

PERFIL DEL PACIENT HIPERFREQUENTADOR D'UN SERVEI D'ATENCIÓ CONTINUADA

Autors: Jordana Ferrando P¹, Vives Ballester JM², Sainz Beltran Z², Mejía Ganoza I², Ruiz Martin MC¹, Orfila Pernas F³

1. Metge de Família. ABS Montcada i Reixac
2. Metge Resident de Medicina Familiar i Comunitària. ABS Montcada i Reixac
3. Tècnic de Salut. SAP Muntanya. Institut Català de la Salut

Correspondència: purijordana@hotmail.com

Revisors: Xavier Bayona i Ernest Vinyoles

Publicat: Febrer 2016

Jordana Ferrando P, Vives Ballester JM, Sainz Beltran Z, Mejía Ganoza I, Ruiz Martin MC, Orfila Pernas F (2015)

Perfil del pacient hiperfreqüentador d'un servei d'atenció continuada

Available at: <http://pub.bsalut.net/butlleti/vol34/iss1/4>

*Aquest és un article Open Access distribuït segons llicència de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

RESUM

Objectius: Analitzar el perfil del pacient hiperfreqüentador (HF) d'Atenció Continuada (AC). Comparar edat, gènere, motiu de consulta i urgència de la patologia de HF d'AC i HF de cita prèvia (CP).

Disseny: Estudi descriptiu, transversal. Obtenció de dades amb enquesta telefònica i Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP). Realitzat l'any 2008-2009, en un servei d'AC d'una ABS semiurbana.

Anàlisi estadística: comparació de proporcions (khi-quadrat). Per comparar variables qualitatives amb quantitatives s'utilitzen les proves del t-Test o ANOVA o els seus equivalents no paramètrics (Kolmogorov-Smirnof).

Pacients i mètodes: Els pacients en el percentil 97 de nombre de visites es consideraren HF (n final =268, n=369 HF de CP (mostra obtinguda mitjançant números aleatoris)). Es va registrar el motiu de consulta a AC, la urgència de la patologia, el motiu pel qual acudia a AC, professió, nivell d'estudis, estat civil, convivència i nacionalitat.

Resultats: Es van trobar diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) entre HF d'AC i HF de CP l'edat (44,3 (42,0-46,7) HF d'AC vs 59,8 (58,0-61,7) HF de CP)), urgència de la patologia (NO URGENT: 34,7% (29,0-40,4) HF d'AC vs 59,3% (54,3-64,4) HF de CP; URGENT MEDIATA: 35,1% (29,4-40,8) HF d'AC vs 29,5% (29,4-34,2) HF de CP; URGENT IMMEDIATA: 4,1% (2,1-7,2) HF d'AC vs 5,1% (3,1-7,9) HF de CP), motiu de consulta (respiratori 39,2% (33,3-45,0) HF d'AC vs 9,8% (6,9-13,3) HF de CP).

Conclusions: El pacient HF d'AC és un home jove, consulta per motiu respiratori, més urgent que els HF de CP.

Paraules clau: Hiperfreqüentació. Atenció Continuada Extrahospitalària. Perfil.

ABSTRACT

Objectives: To analyse the frequent attendance profile to both an emergency unit and through appointment, comparing age, gender, reason and urgency of the illness.

Design: Cross-sectional, descriptive study. Data were obtained by means of a phone survey and the Catalan electronic record so-called ECAP. This study was carried out in 2008-2009 in an emergency unit service of a semi-urban Health Centre.

Statistical analysis: Comparison of proportions (khi-square). Student's t, ANOVA and their non-parametric equivalent (Kolmogorov-Smirnof) tests were used to compare quantitative with qualitative variables.

Patients and methods: Patients located in the 97th percentile of number of visits were considered as frequent attenders (268 frequent attenders to emergency units and 369 attenders through appointment, taken randomly. The reason for consultation to the emergency unit, the urgency of the illness, job, level of education, marital status, and nationality were registered.

