

PERFIL DEL PACIENTE HIPERFRECUENTADOR DE UN SERVICIO DE ATENCIÓN CONTINUADA

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

1. Médico de familia. ABS Montcada i Reixac
2. Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Montcada i Reixac
3. Técnico de Salud. SAP Muntanya. Institut Català de la Salut

Correspondencia: purijordana@hotmail.com

Revisores: Xavier Bayona y Ernest Vinyoles

Publicado: Enero 2016

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

Perfil del paciente hiperfrecuentador de un servicio de atención continuada

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

*Este es un artículo Open Access distribuido según licencia de Creative Commons
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>)*

RESUMEN

Objetivos: Analizar el perfil del paciente hiperfrecuentador (HF) de Atención Continuada (AC). Comparar edad, género, motivo de consulta e urgencia de la patología de HF de AC i HF de cita previa (CP).

Diseño: Estudio descriptivo, transversal. Obtención de datos con encuesta telefónica y la Estación Clínica de Atención Primaria: ECAP. Realizado el año 2008-2009, en un servicio de AC de una ABS semiurbana.

Análisis estadístico: comparación de proporciones (chi-cuadrado). Para comparar variables cualitativas con cuantitativas se utilizan las pruebas de t-Test o ANOVA o sus equivalentes no paramétricos (Kolmogorov-Smirnof).

Pacientes i métodos: Los pacientes en el percentil 97 de número de visitas se consideraron HF (n final =268, n=369 HF de CP (muestra obtenida mediante números aleatorios)). Se registró el motivo de consulta a AC, la urgencia de la patología, el motivo por el que acudía a AC, profesión, nivel de estudios, estado civil, convivencia y nacionalidad.

Resultados: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre HF de AC y HF de CP la edad (44,3 (42,0-46,7) HF de AC vs 59,8 (58,0-61,7) HF de CP)), urgencia de la patología (NO URGENTE: 34,7% (29,0-40,4) HF de AC vs 59,3% (54,3-64,4) HF de CP; URGENTE MEDIATA: 35,1% (29,4-40,8) HF de AC vs 29,5% (29,4-34,2) HF de CP; URGENTE INMEDIATA: 4,1% (2,1-7,2) HF de AC vs 5,1% (3,1-7,9) HF de CP), motivo de

consulta (respiratorio 39,2% (33,3-45,0) HF de AC vs 9,8% (6,9-13,3) HF de CP).

Conclusiones: El paciente HF de AC es un hombre joven, consulta por motivo respiratorio, más urgente que los HF de CP.

Palabras clave: Hiperfrecuentación. Atención Continuada Extrahospitalaria. 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 (chi-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.

INTRODUCCIÓN

La atención urgente extrahospitalaria ha sido objeto de estudio desde sus inicios, por su masificación y saturación.

A pesar de que los servicios de urgencias extrahospitalarios se crearon para solucionar la demanda de asistencia urgente que no podía esperar a la visita del médico de familia (MF) (sobre todo en zonas rurales), el concepto de “atención continuada” es más amplio, con un significado de continuidad de la asistencia fuera del horario laboral del MF, independiente de la urgencia clínica¹.

Este concepto tan amplio de la Atención Continuada (AC) comporta también ambigüedad y, en consecuencia, una interpretación errónea por parte del usuario, no compartida por el MF.

El usuario utiliza la AC para consultar lo que él considera urgente (“urgencia sentida”)² y que no puede acceder a su MF porque tiene lista de espera. La “urgencia sentida” no coincide, muy a menudo, con la urgencia médica como tal. Este es uno de los motivos por los que la AC se nutre de pacientes de forma inadecuada.

Los estudios que abordan la frecuentación de urgencias coinciden en su masificación^{3,4,5,6}. Se apuntan como causas, una escasa capacidad resolutive, un buen trato, y el conocimiento de los servicios por parte del paciente. Otros motivos son la demora del MF y la pluripatología².

Al objetivarlo de forma cuantitativa, observamos que existe un número de pacientes que acuden de forma injustificada reiteradamente a las urgencias extrahospitalarias y señalan como posible motivo la alta accesibilidad al sistema sanitario por esta vía.

