



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2013/14**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

El paciente demandante en la consulta de enfermería

**Autor:** Daniel Arévalo Sillero

**Tutora:** Magdalena Fernández Herrero



<b>RESUMEN</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
Objetivo principal .....	3
Objetivos específicos .....	4
<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>4</b>
Sujetos .....	4
Material.....	5
Dificultades .....	5
Procedimiento y análisis.....	7
<b>RESULTADOS</b> .....	<b>9</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>11</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>14</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>17</b>
Sujetos a estudio .....	17



## RESUMEN

<b>INTRODUCCIÓN</b>
<i>La sobrefrecuentación es la utilización excesiva de los servicios de salud por encima de lo que precisan para su perfil de riesgo un número limitado de usuarios y que no se justifica en términos de beneficios de salud.</i>
<b>OBJETIVOS</b>
<i>Identificar los motivos de consulta de los pacientes sobrefrecuentadores (PSF) tipo I en una consulta de enfermería del centro de salud Huerta del Rey, detectar los factores que pueden tener incidencia en la sobreutilización de los servicios de salud y comprobar si existe relación lineal entre la sobrefrecuentación y el número de visitas.</i>
<b>METODOLOGÍA</b>
<i>Estudio descriptivo observacional transversal. Los PSF se han obtenido a través del criterio Ellis de un cupo de enfermería. La información clínica se ha extraído a través de MedoraCyL, elaborando una base de datos con Microsoft Excel para su posterior manejo.</i>
<b>RESULTADOS</b>
<i>El 66,6% de la muestra supera los 65 años, el sexo femenino representa un 83,3% y la estructura familiar nuclear el 66,6%. El 94,6% de los procesos clínicos abiertos y el 100% de los cerrados son somáticos. Cuatro de los seis pacientes están estratificados en un nivel de severidad patológica G3. Las actuaciones de enfermería más cuantiosas son: dispensación de recetas (23,4%), realización de procedimientos terapéuticos (15,0%) y el control de procesos crónicos (13,4%).</i>
<b>CONCLUSIONES</b>
<i>El perfil del sobrefrecuentador coincide con el del hiperfrecuentador (PHF). Los PSF presentan antecedentes de baja adherencia terapéutica y conductas nocivas para la salud. No todos los PSF son PHF. Es necesario encaminar la función de enfermería a la educación sanitaria individual y grupal.</i>
<b>PALABRAS CLAVE</b>
<i>Hiperfrecuentación. Sobrefrecuentación. Atención primaria. Estudio descriptivo.</i>

Tabla 1

## INTRODUCCIÓN

Los pacientes hiperfrecuentadores son un reducido número de usuarios (5-10%) que originan gran parte de la demanda asistencial en atención primaria (30-40%)<sup>1</sup>, generando altos costes materiales y humanos. Es un fenómeno que afecta a la calidad de la asistencia<sup>2</sup>, ya que produce un aumento de la carga de trabajo que deteriora la relación profesional-paciente<sup>3,4</sup>, siendo además uno de los factores precipitantes de burnout profesional<sup>5,6</sup>.

La hiperfrecuentación se define en distintos estudios como un número de visitas superior a un valor determinado por las medidas de dispersión en la distribución de visitas<sup>1,7</sup>. El término conlleva una limitación importante, es exclusivamente un criterio estadístico autoperepetuante basado en una medida cuantitativa en detrimento de una cualitativa, independientemente de la frecuentación existirán hiperfrecuentadores<sup>7</sup>, ya que mediante las medidas de

dispersión obtendremos en toda distribución valores extremos. Por lo tanto, la definición podría considerar hiperfrecuentador a un paciente que recibe un seguimiento adecuado debido a la continuidad asistencial necesaria en determinados procesos clínicos<sup>1,8</sup>. Además, los profesionales describen al paciente hiperfrecuentador en función de la calidad de sus visitas (definidas por una causa insuficientemente relevante o considerada difícil o problemática<sup>4</sup>) y no sobre el número de éstas<sup>3,5</sup>. Por lo tanto, no existe necesariamente una relación lineal entre éste fenómeno y el número de visitas, aunque la tendencia indique lo contrario, ya que mientras el paciente siga percibiendo un problema, siempre tendrá una razón justificada para acudir de nuevo a la consulta<sup>5</sup>.

Magdalena Fernández Herrero afirma que *“nos encontramos diariamente con personas que acuden a la consulta de enfermería demandando una ayuda que se centra en la mayoría de los casos en los mismos procesos clínicos y a la que los profesionales no sabemos o podemos dar respuesta para cubrir sus necesidades”*.

Para evitar focalizar la medida de la frecuentación en términos de cantidad, además de criterios estadísticos, se deben incluir criterios clínicos<sup>1,7</sup> para tener en consideración las características específicas del paciente, las necesidades que presenta y el beneficio que obtiene de su relación con el sistema de salud<sup>7</sup>, teniendo siempre presente la existencia de factores externos que modulan la utilización de los servicios de salud: sociales, profesionales y los dependientes de la organización de servicios sanitarios<sup>2,9,10,11</sup>.

