

Hiperfrecuentación en las consultas de Pediatría de Atención Primaria

C. Tapia Collados^a, V. Gil Guillén^b, D. Orozco Beltrán^c,
C. Bernáldez Torralba^d, E. Ortuño Adán^e

^aPediatra. CS de Petrer.

^bMédico de Familia. Unidad de Investigación y Docencia Área 17.

^cMédico de Familia. CS Petrer. Unidad de Investigación y Docencia Área 17 (Elda, Alicante).

^dPediatra. CS Acacias, Elda.

^eMédico de Familia. CS Novelda.
Alicante.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 547-557
Caridad Tapia Collados, ctapiac@coma.es

Resumen

Objetivo: *cuantificar con datos primarios la incidencia de niños hiperfrecuentadores en las consultas de Pediatría de Atención Primaria (AP).*

Diseño: *observacional, prospectivo, longitudinal, multicéntrico.*

Emplazamiento: *Centros de Salud docentes del Área 17 de la Comunidad Valenciana.*

Participantes: *349 niños de 0-14 años que fueron incluidos consecutivamente al consultar durante 3 jornadas de trabajo concretas, independientemente del motivo y tipo de consulta. Fueron sometidos a seguimiento durante tres meses, considerando sólo las consultas a demanda.*

Mediciones principales: *se ha valorado el número de consultas realizado por cada niño, así como su distribución. El criterio de evaluación principal, la hiperfrecuentación, fue definido como la suma de la media de consultas más una desviación estándar, resultando ser de 7 ó más en 3 meses.*

Resultados: *la media de consultas fue de 3,70 en 3 meses (rango 1-23). Un 14,9% de niños son hiperfrecuentadores y generan un 36,5% de las consultas.*

Conclusiones: *la hiperfrecuentación es un problema importante en las consultas de Pediatría de Atención Primaria. El porcentaje de niños hiperfrecuentadores consume recursos en una proporción 2,5 veces superior al resto. Si estos niños no se comportasen como tales, cada profesional podría ahorrar entre 7 y 8 consultas al día, lo que le permitiría disponer de más tiempo para dedicar a otros niños y secundariamente mejorar la calidad asistencial.*

Palabras clave: *Hiperfrecuentación, Pediatría, Atención Primaria.*

Abstract

Aim: to quantify from primary sources the incidence of children that over utilization of primary care paediatric facilities.

Design: observational prospective longitudinal multi centre study.

Setting: health Centres from 17th Area in Valencian Community.

Patients: all 349 children aged 0-14 years, from consecutive consultation to paediatric doctors during 3 days of consultation. They were followed for 3 months searching for consultations during this time period. Programmed consultation were not included.

Measures: to analyse the number of visits made by each children and the type of consultation. The meaning variable was the measure of percentage of children with over utilization, defined as mean of consultation in the sample plus one standard deviation, and it was 7 or more visits/children during 3 months.

Results: mean of visits was 3,7 (1 to 23) in 3 months. 14,9% of children were over users and they generated 36,5% of total visits.

Conclusions: over utilization is an important problem in paediatric primary care clinics. The number of visits in over users is 2,5 times greater. If these children were not over users it had been 7-8 schedules more by day and doctor that surely would makes quality care better.

Key words: Over utilization, Paediatrics, Primary Care.

Introducción

Uno de los aspectos más importantes para planificar los recursos sanitarios es disponer de datos acerca de la distribución de la demanda, así como de los factores asociados a su variabilidad. La forma de utilizar los servicios sanitarios por parte de la población es un tema que ha suscitado gran interés y ha sido sometido a múltiples análisis en los últimos años. Se sabe que a todos los niveles, pero principalmente en consultas de Atención Primaria, una pequeña parte de la población genera un elevado número de consultas y es responsable de un importante consumo de recursos.