Results: Statistically significant differences were found ($p < 0.05$) between frequent attenders to emergency units and those who attended through appointments in terms of age (44.3 years [42.0-46.7 years]

and 59.8 years [58,0-61.7 years], respectively), urgency of illness (not urgent: 34,7% [29,0- 40,4%] and 59,3% [54,3–64,4%], respectively; mediate urgency: 35,1% [29,4-40,8%] and 29,5% [29,4-34,2%], respectively, and very urgent: 4,1% [2,1-7,2%] and 5,1% [3,1-7,9%], respectively); reason for consultation (respiratory cause 39% [33,3-45,0%] and 9,8% [6,9-13,3%], respectively).

Conclusions: Frequent attendance profile to emergency unit differentiates from those who attend through appointment for being a young man who consults for a respiratory condition and considered more urgent.

Keywords: frequent-attenders, emergency and on-call services.

INTRODUCCIÓ

L'atenció urgent extrahospitalària ha estat objecte d'estudi des dels seus inicis, a causa de la seva massificació i saturació.

Malgrat que els serveis d'urgències extrahospitalaris es van crear per solucionar la demanda d'assistència urgent que no podia esperar a la visita del metge de família (MF) (sobretot en zones rurals), el concepte d'atenció continuada és més ampli, amb un significat de continuïtat de l'assistència fora de l'horari laboral del MF, independent de la urgència clínica¹.

Aquest concepte tan ampli de l'Atenció Continuada (AC) comporta ambigüitat i, en conseqüència, una interpretació errònia per part de l'usuari, no compartida pel MF.

L'usuari utilitza l'AC per consultar allò que ell considera urgent ("urgència sentida")² i quan no pot accedir al seu MF perquè té

llista d'espera. La "urgència sentida" no coincideix, molt sovint, amb la urgència mèdica pròpiament dita. Aquest és un dels motius pels quals l'AC es nodreix de pacients de forma inadequada.

Els estudis que aborden la freqüentació d'urgències coincideixen en la seva massificació^{3,4,5,6}. S'apunten com a causes: una escassa capacitat resolutiva, un bon tracte i el coneixement dels serveis per part del pacient. Altres motius són la demora del MF i la pluripatologia².

A l'objectivar-ho de forma quantitativa, observem que existeix un nombre de pacients que acudeixen de forma injustificada reiteradament a les urgències extrahospitalàries i assenyalen com a possible motiu l'alta accessibilitat al sistema sanitari per aquesta via.

Els estudis trobats a la bibliografia fan referència al perfil dels pacients que acudeixen a urgències (en el nostre cas a AC), però en aquest estudi ens hem interessat en els pacients hiperfreqüentadors (HF) d'AC^{2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21}.

A la bibliografia consultada no hem trobat estudis sobre el perfil del pacient HF en AC. Hem dissenyat aquest estudi amb l'objectiu d'analitzar les principals característiques d'aquest tipus de pacient i comparar l'edat, el gènere, el motiu de consulta i la urgència de la patologia, amb el pacient HF de cita prèvia (CP).

MATERIAL I MÈTODES

Es realitza un estudi descriptiu, comparatiu, transversal, dividit en dos fases (taula 1):

- En una primera fase es comparen les variables edat, gènere, motiu de consulta i urgència de la patologia dels HF d'AC amb els HF de CP i s'observa si existeixen o no, diferències significatives.
- En una segona fase es descriuen les principals característiques del pacient HF d'AC, amb un qüestionari administrat telefònicament.

L'estudi s'ha realitzat a l'ABS Montcada i Reixac de Barcelona, entre els anys 2008 i 2009. L'ABS té dos Centres d'Atenció Primària semiurbans que atenen a la població del municipi de Montcada i Reixac, amb un total de 21 metges per a un total de 33.645 habitants. Quan es va iniciar l'estudi, es donava atenció continuada las 24 hores del dia en horari de dilluns a dijous, de 20h a 8h, divendres de 20h a 9h, dissabte de 9h a 9h i diumenge de 9h a 8h.

