

Conocimiento y satisfacción de los médicos de atención primaria sobre su hospital de referencia

Objetivo. Conocer el grado de conocimiento y la satisfacción sobre el hospital de los médicos de familia de atención primaria de la zona comunitaria de referencia.

Diseño. Estudio transversal mediante cuestionario.

Emplazamiento. Servicio de atención pri-

de referencia comunitaria del Hospital Universitario Vall d'Hebron.

Participantes. Todos los médicos (un total de 270) no especialistas de los 18 equipos.

Mediciones. Se diseñó un cuestionario, con respuestas tipo escala de Likert, según la referencia de un objetivo similar del hospital de Zumarraga¹ (tabla 1).

Resultados. Se obtuvieron 129 respuestas válidas (48%). La edad media de la muestra fue de 42,7 ± 8,2 años. Llevaban trabajando en AP una media de 7,5 ± 6,2 años. El 67,7% de los encuestados era mujer.

Los resultados en porcentaje de respuestas de «bastante y muy de acuerdo» se exponen en la tabla 1.

Cabe destacar que un 50,8% responde que conoce «poco o nada» el hospital y un 75,6% que conoce poco los nombres de los médicos de sus pacientes en el hospital.

El intercambio de opinión entre la AP y el hospital se considera bajo en un 88,1%. El 65,9% opina que el hospital resuelve «bastante o muy bien» los problemas de sus pacientes y un 68,6% cree que el hospital dispone de los recursos, los conocimientos y las habilidades suficientes.

La mayoría de los médicos de AP (94,5%) considera que la demora en las consultas externas del hospital es «poco o nada» satisfactoria y un 89,3% considera también inadecuada la demora de los ingresos programados. El 61,9% de los médicos cree que la continuidad asistencial es inadecuada y el 95,2% desearía más sesiones o consultorías con los especialistas del hospital.

Discusión y conclusiones. Nuestros resultados no difieren de los encontrados tanto en la

TABLA 1. Conocimiento y satisfacción sobre el hospital de los médicos de atención primaria

Suma del porcentaje de respuestas «bastante o muy de acuerdo»

Preguntas del cuestionario	HUVH 2005	Zumarraga 1998	Zumarraga 2000
1. Conozco el hospital y sus instalaciones	49	44	52
2. Conozco su cartera de servicios del hospital	36	–	33
3. Conozco el nombre de los médicos de mis pacientes	24	24	42
4. El hospital resuelve los problemas de los pacientes	66	61	68
5. Puedo intercambiar opiniones con los médicos	12	49	71
6. El hospital dispone de los recursos suficientes	69	58	68
9. La demora para consulta es elevada	94	67	56
10. Recibo informe de alta de consultas	25	27	23
11. La información reconsultas es adecuada	17	24	36
12. La demora para ingreso programado es elevada	89	25	39
13. Recibo el informe de alta hospitalaria adecuado	93	67	77
14. La duración del ingreso es adecuada	83	82	90
15. El servicio de urgencias resuelve los problemas	64	58	74
16. Recibo el informe de urgencias	95	97	97
17. Mis pacientes están satisfechos del hospital	58	79	84
18. La continuidad asistencial es adecuada	38	24	40
19. El nivel de recetas CatSalut es adecuado	5	–	–
20. Quisiera más sesiones y consultorías con hospital	95	–	–

consulta realizada por el hospital de Zumarraga¹ como de los descritos en otros trabajos²⁻⁴. Creemos que estos resultados tienen el valor de aportar datos objetivos y cuantificados sobre este estado de opinión y satisfacción que pueden permitir al hospital diseñar estrategias de mejora.

El porcentaje de respuestas del 48% puede suponer una cierta limitación en estos resultados, pero creemos que el número absoluto de respuestas de 129 y su distribución entre los equipos de AP muestran suficientemente el estado de opinión y satisfacción que era el objetivo del trabajo.

En conclusión, los médicos de AP de la zona comunitaria del hospital consideran que éste es experto, con los recursos suficientes y que en general resuelve de manera satisfactoria los problemas de sus pacientes. Pero estos médicos manifiestan también conocer poco el hospital y a sus profesionales, reclaman sesiones conjuntas y consultorías, y desearían una mayor accesibilidad de sus pacientes a las consultas externas y los ingresos programados.

1. Hospital de Zumarraga. Servicio de salud Osakidetza. Encuesta publicada en la memoria de evaluación de calidad EFQM del hospital, 1998 y 2000.
2. Irazabal L, Gutiérrez B. ¿Funciona la comunicación entre los niveles primario y secundario? *Aten Primaria*. 1996;17:376-81.
3. Gomez N, Orozco D, Merino J. Relación entre atención primaria y especializada. *Aten Primaria*. 1997;20:25-33.
4. Isaac DR, Gijbers AJ, Wyman KT, Martyres RF, Garrow BA. The GP-hospital interface: attitudes of general practitioners to tertiary teaching hospitals. *Med J Aust*. 1997;166:9-12.

Validez del índice de masa corporal autodeclarado en universitarios españoles

Objetivo. Evaluar la validez de los datos autodeclarados de peso, estatura e índice de masa corporal (IMC).