Esto daría como resultado el término de sobrefrecuentación<sup>7</sup>: utilización excesiva de los servicios de salud por encima de lo que precisa el paciente para su perfil de riesgo y que no se justifica en términos de beneficios de salud.

La sobrefrecuentación se clasificaría en dos tipos<sup>10,11</sup> según el factor inductor:

- Tipo I: el factor inductor es el perfil del paciente, siendo las características del mismo el detonante de la sobrefrecuentación. El paciente se denomina paciente demandante, decide por sí mismo el número de visitas y se relaciona con tres tipos de perfiles

(somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales). El paciente carece de la capacidad de autocuidado, pasando de considerarse paciente a considerarse cliente de los servicios de salud<sup>2</sup>.

- Tipo II: el factor inductor es el perfil del profesional. El paciente se denomina paciente inducido, siendo el procedimiento del mismo equipo de atención primaria el desencadenante de la sobrefrecuentación, que está relacionada con la práctica profesional, la organización y el insuficiente fomento del autocuidado.

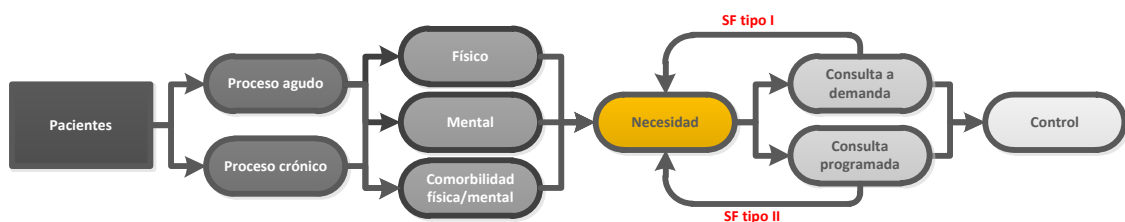


Gráfico 1

La sobrefrecuentación tipo I requiere un abordaje clínico, inicial o continuado, debiendo desarrollar un importante papel el profesional de enfermería en educación para la salud<sup>2,8,10,11,12</sup>.

#### DEFINICIÓN

*La sobrefrecuentación tipo I es un comportamiento anómalo de un número limitado de usuarios que implica la utilización excesiva de los servicios de salud por encima de lo que precisan para su perfil de riesgo y que no se justifica en términos de beneficios de salud.*

Tabla 2

Por ello, el objetivo de este estudio es conocer el uso que los pacientes demandantes hacen de la consulta de enfermería y los factores predisponentes que desencadenan la sobrefrecuentación.

## OBJETIVOS

### Objetivo principal

Identificar los motivos de consulta de los pacientes<sup>13</sup> sobrefrecuentadores tipo I en una consulta de enfermería del centro de salud Huerta del Rey (Valladolid).

## Objetivos específicos

Detectar los factores que pueden tener incidencia en la sobreutilización de los servicios de salud.

Comprobar si existe relación lineal entre la sobrefrecuentación y el número de visitas.

## METODOLOGÍA

### Sujetos

Estudio descriptivo observacional transversal retrospectivo realizado en el centro de salud Huerta del Rey, un centro de atención primaria urbano con 25.224 habitantes. El estudio se centró sobre un cupo de enfermería, constituido por una población de 1.756 individuos mayores de 14 años. El criterio de inclusión para definir la población de estudio fue la realización de al menos una visita al centro durante el año 2013, obteniendo la frecuentación de un total de 950 pacientes.

Una vez elaborada la base de datos de frecuentación, se calculó mediante el percentil 90 el punto de referencia para considerar a un paciente hiperfrecuentador, extrayendo un total de 101 pacientes hiperfrecuentadores. Para discernir a los pacientes sobrefrecuentadores de los hiperfrecuentadores se utilizó el criterio de Ellis<sup>14</sup> de paciente “difícil”, aislando una muestra de 6 pacientes para el estudio.

