
Demandas aditivas en Pediatría de Atención Primaria. Un estudio multicéntrico

XM. Segade Buceta^a, L. Sánchez Santos^b, MC. Losada Pazo^c,
MJ. Méndez Bustelo^d, MP. Blanco-Ons Fernández^e

^aMedicina Preventiva y Salud Pública. Gerencia
de Atención Primaria de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^bPediatría. CS de Arzúa. A Coruña. España.

^cPediatría. Ambulatorio "Concepción Arenal" de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

^dPediatría. CS de Oroso. A Coruña. España.

^ePediatría. CS de Boqueixón y Vedra. A Coruña. España.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2009;11:233-9

Xosé M. Segade Buceta, xose.segade.buceta@sergas.es

Resumen

Objetivo: cuantificar las demandas aditivas ("ya que", "de paso") en Pediatría de Atención Primaria y las variables que las determinan, y su influencia en el tiempo disponible del profesional y en la calidad asistencial.

Pacientes y métodos: en el estudio fueron incluidos todos aquellos pacientes con cita, atendidos en las consultas de cuatro pediatras en cinco centros de salud durante 20 días laborales entre abril-mayo de 2008 ($n = 950$). El tipo de estudio es analítico transversal. Se recogieron las siguientes variables: pediatra, género, edad, motivo de consulta (por enfermedad o administrativa), hora de entrada en la consulta, tipo de acompañante, número de demandas aditivas (DA) y hora de salida de la consulta. Para el análisis de los resultados se empleó la media con su desviación estándar (DE), la prueba de Ji-cuadrado, la prueba t, el análisis de varianza y la regresión logística.

Resultados: el 55,3% de los pacientes eran varones, siendo la edad media global de 5,6 años ($DE = 4,2$). En un 16,3% de las consultas se realizaron DA. Mediante la regresión logística se comprobó que las DA son más frecuentes en las consultas administrativas y según la pediatra. El tiempo medio de consulta varió significativamente según no se realizaran DA (8'6''), a realizar una (9'43'') y a realizar dos o más (15'12'').

Conclusiones: en las DA influyen el tipo de consulta y el profesional consultor. A su vez, las DA producen un aumento significativo del tiempo de esa consulta y una disminución de la calidad asistencial.

Palabras clave: Pediatría, Atención Primaria, Demanda aditiva.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Abstract

Objective: to assess the additional reasons for consultation ("by the way") and its association with other variables.

Patients and methods: all the patients with appointment, attended by four pediatricians in five health centres during 20 working days in April-May 2008 (n = 950), were included in the study. It is an analytic cross-sectional study. The following variables were recorded in each visit: pediatrician, gender, age, reason for consultation (pathology/bureaucratic), entrance time, kind of companion, number of additional requests (AR) and exit time. For the analysis of the results we used the mean with its standard deviation (SD), chi-square test, independent-samples t test, analysis of variance and logistic regression.

Results: the males comprised 55.3%, being the global age mean 5.3 years (SD = 4.2). Sixteen point three percent of the consultations made AR. By means of logistic regression we proved that the AR were more frequent in bureaucratic consultations and depended on the pediatrician. The average time varied significantly depending on the number of AR: none (8'6"), one (9'43") and two or more (15'12").

Conclusions: the reason for consultation and the pediatrician have influence in the AR. Also, the AR increase the consultation time.

Key words: Pediatrics, Primary Health Care, Additional reasons for consultation.

Introducción

La mayor parte de los profesionales sanitarios considera las demandas adicionales o aditivas (DA) como uno de los motivos principales que interfieren en el transcurso normal de la consulta ordinaria. Estas consultas, denominadas en la terminología anglosajona como *by the way*¹, consisten en un nuevo motivo de consulta que se añade al anterior, una vez finalizado el inicial², mediante expresiones similares a: "ya que estoy aquí...", "a propósito...", "de paso...", etc.

La ausencia de estudios publicados relativos a este tema en Pediatría de Atención Primaria, así como el incremento de la presión asistencial y la necesidad de

optimizar el tiempo de consulta disponible de los profesionales, justifican la realización del presente estudio sobre la importancia cuantitativa de las DA al respecto del tiempo total de consulta de los profesionales, las variables que las determinan (edad, sexo, tipo de consulta y profesional) y su influencia en la calidad asistencial.

Pacientes y métodos

El estudio se realizó en cinco centros de salud del área de Atención Primaria de Santiago de Compostela, tanto de ubicación urbana como rural, lo cual es una muestra representativa del peso que tiene cada perfil poblacional en el conjunto del área sanitaria. El número de

tarjetas sanitarias adscritas a estos cupos pediátricos es de 3.170.

Se trata de un estudio analítico transversal. Para el cálculo del tamaño muestral se usó una confiabilidad del 95%, una $p = 0,3$ y una precisión del 3%. Con todos estos elementos, el tamaño muestral necesario sería de 897 pacientes. Teniendo en cuenta la demanda de las cuatro pediatras en los cinco centros de salud, se estimó que harían falta 20 días de registro para obtener la n necesaria.

