo la perspectiva de la sociedad, el enfoque de la incidencia y un horizonte temporal de 3 meses. Se recogió información sociodemográfica, clínica, de utilización de recursos sanitarios y sociales y absentismo laboral en el momento del ingreso o visita y 45 días después. Para la valoración monetaria de los recursos se imputó su coste unitario a la frecuencia de utilización. El cálculo del coste medio por tipo de paciente se realizó mediante análisis de sensibilidad utilizando simulación de Monte Carlo.

Resultados: Se incluyó a 172 hospitalizados y 224 ambulatorios, de los cuales el 20 y el 30%, respectivamente, eran menores de 17 años. El 12% de los hospitalizados estuvo en UCI durante 7,8 (DE = 3,7) días. La estancia en planta de estos pacientes fue de 9,6 (DE = 7,7) días, y la del resto de los hospitalizados de 5 (DE = 4,4). Aunque los hospitalizados utilizaron más recursos que los ambulatorios, éstos lo hicieron de manera más homogénea. Entre los pacientes trabajadores (43,8% de los hospitalarios y 66,1% de los ambulatorios), la gran mayoría tuvo que solicitar la incapacidad temporal debido al proceso gripal (100% de los hospitalarios y 91,7% de los ambulatorios). La duración media en días de la incapacidad laboral fue de 30 (DE = 20,7) en hospitalizados y 9 (DE = 6,3) en ambulatorios. Los cuidadores del 21,7% de los pacientes hospitalizados tuvieron que dejar de trabajar, así como los del 8,5% de los pacientes ambulatorios. El coste medio por paciente hospitalizado fue de 6.236 € (IC 95%, 1.384-14.623) y del ambulatorio, 940 € (IC 95%, 66-3.064).

Conclusiones: El mayor coste económico se debió a las hospitalizaciones y al absentismo laboral. Estos resultados contribuyen a la evaluación del impacto a nivel global de la gripe pandémica y pueden ser útiles para la planificación de políticas y programas en situaciones similares.

Financiación: Investigación comisionada ISCIII GR09/0026.

641. EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ESPAÑA (2000-2010). UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

F. Catalá-López^a, C. García-Torres^b, G. Sanfélix-Gimeno^a, S. Peiró^a

^aCentro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia;

^bJohn Radcliffe Hospital, Oxford, Reino Unido.

Antecedentes/Objetivos: Examinar la evolución del grado de control de la hipertensión arterial (HTA) en España en el periodo 2000-2010.

Métodos: Diseño: revisión sistemática de la literatura con búsquedas en PubMed/MEDLINE, SCOPUS e IME, más búsquedas manuales complementarias y consultas a expertos. Criterios de inclusión: estudios epidemiológicos con cifras de control de HTA realizados en España a partir del año 2000. Se consideraron los estudios desarrollados en consultas de atención primaria, consultas de atención especializada, unidades de hipertensión y estudios poblacionales. Medida de resultados "mal control" definido por: 1) general: cifras de presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) = 140/90 mmHg; 2) poblaciones de alto riesgo (diabéticos, coronariopátas, nefrópatas): PAS/PAD = 130/80-85 mmHg. La proporción de "mal control" se obtuvo combinando las cifras de los estudios individuales y ponderándolos por el número de hipertensos incluidos en cada estudio. Para estimar

la tendencia se utilizaron modelos de regresión lineal en relación al período (año de finalización del estudio) y a la intensidad de los tratamientos.

Resultados: Se incluyeron 76 estudios con un total de 341.632 pacientes (78,8% eran hipertensos diagnosticados) publicados durante el período 2000-2009. El 93,7% de los pacientes hipertensos estaban tratados (el 50,4% con 2 o más fármacos). Globalmente, el grado de mal control (criterio = 140/90 mmHg) se situó en el 69,7% (rango: 39,6-91,3%), siendo del 90,3% (rango: 67,2-97,1%) en los grupos de alto riesgo (criterio = 130/80-85 mmHg). No se aprecian mejoras o empeoramientos durante el período de estudio.

Conclusiones: El control de la HTA en España es deficiente y, pese a la mayor intensidad del tratamiento antihipertensivo, se ha estabilizado en la última década.

655. SALUD AUTOPERCIBIDA Y USO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS: SEGUIMIENTO DE UNA COHORTE EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

J. Quesada^a, N. Tamayo^a, P. Pereyra-Zamora^a, I. Melchor^a, J. Moncho^a, X. Barber^b, R. López^c, J. Calabuig^d, A. Nolasco^a

^aUnidad de Investigación de A. de Mortalidad y Est. Sanitarias, UA;

^bDepartamento de SP, Historia de la Ciencia y Ginecología, UMH;

^cOficina del Plan de Salud de la CV; ^dServicio de Análisis de Sistemas de Información Sanitaria de la CV.

Antecedentes/Objetivos: La salud autopercibida (SAP) es uno de los indicadores de salud más utilizados y además es conocida su asociación con el uso de servicios hospitalarios (USH). En España existen pocos estudios que relacionen la SAP y el USH en población general. El objetivo de este trabajo es analizar la asociación y el papel predictor de la SAP y otras variables sobre el USH en población de la CV.

