

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

Tabla 1 Características demográficas y clínicas

	Total	Cocaína +	Cocaína -	p
	n=101	n=6	n=95	
Edad, años	36 ± 12,3	32 ± 8,3	36 ± 12,5	0,44
Sexo masculino, n.º (%)	71 (70,3)	4 (66,7)	67 (66,7)	0,99
Tiempo en urgencias, horas	10 ± 11,1	15 ± 18,7	10 ± 10,3	0,72
Ingreso, n.º (%)	36 (35,6)	2 (33,3)	34 (35,8)	0,99
Tiempo de ingreso, días	12 ± 17,8	15 ± 8,5	12 ± 18,1	0,33
Realización de analítica, n.º (%)	99 (98,2)	6 (100)	93 (97,9)	0,99
Analíticas, media (DE)	1,7 ± 1,01	2 ± 0,82	2 ± 1	0,92
Realización de radiografía, n.º (%)	87 (86)	4 (66,7)	83 (87,3)	0,36
Radiografías, n.º	1 ± 0,77	1 ± 0,75	1 ± 0,77	0,43
N.º de ECG ≥ 1, n.º (%)	3 (3)	0 (0)	3 (3,1)	0,99
N.º de TC ≥ 1, n.º (%)	42 (41,6)	4 (66,7)	38 (40)	0,43
N.º de ecografías ≥ 1, n.º (%)	1 (1)	0 (0)	1 (1,0)	0,99

DE: desviación estándar; ECG: electrocardiograma; TC: tomografía computarizada.

fluorescencia (AxSYM System, Abbott laboratories, Illinois, EE. UU.). Se consideró positivo un valor superior a 300 ng/ml. La significación estadística (pruebas de chi-cuadrado y exacta de Fisher, según procediera) se tomó para valores de probabilidad inferiores a 0,05.

Se recogieron datos de 101 pacientes de los que se obtuvo una prevalencia de consumo no declarado de cocaína del 5,9%. Las características demográficas y asistenciales se presentan en la tabla 1. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre consumidores y no consumidores en las variables estudiadas, tanto demográficas como en estancias y en consumo de recursos diagnósticos. Ningún paciente de la serie falleció.

Aunque no hemos encontrado en la literatura médica trabajos similares a éste, tomando como referencia el dolor torácico, nuestra prevalencia fue inferior al 25% aportado por Sanjurjo et al³ y al 6,4% hallado por nuestro grupo⁴.

En la serie de Sopeña et al⁵, donde analizan los ingresos hospitalarios relacionados al alta con el consumo de cocaína, el porcentaje de sospecha de consumo al ingreso fue sólo del 46%. Nuestro estudio incide, en el mismo sentido, de un probable infradiagnóstico de la asociación cocaína-enfermedad neurológica. Como afirman Blanco et al, debería realizarse un análisis toxicológico a todo paciente joven con enfermedad neurológica aguda, debido a su fácil realización y a su valor diagnóstico¹.

Aunque en este trabajo la cocaína no se asoció con una mayor utilización de recursos sanitarios, no hemos estudiado los efectos crónicos neurológicos ni neuropsiquiátricos. Por eso, este resultado debe situarse exclusivamente en el contexto de casos agudos. El tamaño de la muestra limita, además, el análisis por enfermedades o gravedad, aspectos por desarrollar en futuros estudios, donde la prevalencia hallada servirá para calcular el tamaño muestral.

Aunque la cocaína puede dar positiva en orina incluso 2 semanas después de su consumo, esto no resta valor a su detección, pues su consumo debe considerarse como factor de riesgo vascular cerebral⁶ y propiciar intervenciones

terapéuticas agudas específicas, de prevención y de educación sanitaria.

Es posible, pues, que exista un infradiagnóstico del consumo de cocaína en pacientes atendidos en urgencias con enfermedad neurológica aguda a tener en cuenta sobre todo en sujetos jóvenes.

Financiación

Trabajo financiado por el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo, convocatoria de 2004.

Bibliografía

1. Blanco M, Díez-Tejedor E, Vivancos F, Barreiro P. Cocaína y enfermedad cerebrovascular en adultos jóvenes. *Rev Neurol.* 1999;29:796-800.
2. Galicia M, Nogue S, Sanjurjo E, Miró O. Evolución de las consultas urgentes relacionadas con el consumo de cocaína durante el periodo 2002-2007. *Emergencias.* 2008;20:385-90.
3. Sanjurjo E, Camara M, Nogue S, Negredo M, García S, To-Figueras J, et al. Urgencias por consumo de drogas de abuso: confrontación entre los datos clínicos y los analíticos. *Emergencias.* 2005;17:26-31.
4. Burillo-Putze G, López B, Borreguero León JM, Sánchez M, García González M, Domínguez Rodríguez A, et al. Undisclosed cocaine use and chest pain in emergency departments of Spain. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2009;17:11.
5. Sopeña B, Rivera A, Rodríguez-Domínguez M, Rodríguez-Rodríguez M, Argibay A, Mauea B, et al. Complicaciones relacionadas con el consumo de cocaína que precisan ingreso hospitalario. *Rev Clin Esp.* 2008;208:12-7.
6. Burillo-Putze G, Hoffman RS, Dueñas-Laita A. Cocaína como posible factor de riesgo cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2004;57:595-6.

