

Cuantificación y naturaleza de motivos de consulta en Medicina de Familia

Zas Varela M¹, García Sierra A¹, Rodríguez Ledo P²

¹Centro de Salud Milagrosa

²Centro de Salud Fingoi

Lugo

En el ámbito de la sanidad hay dos hechos diferenciados: acto médico (AM) y el motivo (o motivos) de consulta (MC). Se entiende por AM cualquier contacto en la consulta entre el paciente o personas relacionadas y el facultativo, y por MC cada una de las peticiones que realiza el paciente, acompañante o persona que acude en representación del paciente en un AM¹. De este modo, en un mismo AM pueden incluirse uno o más MC.

Los médicos tenemos la percepción de que en muchas ocasiones los pacientes, tras haber resuelto el MC principal aprovechan, "y ya que estoy aquí" realizan una o más consultas complementarias a la ya realizada. Es conocido que en las consultas de atención primaria existe un importante número de pacientes que realizan demandas adicionales o aditivas ("ya que", "by the way")². Esto supone emplear más tiempo del previsto en la resolución de las consultas de estos pacientes, con el consiguiente retraso en la atención del resto de pacientes citados ese día, y en consecuencia disponiendo de un menor tiempo para dedicar a estos últimos en cada AM. Todo ello conlleva una mayor presión sobre el profesional, una mayor espera para el resto de pacientes con cita, una desestructuración de la consulta y en definitiva una peor gestión de la misma. Sin embargo, con la optimización de la gestión de la consulta el usuario percibe que disminuye el tiempo de espera³.

Algunos autores relacionan "y ya que estoy aquí" con las consultas de tipo administrativo en las que aprovechan para realizar otras consultas adicionales: "¿por qué no me mira la garganta o me hace unos análisis?"⁴. Se habla de consultas administrativas o burocráticas cuando implican la generación de documentos escritos derivados o relacionados con la actividad asistencial⁵.

Diversos investigadores han estudiado la naturaleza (con cita previa o sin ella, urgente)⁶ y motivos de consulta^{7,8}, ya que las atendidas sin tener cita previa^{9,10,11} son otro factor que nos lleva a una peor organización y a un malestar para el profesional y sobre todo para los pacientes que tienen su cita. Pero para gestionar la demanda es necesario conocer previamente de forma cuantitativa y cualitativa su realidad, y en este sentido el objetivo principal del presente estudio fue estimar el grado de certeza de la apreciación del médico de familia de que los pacientes que acuden a sus consultas en los centros de salud demandan más de un MC por AM. Como objetivo secundario se plantea analizar las variables relacionadas con la presencia (o ausencia) de dicha situación objeto de estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado con pacientes de tres consultas urbanas de Medicina de Familia de forma consecutiva en días laborables sucesivos, durante un periodo de reclutamiento de un mes. Los datos fueron recogidos de modo simultáneo con la realización de la actividad asistencial.

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos en el que se registraron las siguientes variables: edad, sexo, tipo de prestación sanitaria (activo frente a pensionista), características del tipo de consulta (burocrática -en la que se realizan tareas administrativas-, a demanda o urgente -sin cita previa-), y emisión de recetas. También se recogieron las peticiones generadas en dichos actos médicos: interconsulta (IC), Incapacidad Temporal (IT) –englobando tanto los partes de confirmación como los partes de alta y baja laboral-, estudios complementarios

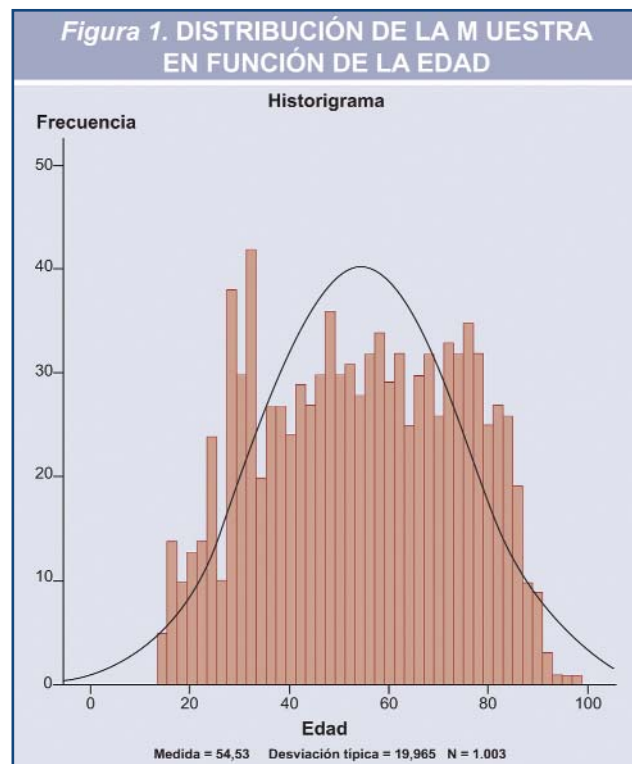
(EC) que abarcaba la petición de analíticas, radiología, ECG... En relación con los MC se recogió el número total de MC por AM y se identificó el motivo principal consultado a juicio del médico (por su naturaleza o gravedad) y a juicio del paciente (al que éste le daba más importancia).

