

principales tablas son SCORE y REGICOR. Estas últimas están validadas para la población española y tienen tablas específicas para diabéticos.

Bibliografía

1. Clinical Practice Recommendations 2006. American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2006;29:4-42.
2. Bueno H. Infrautilización del ácido acetilsalicílico en la prevención cardiovascular del paciente con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:101-3.
3. López de la Iglesia J, Escudero Álvarez S, González García AM, Mencía Mieres A, García Andrés LE, Morán Fernández B. Empleo de antiagregantes en la prevención primaria y secundaria cardiovascular del diabético en el medio urbano y rural del Área de León. *Aten Primaria*. 2003;31:361-5.
4. Esmatjes E, Castell C, Franch J, Puigoriol E, Hernández R. Consumo de ácido acetilsalicílico en pacientes con diabetes mellitus. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:96-8.

doi:10.1016/j.aprim.2009.05.009

5. Cano-Pérez J, Franch J, Mata M, y miembros de los grupos GEDAPS de España, Guía de tratamiento de la diabetes tipo 2 en atención primaria. 4.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.
6. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008.

José Luis Torres Baile y Guacimara Ortega Sánchez*

Centro de Salud Rodríguez Paterna, Logroño, La Rioja, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gortega@riojasalud.es
(G. Ortega Sánchez).

La satisfacción del usuario: instrumento para valorar el resultado del proceso asistencial en un servicio de urgencias de atención primaria

User satisfaction: A tool to evaluate the results of the care service in a primary care emergency department

Sr. Director:

La satisfacción puede definirse como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario¹; así, este último está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Es un parámetro útil para valorar el resultado del proceso asistencial, las consultas y la comunicación², pues es predictor del cumplimiento del tratamiento y de la adherencia a la consulta; también puede utilizarse como instrumento de mejora de los servicios por proveer³.

Los objetivos planteados con este estudio pretenden conocer la percepción de la calidad de atención y el grado de aceptación por parte de los usuarios del servicio de urgencias de atención primaria (SUAP), conocer la proporción de pacientes satisfechos, la valoración en cuanto a confianza y satisfacción de los usuarios sobre una serie de características del SUAP, y detectar puntos susceptibles de mejora para dirigir nuestras acciones⁴.

Realizamos un estudio descriptivo transversal con aquellos pacientes atendidos en el SUAP durante marzo de 2006, a los que se les suministró un cuestionario autocumplimentado en papel (preguntas de formularios SERVQUAL y SERQVHOS) remitidos por correo postal.

El tamaño de la muestra fue de 235 pacientes, sobre la base de la media de pacientes atendidos por día en el SUAP

(5.500 pacientes por año) para un intervalo de confianza del 95%, con error de muestreo del $\pm 5\%$ y respuesta menor del 50%. Se enviaron 352 encuestas.

Se consideraron variable dependiente el resultado de satisfacción y confianza en el SUAP y variables independientes las características sociodemográficas.

La tasa de respuesta fue del 26,42%, es decir, 93 de las 352 encuestas enviadas.

Llama la atención la relación entre demanda urgente y situación laboral, con mayor porcentaje entre pacientes trabajadores y estudiantes, y una mayor demanda de residentes en municipios más próximos al centro de salud.

Respecto a la dotación del personal médico del SUAP, el 66,2% estaba bastante o muy satisfecho (fig. 1); respecto a

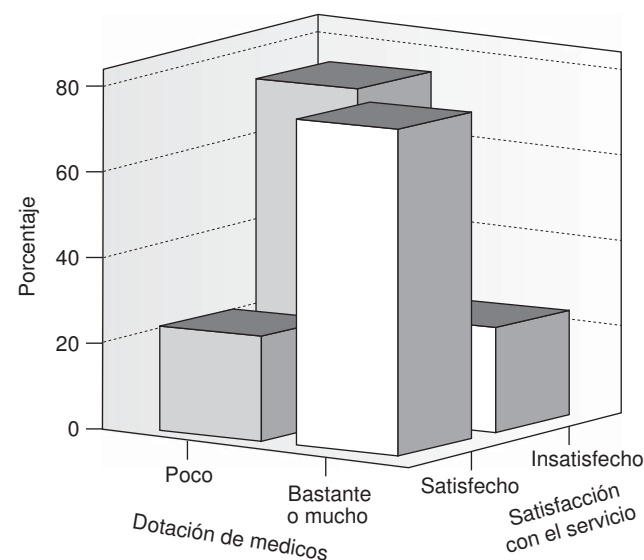


Figura 1 Satisfacción en cuanto a dotación del personal médico en el servicio de urgencias de atención primaria.

enfermería, el 63,3% contestó estar bastante o muy satisfecho, y respecto al personal administrativo, se apreció un descenso de las personas satisfechas al 58,1%. En cuanto a la dotación del material, el 72,4% se sintió muy o bastante satisfecho.