Palabras clave: Coordinación hospital primaria. Satisfacción profesional. Hospital de referencia.

Josep Martí-Valls, Juan Miguel Carbonell y Leonardo Méndez
Hospital Universitario Vall d'Hebron.
Barcelona. España.

Palabras clave: Sobre peso. Pesos y medidas corporales. Antropometría. Validez de las pruebas.

Diseño. Estudio transversal con grupos paralelos.

Emplazamiento. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

Participantes. De los 457 adultos jóvenes españoles matriculados se estudió a 182 (40%), de los cuales 130 eran varones.

Mediciones. Los datos autodeclarados para el IMC fueron obtenidos por medio de un cuestionario y los contrastes de pesos y medidas se realizaron en un laboratorio. Los grupos de estudio de varones (GEV) y mujeres (GEM) fueron emparejados para la formación de los grupos control (GCV y GCM), conforme criterios de edad y talla. Se utilizaron la prueba de la t de Student para grupos dependientes y el coeficiente de correlación r de Pearson. Se estimaron la validez, la sensibilidad y la especificidad del IMC. La clasificación utilizada fue dicotómica: normopeso (hasta 24,9) y exceso de peso (≥ 25).

Resultados. Hubo alta concordancia (entre 0,93 y 0,96) entre los valores medidos y los autodeclarados entre los varones y las mujeres, así como en los grupos de estudio al ser comparados con los respectivos grupos control. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los valores informados y medidos de peso y estatura. Los valores del IMC presentaron concordancias similares (0,96) en ambos sexos, pero en las mujeres se observaron diferencias estadísticamente significativas (GEM 0,76 y GCM 0,95). La validez se estimó en un 80%, un 77% en mujeres y un 83% en varones. Los índices de sensibilidad fueron del 60% en global, el 54% en el sexo femenino y el 66% en el masculino. La especificidad del 100% en los 2 grupos garantizó

la negatividad del diagnóstico con valores autodeclarados.

Discusión y conclusión. Martínez-Ros¹ describió que algo más del 60% de la población de Murcia presentaba algún tipo de exceso de peso. Gutiérrez-Fisac et al² presentaron datos de prevalencia en España mayores en el año 1997 que en 1987. Serra-Majem³ alertó a propósito de la validez de la autoestimación del peso y la talla. Rámalle-Gomara et al⁴ indican la aplicación de las pruebas de sensibilidad y especificidad para evitar diagnósticos falsos positivos, o certificar de su mayor o menor grado de confiabilidad, al igual que Quiles-Izquierdo et al⁵. Los coeficientes de correlación fueron muy elevados para todas las variables, de acuerdo con otros estudios, y más altos que los comunicados en España por Álvarez-Torices et al⁶. Así, los cálculos del IMC con datos autodeclarados pueden ser validados al ser comparados con sus medidas reales en la población universitaria de adultos jóvenes.

Agradecimientos

A la Dra. María Teresa Martínez Ros (Unidad Docente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia, España) por las sugerencias ofrecidas desde el delimitamiento del estudio.

Al Dr. José Manuel Canteras, catedrático de Bioestadística (Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España) por su asistencia en el programa informático y el análisis de los datos.

Al Dr. José Antonio Villegas García (docente de la Universidad Católica San Antonio de Murcia, España) por su ayuda en la coordinación de la colecta de datos en el laboratorio.

João Roberto Liparotti^a,
Horácio Accioly Júnior^a y
Eulália Maria Chaves Maia^b

^aPrograma de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Brasil. Base de pesquisa-Estudos da Vida: homem, natureza e sociedade e Departamento de Educação Física da UFRN. Natal, RN. Brasil.

^bPrograma de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Departamento de Psicologia da UFRN. Natal, RN. Brasil.

1. Martínez-Ros MT. Obesidad y actividad física: prevalencia y factores asociados en una muestra representativa de la población de la Región de Murcia [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 1999.
2. Gutiérrez-Fisac JL, Regidor E, López E, Banegas JR, Rodríguez F. La epidemia de obesidad y sus factores relacionados: el caso de España. *Cad Saude Pública*. 2003;19 Supl 1:S101-10.
3. Serra-Majem L. A propósito de la validez de la autoestimación de peso y talla en los estudios de obesidad. *Endocrinología*. 1993;40:334-5.
4. Rámalle-Gomara E, Mosquera-Lozano D, Brea-Hernando A, Gómez-Alamillo C. Validez de las medidas autodeclaradas de peso y talla en la estimación de la prevalencia de obesidad [carta]. *Med Clin (Barc)*. 1997;108:716.
5. Quiles-Izquierdo J, Vioque J. Validez de los datos antropométricos declarados para la determinación de la prevalencia de obesidad. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:725-9.
6. Álvarez-Torices JC, Franch-Nadal J, Álvarez-Guisasola F, Hernández-Mejía R, Cueto-Espinar A. Self-reported height and weight and prevalence of obesity. Study in a Spanish population. *Int J Obesity*. 1993;17:663-7.