En el estudio fueron incluidos todos aquellos pacientes con cita y atendidos en las consultas de demanda y administrativa (desde el día 7 de abril hasta el 6 de mayo de 2008), siendo excluido el tipo de consulta programada. El número de pacientes que finalmente entraron en el estudio fue de 950.

No se consideran DA: a) cuando los acompañantes del paciente digan desde el principio que venían a consulta por varios motivos; b) cuando los acompañantes del paciente consultan por algún familiar que no está presente en el momento de la entrevista (considerados como pacientes sin cita); y c) cuando la DA sea la misma que el motivo principal.

Las variables recogidas fueron: pediatra, género, edad, motivo de consulta (por enfermedad o administrativa), hora de entrada en la consulta, tipo de acom-

pañante, número de DA y hora de salida de la consulta. Mediante la diferencia entre la entrada y salida de la consulta fue calculado el tiempo de consulta.

Para el análisis univariante de los resultados se emplearon índices estadísticos descriptivos para variables cualitativas (tipo proporción) y cuantitativas (media con su desviación estándar [DE]). Para el análisis bivariante se emplearon la prueba de Ji-cuadrado, la prueba t para datos independientes y el análisis de varianza. Finalmente, para evitar posibles sesgos de confusión, se realizó análisis multivariante mediante regresión logística (tomando como variable dependiente la presencia o ausencia de DA); se evaluó la significación estadística mediante la prueba de Wald y se obtuvieron los correspondientes *odds ratios* (OR). En todos los análisis anteriores se obtuvieron también los intervalos de confianza (IC) del 95%.

Resultados

El 55,3% de los pacientes eran varones, siendo la edad media global de 5,6 años (DE = 4,2). Un 90,2% de las consultas fueron por enfermedad y el 9,8% restante administrativas. La mayoría de los pacientes acudían a consulta acompañados solo por su madre (78,2%), el 9,3% solo por su padre, el 7,2% por ambos y el restante 5,3% por otros.

En un 16,3% de las consultas se realizaron DA (IC del 95%: 13,9-18,7%). El número de ellas varió entre 1 y 3, siendo su distribución la siguiente: 1 (14,8%), 2 (1,3%) y 3 (0,2%). La media de las DA en los casos que las realizaron fue de 1,1 (DE = 0,34).

El análisis crudo bivalente mediante pruebas de Ji-cuadrado dio como resultado una mayor presencia de DA en las consultas administrativas (24,7 vs. 15,4%; $p = 0,021$). También se comprobó que la DA variaba según la pediatra que consultaba, oscilando entre un 10,8% y un 25,5% ($p = 0,001$). No se comprobaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos ($p = 0,088$); tampoco entre los diferentes grupos de edad ($p = 0,519$) ni en los

acompañantes ($p = 0,823$). El análisis multivariante (regresión logística) mantiene esas dos relaciones, siendo las DA más frecuentes en las consultas administrativas y según la pediatra (tabla I).

Se evidenciaron consecuencias de las DA sobre el tiempo medio de consulta: 8'6" (DE = 4'47") en las consultas sin DA contra 10'13" (DE = 5'35") en las que sí efectuaban DA ($p < 0,001$); la magnitud de la diferencia fue de 2'7" (IC del 95%: 1'10" a 3'3"). Haciendo el análisis de varianza (teniendo en cuenta las categorías de 0, 1 y 2-3 DA) resultó también significativo ($p < 0,001$), obteniéndose diferencias entre todas y cada una de las categorías mencionadas mediante los contrastes a posteriori de Bonferroni (tabla II).

Tabla I. Variables relacionadas con las demandas aditivas. Estadísticas del análisis de regresión logística

	B	SE	Wald	Sig.	OR	IC 95%
Motivo (consulta administrativa)	0,99	0,28	12,2	< 0,001	2,7	1,5-4,7
Pediatra 1			21,5	< 0,001		
Pediatra 2	0,67	0,27	6,4	0,011	2,0	1,2-3,3
Pediatra 3	0,89	0,26	11,8	0,001	2,4	1,5-4,1
Pediatra 4	1,25	0,28	20,0	< 0,001	3,5	2,0-6,1

SE: error estándar; Sig.: significación; OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

Tabla II. Número de demandas aditivas y tiempo de consulta

DA	Media	DE	IC 95%
Ninguna	8'6"	4'47"	7'46"-8'26"
Una	9'43"	5'19"	8'50"-10'36"
Dos o más	15'12"	5'58"	11'45"-18'39"

DA: demandas aditivas; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.

Discusión

Los estudios disponibles sobre la importancia cuantitativa y cualitativa de las DA en las consultas ordinarias, están realizados en Medicina de familia^{3,4}. Estos han demostrado que no se detectan variaciones estacionales en el fenómeno de las DA³, por ello a la hora de diseñar el estudio no se ha trabajado con una muestra distribuida a lo largo de los 12 meses del año. En lo que respecta a Pediatría de Atención Primaria, no hemos encontrado en la bibliografía trabajos similares disponibles, pese al incremento de la presión asistencial que ha tenido lugar en los últimos años⁵.