Los estudios encontrados en la Bibliografía hacen referencia al perfil de los pacientes que acuden a urgencias (en nuestro caso a AC), pero en este estudio nos hemos interesado por los pacientes hiperfrecuentadores (HF) de AC^{2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21}.

En la Bibliografía consultada no hemos encontrado estudios sobre el perfil del paciente HF en AC. Por este motivo, hemos diseñado este estudio, con el objetivo de analizar las principales características de este tipo de paciente y comparar la edad, el género, el motivo de consulta u la urgencia de la patología, con el paciente HF de Cita Previa (CP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, comparativo, transversal, dividido en dos fases (tabla 1):

- En una primera fase se comparan las variables edad, género, motivo de consulta y urgencia de la patología de los HF de AC con los HF de CP y se observa si existen o no, diferencias significativas.
- En una segunda fase se describen las principales características del paciente HF de AC, con un cuestionario administrado telefónicamente.

El estudio se ha realizado en el ABS Montcada i Reixac de Barcelona, entre los años 2008 y 2009. El ABS tiene dos Centros de Atención Primaria semiurbanos que atienden a la población del municipio de Montcada i Reixac, con un total de 21 médicos para un total de 33.645 habitantes. Cuando se inició el estudio, había atención continuada las 24 horas del día en horario de lunes a jueves, de 20h a 8h, viernes de 20h a 9h, sábado de 9h a 9h y domingo de 9h a 8h.

El número de visitas de AC entre los años 2008 y 2009 fue de 15.564 y el número de pacientes visitados en el mismo periodo fue de 8.902.

Se realizó un estudio piloto con 40 pacientes para evaluar la viabilidad del estudio.

Los datos de los pacientes HF de AC se obtuvieron del registro del programa ECAP (Estación Clínica de Atención Primaria del Institut Català de la Salut).

Definimos paciente HF como aquel que superaba o igualaba el percentil 97 en el

número de visitas a AC o CP entre los años 2008 y 2009.

Para valorar la calidad de la urgencia, consensuamos una definición subjetiva, basada en nuestros conocimientos clínicos y el ámbito en qué se realizaba el estudio (atención primaria):

Definimos visita NO URGENTE como aquella que no está justificada, URGENTE MEDIATA como aquella que puede esperar una hora y URGENTE INMEDIATA como aquella que no puede esperar nada.

Se obtuvo del programa ECAP un total de 314 pacientes HF de AC que constituyeron la muestra de este grupo. La muestra de HF de CP se obtuvo mediante muestreo aleatorio del programa ECAP de los pacientes que sobrepasaban o igualaban el percentil 97 de visitas a CP (n=369). Los criterios de exclusión fueron: edad < o = 15 años, visita domiciliaria, y falta de datos del ECAP.

Se realizó una encuesta telefónica a los pacientes HF de AC. De los HF de AC que no se localizaron, se obtuvieron los datos del ECAP (n final=268).

La muestra de HF de AC fue de TODA LA POBLACIÓN (todos los HF de AC) del percentil 97 que corresponde a un riesgo alfa del 0,95% una precisión de 0,05 en contraste bilateral y una estimación de pérdidas del 14%.

El criterio para seleccionar los HF de CP (controles), fue que se pareciesen en todos a los HF de AC (casos), excepto en la variable de estudio (HF de AC). El volumen de la muestra se decidió que fuera mayor que los casos (HF de AC).

Las principales variables estudiadas son las siguientes: género, edad, patología, motivo laboral, motivo familiar, motivo administrativo, motivo económico, motivo cultural, motivo relacional, no asignación de MF, mantenimiento de la confidencialidad, otros motivos (AC), otros

motivos (CP), ocupación, estudios, estado civil, convivencia, lugar de nacimiento.

Se compararon los HF de AC y los HF de CP por las variables: género, edad, motivo de consulta y urgencia de la patología, ya que eran las variables que estaban registradas indefectiblemente, tanto en HF de AC como en HF de CP.

El análisis descriptivo se presenta en forma de tablas de frecuencia y porcentajes para las variables cualitativas y en valores medios para las cuantitativas, con sus correspondientes medidas de dispersión.