Se realizó un análisis descriptivo de las variables tanto cuantitativas (medias y desviaciones estándar -DE-) como cualitativas (proporciones y DE). También se realizó un análisis univariante que fue completado con otro multivariante para estudiar las variables relacionadas con el número total de MC por AM, para lo cual se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0.

RESULTADOS

El estudio se realizó sobre una muestra de 1.003 pacientes, cuya media de edad fue de 54,5 años (DE=20,0), con un rango de 15-99 años. El 34,1% tenía 65 años o más (**Figura 1**). La muestra la conformaban 609 (60,7%) mujeres y 458 (45,7%) pensionistas. Respecto al tipo de consulta, 881 (87,8%) fueron con cita previa y 122 (12,2%) se solicitaron con carácter urgente.

La descripción del número total de consultas y su distribución en función del tipo de consulta (normal o urgente) y del motivo de la misma (consulta o burocrática), y



recursos movilizados aparecen en la **tabla 1**. En el conjunto de los 1.003 pacientes estudiados se registraron 1.530 MC, de los cuales 659 (43%) fueron de naturaleza burocrática y 871 (57%) no burocráticas. En el total de los

Tabla 1.- DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO Y TIPO DE CONSULTAS, Y DE LOS RECURSOS MOVILIZADOS

	MC* totales	MC* burocráticos	MC* no burocráticos	Interconsulta especialistas	Incapacidad temporal	Pruebas complem.	Recetas
Nº válidos	1.003	1.003	1.003	1.003	1.003	1.003	1.003
Nº perdidos	0	0	0	0	0	0	0
Media	1,53	0,66	0,87	0,09	0,19	0,10	0,74
Mediana	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
Moda	1	1	1	0	0	0	1
Desv. típica	0,782	0,651	0,751	0,319	0,392	0,304	0,659
Varianza	0,611	0,423	0,564	0,102	0,154	0,092	0,434
Rango	5	4	5	3	2	1	4
Mínimo	1	0	0	0	0	0	0
Máximo	6	4	5	3	2	1	4
Suma	1.530	659	871	88	187	103	746
25	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Percentiles 50	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00
75	2,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00

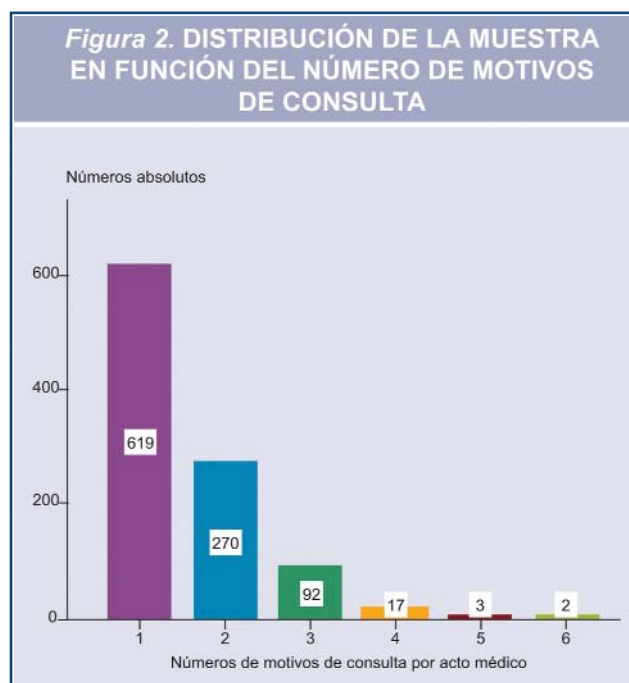
* MC = Motivo de consulta

1.003 AM se realizaron IC a especialistas en 88 AM (8,8%), gestiones de IT (partes de confirmación, de baja y alta) en 187 (18,6%) AM, pruebas complementarias en 103 (10,3%) AM y se emitieron recetas para 746 (74,4%) AM.