El nombre de visites d'AC entre els anys 2008 i 2009 va ser de 15.564 i el nombre de pacients visitats en el mateix període va ser de 8.902.

Es va fer un estudi pilot amb 40 pacients per avaluar la viabilitat de l'estudi.

Les dades dels pacients HF d'AC es van obtenir del registre del programa ECAP (Estació Clínica d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut).

Definim pacient HF com aquell que superava o igualava el percentil 97 en el nombre de visites a AC o CP entre els anys 2008 i 2009.

Per a valorar la qualitat de la urgència, vam consensuar una definició subjectiva,

basada en els nostres coneixements clínics i l'àmbit en que es feia l'estudi (atenció primària):

Definim visita NO URGENT com aquella que no està justificada, URGENT MEDIATA com aquella que pot esperar una hora i URGENT IMMEDIATA com aquella que no pot esperar res.

Es va obtenir del programa ECAP un total de 314 pacients HF de AC que van constituir la mostra d'aquest grup. La mostra de HF de CP es va obtenir mitjançant mostreig aleatori del programa ECAP dels pacients que sobrepassaven o igualaven el percentil 97 de visites a CP (n=369). Els criteris d'exclusió van ser: edat < o = 15 anys, visita domiciliària, i manca de dades a l'ECAP.

Es va fer una enquesta telefònica als pacients HF d'AC. Els HF d'AC que no es van localitzar, es van obtenir les dades de l'ECAP (n final=268).

La mostra de HF d'AC va ser TOTA LA POBLACIÓ (tots els HF d'AC) del percentil 97 que correspon a un risc alfa del 0,95% una precisió de 0,05 en contrast bilateral i una estimació de pèrdues del 14%.

El criteri per seleccionar els HF de CP (controls), va ser que s'assemblessin en tot als HF d'AC (casos), excepte en la variable de estudi (HF d'AC). La grandària de la mostra es va decidir que fos major que els casos (HF d'AC).

Les principals variables estudiades son les següents: gènere, edat, patologia, motiu laboral, motiu familiar, motiu administratiu, motiu econòmic, motiu cultural, motiu relacional, no assignació de MF, manteniment de la confidencialitat, altres motius (AC), altres motius (CP), ocupació, estudis, estat civil, convivència, lloc de naixement.

Es van comparar els HF d'AC i els HF de CP per les variables: gènere, edat, motiu de consulta i urgència de la patologia, ja que

eren las variables que estaven registrades indefectiblement, tant en HF d'AC como en HF de CP.

L'anàlisi descriptiu es presenta en forma de tables de freqüència i percentatges per les variables qualitatives i en valors mitjos per les quantitatives, amb les seves corresponents mesures de dispersió.

Per comparar les diferències entre les variables qualitatives s'utilitza la prova de chi-quadrat. Per comparar variables qualitatives amb quantitatives s'utilitzen les proves del t-Test o ANOVA segons sigui necessari o els seus equivalents no paramètrics si la distribució de la variable no compleix criteris de normalitat (Kolmogorov-Smirnof). La hipòtesi nul·la (H_0) és que no hi ha diferències significatives entre les variables. El grau de significació acceptat és de $p < 0,05$. L'interval de confiança s'estableix en el 95%. Tots els mètodes es realitzen mitjançant l'Statistical Package for Social Science (SPSS) 17.0.

RESULTATS

Es van trobar diferències estadísticament significatives ($p < 0,05$) entre els HF d'AC i els HF de CP en l'edat (44,3 anys (42,0-46,7) en HF d'AC y 59,8 anys (58,0-61,7) en HF de CP), tipus de patologia (figura 1) i urgència de la patologia (Figura 2).

El nivell d'estudis (HF de AC) va ser: analfabet/a (10,52%), estudis primaris (32,74%), estudis secundaris (49,12%), estudis superiors i doctorat (7,6%).