Eva Vallbona Afonso^a, Juan María Borreguero León^b, Oscar Miró Andreu^c y Guillermo Burillo-Putze^{a,*}

^aServicio de Urgencias, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^bServicio de Laboratorio, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^cSección de Urgencias Medicina, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gburillo@huc.canarias.org (G. Burillo-Putze).

doi:10.1016/j.aprim.2009.06.009

El significado de la palabra “hiperfrecuentación” para los profesionales de atención primaria

The meaning of the word “over use” for primary care professionals

Sr. Director:

Es fácil encontrar el término “hiperfrecuentación” en artículos referentes a la utilización de los servicios de salud de atención primaria (AP) y se nombra, también a menudo, como un problema actual que influye en la calidad de la asistencia (quizás como comodín a la hora de justificar ciertos “desajustes” en el sistema). Pero, ¿sabemos cuál es el verdadero significado de “hiperfrecuentación”? O, planteado de otra manera, ¿qué significado tiene para aquellos profesionales que a diario se encuentran con ésta? Al revisar estudios que plantean dicho término, los criterios para su definición son múltiples¹, lo que no permite arrojar luz a nuestras preguntas. Por esto, nos planteamos conocer de primera mano, al preguntar a los protagonistas, profesionales de AP, cómo definirían ellos este concepto.

Para esto, diseñamos un estudio cualitativo, de análisis del discurso² mediante entrevistas semiestructuradas y con muestreo intencional, en función de las variables que podían condicionar el discurso: área de salud (para intentar recoger posibles diferencias por población atendida), profesión (medicina o enfermería, por las diferentes funciones del trabajo), sexo (por posibles diferencias en varones y mujeres) y número de años trabajados. La población del

estudio está constituida por 12 médicos/as y 6 enfermeros/as de las áreas de salud 1, 3, 7, 8, 9 y 10 de AP de la Comunidad de Madrid (se incluyó un médico, una médica y un/a enfermero/a de cada área).

Tras dicho análisis el resultado que pretendemos destacar (común en todos los participantes) es que los profesionales no “etiquetan” a un paciente como hiperfrecuentador en función del número de visitas (como en la mayoría de los estudios que citan el término), sino en función de la calidad de dichas visitas, es decir, por los problemas que se abordan en las mismas (tabla 1). En la mayoría de las ocasiones son pacientes que acuden a AP para intentar resolver problemas de tipo psicosocial, que según los profesionales escapan del ámbito de AP. Esto produce desgaste tanto en el profesional³ como en el paciente, ya que el criterio de calidad de este último es que al acudir a la consulta solucionen su problema⁴.

Para manejar el problema de la “hiperfrecuentación” de una manera efectiva hay que comprender qué determinantes de salud (eminentemente sociales) lo producen y agilizar la coordinación con los recursos psicosociales correspondientes para que las consultas de AP sean un lugar de resolución de problemas y de encuentros de calidad entre los profesionales y los pacientes satisfactorios para ambos.

Financiación

Este trabajo ha recibido una subvención de investigación del Instituto de Salud Carlos III (Proyecto de Investigación FIS Multicéntrico: 06/1122).

Tabla 1 Percepción de los profesionales de atención primaria sobre características relacionadas con la hiperfrecuentación

“... (lo que) hace que muchísima gente venga a las consultas, bueno, en los pacientes mayores es la soledad, vienen a vernos, pero vienen porque están solos y nosotros los recibimos, y somos los únicos, vamos a ver, los únicos que seguro les vemos.” (Medicina, mujer)
“... personas mal adaptadas, con trastornos de adaptación al estrés realmente, su familia, su trabajo, pues que bueno, pues sufren cualquier mínima adversidad y ya o el estrés, la ansiedad o la depresión...” (Medicina, varón)
“... están llamando la atención, no saben qué pasa en su vida, no saben qué les está pasando, y vienen, vienen a que tú..., vienen a decirte una chorrada, que no es verdaderamente lo que les pasa...” (Enfermería, mujer)
“... (el hiperfrecuentador venía) principalmente, demandando otra cosa, o demandaba mucho, o demandaba mal o venía muchas veces y tenía otro problema no resuelto, o familiar, o a lo mejor es de difícil resolución, que era difícil resolver por nuestra parte, pero que eso le hacía que estuviese aquí muchas veces, con muchos problemas físicos, con muchas cefaleas, con somatizaciones y, a lo mejor, tenía otro problema social detrás.” (Enfermería, varón)