Pese a ser numerosas las investigaciones realizadas sobre personas que consultan con gran frecuencia, sobre todo

adultos, no se ha podido aclarar totalmente si su actitud se debe a necesidades reales de atención o a la existencia de otros motivos sobreañadidos. En niños los estudios son más escasos, sobre todo los que valoran la situación en base a datos primarios, no basados en revisión de historias, y la mayoría se centran en analizar de forma descriptiva la frecuentación, presión asistencial y patologías más prevalentes.

El presente estudio se diseñó con el objetivo de cuantificar la incidencia de niños hiperfrecuentadores en consultas de Pediatría de AP en nuestra Área de Salud.

Material y métodos

Ámbito: el trabajo ha sido realizado en los tres Centros de Salud (CS) docen-

tes del Área 17 de la Comunidad Valenciana: CS Acacias (Elda), CS Novelda y CS Petrer. En cada uno ha participado una pediatra, con cupos de 908, 1.117 y 981 niños respectivamente (3.006 en conjunto).

Diseño: es un estudio observacional prospectivo longitudinal y multicéntrico, realizado con datos primarios. No parte de información recogida en historias clínicas, ni en registros de hojas de trabajo ni de los datos del Sistema de Información y Gestión en Atención Primaria (SIGAP), en los que podrían existir sesgos. El origen de los datos es la consulta a demanda, en el momento real en que la información se produce.

No existen criterios homologados para definir hiperfrecuentación. En los escasos trabajos realizados en Pediatría la elección más frecuente fue la media de consultas una desviación típica, criterio que fue asumido en nuestro trabajo.

Selección de pacientes: la inclusión se realizó durante tres días consecutivos en la segunda quincena de enero de 2003. El día que se inició el trabajo fue elegido al azar. El horario de inclusión abarcó toda la jornada laboral, independientemente del turno y de la hora de inicio y finalización. Los pacientes se incluyeron consecutivamente hasta finalizar la jornada, pese a haberse alcanzado previamente el

tamaño muestral deseado. La muestra total fue de 349 niños, que corresponde a la actividad llevada a cabo esos días en las consultas participantes.

El seguimiento fue de tres meses naturales, contados ininterrumpidamente a partir del inicio. Durante el mismo sólo se consideraron consultas realizadas a demanda, no programadas por el médico, ni exámenes de salud.

Recogida de datos: fue llevada a cabo por las tres pediatras titulares de las consultas, formadas en investigación clínica y epidemiología y adiestradas metodológicamente en reuniones informativas. Previamente se realizó un estudio piloto para garantizar la homogeneidad en la recogida de información.

Criterios de inclusión y exclusión: se incluyeron todos los pacientes, atendidos por ellas por cualquier motivo y tipo de consulta durante los tres días señalados para el inicio. Durante el seguimiento algunos cumplieron 15 años, edad en la que finaliza la edad pediátrica, pero dado el escaso margen por el que la sobrepasaron, continuaron en la consulta de Pediatría hasta su conclusión.

Se excluyeron los niños atendidos en los días iniciales no pertenecientes a los cupos de las pediatras por no existir posibilidades de seguimiento de los mismos.

Cálculo del tamaño muestral: se calculó un tamaño muestral representativo utilizando la fórmula de variables cualitativas para estimación de una proporción en poblaciones infinitas $N = Z^2 p(1-p) / e^2$.

Los porcentajes de hiperfrecuentadores, según los datos de que se dispone, son muy variables. Se tomó la media de tres estudios nacionales (15,3%) y para el cálculo del tamaño muestral se asumió $p = 0,153$ y su complementario $q = 0,847$. La precisión ("e") con que se deseó obtener la estimación fue del 4% y el nivel de confianza ("Z") del 95%, lo que se corresponde con un alfa de 5% (Z al 95% = 1,96)

$$N = (1,96)^2 \times 0,153 \times 0,847 / (0,04)^2 = 311,148$$

Al realizar el cálculo resultó $N = 311,148$. Se modificó con la fórmula de cálculo de tamaño muestral para poblaciones finitas utilizando una población

de 3.006 niños, que son los asignados a las pediatras participantes en enero 2003.

$$N' = N / 1 + N/M$$

$$N' = 311,148 / 1 + 311,148/3006 = 311,148 / 1'1035 = 281,96$$

Se asumieron unas pérdidas del 18% a través de la fórmula: $N_A = N'(1/1-R)$.

