

## Respuesta a: Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias

### Response to: User satisfaction with hospital emergency services

Sra. directora:

Ante todo queremos agradecer las valoraciones de Burillo et al. en su carta<sup>1</sup> en relación a nuestro artículo publicado en la revista<sup>2</sup>, y aprovechar para hacer algunas puntualizaciones.

Estamos de acuerdo en que la metodología de nuestro trabajo permite conocer las variaciones temporales que pueden producirse en la valoración de la calidad percibida en los servicios de urgencias, y posibilitar la toma de decisiones sobre medidas correctoras a adoptar.

En cuanto a la comparación con los resultados del Barómetro Sanitario<sup>3</sup>, cabe especificar diferencias notables en cuanto a la metodología empleada. El Barómetro Sanitario pregunta sobre la calidad de la atención recibida en Urgencias, sin distinguir entre las hospitalarias y las de atención primaria, y el periodo temporal es la atención recibida en los últimos 12 meses. La encuesta EMCA indaga sobre la última atención recibida exclusivamente en servicios de urgencias hospitalarios, y se lleva a cabo en las primeras 48 horas tras la atención. En cuanto a la muestra utilizada, el CIS estudia tan sólo 60 personas para obtener los datos de la Región de Murcia, de los cuales únicamente 30 corresponden a pacientes que habían utilizado el servicio de urgencias hospitalario, mientras que la encuesta EMCA recoge cada año la opinión de 1800 usuarios de estos servicios. Por todo ello, opinamos que nuestros resultados presentan una mayor validez para medir la satisfacción con los servicios de urgencias hospitalarios, un menor error aleatorio y una mayor fiabilidad dado el control del sesgo de recuerdo.

La distribución de edades de los pacientes en nuestro trabajo es similar a la encontrada en otros estudios<sup>4,5</sup>, y aunque el análisis bivariado demuestra una asociación entre la edad y la satisfacción, ésta no se encuentra en el análisis multivariado<sup>2</sup>.

Lo limitado del espacio de la publicación obliga a relegar algunos temas para futuras publicaciones. Así, la inclusión de una pregunta sobre la procedencia del paciente en la encuesta EMCA daba como resultado que sólo el 20,3% de los encuestados había sido remitido

por un médico. En cuanto al grado de prioridad recibido en la atención, que consideramos puede influir en la satisfacción, pero que es de difícil estudio por la variabilidad en la forma de realizarlo y el difícil acceso al registro de algunos hospitales, el cuestionario utilizado incluye una pregunta en la cual el entrevistado debe valorar la gravedad del proceso que le hizo acudir al servicio de urgencias del hospital, y se obtiene que el 47% opinaban que había sido leve o poco grave; un porcentaje lo suficientemente elevado para estudiar las causas que ocasionaron obviar el uso de la atención primaria.

Estamos por completo de acuerdo con la afirmación de lo bien valorados que están los servicios de urgencias de nuestros hospitales, y en que sin duda estas valoraciones están influenciadas por la calidad técnica y el esfuerzo de los profesionales.

### Bibliografía

- Burillo-Putze G, Expósito Rodríguez M, Cinesi Gómez C, et al. Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. *Gac Sanit.* 2013;27:185.
- Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, et al. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit.* 2012;26:159-65.
- Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario, 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en: <http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, et al. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Rev Calid Asist.* 2001;16:37-44.
- Quintana JM, Aróstegui I, Gracia M, et al. Encuesta de satisfacción a pacientes de servicios de urgencias de hospitales de agudos. *Rev Calid Asist.* 1998;13:220-7.