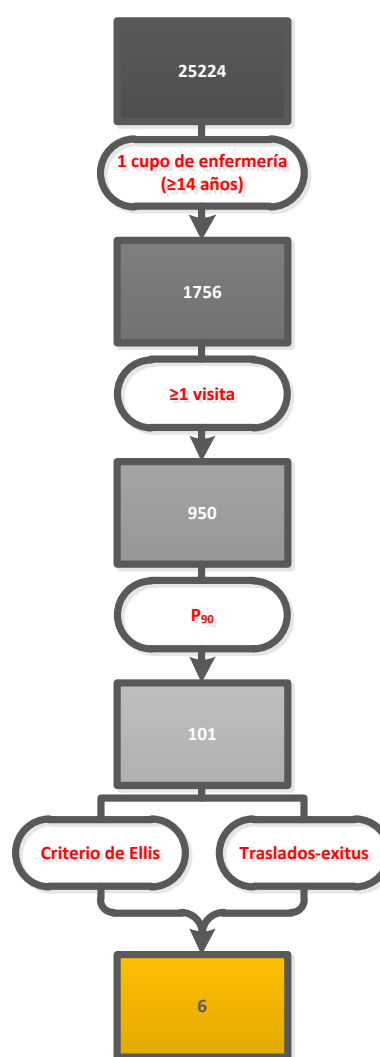


Gráfico 2



## Material

Para la búsqueda bibliográfica, principalmente artículos de investigación publicados en revistas especializadas, se ha empleado como principal base de datos Elsevier. Como apoyo para el rastreo de estudios, se ha utilizado el motor de búsqueda Google académico. Para la lectura crítica y evaluación de la calidad de los estudios se utilizaron las listas de chequeo Critical Appraisal Skills Programme (CASPe)<sup>15</sup>. Se ha limitado la búsqueda a artículos y estudios en castellano mediante el uso de las palabras clave: hiperfrecuentación, frecuentación, hiperfrecuentador, somatización, somatizador y atención primaria.

La extracción de la información clínica objeto de estudio se ha llevado a cabo a través de la aplicación MedoraCyL (versión 2009 y 4.0), elaborando con ésta una base de datos mediante Microsoft Excel (versión 2010) para su posterior manejo.

## Dificultades

El diseño inicial del estudio constaba de las siguientes fases:

1. Obtener el listado de pacientes con  $\geq 1$  consultas a demanda y urgentes (tipo de visitas que reflejan la iniciativa del paciente), y su frecuentación en el año 2013 en todos los cupos de enfermería de un centro de salud.
2. Excluir de la frecuentación las consultas burocráticas.
3. Eliminar del listado a los pacientes con 0 visitas tras aplicar la fase 2.
4. Clasificar a los pacientes por grupos en función del proceso clínico por el que acuden a la consulta (Tabla 3):
  - a. Proceso agudo (<6 meses): físico, mental o comorbilidad física-mental.
  - b. Proceso crónico (>6 meses): físico, mental o comorbilidad física-mental.
5. Calcular el percentil 90 sobre la frecuentación de cada grupo de pacientes para obtener el límite entre la norma y la sobrefrecuentación.
6. Estudiar las características de los pacientes sobrefrecuentadores de cada grupo:

- a. Características específicas del paciente.
- b. Antecedentes.
- c. Motivos de consulta.

<b>CLASIFICACIÓN INICIAL</b>			
<b>Frecuentación</b>	<b>Proceso crónico</b>		
	<b>Físico</b>	<b>Mental</b>	<b>Físico-mental</b>
<b>1</b>	<i>Paciente 1 Paciente 2 Paciente 3 Paciente 4</i>	<i>Paciente 1 Paciente 2</i>	<i>Paciente 1 Paciente 2 Paciente 3</i>
<b>2</b>	<i>Paciente 5</i>	-	-
<b>3</b>	-	-	<i>Paciente 4 Paciente 5</i>
...	...	...	...
<b>30</b>	-	-	<i>Paciente 21</i>

*Tabla 3*

Debido a las dificultades encontradas durante la recopilación de datos (Tabla 4) y el plazo de tiempo limitado, se decidió simplificar la estructura del estudio:

1. Obtener el listado de pacientes con  $\geq 1$  consultas y su frecuentación en el año 2013 en un cupo de enfermería (Tabla 5).
2. Obtener a los pacientes hiperfrecuentadores tras calcular el percentil 90.
3. Obtener a los pacientes sobrefrecuentadores tras aplicar el criterio Ellis.
4. Estudiar las características de los pacientes sobrefrecuentadores:
  - a. Características específicas del paciente.
  - b. Antecedentes.
  - c. Motivos de consulta.

<b>LIMITACIONES DE MEDORACYL</b>	
<i>Fase 1</i>	<i>Imposibilidad de desglosar visitas a demanda de programadas; utilización errática de las consultas programadas y a demanda por parte de los profesionales.</i>
<i>Fase 2</i>	
<i>Fase 3</i>	
<i>Fase 4</i>	
<i>Fase 5</i>	<i>Cuantía de datos de complicado manejo debido al diseño de la aplicación MedoraCyl.</i>
<i>Fase 6</i>	

*Tabla 4*

CLASIFICACIÓN FINAL (BASE DE DATOS DE FRECUENTACIÓN)	
CIP	Frecuentación
CIP paciente 1	3
CIP paciente 2	20
CIP paciente 3	1
CIP paciente 4	1
...	...