$N_A = 281,96(1/1-0,18) = 343,85$. Así pues, la muestra requerida fue de 344 niños.

Análisis estadístico: se creó una base de datos en Microsoft Access 2000 en la que se incluyeron todos los registros de las hojas de recogida de datos. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 10.0 (versión para Windows).

Resultados

En la Tabla I se muestran los datos descriptivos de los 349 niños seguidos durante un período de 3 meses. La edad media

Tabla I. Datos descriptivos de la población estudiada

		N	%	IC
Edad	0-4 años	169	48,4	43,2-53,6
	5-9 años	96	27,5	22,8-32,2
	10-15 años	84	24,1	19,6-28,5
Sexo	Varón	180	51,6	46,3-56,8
	Hembra	169	48,4	43,2-53,7
Centro Salud	Acacias	104	29,8	25,0-34,6
	Novelda	96	27,5	22,8-32,18
	Petrer	149	42,7	37,5-47,9

fue de 6,22 años (rango 4 meses-15,2 años) (DE 4,53. IC 95%: 5,75-6,69).

El número de veces que acudieron a consulta a demanda osciló entre 1-23, con media de 3,70 en 3 meses (DE 2,9 Mediana 3,0 Moda 1,0). En la Tabla II aparecen las consultas realizadas y los porcentajes de niños que acudieron ese número de veces. El 75% acudieron al menos 2 veces a consulta en el período considerado y el 56% hicieron 3 ó más visitas en ese tiempo. El total de consultas generadas por los niños incluidos en el estudio fue de 1.292.

Se consideró hiperfrecuentadores a los que hicieron 7 ó más consultas (los que superaron la media más una desviación estándar). Utilizando este criterio,

un 14,89% de la población puede considerarse hiperfrecuentadora (IC 95% 11,2-18,6). El número de consultas realizadas por los hiperfrecuentadores fue de 471. En la Figura 1 se pueden observar la distribución de la población en base a su frecuentación y las consultas que generó cada uno de los grupos. El porcentaje de consultas realizadas por los hiperfrecuentadores es mayor de lo esperado en base a su proporción

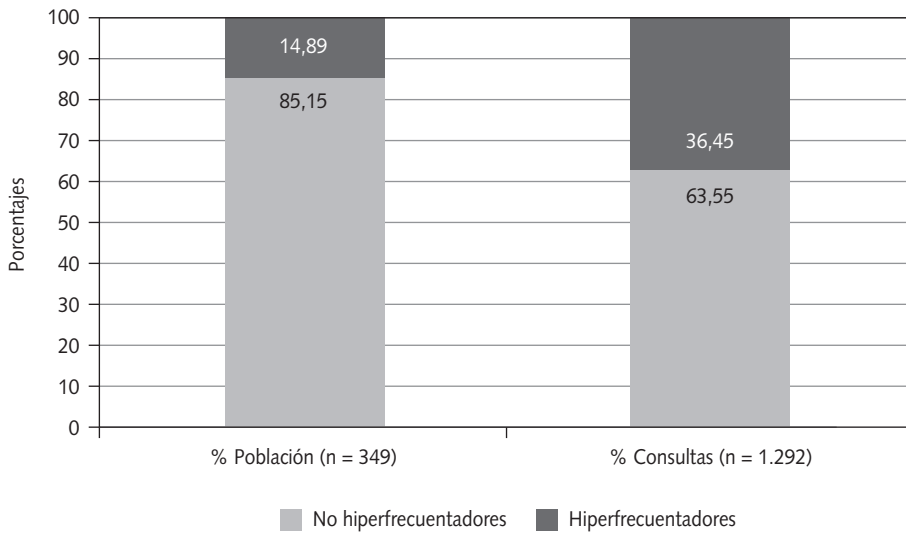
Discusión

Para interpretar los resultados y poder establecer comparaciones es importante considerar no sólo la hiperfrecuentación, sino también la demanda global de la población. En nuestra zona, los ni-