Ocupació: (HF de AC): jubilats/des (16,18%) no remunerats/des (30,05%), oficis (46,24%), professionals (1,15%), no consta (6,32%).

Altres resultats dels HF d'AC van ser: un 6,3% dels HF d'AC refereix no tenir assignat

metge de família; un 7,5% dels HF d'AC ho fan per mantenir la confidencialitat.

L'estat civil més freqüent era el casat i el tipus de convivència més freqüent era amb familiars.

El 87,6% era de nacionalitat espanyola i la resta de fora d'Espanya (taula 2).

El percentatge de persones del total de la població assignada que van utilitzar el Servei d'AC entre els anys 2008-2009 va ser del 26,4%.

El 3,5% dels pacients generen el 13,14% de las visites a AC (el punt de tall es va establir en el percentil 97 aproximadament).

L'índex de freqüentació d'AC va ser de 0,46 visites AC/habitant /any, quelcom menor que altres valors trobats a la bibliografia^{3,4,5} (figura 3).

DISCUSSIÓ

De la mostra de 314 HF d'AC es van obtenir 268 entrevistes (es van perdre 46 pacients). Malgrat això les pèrdues no estaven relacionades amb el motiu de l'estudi doncs eren dades que no constaven a l'ECAP, així doncs es podia tractar d'algun error de registre. Tampoc creiem que afecti la validesa interna de l'estudi (14,7%).

Un biaix que podria produir-se és el de l'entrevistador, però per a evitar-ho vam fer l'estudi pilot i vam valorar, a part de la viabilitat de l'estudi, la forma en que es farien les preguntes, com es registrarien les variables i quins criteris es farien servir per a classificar-les, amb la qual cosa ens vam assegurar la uniformitat en el procés de recollida de dades.

Vam consensuar amb els entrevistadors (que van ser tres) els conceptes de patologia no urgent, urgent mediata i urgent immediata. La classificació

obtinguda és subjectiva i està basada en la observació empírica.

La variabilitat en els valors totals de taules i figures es degut a que les preguntes de la enquesta eren de resposta múltiple. Els enquestats podien escollir més d'una resposta en cada pregunta.

El percentil 97 es va definir d'acord a referències de la bibliografia^{22,23}.

El que un 7,5% dels HF d'AC ho faci per mantenir la confidencialitat, obeiria a causes (adolescents, pacients d'altres municipis...) que requereixen un anàlisi més detallat.

Al nostre estudi, el motiu pel qual el pacient no acudeix al seu MF és el laboral (millor oferta d'horaris de l'AC) (taula 3), té un nivell d'estudis mig, està casat i conviu amb familiars, i és de nacionalitat espanyola.

Com a conclusió d'aquest estudi, podem definir el perfil del pacient HF d'AC del nostre àmbit, com una persona jove, més freqüentment del gènere masculí, motiu de consulta respiratori i una valoració de la gravetat de la urgència major que el HF de CP.

El nostre estudi és descriptiu, realitzat en un període de temps concret, per la qual cosa ens limitem a descriure i comparar característiques de pacients HF en un moment puntual (2008-2009) d'una població (HF de AC de Montcada i Reixac). De moment desconeixem si aquests resultats s'han mantingut en el temps.

Hem trobat resultats similars en estudis de freqüentació d'urgències en el tipus de patologia (respiratori) i gènere (masculí)^{3,6,8,10}.

En estudis de HF de CP vam observar que el perfil diferia en el gènere (dones), l'edat i en que eren pacients amb pluripatologia^{7,8,9,11}.

En un estudi els HF tenien més freqüentment edats entre 35-44 anys i apunta com a causa un major consum de ansiolítics i antidepressius, i un major percentatge de toxicomanies a aquestes edats¹⁴.

En l'únic estudi similar al nostre, sobre freqüentació d'urgències hospitalàries i extrahospitalàries torna a ser el principal motiu de consulta el respiratori i, igual que en el nostre, hi ha una majoria de població de nacionalitat espanyola. A diferència del nostre, s'ha introduït com a variable, el concepte de "urgència sentida" (gravetat) i ha estat aquesta variable el principal motiu d'acudir a urgències. Nosaltres hem classificat la urgència des del punt de vista mèdic, però amb un enfoc orientat a l'Atenció Primària².