La media de MC por paciente y acto médico fue de 1,5 (DE=0,78), con un rango de 1 a 6. De los 1.003 pacientes, 619 (61,7%) consultaron por un único MC, mientras que 384 (38,3%) lo hicieron por más de uno. Consultaron 270 (27%) personas por dos MC, 92 (9,2%) por 3 MC, y 22 (2,2%) entre 4-6 MC (figura 2). De los 384 que consultaron por más de 1 MC eran mujeres 261 (68%) y hombres 123 (32%); la diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0,0005$). No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en relación con su situación como activos o pensionistas ni en relación con la media de edad.

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en relación con el número de MC y el número de consultas burocráticas y no burocráticas (consultas propiamente dichas), IC a especialistas, solicitud de pruebas complementarias y emisión de recetas; todos estos índices se incrementaron cuando el paciente manifestaba más de 1 MC. La diferencia no fue estadísticamente significativa para la gestión de la IT (**Tabla 2**).

Cuando el análisis se realizó en función del tipo de consulta realizada en el AM a considerar se obtuvo que de los 1.003 generados, en 309 (30,8%) se realizaron únicamente consultas burocráticas, en 434 (43,3%) únicamente no burocráticas y en 260 (25,9%) consultas mixtas (con MC burocráticos y otros no burocráticos). Al calcular la media de recursos consumidos por AM, se observó que



en un mayor número de consultas no burocráticas se generó IC a especialistas, se solicitaron pruebas complementarias, se emitieron recetas y el número de MC expuestos resultó mayor por AM, de forma estadísticamente significativa en todas las relaciones anteriores. En cambio, cuando la consulta fue de tipo burocrático se obtuvo una mayor media de AM dedicados a la gestión de la IT, de forma estadísticamente significativa (**Tabla 3**).

Si cogemos los 743 AM en los que sólo se expusieron MC burocráticos y aquellos en los que MC fueron no burocráticos, desestimando los mixtos, y analizamos no la

Tabla 2.- DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO Y TIPO DE CONSULTAS, Y DE LOS RECURSOS MOVILIZADOS EN FUNCIÓN DE QUE SE EXPONGA UN MOTIVO DE CONSULTA O MÁS

	MC* burocráticos (p*=0,0005)	MC* no burocráticos (p*=0,0005)	Interconsulta especialistas (p*=0,0005)	Incapacidad temporal (p*=0,22)	Pruebas complementarias (p*=0,001)	Recetas (P*=0,0005)
1MC Media	0,42	0,58	0,05	0,17	0,08	0,54
Desv. típ.	0,495	0,495	0,228	0,380	0,268	0,502
>1MC Media	1,03	1,34	0,14	0,21	0,014	1,08
Desv. típ.	0,696	0,846	0,423	0,411	0,351	0,740
Total Media	0,66	0,87	0,09	0,19	0,10	0,74
Desv. típ.	0,651	0,751	0,319	0,392	0,304	0,659

* MC = Motivo de consulta; p = Significación estadística

Tabla 3.- DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO TOTAL DE MOTIVOS DE CONSULTAS Y DE LOS RECURSOS MOVILIZADOS EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CONSULTA REALIZADA (BUROCRÁTICA, NO BUROCRÁTICA, MIXTA)

	Interconsulta especialistas (p*=0,028)	Incapacidad temporal (p*=0,0005)	Pruebas+ complementarias (p*=0,0005)	Recetas (p*=0,0005)	Total de MC (p*=0,0005)
AM* con MC* burocráticos					
- Media	0,05	0,31	0,05	0,56	1,17
- Desviación típica	0,230	0,465	0,215	0,564	0,421
AM* con MC* no burocráticos					
- Media	0,10	0,07	0,12	0,64	1,23
- Desviación típica	0,336	0,262	0,320	0,570	0,536
AM* con MC* mixtos (burocráticos + no burocráticos)					
- Media	0,12	0,22	0,15	1,14	2,45
- Desviación típica	0,376	0,426	0,354	0,738	0,715
Total					
- Media	0,09	0,19	0,10	0,74	1,53
- Desviación típica	0,319	0,392	0,304	0,659	0,782

*MC= Motivo de consulta; AM= Acto médico; p=Significación estadística.

media de recursos movilizados (como en el apartado anterior) sino el porcentaje de AM que los movilizan, se obtiene la siguiente distribución:

- De los 309 AM con MC burocráticos: en 14 (4,5%) se solicitan IC, en 97 (31,4%) gestión de IT, en 15 (4,9%) solicitud de pruebas complementarias, en 164 (53,1%) emisión de recetas.