Pedro Parra Hidalgo<sup>a,\*</sup>, Rosa M<sup>a</sup> Bermejo Alegría<sup>b</sup>,  
Adelia Más Castillo<sup>a</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Hidalgo Montesinos<sup>b</sup>,  
Rafael Gouis Cabrián<sup>a</sup> y José Eduardo Calle Uría<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Subdirección de Calidad Asistencial, Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, España  
<sup>b</sup> Universidad de Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pedro.parra@carm.es](mailto:pedro.parra@carm.es) (P. Parra Hidalgo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.007>

## Tuberculosis e inmigración: un reto pendiente de salud pública

### Tuberculosis and immigration: a remaining challenge for public health

Sra. directora:

Hemos leído con interés diversos trabajos publicados durante los últimos 6 años sobre la tuberculosis en la población inmigrante<sup>1-4</sup>, y hemos comprobado que los movimientos migratorios masivos de países con alta endemia de tuberculosis y las condiciones de vida a que se ven sometidos estos inmigrantes han condicionado un aumento de la enfermedad en muchos países de la Unión Europea. Este aumento se ha producido a expensas de este grupo poblacional, sin que haya evidencia de que pueda estar afectando a la epidemiología de la enfermedad en la población autóctona<sup>1,2</sup>.

España, junto con Portugal, presenta la incidencia de tuberculosis más alta de Europa occidental, si bien en las últimas décadas se han conseguido importantes reducciones<sup>5</sup>. Según un informe emitido por el European Centre for Disease Prevention and Control, con

datos de 2009, España registra 16,6 casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes<sup>5</sup>. Ese mismo año, en la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica se declararon 7652 casos de tuberculosis, lo que equivale a una tasa de incidencia de 16,96 por 100.000 habitantes<sup>6</sup>.

El declive, en nuestro país, de la tasa de incidencia de tuberculosis anual se debe en gran parte a la mejoría de las condiciones sociales y sanitarias, y secundariamente a la disponibilidad de tratamientos cada vez más eficaces<sup>2</sup>. Sin embargo, nuevas situaciones epidemiológicas, como la inmigración y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, hacen que siga habiendo serias dificultades para el control adecuado de esta enfermedad<sup>3</sup>.

En los últimos años, España se ha convertido en un lugar receptor de inmigrantes, la mayoría procedentes de países de baja renta, donde la incidencia de la tuberculosis es más alta que en nuestro medio<sup>4</sup>. Se cuestiona si la tuberculosis del inmigrante es una reactivación de una infección antigua adquirida en su país de origen o, por el contrario, es una rápida evolución a enfermedad de una reciente infección en España. Es probable que la tuberculosis en los inmigrantes procedentes de países con alta prevalencia de esta enfermedad se deba a reactivaciones de tuberculosis importadas, que se ponen de manifiesto durante los primeros 5 años

de estancia en España<sup>1-3</sup>. Se sabe que a partir del quinto año de residencia en nuestro país la incidencia de nuevos casos de tuberculosis en inmigrantes es similar a la encontrada entre autóctonos con semejantes características socioeconómicas, pero los datos de epidemiología molecular<sup>1,2</sup> parecen demostrar que un número relativamente importante de tuberculosis en los inmigrantes se adquiere en nuestro país, y en ello influyen de forma prioritaria las malas condiciones de acogida, sociales (hacinamiento, malnutrición), laborales (irregularidad) y sanitarias en que se encuentran<sup>4</sup>. Y en sentido inverso, no parece que la transmisión de *Mycobacterium tuberculosis* de inmigrantes a autóctonos tenga una relevancia significativa como problema de salud pública<sup>3</sup>.

Para concluir, las migraciones y la movilidad demográfica siguen siendo un reto pendiente de salud pública. Esta circunstancia requiere incrementar el control de la tuberculosis con actividades que aseguren el diagnóstico temprano, la disponibilidad del tratamiento adecuado y su seguimiento y finalización, aplicando un sistema de tratamiento directamente observado en pacientes de especial riesgo de abandono precoz o incumplimiento<sup>7</sup>. Del mismo modo, es necesario mejorar las condiciones laborales y sociales de los inmigrantes, así como garantizar la disponibilidad de trabajadores sociales y agentes de salud comunitaria.

### Contribuciones de autoría

Todos los autores han contribuido de manera relevante en la escritura y la revisión crítica del manuscrito, y han dado su aprobación a la versión final para su publicación.