Tabla II. Consultas realizadas por los niños de 0-14 años durante los 3 meses de seguimiento

Número de consultas	Número de niños	%	% acumulado	Total consultas
1	85	24,4	24,4	85
2	69	19,8	44,1	138
3	48	13,8	57,9	144
4	45	12,9	70,8	180
5	26	7,4	78,2	130
6	24	6,9	85,1	144
7	18	5,2	90,3	126
8	16	4,6	94,8	128
9	3	0,9	95,7	27
10	4	1,1	96,8	40
11	3	0,9	97,7	33
12	3	0,9	98,6	36
13	1	0,3	98,9	13
15	3	0,9	99,7	45
23	1	0,3	100,0	23
Total	349	100		1292

Figura 1. Distribución de la población según criterio de hiperfrecuentación (7 ó más visitas en 3 meses) y porcentaje de consultas generado.

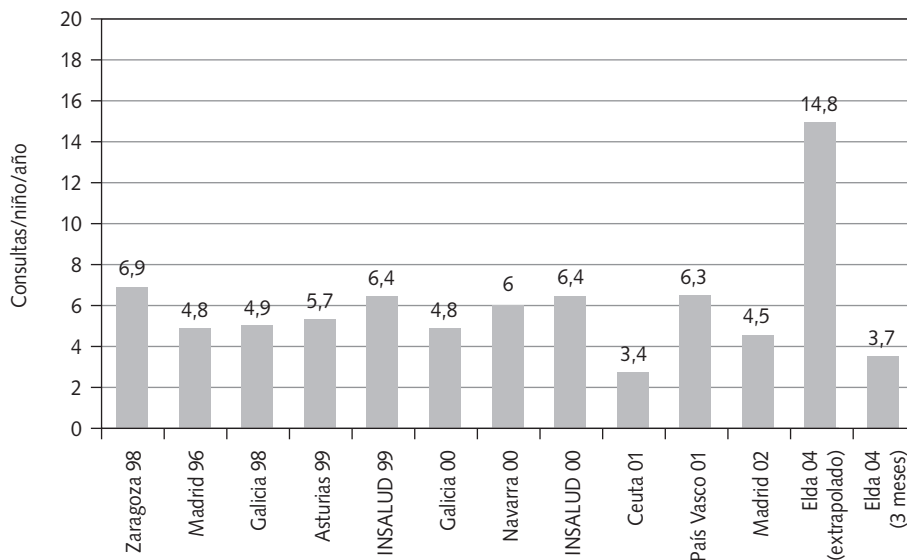


ños en general son muy demandantes, con cifras medias de consultas y presiones asistenciales muy elevadas (media 37,1 niños profesional/día).

Durante el período del estudio, los niños realizaron diferente número de consultas, con una media de 3,70. Esta cifra resulta difícilmente extrapolable, ya que el trabajo abarca un período de tiempo corto y además en invierno; pero, pese a los posibles sesgos de estacionalidad (ya que se asume mayor presión asistencial en la época en la que se realizó el trabajo) y de la dificultad metodológica (al tratarse de un estudio longitudinal,

prospectivo y con muestreo consecutivo), resulta muy elevada comparando con las de zonas y servicios de salud similares al nuestro. En la Figura 2 aparecen la frecuentación obtenida en 3 meses y la extrapolada para doce meses, comparadas con la referida por diferentes organismos oficiales¹⁻¹⁰. Resulta llamativo que, sólo en los tres meses de duración del estudio, nuestra cifra está bastante próxima a la reseñada por ellos para períodos de un año, y si la extrapolamos a un período de doce meses, resulta significativamente superior, más del doble, respecto a la más elevada

Figura 2. Comparación de la frecuentación obtenida (en 3 meses) y la extrapolada (a 12 meses) con la referida por diferentes organismos oficiales.