- De los 434 AM con MC no burocráticos: en 39 (9%) se solicitan IC, en 32 (7,4%) gestión de IT, en 50 (11,5%) solicitud de pruebas complementarias, en 259 (59,7%) emisión de recetas.

Las diferencias fueron estadísticamente significativas en cuanto que en los AM en los que el MC fue burocrático predominó la gestión de IT ($p=0,0005$), mientras que cuando el MC fue no burocrático (consulta médica propiamente dicha) predominó la solicitud de IC ($p=0,02$) y de pruebas complementarias ($p=0,002$). La diferencia no fue estadísticamente significativa para el análisis de los AM en los que se emitieron recetas.

En relación con el orden en que se expresa el MC principal, existe concordancia entre el médico y el paciente en

Tabla 4.- VARIABLES RELACIONADAS CON LA EXISTENCIA DE MÁS DE UN MOTIVO DE CONSULTA POR ACTO MÉDICO, IDENTIFICADAS MEDIANTE REGRESIÓN LOGÍSTICA

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)= odds ratio	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Sexo	-0,385	0,170	5,140	1	0,023	0,680	0,488	0,949
Consultas burocráticas	1,798	0,156	132,909	1	0,000	6,037	4,447	8,196
Interconsultas	1,630	0,284	32,913	1	0,000	5,103	2,924	8,904
Pruebas complementarias	1,471	0,273	28,978	1	0,000	4,354	2,549	7,439
Recetas	1,599	0,151	111,617	1	0,000	4,948	3,678	6,657
Constante	-3,114	0,211	217,929	1	0,000	0,044		

Variable(s) introducida(s): sexo, motivos de consulta burocráticos, interconsultas, pruebas complementarias, emisión de recetas.

897 actos médicos (89,4%), y por tanto discrepan en 106 (10,6%), en 54 (5,4%) de los cuales el médico confiere importancia a uno de los primeros MC y el paciente a otros expresados posteriormente, y en 52 (5,2%) a la inversa. No se detectó relación entre el orden e importancia conferida y las variables consideradas.

Para finalizar el análisis se realizó una regresión logística para identificar las variables relacionadas con la manifestación de más de un MC (**Tabla 4**). Las variables que conforman el modelo fueron sexo femenino, realización de consultas burocráticas, petición de IC y de pruebas complementarias, y emisión de recetas.

COMENTARIO

Se obtuvo como media 1,5 MC por AM, lo que supone que en una consulta de un médico de familia con una media de cuarenta personas citadas tanto para consultas no burocráticas como para administrativas (burocráticas), se atienden en realidad setenta y cinco MC, burocráticos o no, a lo largo del tiempo de consulta. En otros estudios la media de consultas por paciente fue 1,27² y 2,31²; es posible que esta última discrepancia sea debida a la diferente población de este último estudio, realizado en Costa Rica, pues su pirámide de población es sustancialmente diferente a la nuestra y con diferentes MC y diferentes prevalencias.

La población que demandó más de un MC fue alrededor de treinta y ocho pacientes por cada cien de los que solicitaron consulta. Estos datos son congruentes con los resultados del estudio de Orozco y cols, en el que el 40% expresaron dos o más MC⁷.

De lo anteriormente expuesto hay que resaltar el hecho, que se intuía antes del estudio, de que el número de MC por AM era elevado y además constituía un hecho generalizado entre los pacientes que solicitaban consulta médica al médico de familia.

En el resto de las variables que describía la muestra, los resultados obtenidos eran coincidentes con la bibliografía consultada². Sirva como por ejemplo el caso del porcentaje de pensionistas que acuden al médico de familia, o el porcentaje de consultas burocráticas, superiores en ambos casos al cuarenta por ciento^{7,8}. Sin embargo, sí

que resultó sorprendente el número de consultas urgentes (pacientes que no tienen cita, no que se trate de patología urgente) que representaban más de diez personas por cada cien atendidas (12,2%), a diferencia de los resultados obtenidos por otros autores^{8,13}, que casi duplica el resultado del presente estudio. Creemos que la mayor demanda de consulta urgente puede ser debida, como dicen sus autores, a que hay pacientes que evitan pedir permiso en sus trabajos para asistir a la consulta o que quieren ser atendidos de manera inmediata sin esperar turno o incluso que desconocen el sistema de citación¹⁰.