Para comparar las diferencias entre las variables cualitativas se utiliza la prueba de chi-cuadrado. Para comparar variables cualitativas con cuantitativas se utilizan las pruebas del t-Test o ANOVA según sea necesario o sus equivalentes no paramétricos si la distribución de la variable no cumple criterios de normalidad (Kolmogorov-Smirnov). La hipótesis nula (H_0) es que no hay diferencias significativas entre las variables. El grado de significación aceptado es de $p < 0,05$. El intervalo de confianza se establece en el 95%. Todos los métodos se realizan mediante el Statistical Package for Social Science (SPSS) 17.0.

RESULTADOS

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los HF de AC y los HF de CP en la edad (44,3 años (42,0-46,7) en HF de AC y 59,8 años (58,0-61,7) en HF de CP), tipo de patología (figura 1) y urgencia de la patología (figura 2).

El nivel de estudios (HF de AC) fue: analfabeto/a (10,52%), estudios primarios (32,74%), estudios secundarios (49,12%), estudios superiores y doctorado (7,6%).

Ocupación: (HF de AC): jubilados/des (16,18%) no remunerados/das (30,05%),

oficios (46,24%), profesionales (1,15%), no consta (6,32%).

Otros resultados de los HF de AC fueron: un 6,3% de los HF de AC refiere no tener asignado médico de familia; un 7,5% de los HF de AC lo hacen para mantener la confidencialidad.

El estado civil más frecuente era el casado y el tipo de convivencia más frecuente era con familiares.

El 87,6% era de nacionalidad española y el resto de fuera de España (tabla 2).

El porcentaje de personas del total de la población asignada que utilizaron el Servicio de AC entre los años 2008-2009 fue del 26,4%.

El 3,5% de los pacientes generan el 13,14% de las visitas a AC (el punto de corte se estableció en el percentil 97 aproximadamente).

El índice de frecuentación de AC fue de 0,46 visitas AC/habitante/año, algo menor que otros valores encontrados en la bibliografía^{3,4,5} (figura 3).

DISCUSIÓN

De la muestra de 314 HF de AC se obtuvieron 268 entrevistas (se perdieron 46 pacientes). A pesar de ello, las pérdidas no estaban relacionadas con el motivo del estudio, ya que eran datos que no constaban en el ECAP. Así pues, se podía tratar de algún error de registro. Tampoco creemos que afecte a la validez interna del estudio (14,7%).

Un sesgo que podría producirse es el del entrevistador, pero para evitarlo hicimos el estudio piloto y valoramos, a parte de la viabilidad del estudio, la forma en que se realizarían las preguntas, cómo se utilizarían las variables y qué criterios se utilizarían para clasificarlas, con lo cual nos aseguramos la uniformidad en el proceso de recogida de datos.

Consensuamos con los entrevistadores (que fueron tres) los conceptos de patología no urgente, urgente mediata y urgente inmediata. La clasificación obtenida es subjetiva y está basada en la observación empírica.

La variabilidad en los valores totales de las tablas y figuras es debida a que las preguntas de la encuesta eran de respuesta múltiple. Los encuestados podían escoger más de una respuesta en cada pregunta.

El percentil 97 se definió de acuerdo a referencias de la bibliografía^{22,23}.

El que un 7,5% de los HF de AC lo haga para mantener la confidencialidad, obedecería a causas (adolescentes, pacientes de otros municipios...) que requieren un análisis más detallado.

En nuestro estudio, el motivo por el que el paciente no acude a su MF es el laboral (mejor oferta de horarios de la AC) (tabla 3), tiene un nivel de estadios medio, está casado y convive con familiares, y es de nacionalidad española.

Como conclusión de este estudio, podemos definir el perfil del paciente HF de AC de nuestro ámbito, como una persona joven, más frecuentemente del género masculino, motivo de consulta respiratorio y una valoración de la gravedad de la urgencia mayor que el HF de CP.