Sobre otros aspectos de la sala de espera, el 83% valoró bien el espacio, el 67,1% valoró positivamente la ventilación, y el 46,5% evaluó bien la comodidad de los asientos. En cuanto a la consulta en sí, el espacio, la ventilación y la limpieza se valoraron positivamente con un 83,1, un 75,9 y un 91,7%, respectivamente.

En la pregunta abierta destacamos 2 puntos relevantes:

A pesar del alto grado de satisfacción, los usuarios del SUAP detallan la necesidad de aumentar la dotación sanitaria con un segundo equipo asistencial, incluso aunque reconozcan un tiempo de espera corto para que los atiendan.

Se aprecia una diferencia clara sobre el concepto "urgencia" entre el profesional y el usuario, concepto en el que prima un criterio clínico para el primero y otro subjetivo para el segundo, lo que puede dar lugar a fricciones. Creemos interesante incidir en la educación sanitaria de nuestra población para evitar la mala utilización del servicio.

El descenso de la satisfacción reflejada sobre el personal administrativo es influido porque carece de actividad en horario nocturno y días festivos.

Respecto al estudio, cabe comentar que las tasas de participación en los estudios mediante encuestas suelen ser bajas (del 30 al 40%)^{5,6}; en cuanto a las limitaciones, son las derivadas de un cuestionario autocumplimentado frente a una entrevista directa, pero creemos que aporta una idea clara sobre la población encuestada.

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.003

Concluimos que la satisfacción del usuario de nuestro servicio es alta (81,8%) y que la instauración del SUAP ha supuesto una mejora del proceso asistencial.

Bibliografía

1. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Peset R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazon I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y Atención Primaria. *Rev Calid Asist.* 2002;17:273–83.
2. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;26–33.
3. Caminal J. Medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. *Rev Calid Asist.* 2001;16:276–9.
4. Magro Perteguer R. Expectativas y satisfacción de los usuarios de Atención Primaria. *SEMERGEN*. 1998;24:711–8.
5. Van Campen C, Sixma H, Kerssens J, Peters L. Comparisons of the cost and quality of patient data collection by mail versus telephone versus in-person interviews. *Eur J Public Health*. 1998;8:66–70.
6. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evaluación de la mejora de calidad de los servicios sanitarios. *Rev Esp Salud Pública*. 1995;69:163–75.

Rosario Zuloaga Mendiola*, Aída de la Fuente Rodríguez, Yolanda Hoyos Valencia y Carlos León Rodríguez

Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Centro de Salud Altamira, Servicio Cántabro de Salud, Puente de San Miguel, Cantabria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: charozuloaga@hotmail.com
(R. Zuloaga Mendiola).

Consumo oculto de cocaína en urgencias neurológicas

Hidden cocaine consumption in neurological emergencies

Sr. Director:

El uso recreativo de la cocaína se relaciona con la aparición de efectos agudos neurológicos¹. España presenta la mayor tasa de consumo de Europa, junto con el Reino Unido². Pocos trabajos han analizado la prevalencia del consumo oculto, esto es, que el paciente no identifica como causa de su consulta. Por esto, diseñamos un estudio prospectivo con el objetivo de conocer la incidencia de consumo no declarado de cocaína entre pacientes que acudían a urgencias hospitalarias por enfermedad neurológica, y si éste suponía

un aumento del gasto sanitario derivado de la asistencia urgente.

Entre octubre de 2005 y septiembre de 2006 se determinaron los niveles de cocaína en orina de pacientes de 16 a 65 años que acudieron a urgencias con un motivo de consulta de tipo neurológico (códigos CIE 9MC 430–438, 780.0–780.4 y 784.0), en las que el paciente no relacionaba su consulta, ni espontáneamente ni tras la anamnesis, con el consumo de cocaína reciente, pero donde el médico por sospecha clínica o protocolo asistencial precisaba de su determinación analítica.

Las variables estudiadas fueron edad, sexo, solicitud y número de pruebas complementarias (analítica, radiografía, tomografía computarizada y ecografía), destino del paciente (ingreso, alta, fallecimiento), tiempo de estancia en urgencias cuando no ingresaba y días de estancia hospitalaria.

La determinación de cocaína (benzoilecgonina y éster de metilecgonina) se realizó mediante ensayo semicuantitativo con tecnología de inmunoanálisis de polarización de la