Tabla 5

### Procedimiento y análisis

Tras definir los objetivos, el estudio comenzó en Enero del 2014 con una revisión bibliográfica. Posteriormente, en el mes de Marzo, se procedió a elaborar una base de datos en Microsoft Excel con el listado de los pacientes que acudieron al menos una vez en el año 2013 a una consulta de enfermería previamente seleccionada. El listado, de 950 individuos, incluía el Código de Identificación Personal (CIP), para preservar la confidencialidad, y la frecuentación. Para hallar a los pacientes hiperfrecuentadores se estableció como punto límite el percentil 90, aplicado a la frecuentación y calculado mediante la función percentil de Microsoft Excel. Una vez seleccionados los pacientes hiperfrecuentadores, se elaboró un segundo listado para entregar a la enfermera responsable de la consulta, para que a través del criterio Ellis (sensación de nudo en la garganta tras identificar a los pacientes “difíciles”) filtrara a los pacientes sobrefrecuentadores.

RESULTADOS ESTADÍSTICOS			
Pacientes $\geq 1$ visita	Nº mínimo de visitas	Nº máximo de visitas	Promedio de visitas
950	1	227	5,97 visitas
$P_{90}$ <sup>1</sup>	PHF <sup>2</sup>	Traslados y/o exitus	PSF <sup>3</sup>
14 visitas	101 pacientes (10,6%)	7 pacientes	6 (0,6%)

<sup>1</sup>Percentil 90.  
<sup>2</sup>Pacientes hiperfrecuentadores, igualan o superan el  $P_{90}$ .  
<sup>3</sup>Pacientes sobrefrecuentadores, obtenidos tras aplicar el criterio Ellis.

Tabla 6

Para estudiar a los pacientes sobrefrecuentadores, durante el mes de Abril y Mayo se han recopilado los siguientes datos:

- Datos administrativos:
  - Edad.
  - Sexo.
  - Estado civil.
  - Situación laboral.
  - Estructura familiar.
  - Antecedentes familiares: presencia de patologías en grados de parentesco 1º y 2º.
- Procesos clínicos:
  - Abiertos antes del año 2013.
  - Abiertos y cerrados en el año 2013.
- Actuaciones:
  - Medición de constantes vitales.
  - Registro de datos clínicos (control de enfermedades crónicas): international normalized ratio (INR) y glucemias capilares.
  - Recetas (incluyendo la entrega de material).
  - Pruebas diagnósticas.
  - Test: Barthel, Barber y mini examen cognoscitivo, entre otros.
  - Procedimientos terapéuticos: aplicación de tratamientos inyectables y curas.
  - Otros motivos de consulta (incluyendo actuaciones sin especificar).
- Antecedentes relevantes.

Los procesos clínicos se han catalogado en función del tipo de patología, física o mental. Se han identificado las alteraciones sin origen médico aparente que puedan señalar la presencia de un trastorno somatomorfo. Además, se ha incluido la categorización<sup>16</sup> (Tabla 7) del paciente basada en la severidad que pondera la gravedad de la patología, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo de recursos, reflejando el nivel de necesidades que éste precisa y riesgos que presenta.

<b>CRITERIOS DE ESTRATIFICACIÓN</b>	
<i>G0</i>	<i>Paciente sano o con procesos agudos.</i>
<i>G1</i>	<i>Paciente patológico en estadio estable o inicial.</i>
<i>G2</i>	<i>Paciente pluripatológico estable o con una patología en estado avanzado.</i>
<i>G3</i>	<i>Paciente pluripatológico severo.</i>

*Tabla 7*

Debido a la complejidad inherente al diseño original de la aplicación MedoraCyL, se han examinado de forma manual en el historial de consulta todas las actuaciones de enfermería comprendidas entre las fechas 01/01/2013 y 01/01/2014, realizando una revisión mes a mes para eludir el riesgo de error por omisión y elaborando un listado (Tabla 8) con el objetivo de desglosar por tipo las actuaciones.

<b>LISTADO DE ACTUACIONES</b>		
<i>Fecha</i>	<i>Profesional</i>	<i>Actuación</i>
<i>20/02/2013</i>	<i>Especialista</i>	<i>No identificada</i>
<i>22/02/2013</i>	<i>Médico</i>	<i>No identificada</i>
<i>04/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Sin especificar</i>
<i>04/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Sin especificar</i>
<i>04/03/2013</i>	<i>Médico</i>	<i>No identificada</i>
<i>05/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Aerosolterapia</i>
<i>05/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Sin especificar</i>
<i>05/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Recetas</i>
<i>06/03/2013</i>	<i>Enfermero</i>	<i>Aerosolterapia</i>
<i>...</i>	<i>...</i>	<i>...</i>

*Tabla 8*

Para comprobar si existía relación lineal entre la sobrefrecuentación y el número de visitas se utilizó de nuevo el criterio Ellis, pero ésta vez sobre los 950 individuos de la base de datos de la frecuentación, con el fin de verificar si todos los pacientes sobrefrecuentadores eran además hiperfrecuentadores.