Respecto al posible sesgo de estacionalidad, que se asume por el diseño empleado, se destacan trabajos que estudian la variabilidad del nivel de demanda en diferentes épocas del año¹¹⁻¹² y que muestran que, en general, el patrón individual de demanda se mantiene estable en el tiempo. Al considerar dos semestres, sólo uno de cada cinco niños cambia de nivel, y el presentar un alto nivel de demanda en el primer semestre estudiado supone un factor de riesgo para presentarlo también en el segundo. Dichos trabajos sugieren que el patrón de utilización de cada persona

suele mantenerse constante y puede ser adquirido en edades precoces de la vida.

La media de consultas varía con la edad y es máxima en los primeros años. Aun considerando la cifra mínima, correspondiente a los 14 años (2 consultas en 3 meses), y sabiendo que éste no es el comportamiento global del grupo, la frecuentación extrapolada sería 8 consultas/niño/año, que también supera las cifras referidas¹⁻¹⁰.

El número de consultas osciló entre una y 23. Tres de cada cuatro niños hicieron un máximo de cuatro, pero algu-

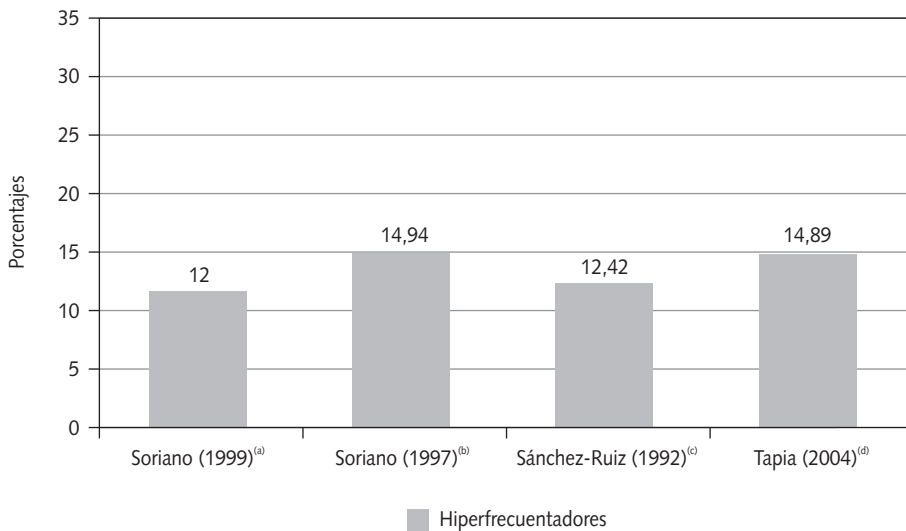
nos, sin motivos clínicos aparentes, consultaron muchas más veces.

Un problema metodológico añadido en nuestro trabajo es que para el criterio de evaluación del objetivo principal, la hiperfrecuentación, no existe una definición homologada. En los estudios disponibles sobre el tema, entre los más utilizados está el basado en percentiles del número de consultas anuales¹³⁻¹⁶. Otros son la suma del promedio total de consultas más una desviación típica¹⁷⁻²⁰,

más dos desviaciones típicas²¹⁻²² o parámetros arbitrarios del número de visitas^{23,24}. En los escasos trabajos realizados en Pediatría la elección más frecuente fue la media de consultas más una desviación típica, criterio que fue asumido en nuestro trabajo.

Independientemente del hecho de haber utilizado diferentes criterios, la comparación con los trabajos realizados por otros autores resulta dificultosa porque se han llevado a cabo en zonas con diferen-

Figura 3. Porcentaje de hiperfrecuentadores (media de consultas más una desviación estándar) obtenido por diferentes autores.



^(a,b) Estudio observacional prospectivo, datos obtenidos de encuestas y registros sanitarios.

^(c) Transversal, encuesta y registros.