Nuestro estudio es descriptivo, realizado en un periodo de tiempo concreto, por lo que nos limitamos a describir y comparar características de pacientes HF en un momento puntual (2008-2009) de una población (HF de AC de Montcada i Reixac). De momento, desconocemos si estos resultados se han mantenido en el tiempo. Hemos encontrado resultados similares en estudios de frecuentación de urgencias en

el tipo de patología (respiratorio) y género (masculino)^{3,6,8,10}.

En estudios de HF de CP observamos que el perfil difería en el género (mujeres), la edad y en que eran pacientes con pluripatología^{7,8,9,11}.

En un estudio los HF tenían más frecuentemente edades entre 35-44 años y apunta como causa un mayor consumo de ansiolíticos y antidepresivos, y un mayor porcentaje de toxicomanías a estas edades¹⁴.

En el único estudio similar al nuestro, sobre frecuentación de urgencias hospitalarias y extrahospitalarias vuelve a ser el principal motivo de consulta el respiratorio y, igual que en el nuestro, hay una mejoría de población de nacionalidad española. A diferencia del nuestro, se ha introducido como variable, el concepto de "urgencia sentida" (gravedad) y ha sido esta variable el principal motivo de acudir a urgencias. Nosotros hemos clasificado la urgencia desde el punto de vista médico, pero con un enfoque orientado a la Atención Primaria².

También en este mismo estudio un 50% de los pacientes que acude a urgencias lo hacen "porque el médico de familia les da visita para unos cuantos días más tarde", motivo que nosotros también hemos registrado, pero que en nuestro estudio es irrelevante².

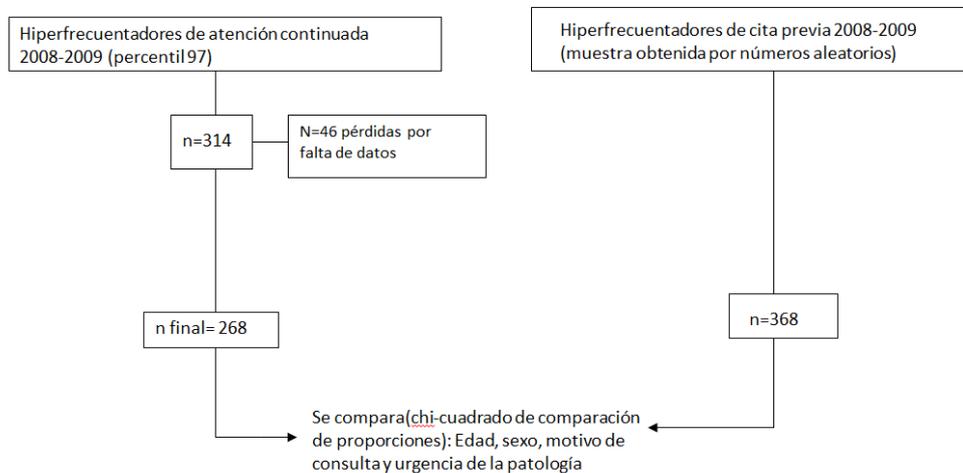
Como conclusión podemos decir que en muchas ocasiones no se hace un uso adecuado de la AC por parte del usuario.

Las propuestas más repetidas como posibles soluciones son el abordaje individual de los motivos que provocan la frecuentación, y la búsqueda de soluciones costo-efectivas, a pesar de que se trata de un problema de gran complejidad y difícil solución.

Tabla 1. Esquema del estudio

Estudio transversal con una parte comparativa.

Parte 1ª:



Parte 2ª: Encuesta telefónica a los pacientes hiperfrecuentadores de atención continuada.

Lugar de nacimiento	Número de pacientes	Porcentaje
Catalunya	90	50,0
Resto de España	59	32,8
Ecuador	7	3,9
Marruecos	5	2,8
Pakistán	5	2,8
Portugal	3	1,7
Nigeria	2	1,1
Perú	2	1,1
Bolivia	1	0,6
Brasil	1	0,6
Burkina faso	1	0,6
China	1	0,6
Colombia	1	0,6
Polonia	1	0,6
Senegal	1	0,6
Total	180	100,0