## **RESULTADOS**

Los resultados (Tabla 9) indican como factores predictores del paciente sobrefrecuentador: edad superior a 65 años (66,6%), sexo femenino (83,3%), estado civil casado (50,0%) y estructura familiar nuclear (66,6%).

El 94,6% de los procesos clínicos abiertos son de tipología somática, con un 7,0% sin origen médico aparente. Respecto a los procesos clínicos cerrados, el 100% son somáticos, con un 16,6% de origen idiopático. Todos los pacientes estudiados presentan una patología crónica, cuatro de ellos con condición pluripatológica severa.

Respecto a las actuaciones en la consulta de enfermería, los resultados obtenidos de mayor a menor porcentaje son los siguientes:

- Otros-sin definir: 39,6%.
- Recetas: 23,4%.
- Procedimientos terapéuticos: 15,0%.
- Datos clínicos: 13,4%.
- Constantes: 4,7%.
- Pruebas diagnósticas: 1,9%.
- Test: 1,5%.

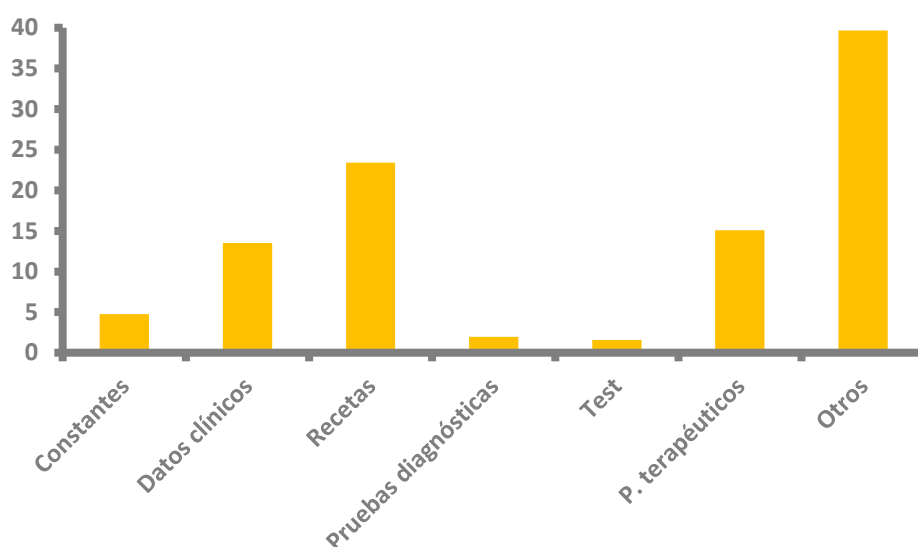


Gráfico 3

Los motivos de consulta “otros” incluyen actuaciones marginales de exploraciones (e.g.: índice tobillo-brazo), profilaxis viral (e.g.: vacuna de la gripe) y anamnesis (e.g.: adherencia terapéutica). Los motivos de consulta “sin especificar” incluyen la entrega de resultados del tratamiento de anticoagulación oral (TAO) (cifra estimada de un 10,7% sobre el total de

actuaciones), que por protocolo del centro, por cada visita de control del TAO hay otra para la entrega de resultados; la cumplimentación de recetas Muface y el acceso de consulta a la historia clínica.

<b>RESULTADOS</b>									
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>									
<b>Sexo</b>		<b>Estado civil</b>			<b>Estructura familiar</b>				
<i>Femenino</i>	<i>masculino</i>	<i>Casado/a</i>	<i>Soltero/a</i>	<i>Viudo/a</i>	<i>Nuclear</i>	<i>Desestructurada</i>			
83,3%	16,6%	50,0%	33,3%	16,6%	66,6%	33,3%			
<b>PROCESOS CLÍNICOS</b>									
<b>Abiertos</b>					<b>Cerrados</b>				
<i>Somáticos</i>	<i>Psíquicos</i>	<i>Psicosomáticos</i>			<i>Somáticos</i>	<i>Psíquicos</i>	<i>Psicosomáticos</i>		
94,6%	5,3%	6,6% (7,0%) <sup>1</sup>			100,0%	0,0%	16,6%		
<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>									
<i>Constantes</i>	<i>Datos c.</i>	<i>Recetas</i>	<i>P. diag.</i>	<i>Test</i>	<i>P. terap.</i>	<i>Otros</i>	<b>Estratificación</b>		
							<i>G0</i>	<i>G2</i>	<i>G3</i>
4,7%	13,4%	23,4%	1,9%	1,5%	15,0%	39,6%	16,6%	16,6%	66,6%

<sup>1</sup>Porcentaje respecto a los procesos somáticos.