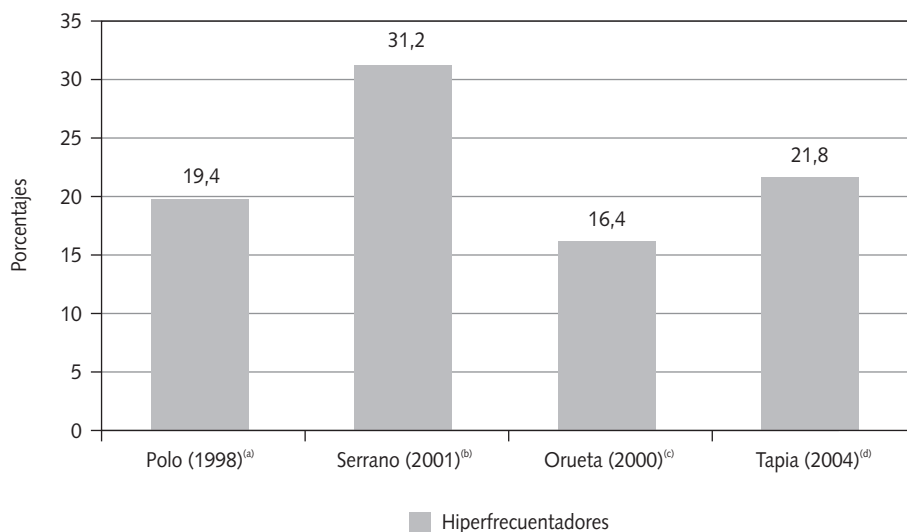
^(d) Prospectivo longitudinal. Datos primarios.

tes condiciones de trabajo, con distintas presiones asistenciales y condiciones de consulta; existen importantes diferencias en cuanto a fuentes de obtención de datos, población considerada (niños de diferentes edades), tipos de consulta (algunos consideran todas y otros sólo las de demanda), variables estudiadas y metodología empleada para su elaboración. A pesar de que para algunos autores diferentes muestras de una población obtienen resultados similares²⁵, consideramos

que la falta de unificación de criterios en la metodología y en la exposición de resultados resulta un impedimento para establecer comparaciones.

De los que utilizan la media de consultas más una desviación estándar, en la Figura 3 se recogen sus datos^{26,17,18} y se comparan con nuestros resultados. Entre los que utilizan percentiles para definir hiperfrecuentación, la mayoría definen como hiperfrecuentadores a los que superan el percentil 75. En nuestro estudio,

Figura 4. Porcentaje de hiperfrecuentadores (en base al percentil 75) obtenido por diferentes autores.



^(a) Estudio prospectivo longitudinal, datos obtenidos de registros sanitarios.

^(b) Retrospectivo. Registros sanitarios.

^(c) Casos y controles, transversal, retrospectivo. Registros sanitarios.

^(d) Prospectivo longitudinal. Datos primarios.

y dado que éste corresponde a 5 consultas, el porcentaje de hiperfrecuentadores en base a este criterio es del 21,8% de la población, que son los que hacen 6 ó más consultas en el período considerado. Con las dificultades ya referidas para establecer comparaciones, una representación gráfica de los datos comparados^{13,15,16} aparece en la Figura 4.

Del total de consultas atendidas en el período estudiado, los hiperfrecuentadores han generado el 36,45%, lo que supone un consumo de recursos 2,5 veces mayor al esperado. Si esos niños hubiesen hecho un máximo de 6 consultas (cifra elegida arbitrariamente para no alcanzar la que nos define hiperfrecuentación), se habrían evitado al menos 159 consultas en tres meses (12,3%).

Aplicando los resultados obtenidos a los cupos de las tres pediatras participan-

tes (3.006 niños en total) se puede estimar que 447 niños podrían ser hiperfrecuentadores. Si dejasen de serlo, se evitarían 1.366 consultas en 3 meses, 455 consultas cada una, lo que supone que cada pediatra se evitaría entre siete y ocho consultas cada día.

Basándonos en los datos previamente referidos, consideramos prioritaria la identificación y actuación sobre estos niños y sus familias con el objetivo de intentar disminuir su frecuentación, teniendo en cuenta que la condición de hiperutilizador tiende a mantenerse constante y no exige abordajes a corto plazo. Su disminución reduciría la presión asistencial y mejoraría la calidad asistencial, al permitir disponer de un tiempo que podría ser dedicado a atender a otros niños o a realizar otras actividades.