En nuestro estudio hemos detectado un porcentaje de DA respecto al total de las consultas del 16,3% (IC del 95%: 13,9-18,7%), el cual es inferior al encontrado en los estudios realizado en consultas de Medicina de familia en el mismo área sanitaria (20,3%)⁴, lo cual probablemente esté en relación con que el tipo de consulta aditiva en Pediatría suele ser banal y que la mayoría de los casos son por enfermedad (90,2% en nuestro estudio) lo que implicaría la presencia del niño en la consulta y, por tanto, su ausencia del centro académico.

Un componente básico que determina la calidad de la asistencia prestada y per-

cibida, es tener el tiempo suficiente para dedicar a cada consulta médica y ello, como es lógico, depende del número de consultas que realice en el período laboral establecido⁶⁻¹⁰. En nuestro estudio, la demora ocasionada por cada DA fue de 2 minutos, obteniéndose tiempos en las consultas con DA de 10'13" frente a los 8'6" en las consultas sin DA ($p < 0,001$), restando esos 2 minutos a las consultas sin DA el tiempo asignado a cada paciente es, en nuestro estudio, inferior al que la mayoría de los estudios y asociaciones profesionales establecen como mínimo deseable¹¹⁻¹³.

Para evitar esta merma en el tiempo asignado a los pacientes y prevenir las DA, algunos autores^{2,14} han sugerido como medida de prevención realizar la pregunta: "¿se le ofrece alguna cosa más?", cuando el paciente acaba de comentar su primer motivo de consulta. Según un estudio anterior⁴ y la opinión de otros autores^{15,16}, más que prevenir las DA, lo que pretende la pregunta es conocer desde el inicio de la entrevista si el paciente acude por uno o por varios motivos de consulta, ya que eso aporta ventajas tanto al profesional como al propio paciente; al profesional, porque le permite organizar el tiempo dedicado a la visita, así como planificar la exploración, y al paciente (en nuestro caso, a la

familia del niño), porque se le facilita exponer y, si es posible, resolver en una sola visita varias demandas¹⁶. En cualquier caso, cualquier estrategia dirigida deberá tener en cuenta los diferentes perfiles de los profesionales que prestan la asistencia ya que, como demuestra nuestro estudio, el peso de la DA en el total de la consulta es muy variable dependiendo del pediatra (10,8% frente a un 25,5%; $p = 0,001$).

Conclusiones: las DA son frecuentes en la consulta de Pediatría de Atención Primaria, y dependen, entre otras variables, del profesional consultor y del tipo de consulta. A su vez, limitan el tiempo disponible del profesional para cada paciente. Sería conveniente desarrollar estrategias que permitan limitarlas al máximo, de cara a optimizar el tiempo del profesional y calidad de los servicios asistenciales prestados.

Bibliografía

1. Byrne PS, Long BE. Doctors talking to patients. Exeter: Royal College General Practitioners; 1984.
2. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma; 1989.
3. Peláez C, Fernández MI, Suárez P, Malo de Molina A, Díaz A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17:12-6.
4. Segade XM. Efectividad de "¿quería algo más?" como medida de prevención de las demandas adicionales. *Aten Primaria*. 2004;33:472-3.
5. Valdivia C, Palomino N. Es tiempo de reflexión. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:11-5.
6. Saturno PJ. La definición de calidad de la atención. En: Marquet R (ed.). *Garantía de calidad en Atención Primaria*. Córdoba: IV Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria; 1991.
7. Asociación Española de Pediatría/Confederación Estatal de Sindicatos Médicos. Resultado del cuestionario enviado a los Pediatras Españoles; 1994 [consultado el 21/02/2009]. Disponible en www.pediatrasandalucia.org/documentos/calidad.pdf
8. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Memoria 1999 [consultado el 21/02/2009]. Disponible en www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/memoria1999.htm
9. Casajuana J. La consulta 10. *Jano*. 2001;LX (1.386):18-9.
10. Sánchez M. Mejora de la calidad en Atención Primaria. *Jano* 2001;LX (1.386):20-1.
11. El compromiso de Buitrago [consultado el 20/02/2009]. Disponible en www.diezminutos.org/documentos/BUITRAGO.doc
12. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, diciembre 2003. Propuesta de mínimos exigible para la organización de una consulta de calidad en pediatría de atención primaria [consultado el 20/02/2009]. Disponible en www.aepap.org/profesional/calidad.pdf
13. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Proyecto AP21. Estrategias para la

Atención Primaria del siglo XXI; punto de vista de la AEPAP. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2006;8:583-5.

14. Fuentes J. Las demandas adicionales. *FMC*. 2000;7:464-5.

15. Ferrer A, López M, Leal M, Albaladejo E. Pues ya que..., un problema frecuente en atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:102.

16. Serrano R. Sobre la prevención de demandas adicionales. *Aten Primaria*. 1996;18:403-4.