També en aquest mateix estudi un 50% dels pacients que acudeixen a urgències ho fan "perquè el metge de família els dona visita per uns quants dies més tard", motiu que nosaltres també hem registrat, però que en el nostre estudi és irrellevant².

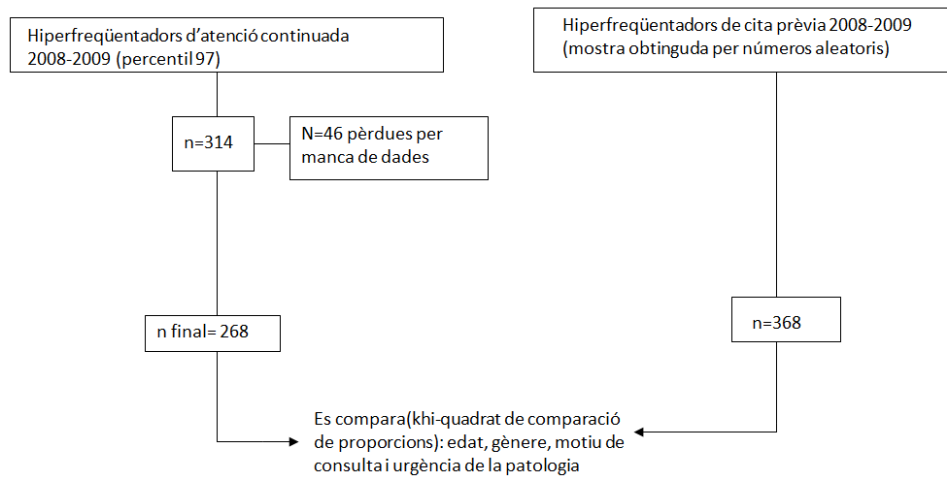
Com a conclusió podem dir que en moltes ocasions no es fa un ús adequat de l'AC per part de l'usuari.

Les propostes més repetides com a possibles solucions són l'abordatge individual dels motius que provoquen la freqüentació, i la cerca de solucions cost-efectives, malgrat que es tracta d'un problema de gran complexitat i difícil solució.

Taula 1. Esquema de l'estudi

Estudi transversal amb una part comparativa.

Part 1^a:



Part 2^a: Enquesta telefònica als pacients hiperfreqüentadors d'atenció continuada.

Taula 2. Lloc de naixement dels pacients hiperfreqüentadors d'atenció continuada		
Catalunya	90	50,0
Rest a d'Espanya	59	32,8
Equador	7	3,9
Marroc	5	2,8
Pakistan	5	2,8
Portugal	3	1,7
Nigèria	2	1,1
Perú	2	1,1
Bolívia	1	0,6
Brasil	1	0,6
Burkina Faso	1	0,6
Xina	1	0,6
Colòmbia	1	0,6
Polònia	1	0,6
Senegal	1	0,6
Total	180	100,0

Taula 3. Motius pels quals acudeixen a atenció continuada els pacients hiperfreqüentadors		
Horari	73	24,8
Motius administratius (justificants, receptes, baixes)	52	17,7
Acudeix més al seu metge de família	45	15,3
Per mantenir la confidencialitat	20	6,8
No té metge de família	17	5,8
Conciliació familiar	16	5,4
Llista d'espera pel metge de família	12	4,1
Desconeixement del sistema sanitari	9	3,1
Immigrant que no s'adapta al sistema sanitari	9	3,1
Soledat	8	2,7
Lloc de treball a prop del centre	7	2,4
Mala relació amb el metge de família	7	2,4
No acudeix a atenció continuada	6	2,0
Idiomàtic	4	1,4
Citació a atenció continuada	4	1,4
Violència de gènere	2	0,7
Mai acudeix al metge de família	2	0,7
Mala atenció metge de família	1	0,3
Total	294	100,0