Bibliografía

1. INSALUD. Gerencia de Atención Primaria Área 3. Memoria de Actividad Asistencial. Zaragoza. 1998.
2. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Evolución de la actividad asistencial de Atención Primaria. 1996.
3. Servicio Gallego de Salud. Memoria de actividad en Atención Primaria 1999.
4. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios

del Principado de Asturias. Memoria de actividad 1998-99.

5. INSALUD. Indicadores de actividad en Atención Primaria. Memoria 1999.
6. Servicio Gallego de Salud. Memoria de actividad en Atención Primaria 2000.
7. Servicio Navarro de Salud. Memoria Atención Primaria 2000.
8. INSALUD. Evolución de los indicadores de actividad en asistencia primaria. Memoria 2000.

9. INSALUD. Indicadores de Actividad. Atención Primaria. Ceuta. 2001.
10. INSALUD. Memoria actividad asistencial Atención Primaria Área 9. Comunidad de Madrid. 2002.
11. Starfield B, Van den Berg BJ, Steinwachs DM, Katz HP, Horn SD. Variations in utilization of health services by children. *Pediatrics* 1979; 63(4): 633-641.
12. Fosarelli P, De Angelis C, Mellitis D. Health Services use by children enrolled in an Hospital-base Primary Care Clinic: A longitudinal perspective. *Pediatrics* 1987; 79: 196-202.
13. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. *An Esp Pediatr* 1998; 49: 273-279.
14. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Serrano Granel C, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Factores familiares y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. *Rev Esp Pediatr* 1998; 54(6): 497-505.
15. Serrano Herrera R, Rodríguez Navarro J. Estudio de la demanda generada en Consulta y en los Servicios de Urgencia de una población de niños adscritos a un Centro de Salud de Atención Primaria y su adecuación. *Centro de Salud* 2001: 365-371.
16. Orueta JF, López de Munain J. ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en Pediatría de Atención Primaria. *Gac Sanit* 2000; 14: 195-202.
17. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en Atención Primaria. *An Esp Pediatr* 1993; 38(5): 423-427.
18. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Roig Orts A. Ansiedad materna, disfunción familiar, morbilidad y frecuentación a las consultas de Pediatría. *Aten Primaria* 1997; 20: 385-388.
19. Murciano Antón MA, Odriozola Aranzabal G, de Gracia Guillamón B, Iglesias Asenjo E, Llave Gamero F, Tijeras Ramírez E. Relacionar ansiedad materna con hiperdemanda pediátrica en un Centro de Salud. *Centro de Salud* 1999; 7(11): 671-674.
20. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellón Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en Atención Primaria. *Aten Primaria* 1992; 10(2): 591-597.
21. Turabian JI, González-Morales MA, López F. Estudio epidemiológico sobre consultantes frecuentes en Atención Primaria. *Rev San Hig Pub* 1988; 62: 1645-1654.
22. Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, Terradas Corominas M, de Frutos Gallego E, Cebriá Andreu J. Hiperfrecuentación en las consultas ¿hay relación con la personalidad de la madre? *An Esp Pediatr* 2003; 58(1): 29-33.
23. De la Revilla L, Aranda JM, Luna JD. Influencia de las variables socioeconómicas y de la cultura sanitaria en el uso de las consultas médicas. *Aten Primaria* 1987; 9: 472-480.
24. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la Atención Primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 105-108.
25. García Olmo LM, Pérez-Fernández MM, Bassolo A, Abraira V, Gervás JJ. Estudios de morbilidad ambulatoria ¿qué muestra elegir? *Aten Primaria* 1987; 4: 136-139.
26. Soriano Faura J, Lázaro Armengol C, Gómez Gil A. Determinantes del uso de las consultas de Pediatría: estudio de morbilidad infantil y variables maternas. *Aten Primaria* 1999; 23: 132-136.