Motivo	Número de pacientes	Porcentaje
Horario	73	24,8
Motivos administrativos (justificantes, recetas, bajas)	52	17,7
Acude más a su médico de familia	45	15,3
Para mantener la confidencialidad	20	6,8
No tiene médico de familia	17	5,8
Conciliación familiar	16	5,4
Lista de espera para el médico de familia	12	4,1
Desconocimiento del sistema sanitario	9	3,1
Inmigrante que no se adapta al sistema sanitario	9	3,1
Soledad	8	2,7
Lugar de trabajo cerca del centro	7	2,4
Mala alació con le médico de familia	7	2,4
No acude a atención continuada	6	2,0
Idiomático	4	1,4
Citación a atención continuada	4	1,4
Violencia de género	2	0,7
Nunca acude al médico de familia	2	0,7
Mala atención médico de familia	1	0,3
Total	294	100,0

Figura 1. Motivos de consulta en Atención Continuada(AC) y Cita Prèvia (CP)

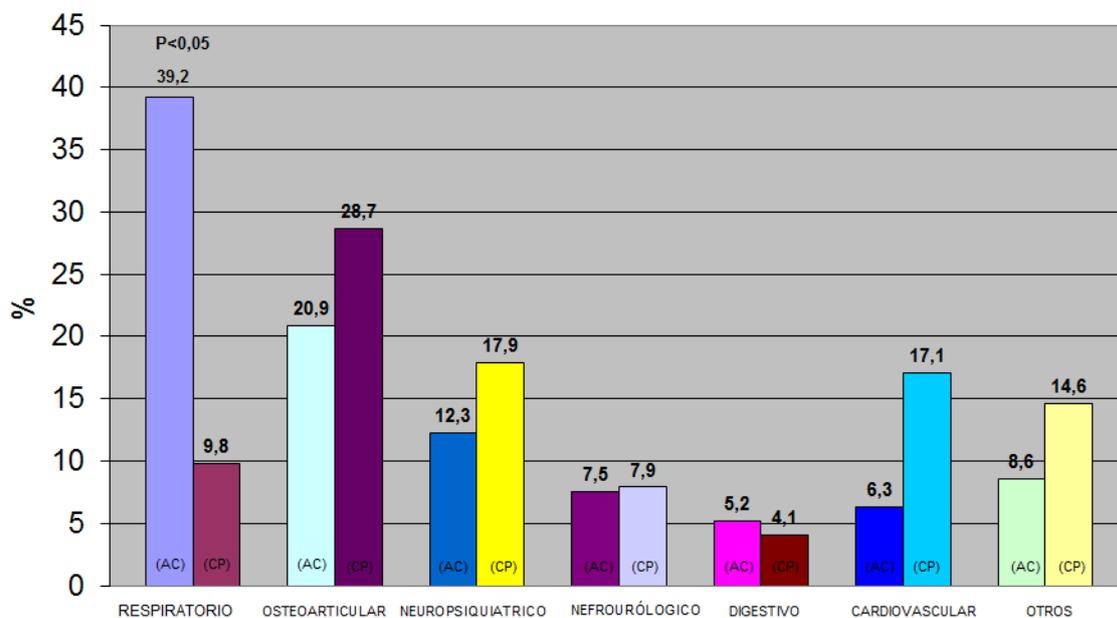


Figura 2. Urgencia en la patología

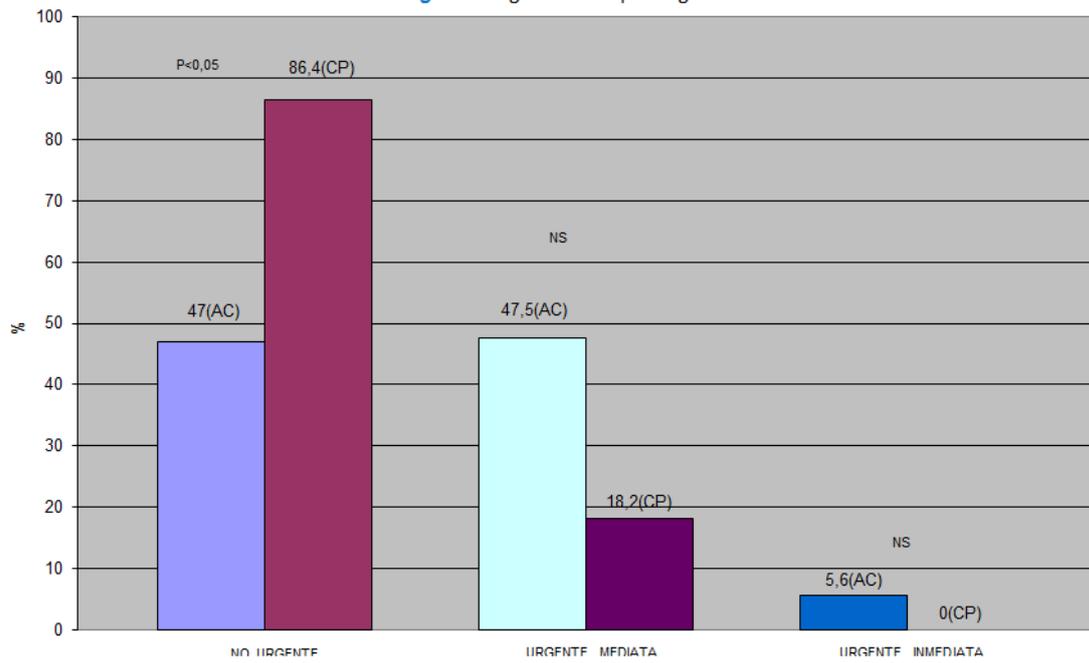
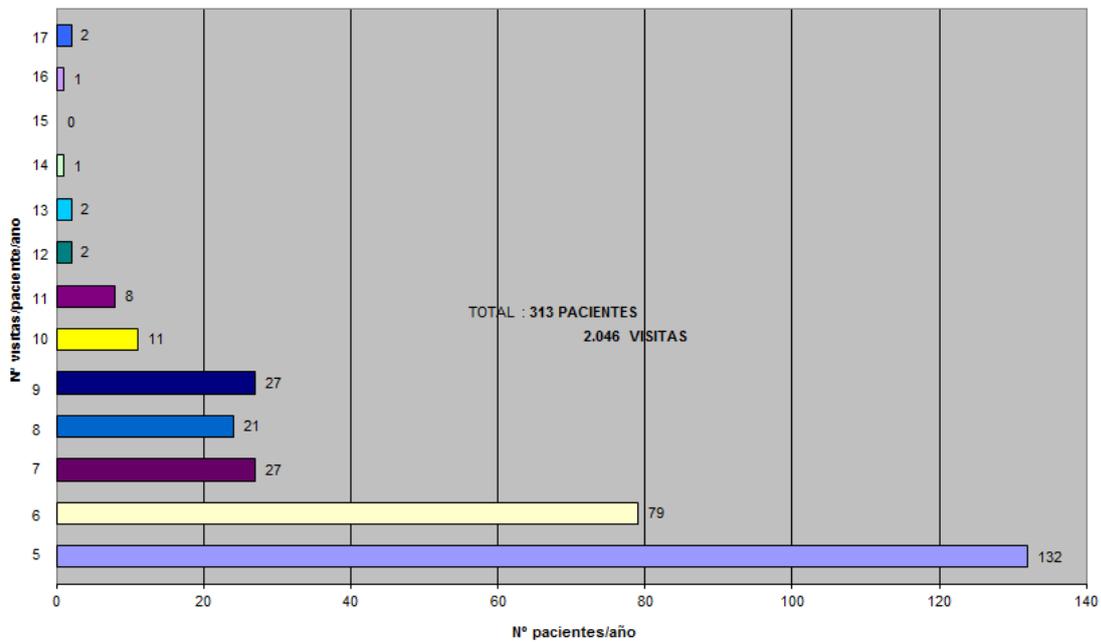


Figura 3. Nº visitas/paciente (Hiperfrecuentadores de Atención Continuada)/año



BIBLIOGRAFÍA

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, Villos 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 básica de salud y el problema de frecuentación al servicio. *Aten Primaria* 2004;34:105-106.
8. Aguirre 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 básica 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. Successful 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.