Figura 1. Motius de la consulta en Atenció Continuada (AC) i Cita Prèvia (CP)

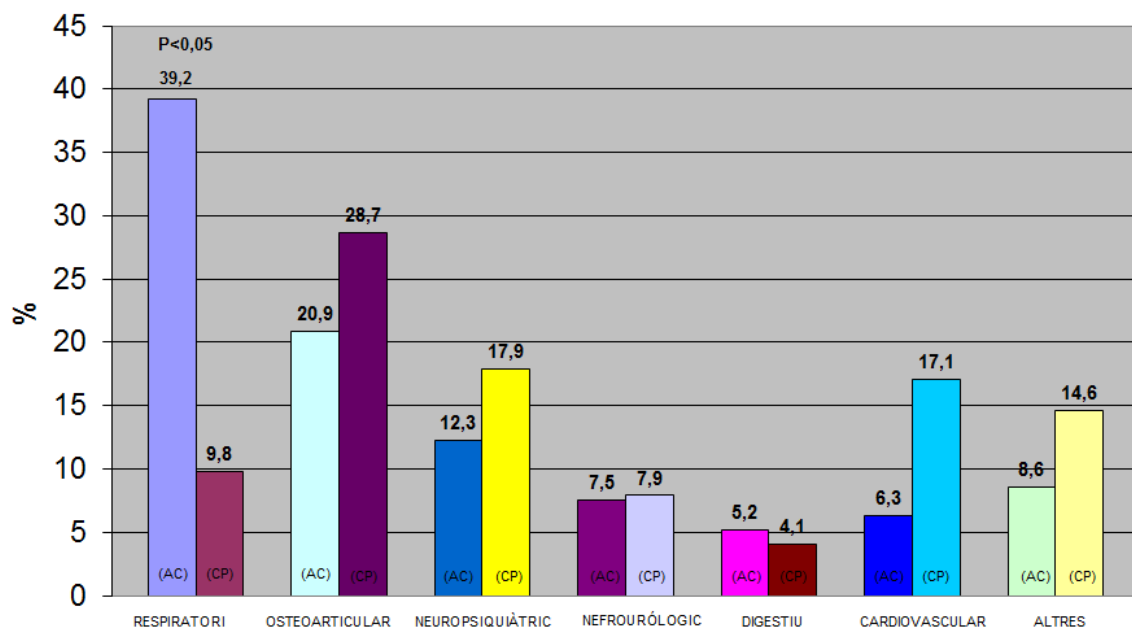