Tabla 9

Por último, tres pacientes sobrefrecuentadores incluidos en la base de datos de frecuentación figuran fuera del rango de la hiperfrecuentación.

## CONCLUSIONES

Este trabajo presenta como principales limitaciones el estudio de una muestra de tamaño insuficiente por el acotado a una única consulta de enfermería y una excesiva homogeneidad de los sujetos estudiados en cuanto a la ubicación geográfica, que imposibilitan cubrir objetivamente las variables de estudio. Esto tiene que ver con el alcance restringido de esta investigación, concebida como un trabajo académico de fin de grado.

Aunque los resultados no son extrapolables a la población, algunas características coinciden con las descritas en la literatura española sobre el perfil del paciente hiperfrecuentador: edad superior a los 50 años, predominio del sexo femenino, ocupación inactiva (situación nodriza, jubilación e invalidez), estado civil casado y pertenencia a una familiar nuclear.

La edad marca diferencias respecto a la formación recibida. El nivel educativo es un factor asociado a diferentes dimensiones de la salud<sup>17</sup>, pero las

limitaciones de la investigación (principalmente la temporal) no han permitido la realización de cuestionarios para determinar el nivel de formación de los sujetos a estudio.

No se puede asegurar que la pertenencia a una estructura nuclear familiar sea un factor condicionante de la frecuentación, ya que es el tipo familiar más frecuente en nuestro contexto, pero las situaciones cambiantes del ciclo vital tales como el abandono del hogar de los hijos (acontecimientos estresantes o life-events) y la disfunción familiar pueden ser determinantes<sup>6</sup>. Hipotéticamente, la ocupación inactiva proporciona más tiempo libre, por lo que el paciente dispone de mayor coyuntura temporal para ir al centro de salud. Por lo tanto, deberíamos tener en cuenta la afirmación de Calvo Rojas et al.: la dimensión espacio se relaciona con la depresión y la dimensión tiempo se relaciona con la ansiedad.

Dos de nuestros pacientes pueden ratificar la relación entre la alteración temporo-espacial y la disfunción psíquica: el primero está sujeto a la conjetura de presentar laceraciones autoprovocadas con el propósito de consumir de forma regular los servicios de salud; mientras que el segundo tiene antecedentes de trastorno adaptativo como consecuencia de frecuentes discusiones conyugales.

Distintos artículos indican que el perfil somático de reacciones emocionales es diferencial por género (las mujeres reportan un mayor porcentaje de síntomas físicos médicamente no explicados)<sup>18</sup>, aunque en nuestro estudio, la prevalencia psicósomática no es significativa. Además, la existencia de una historia familiar con padecimiento de enfermedades (especialmente dolorosas) que expongan a un niño a frecuentes conductas de enfermedad y dolor físico, aumenta el riesgo de gestar un adulto somatizador<sup>19</sup>. Por lo tanto, ante un paciente sobrefrecuentador, debemos tener presente todas las variables descritas.

Cinco de los seis pacientes a estudio presentan o han presentado un posible proceso psicósomático, de aquí viene dada la especial importancia que adquiere la presencia de los procesos somatomorfos que dan origen al



sobrenombre de paciente “difícil” en muchos de los estudios sobre la frecuentación. Sin embargo, en éste estudio se constata otro motivo que delimita las características del paciente de complicado manejo, cuatro individuos de la muestra presentan antecedentes de baja adherencia terapéutica y precedentes de conductas nocivas para la salud. Los motivos difieren debido a que la consulta de enfermería se encarga principalmente del abordaje y control de los procesos crónicos, mientras que los procesos agudos son tratados en la consulta del médico de atención primaria, donde adquieren mayor relevancia los procesos psicosomáticos.

En nuestra investigación, no existe relación lineal entre la frecuentación y el número de visitas, tres pacientes que cumplen el criterio Ellis se sitúan fuera del rango de la hiperfrecuentación definido por el percentil 90, por lo que, los estudios sobre sobrefrecuentación no deben centrarse en períodos seleccionados de manera fortuita, sino en las visitas iniciales de un episodio para detectar la inclusión de acontecimientos estresantes. Por lo tanto, podemos afirmar que no todos los pacientes hiperfrecuentadores sobrefrecuentan las consultas de atención primaria (ciertos procesos crónicos requieren un asiduo control periódico), ni todos los sobrefrecuentadores son hiperfrecuentadores de los servicios de salud.

Respecto a la cuantificación de los motivos de consulta en enfermería, destaca la dispensación de recetas crónicas por encima del control de enfermedades crónicas. Por lo tanto, se podría afirmar que la función de enfermería en determinados centros de atención primaria adolece de un elevado consumo de tiempo dedicado a la burocracia, imposibilitando la explotación de la educación para la salud y generando un desconocimiento por parte del paciente sobre el funcionamiento de la consulta de enfermería, con una creencia que basa al sistema de salud en la figura preponderante del profesional médico, situando en un papel secundario a los profesionales de enfermería<sup>14</sup>. Debemos tener presente que el fomento del autocuidado es una medida de control de la frecuentación<sup>10</sup>, siendo necesario encaminar la función principal de enfermería tanto a la educación sanitaria grupal como individual.

