

Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual

Sr. Director: Hay una percepción generalizada de que la utilización de los servicios de atención primaria es en muchos casos superior a lo necesario. Este exceso de utilización se ha atribuido a un número limitado de pacientes¹, a los que se ha denominado como «hiperfrecuentadores».

No hay, sin embargo, un acuerdo sobre qué es lo que realmente representa la hiperfrecuentación. De hecho, al revisar diferentes publicaciones que han analizado este problema en atención primaria se observa la ausencia de una definición que describa realmente qué se entiende por hiperfrecuentación (tabla 1). En general, se plantea

como un número de visitas superior a un determinado valor que se obtiene a partir de valores extremos en estadísticos de la distribución de visitas, como determinados percentiles o la desviación estándar. Esta propuesta presenta importantes limitaciones. La más importante es que no surge de un modelo conceptual sobre la utilización de servicios en atención primaria. Nuestra propuesta se plantea en el siguiente marco conceptual: la utilización excesiva es la que se produce por encima de la que se precisa para el perfil de riesgo de los pacientes, y que no se justifica en términos de beneficios o mejora de resultados de los pacientes. Es decir, la medida de la frecuentación debe tener en consideración las características específicas de cada paciente y el impacto o beneficio que obtiene de su relación con el sistema de salud. Esto implica individualizar la medida de la frecuentación en función de la situación clínica o necesidad que presenta cada paciente en concreto y debe ir más allá del mero ajuste por edad y sexo, e incluir todos los factores que pueden tener una incidencia en la uti-

lización de servicios de salud^{2,3}, como estado funcional, calidad de vida, enfermedades crónicas, sintomatología, nivel social o estructura familiar, entre otras^{4,5}.

Determinar la hiperfrecuentación en función de un estadístico que mide la dispersión en una distribución (percentil o desviación estándar) tiene otras limitaciones. Una de ellas, que en función de las específicas características de la población que atiende cada centro de salud, el número concreto de visitas que define hiperfrecuentación cambia (tabla 1)¹⁻¹² y se modifica su prevalencia. Esta propuesta es, además, autoperpetuante: siempre, independientemente de cuál sea la frecuentación, va a haber hiperfrecuentadores, puesto que cualquier distribución va a tener una media o un percentil 75. Por otra parte, esta forma de definirla asume que los que realizan menos visitas automáticamente son los que reciben una atención apropiada. Además, tampoco tiene en cuenta un elemento con un peso indudablemente poderoso: el efecto inductor que las diferentes profesiones pueden tener en la frecuenta-

Palabras clave: Utilización de servicios sanitarios. Frecuentación. Evaluación de servicios.

TABLA 1. Descripción de las principales características de estudios que han analizado la frecuentación de visitas en atención primaria

Autor y referencia bibliográfica	Definición	Número de visitas	Prevalencia	Mujeres	Edad	Factores asociados
Turabian ¹	> media + 2 DE según edad y sexo	21,5 (media)	4,9%	53,4%		Trastornos mentales, burocracia y recetas
Orueta Sánchez ²	> media + 2 DE	NC	5,5%	56,9%	68	Familia nuclear, en declive de su ciclo vital, disfunción familiar
Fuertes Goñi ³	> percentil 95	>13	4,8%	49,8%	53 ± 1	Enfermedad crónica, mayor edad y no acuden a consultas programadas
Llorente Álvarez ⁴	> percentil 75	≥ 6	18,3%	72,1%	54 ± 19	Ama de casa, edad media, bajo nivel de estudios, familia nuclear, con malestar psíquico
García Lavandera ⁵	> percentil 75	12,5 (media)		59,6%	53 ± 18	Edad, bajo nivel educativo, familias pequeñas, ciclo vital avanzado, malestar psíquico, enfermedades crónicas, no consulta programada
Segovia Martínez ⁶	> media + 1 DE según edad y sexo	≥ 8 (15-44), ≥ 15 (45-64), ≥ 20 (> 64)	12,1%			Características sociodemográficas no asociadas
Rubio Montañés ⁷	> percentil 90	≥ 7			58	Factores psicosociales no asociados
Baez ⁸	> percentil 90	≥ 6	9,5%	64,7		Estrés vital, enfermedades crónicas, y edad
Mencera Romero ⁹	No consta	≥ 9	21,7%	57,8	55 ± 19	Patología crónica, edad, número de fármacos e IT
Ortega Tallón ¹⁰	> media + 2 DE según edad	Rango de 15-24 (≥ 9-7) a ≥ 15-12 (≥ 74)	10,14%	49,1	51 ± 20	Mediana edad, enfermedad crónica y una alta utilización de la cita programada
Varela Ruiz ¹¹	> 7 al año	≥ 8	5,3%	74%	59 ± 19	Disfunción familiar, malestar psíquico, familias nucleares
Rodríguez-Muñoz ¹²	> media + 2 DE	≥ 10		63,8%	53	Alta prevalencia de trastornos de la personalidad y ansiedad o depresión