Figura 2. Urgència de la patologia

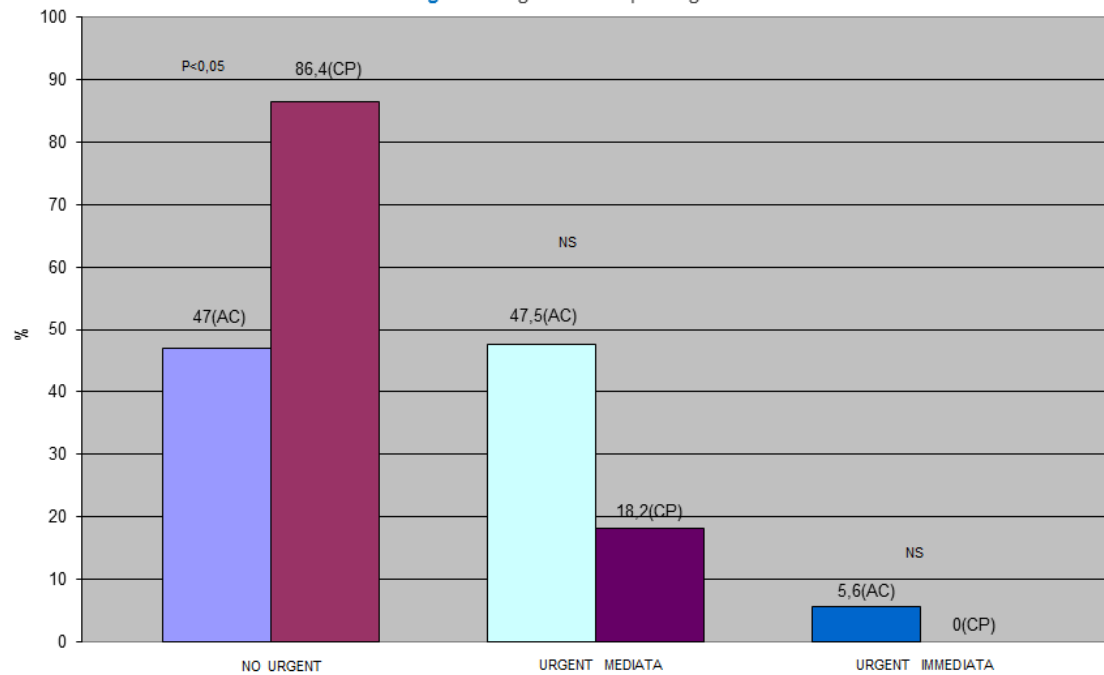
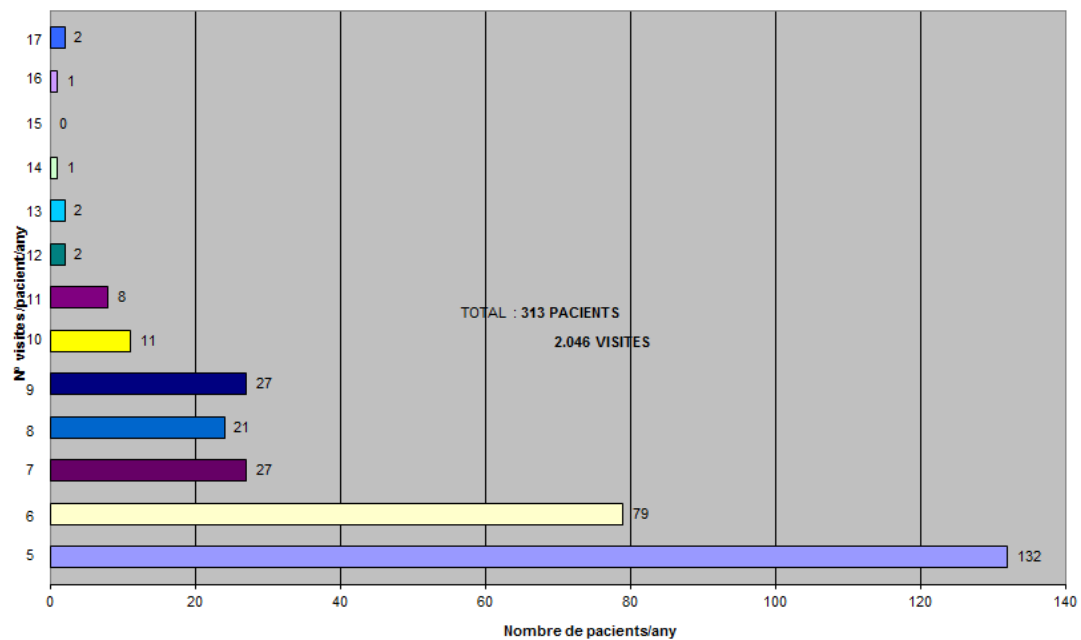