Además, se ha constatado la potencialidad de enfermería en la resolución de procesos agudos protocolizados en las consultas a demanda, resolviendo el 60% de los casos, disminuyendo el coste y mejorando la satisfacción de los pacientes. Si además se ponen en marcha otras medidas como la desburocratización de las consultas (implantación de la receta electrónica) y la colaboración activa entre los distintos componentes del equipo de atención primaria (medicina, enfermería y trabajo social) se conseguirá un impacto positivo en la satisfacción de los profesionales y de los pacientes y en la mejora de la calidad asistencial<sup>20</sup>.

No debemos olvidar que más allá de la causa, las personas con comportamientos de hiper y sobrefrecuentación son personas que sufren.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Blanco García ME, Fernández Sánchez A, Fernández Vergel R, Haro Abad JM, et al. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008; 40 (12): 631-2.
2. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calid Asist*. 2011; 26 (4): 256-63.
3. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P. El significado de la palabra “hiperfrecuentación” para los profesionales de atención primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42 (4): 245-6.
4. Alameda Cuesta A, Pazos Garciandía A. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de atención primaria. *Rev Esp Salud Pública*. 2009; 83: 863-75.
5. Sandín Vázquez M, Conde Espejo P y Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Rev Calid Asist*. 2010;25 (1): 21–27.
6. Rodríguez Muñoz C, Cebriá Andreu J, Corbella Santomá, Segura Bernal J, Sobreques Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a

- los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria. *Medifam*. 2003; 13 (3): 143-50.
7. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005; 36 (8): 471-2.
  8. Calvo Rojas V, Rodríguez Molinet J, Pomares Costa AM, Gil Rovira M, Ramell Gutiérrez AM, Sentís Antolín L, et al. Factores sociales asociados a la hiperfrecuentación en centros de atención primaria de salud: un estudio desde el trabajo social sanitario. *Trabajo Social Global*. 2011; 2 (3): 116-142.
  9. 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 (9): 484-90.
  10. Ortega Tallón MA, Roca Figueres G, Iglesias Rodríguez M y 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.
  11. Arnal Selfa R, Blanco Tarrío E, Cañanes Garzón P, Díaz Ojeda E, Grande Andueza JM, Guerra Aguirre J, et al. Los Equipos de Atención Primaria. Propuestas de mejora. Documento de consenso [sede Web]. Madrid: INSALUD; 2001 [actualizada el 1 de Abril de 2014; acceso 14 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/eqAtencPrim.htm>.
  12. Echevarría Zamanillo MM, Fraile Caviedes C, Díez Sánchez TJ, Rodríguez Ferrer C, Gamarra Llouza M, Chicote Aylagas PN, et al. ¿Organizamos de forma adecuada el tiempo en las consultas de enfermería de atención primaria? [sede Web]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2009 [actualizada el 5 de Enero de 2014; acceso el 5 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/invesalud/banco-evidencias-cuidados>.
  13. Cabello Morales E. Calidad de la atención Médica: ¿paciente o cliente?. *Rev Med Hered*. 2001; 12: 96-99.
  14. Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos?. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006; 29 (1): 47-58.

15. CASPe. Programa de lectura crítica CASPe [sede Web]. Alicante: redcaspe.org; 2012 [actualizada el 26 de Febrero de 2012; acceso el 30 de Enero de 2014]. Disponible en: <http://redcaspe.org/drupal/?q=node/29>.
16. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [sede Web]. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2013 [actualizada el 5 de Enero de 2014; acceso el 26 de Abril de 2014]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>.
17. De la Cruz Sánchez E, Vizuet Carrizosa M. El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española. Univ. Psychol. 2013; 12 (1): 31-40.
18. Moral de la Rubia J, Valdez Medina JL, González Arratia López Fuentes NI, González Escobar S, Alvarado Bravo BG, Gaona Valle LS. Emociones y síntomas físicos medicamente no explicados en mujeres y hombres adultos. Medicina Universitaria. 2010; 12 (47): 96-105.
19. Ascensión Godoy C, Martín Ortiz R, Moro López A, Hernández Monsalve M. Pacientes somatizadores en Atención Primaria. Del reconocimiento del síntoma a la intervención sin iatrogenia (I). SEMERGEN. 2003; 29 (6): 311-7.
20. Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. Aten Primaria. 2011; 43 (10): 522-23.