DE: desviación estándar.

ción^{6,7}. Así, está demostrado cómo los profesionales tienen diferentes criterios en cuanto a la frecuencia de las visitas de seguimiento de sus pacientes, lo que, obviamente, se traduce en que la frecuentación puede, de alguna manera, estar relacionada con la propia continuidad de cuidados⁸. Por ello, además de plantear una propuesta conceptual y para evitar confusiones con el término que habitualmente se ha utilizado (hiperfrecuentación), aquí sugerimos un nuevo término: sobrefrecuentación. La sobrefrecuentación se definiría cuando se observa un número de visitas que se encuentra por encima del perfil de riesgo que le corresponde a un paciente concreto. Este replanteamiento de la frecuentación tiene también un valor añadido. Además de pacientes sobrefrecuentadores también sería posible definir profesionales, centros, distritos o áreas sobrefrecuentadores. Es decir, profesionales, centros, distritos o áreas que presentan un número de visitas que supera al perfil de riesgo de la población que tienen asignada.

A. Sarriá Santamera^a, J. Timoner Aguilar^b y M. Sandín Vázquez^c

^aAgencia de Evaluación de Tecnología. Madrid. España. ^bCentro de Salud Estrecho de Corea. Área 4. Madrid. España.

^cDepartamento de Ciencias Sanitarias y Médico-Sociales. Universidad de Alcalá. Madrid. España.

1. Turabian JL, González-Morales MA, López DC, Gallego JG, González-Palacios P, Moya A et al. Epidemiological study of frequent consultants in the Primary Care. Centro de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Toledo. Rev Sanid Hig Publica (Madr). 1988;62:1645-54.
2. Orueta SR, Viguera F, Orgaz P, Torres C. The family characteristics of overusers of primary care health services. Aten Primaria. 1993;12:92-4.
3. Fuertes Goni MC, Álvarez TE, García de la Noceda Montoya MD, Fernández Velilla Ruiz de la Torre, Echarte OE, Abad VJ. Characteristics of the patient overusing on-demand general medical services. Aten Primaria. 1994;14:809-14.
4. Llorente AS, López RT, García Lavandera LJ, Alonso FM, Alonso AP, Muñoz BP. Profile of the over-user of a health center. Aten Primaria. 1996;17:100-6.
5. García Lavandera LJ, Alonso FM, Salvadores RJ, Alonso Arias PS, Muñoz BP, Blanco Suarez AM. Comparative study of normal and over-users of a health center. Aten Primaria. 1996;18:484-9.