### Financiación

Ninguna.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Bibliografía

1. Lucerna MA, Rodríguez-Contreras R, Barroso P, et al. Epidemiología de la tuberculosis en Almería. Factores asociados a transmisión reciente. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011;29:174-8.
2. Iñigo J, García de Viedma D, Arce A, et al. Analysis and change in recent tuberculosis transmission pattern after a sharp increase in immigration. *J Clin Microbiol*. 2007;45:63-9.
3. Borrell S, Español M, Orcau A, et al. Tuberculosis transmission patterns among Spanish-born and foreign-born populations in the city of Barcelona. *Clin Microbiol Infect*. 2010;16:568-74.
4. Sanz Barbero B, Blasco Hernández T. Características sociodemográficas de la población inmigrante diagnosticada de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. *Gac Sanit*. 2007;21:142-6.
5. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance in Europe 2009. European Centre for Disease Prevention and Control; 2011. (Consultado el 3/5/2012.) Disponible en: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103\\_TB\\_SUR\\_2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1103_TB_SUR_2009.pdf)
6. Rodríguez E, Villarrubia S, Díaz O, et al. Situación de la tuberculosis en España. Casos de tuberculosis declarados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2009. *Bol Epidemiol Sem*. 2010;18:213-20.
7. González-Martín J, García-García JM, Aníbarro L, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2010;28:297.

María José Molina Rueda<sup>a,\*</sup>, Andrés Martín-Vivaldi Jiménez<sup>b</sup> y Francisco Molina Rueda<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España

<sup>c</sup> Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [mjmrueda@gmail.com](mailto:mjmrueda@gmail.com) (M.J. Molina Rueda).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.07.005>

## ¿Son efectivos los planes de prevención ante alertas por olas de calor?

### *Are prevention plans in response to heat wave alerts effective?*

Sra. directora:

El 13 de mayo de 2012 fallecieron dos mujeres como consecuencia de las altas temperaturas registradas en la isla de Gran Canaria. Otras cinco personas fueron atendidas por patologías relacionadas con esta exposición mientras realizaban senderismo. Todos los casos eran turistas británicos mayores de 65 años. La gravedad del hecho no implica que no fuera predecible desde el punto de vista del conocimiento actual que se tiene sobre los extremos térmicos y sus efectos en la salud humana.

Son varios los factores que coinciden en este suceso, desde las elevadas temperaturas que se observaron ese día en Gran Canaria, con un máximo diurno de 40,7°C, hasta la falta de habituación al calor de todos los afectados de origen británico. Numerosos estudios han descrito la existencia de una temperatura de mínima mortalidad que varía de unos lugares a otros<sup>1</sup> como consecuencia de un proceso de adaptación biológica de la población a su entorno. La temperatura máxima diaria media para los británicos en esta época del año es de 17°C, es decir, casi 24°C menos que la exposición en el momento de su fallecimiento. Otro factor relevante

es la edad de los afectados, ya que el grupo con mayor riesgo de fallecimiento por calor, debido a sus condiciones fisiológicas, son las personas mayores de 65 años<sup>2</sup>. Asimismo, la principal medida de prevención desaconseja realizar ejercicio físico al aire libre en las circunstancias meteorológicas que concurrían ese día en Gran Canaria<sup>3</sup>.

Aunque se activó la alerta meteorológica, la alerta en salud pública no estaba activada. El plan de prevención frente a temperaturas extremas se activa, por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a partir del 1 de junio<sup>4</sup>, por lo que desconocemos si la alerta fue transmitida adecuadamente en tiempo y forma. Además, un estudio reciente sugiere que los umbrales de alerta en salud pública en algunas capitales de provincia deberían ser revisados, entre ellos el de Gran Canaria<sup>5</sup>. La alarma en salud pública por ola de calor en Gran Canaria se activa cuando se supera simultáneamente una temperatura mínima diaria de 23°C y una máxima diaria de 33°C<sup>5</sup>. Pero dicho estudio muestra que entre 1995 y 2004 sólo se hubiese activado 12 días, con un riesgo de fallecimiento, no estadísticamente significativo, del 10%. Seguramente esto se deba a que el umbral para la temperatura máxima se revisó al alza, pasando de los 29,8°C (correspondiente al percentil 95 de la serie histórica de las temperaturas máximas de verano) a los actuales 33°C. Mientras, en la vecina Santa Cruz de Tenerife, donde sí se mantuvieron los umbrales originales basados en el percentil 95 en el mismo periodo, la alerta por ola de calor se hubiese