## ANEXO

### Sujetos a estudio

<b>Paciente 1</b>							
DATOS ADMINISTRATIVOS							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>80 <sup>1</sup>	Femenino	Viuda	Inactiva	Nuclear	Sí		
PROCESOS CLÍNICOS							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
9	1	2 (1) <sup>2</sup>	1	0	0	G3	
MOTIVOS DE CONSULTA							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
22	3	13 <sup>3</sup>	14	0	3	0	15
ANTECEDENTES DE INTERÉS							
No respeta la pauta dietética y no hace ejercicio: mal control del peso y tensión arterial.							
<sup>1</sup> Omisión de la edad exacta para preservar la confidencialidad de datos.							
<sup>2</sup> Proceso físico sin origen médico aparente.							
<sup>3</sup> Control del TAO.							

Tabla 10

<b>Paciente 2</b>							
DATOS ADMINISTRATIVOS							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>80	Femenino	Casada	Inactiva	Nuclear	Sí		
PROCESOS CLÍNICOS							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
13	0	2	0	0	0	G3	
MOTIVOS DE CONSULTA							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
20	0	8 <sup>1</sup>	12	0	1	0	21
ANTECEDENTES DE INTERÉS							
Dificultad para manejar inhaladores; trastorno adaptativo por frecuentes discusiones conyugales.							
<sup>1</sup> Control del TAO.							
<sup>2</sup> Incluye: 1 vacuna de la gripe y 1 anamnesis de adherencia terapéutica.							

Tabla 11

<b>Paciente 3</b>							
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>75	Femenino	Casada	Inactiva	Nuclear	Sí		
<b>PROCESOS CLÍNICOS</b>							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
8	1	4 (1) <sup>1</sup>	0	7 (1)	0	G2	
<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
19	5	6 <sup>2</sup>	0	4 <sup>3</sup>	0	12	6 <sup>4</sup>
<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS</b>							
<i>Baja adherencia terapéutica: mal control de EPOC y tensión arterial; mal control metabólico; precedente de maltrato a profesional de enfermería.</i>							
<sup>1</sup> Proceso físico sin origen médico aparente.							
<sup>2</sup> Control de glucemia capilar.							
<sup>3</sup> ECGs.							
<sup>4</sup> Incluye: 1 vacuna de la gripe.							

Tabla 12

<b>Paciente 4</b>							
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>40	Femenino	Soltera	Inactiva	No estructural	Sí		
<b>PROCESOS CLÍNICOS</b>							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
5	1	4 (1) <sup>1</sup>	0	3 (1)	0	G3	
<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
24	2	1 <sup>2</sup>	15 <sup>3</sup>	0	0	6 <sup>4</sup>	7 <sup>5</sup>
<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS</b>							
<i>Baja adherencia terapéutica: mal control de EPOC y tensión arterial; mal control metabólico.</i>							
<sup>1</sup> Proceso físico sin origen médico aparente.							
<sup>2</sup> Control de glucemia capilar.							
<sup>3</sup> Incluye: 1 entrega de glucagón.							
<sup>4</sup> Inyectables: se contabilizan por principio activo.							
<sup>5</sup> Incluye: 1 vacuna de la gripe.							

Tabla 13

<b>Paciente 5</b>							
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>40	Masculino	Soltero	Inactivo	No estructural	No conocidos		
<b>PROCESOS CLÍNICOS</b>							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
8	0	3 <sup>1</sup>	0	4 (3) <sup>2</sup>	0	G3	
<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
43	1	0	15 <sup>3</sup>	0	0	18 <sup>4</sup>	39 <sup>5</sup>
<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS</b>							
Presencia de un proceso clínico sensible y sospecha de lesiones físicas autoinfligidas.							
<sup>1</sup> Incluye: 1 proceso clínico sensible. <sup>2</sup> Incluye: 2 posibles procesos autolíticos. <sup>3</sup> Incluye: 6 entregas de material. <sup>4</sup> Incluye: 1 inyectable. <sup>5</sup> Incluye: 1 ITB.							

Tabla 14

<b>Paciente 6</b>							
<b>DATOS ADMINISTRATIVOS</b>							
Edad	Sexo	Estado civil	Situación laboral	Estructura familiar	Antecedentes familiares		
>65	Femenino	Casada	Inactivo	Nuclear	Si		
<b>PROCESOS CLÍNICOS</b>							
Abiertos				Cerrados		Estratificación	
<2013		2013					
Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos	Somáticos	Psíquicos		
9 (2)	0	4	0	4	0	G0	
<b>MOTIVOS DE CONSULTA</b>							
Visitas	Actuaciones						
	Constantes	Datos clínicos	Recetas	Pruebas diagnósticas	Test	P. terapéuticos	Otros-sin especificar
17	1	6 <sup>1</sup>	3	1	0	2	12 <sup>2</sup>
<b>ANTECEDENTES DE INTERÉS</b>							
Ninguno.							
<sup>1</sup> Control del TAO. <sup>2</sup> Incluye: 1 vacuna, 1 informe de inicio TAO y 1 extracción de control INR.							

Tabla 15