En cuanto a la relativamente alta concordancia en la valoración realizada por el médico y el paciente del MC principal, es importante considerar que, con cierta frecuencia, entre los MC adicionales pueden estar problemas de salud no conocidos o incluso más interesantes que los explícitos², y que los pacientes, aun a sabiendas de que son importantes, no los manifiestan en el AM como el primer MC. En nuestro caso, este hecho se ha observado en apenas 10,6% de los pacientes incluidos en el estudio. Esta situación puede estar influida por la intensa relación médico-paciente establecida tras muchos años de trabajo de los investigadores en el mismo cupo, favorecedora de una comunicación directa y fluida.

La expresión de más de un MC aparece claramente vinculada a variables que pueden traducir el papel social y la diferente manera de enfermar de hombres y mujeres por un lado, y por otro lado a variables que más bien son consecuencia del tipo de AM realizado que causa del mismo. En concreto, respecto a los MC burocráticos, ya en el estudio de Bellón y cols⁴ se dice que se observa una asociación entre las consultas de tipo administrativo (o burocrático) con el expresar varios MC en un mismo AM.

CONCLUSIONES

- La media de motivos de consulta por paciente y acto médico fue de 1,5.
- Casi 38% de los pacientes que acudían a consulta realizaron más de un MC, de ellos 68% mujeres.
- Cerca de 44% de las consultas realizadas lo fueron por motivos no burocráticos, que son los que generan

mayor media de IC a especialistas y petición de pruebas complementarias.

- En cerca de 90% de AM médico y paciente coinciden en la valoración del MC principal.

- Exponer más de un MC se relaciona con el sexo femenino, los MC burocráticos, la generación de IC con otros especialistas, petición de pruebas complementarias y emisión de recetas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sala Barbany J, Riba Lloret MD, Manresa Presas F. Estudio comparado de la actividad asistencial ambulatoria: la visita y el episodio de atención. *Atención Primaria* 1996;17:114-23.
2. Peláez Fernández C, Fernández Rodríguez MI, Suárez Gil P, Mato de Molina Martínez A, Díaz Álvarez A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. *Atención Primaria* 1996;17:12-6.
3. Sanz E, Ramírez D, Escorteil E, Sáenz A, Rosado J. Aplicación de una agenda de calidad en una consulta de atención primaria. *Calidad Asistencial* 2005;20:363-9.
4. Bellón Saameño JA. Desburocratización de las consultas, ¿hasta dónde? *Atención Primaria* 2009;41:429-30.
5. Casajuna Brunet J, Alonso López FA, Araceli Villar J, Barrios Blasco L, Carmenado Martín T, Gervas Camacho J, González Jiménez I, Grifell Martín E, Herrero Sales P, Romero Aguit S. Actividad burocrática en la consulta del médico de atención primaria. Propuestas para la desburocratización. *Atención Primaria* 1998;21:489-98.
6. Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Moya García M, Sanchis Escudero C. Características de la demanda sanitaria médica en atención primaria de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana (Estudio SyN-PC). *Atención Primaria* 2004;33:31-37.
7. Orozco Beltrán V, Pedrera Carbonell V, Gil Guillén I, Prieto Erades MC, Ribera Montés P, Martínez Cánovas. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyN-PC). *Atención Primaria* 2004;33:69-77.
8. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un Área de Salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria* 2005;35:82-88.
9. Pomar Isanta C, Torres Rivera P, Iglesias Pedraja M, Blasco Giménez N. Características de las personas que acuden a las consultas de demanda del centro de salud sin citación previa. *Revista Española de Salud Pública* 2000;74:3.
10. De Dios del Valle R, Franco Vidal A, Tena Ortega G, Muedra Sánchez M, Hernández Sánchez A, Grueso Muñoz E. ¿Por qué hay pacientes sin cita previa? *Semergen* 2006;32:4-9.
11. Vitores Picón MP, Cortés Durán PM, Torres Romo I, Tomey Torcal I, Iradier Barrio D, Cazallas Díez E, León García A. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Atención Primaria* 2001;27:298-304.
12. Leal-Mateos M, Salazar-Solís R, Ruiz-Castro J. Motivos de consulta de los inmigrantes en el primer nivel de atención de la CCSS, Distrito Primero del Cantón Central de Alajuela durante 2002. *Acta Med Costarric* 2004;46:13-8.
13. Collada Jiménez JL, López Viejo LC, Martínez Cid de Rivera E, Hidalgo Vera MP. Demanda de atención urgente atendida por un equipo de atención primaria durante el año 2001. *Atención Primaria* 2004;34:55-6.