6. Segovia MA, Pérez FC, Torio DJ, García Tirado MC. Psychological malaise and the sociodemographic and familial characteristics of the over-user of primary care. Aten Primaria. 1998;22:562-9.
7. Rubio Montañes ML, Adalid VC, Cordón GF, Solanas SP, Maso CD, Fernández PD, et al. Overattendance at primary care: a study of psychosocial factors. Aten Primaria 1998;22:627-30.
8. Baez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. Br J Gen Pract. 1998;48:1824-7.
9. Mancera RJ, Muñoz CF, Paniagua GF, Fernández LC, Fernández TM, Blanca BF. Health problems and factors determining the number of on-demand visits of over-users of a health centre. Aten Primaria. 2001;27:658-62.
10. Ortega Tallón MA, Roca FG, Iglesias RM, Jurado Serrano JM. Patients overusing a primary care centre: their social, demographic and clinical characteristics, and their use of health service facilities. Aten Primaria. 2004;33:78-85.
11. Varela-Ruiz FJ. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. Medicina de Familia (And). 2000; 2:141-4.
12. Rodríguez-Muñoz C, Cebrián-Andreu C, Corella S. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. Medifam. 2003;13:143-50.

Aquellos maravillosos años

Sr. Director: Escribir unas líneas sobre los años de residencia que pasamos en el Bierzo resulta muy difícil, ya que son muchos los sentimientos y las sensaciones que hemos vivido allí.

Llegamos dispuestos a todo en julio de 2001, aunque el día que te encuentras en urgencias haciendo tu primera guardia no crees que vayas a ser capaz de sobrevivir, pero sí lo haces, gracias en gran parte a tus «resis mayores» y a tus adjuntos.

Pasas por las distintas rotaciones, algunos días muerto de sueño porque sales de guardia o porque has salido a tomar algo y te han dado «las tantas» la noche anterior. Aprendes a explorar el sistema nervioso, a los niños a pesar de sus llantos, a los bron-

quíticos crónicos (con los pocos que hay en el Bierzo), crees que estás un poco sordo o que tienes el fonendo mal porque ese tercer y cuarto ruido se te resisten, manejas insulinas y antidiabéticos orales, ¿dónde estará el dichosito nódulo tiroideo? Hemorragias digestivas, palpas próstatas y no próstatas, la escalera analgésica, las benzodiazepinas.

Te vuelves loco con las radiografías y las preguntas que te hacen de ellas, para que luego resulte ser simplemente pelo. Te topas con el maravilloso mundo de los ojos y sus fondos, por fin enfocas bien la luz con el espejo frontal y ves tu primera espina. Aprendes las diferentes suturas, a anestesiarse, a usar el bisturí. Pautas bien la «cefo-ta» sin tener que mirar en el chuletario y resucitas a muchos «Lázaros». Por fin metes bien el espéculo, localizas el cuello y haces tropecientas citologías.

Estuvimos con la trabajadora social hablando y hablando, y en odontología defendiéndonos entre bocas y dientes. Vimos evolucionar durante unos meses los percentiles de nuestros niños, nos ganamos a muchas madres y les terminamos, por fin, de perder el miedo.

Pasamos consulta durante 9 meses, cada día con más gente que el anterior, que si domicilios, que si refuerzos, que si parte de malos tratos, mordeduras de animales, informes de balnearios... hoy voy bien, sólo llevo un retraso de 15 minutos, pero, ¿qué le pasa al ordenador? ¡Socorro! Localizadme a mi tutor rápidamente que no puedo seguir la consulta.

No podemos olvidar los congresos, las sesiones, los pósters, las comunicaciones y las publicaciones, cada uno es como un hijo, cuando lo ves por primera vez no te puedes creer que hayas sido capaz de hacer eso.

Y así han pasado 3 años de nuestras vidas entre sonrisas y lágrimas, agobios y fiestas, llegando a la meta propuesta años antes, siendo el resultado final muy...

Muchas gracias a todos los que habéis colaborado en hacernos, los que denominaremos algún día, «aquellos maravillosos años».

**M.J. Palomo de los Reyes^a,
M.I. Fuentes García^b,
N. García López^c,
J.R. Casal Codesido^d**

^aHospital Virgen de la Salud. Toledo. España. ^bAtención Primaria. Distrito Sierra de Cádiz. España. ^c112 Castilla-León. España. ^dHospital El Bierzo. Ponferrada. León. España.

Palabras clave: Residentes.
Medicina familiar y comunitaria.
Rotaciones.