Figura 3. Nombre visites/pacient (Hiperfreqüentadors d'Atenció Continuada)/any



BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.(SAMFYC)*. Ordenación de las urgencias en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1992;9:269-275.
2. Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F.Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias en Navarra. Razones que las motivan.*An Sist Sanit Navarr* 2009;32(3):371-384.
3. Naya Cendon Ch,Rodríguez de la Iglesia MA, Blanco Rodríguez E.Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario. Motivos de consulta , opinión de los usuarios y posibles soluciones.*Cad Aten Primaria* 2010;17(1):15-18.
4. Fuentes Lema MD , López Pérez A.Análisis de las urgencias extra-hospitalarias en la comarca de Verín.*Cad Aten Primaria* 2008;15(1):29-32.
5. Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández Blanco V, Rodríguez Álvarez A, Peiró S.Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias:variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001.*Gac Sanit* 2007;21(4):316-320.
6. Trillo Fernández C, García Guerrero J, Oliva García JM^a, Martínez Diz S, Villo Moreno C, Muñoz Hernández A.Estudio de los factores que influyen en la hiperutilización del Servicio de Urgencias en nuestro Centro de Salud.Centro de Salud 1998;6:298-303.
7. Aguirre Rodríguez CJ , Hernández Martínez N, Aguirre Rodríguez FJ, González Expósito JM.La atención continuada y el problema de frecuentación del servicio. Estudio de algunos parámetros de la atención continuada en una zona bàsica de salud y el problema de frecuentación al servicio.*Aten Primaria* 2004;34:105-106.
8. Agirre Rodríguez CJ, Hernández Martínez N, Aguirre Rodríguez FJ , González Expósito JM.La atención continuada y el problema de frecuentación del servicio.Estudio en una zona bàsica de salud. *Medicina General* 2005;70:11-15.
9. Álvarez-Tutor E, Álvarez_tutor J, Ciriza Lalaguna C, Aznal Sagasti M^aV,Navas García M^aI.Estudio descriptivo de las urgencias extrahospitalarias no domiciliarias producidas durante un año en un centro de salud de Navarra. Perfil de los pacientes que las frecuentan. *Centro de Salud* 2008;8(1):41-45.
10. Pérez Rivas FJ, Couce Seixas R, Canals Aracil M, Calzado López B. Evaluación de la atención de urgencias en un Centro de Salud Rural.*Centro de Salud* 1998;7(2):103-109.
11. Belloni JA,Rodríguez-Ballón A,Luna JD,Torres-González F. Succesful GP intervention with frequent attenders in primary care:randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 2008;58:324-330.
12. Frans TH. M. Smiths, Karin A. Wiltkamp, Aart H. Schene , Patrick J.E. Bindels &Henk C.P.M. Van Weert.Interventions on frequent attenders in primary care. A systematic literature review. *Scand J Prim Health Care* 2008;26:111-116.
13. Mancera Romero J, Muñoz Cobos F, Paniagua Gómez F, Fernández Lozano C, Fernández Tapia ML, Blanca Barba FJ.Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a

demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria* 2004;27(9):658-662.

14. Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;18:484-490.

15. Llorente Álvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P, Alonso Fernández M. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1996;17:100-107.

16. Guerra de Hoyos JA, De Arca Contreras IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria* 2007;39(7):349-354.

17. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria* 2004;33(2):78-85.

18. Jordan K, Ong BN, Croft P. Previous consultation and self reported health

status as predictors of future demand for primary care. *J Epidemiol Community Health* 2003;57:109-113.

19. Stewart P and O'Dowd T. Clinically inexplicable frequent attenders in general practice. *Br J Gen Pract* 2002;52:1000-1001.

20. Pastor Sánchez R, López Miras A, Pérez Fernández M, Gervas Camacho J. Continuidad y longitudinalidad en medicina general en cuatro países europeos. *Rev Esp Salud Pública* 1997;71:479-485.

21. Anexo 1. CNO-94. Clasificación Nacional de Ocupaciones 1994. www.ine.es/clasif/cnoh.htm

22. Anexo 2. CNED-2000. Clasificación Nacional de Educación 2000. www.ine.es/clasif/cnedniv.xls

23. Howe A, Parry G, Dickvance D and Hockley B. Defining frequent attendance: evidence for routine age and sex correction in studies from primary care settings. *Br J Gen Pract* 2002;52:561-562.

24. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A y Grupo DASMAR*. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria* 2008;40(12):631-632.