Métodos: Estudio longitudinal de seguimiento durante 4 años de la cohorte representativa de adultos (> 16 años) de la ESCV del año 2005. El tamaño de la muestra fue de 5.575 sujetos residentes no institucionalizados en la CV. La variable respuesta fue el resultado de USH (sí/no) obtenida por vinculación probabilística con la base de datos del CMBD de la CV. Las variables explicativas fueron la SAP (buena/mala), sexo, edad, nivel de estudios, situación laboral, nivel de renta autopercibido y país de nacimiento, enfermedad crónica, alguna discapacidad y utilización de servicios hospitalarios (SH) en el último año. Se han ajustado modelos de regresión logística con respuesta binaria uso/no-uso de los SH. Se han calculado los *odds ratio* entre el USH y las variables explicativas así como sus IC al 95%.

Resultados: Tras 4 años de seguimiento, de los 5.575 individuos, 1.352 (24,3%) usaron los SH, 611 hombres (45,2%) y 741 mujeres (54,8%). 5.555 individuos (99,6%) contestaron a la pregunta acerca de su SAP, resultando "mala" para 1.374 (24,7%) individuos, de los que 563 (41,0%) fueron hombres y 811 (59,0%) mujeres. En hombres, al ajustar por todas las variables excepto la SAP, hay un OR de 1,9 de USH si el nivel de renta es bajo y no trabaja. Al incluir la SAP hay un OR de 2,8 si no trabaja y, dentro de las rentas altas, percibe mala salud. En mujeres, hay un OR de 2,9 si hay alguna discapacidad, enfermedad crónica y ha usado los SH en el último año. Al incluir la SAP aparecen significativos el nivel de estudios y país de nacimiento. Tener alguna discapacidad, enfermedad crónica, haber usado los SH anteriormente, tener bajos estudios (solo dentro de los que perciben buena salud) y percibir mala salud (solo dentro de los españoles) conlleva un OR de 7,3.

Conclusiones: La SAP actúa como un predictor del USH tanto en hombres como en mujeres. En hombres aportan capacidad predictiva adicional variables socioeconómicas como la situación laboral y el nivel de renta. En mujeres, la capacidad predictiva adicional la apor-

tan variables de salud como son la enfermedad crónica, discapacidad y uso previo de SH, actuando la SAP como mediador entre éstas y variables sociodemográficas como el nivel de estudios y el país de origen.

858. ESTIMACIÓN DE LOS COSTES ASOCIADOS A LA INFECCIÓN DE LOCALIZACIÓN QUIRÚRGICA EN CIRUGÍA DE COLON

R. Camargo Ángeles, C. Villanueva Ruiz, F.J. Conesa-Peñuela, V. García-Román, J.L. Mendoza García, M. Fuster Pérez, J. Sánchez-Payá

Unidad de Epidemiología, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante.

Antecedentes/Objetivos: La información disponible en nuestro medio sobre costes atribuibles a las infecciones asociadas a los cuidados de salud es escasa, y especialmente para las infecciones de localización quirúrgica (ILQ) según procedimientos quirúrgicos específicos. El objetivo de este trabajo es estimar los costes atribuibles a las ILQ en cirugía de colon.

Métodos: Para realizar la estimación de costes por ILQ se ha utilizado un método de atribución comparativa, y para ello se ha realizado un estudio observacional de tipo cohortes emparejadas. A partir del sistema de vigilancia epidemiológica de ILQ establecido en el centro, se seleccionaron los casos de ILQ (n = 68) ocurridos entre los procedimientos de cirugía de colon del año 2010. Para cada caso de ILQ, se busca un paciente sin ILQ, intervenido del mismo tipo de cirugía, en la semana previa o posterior, y con el mismo índice de riesgo (NNIS: ASA, duración de la cirugía y cirugía abdominal) agrupado en 3 categorías (0, 1-2, 3). El número final de parejas seleccionadas fue de 48, (n = 96). Para cuantificar los costes se utilizaron los días de estancia extra atribuibles a la infección; para ello, se calculó la mediana y los percentiles 25 y 75, de la diferencia de los días de estancia posquirúrgica del grupo de pacientes con ILQ respecto al grupo de pacientes sin ILQ. La estimación del coste en euros de una ILQ se obtiene multiplicando el coste/estancia del servicio de cirugía general por la mediana de días de estancia extra.

Resultados: La mediana de prolongación de días de estancia de los pacientes con infección, respecto a los pacientes sin infección, es de 10 (5-16) días. Siendo el coste/estancia de 305 euros, el coste mediano adicional atribuible a una ILQ en este tipo de cirugía es de 3.050 (1.525-4.880) euros. Para el año 2010, el total de días de estancia extra atribuibles a este tipo de infecciones fue de 680, lo que supone un coste global aproximado de 207.400 euros.

Conclusiones: El coste adicional estimado de una ILQ en cirugía de colon es muy elevado, lo que justificaría, independientemente de otras consideraciones (frecuencia y gravedad del problema, costes intangibles, etc.), el mantenimiento de los programas de vigilancia, prevención y control de estas infecciones en este grupo de pacientes.