



Original

Intervención con pacientes hiperfrecuentadores persistentes en atención primaria

María Carmen Fuertes Goñi^{a,*}, Elena Carracedo^b, Alfonso Lorda^b, Ana Arillo^b,
 Ana Rosa Gómez^b, María José Martínez^b

^aServicio de Planificación del Departamento Salud. Navarra.

^bCentro Salud Txantrea. Pamplona.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de junio de 2016

Aceptado el 22 de enero de 2017

On-line el 20 de febrero de 2017

Palabras clave:

Hiperfrecuentación de consultas
 médicas

Atención primaria de salud

Utilización de servicios

Estudio de intervención en
 hiperfrecuentadores

R E S U M E N

Introducción. La hiperfrecuentación de las consultas causa un gran impacto en el Sistema Sanitario. Nos planteamos describir al paciente hiperfrecuentador y evaluar el efecto de una intervención sobre los hiperfrecuentadores (HF) que seguían siéndolo después de 2 años.

Material y Métodos. Fase 1- Descriptivo hiperfrecuentación de consultas médicas en un Centro de Salud urbano; variables: frecuentación, socio-demográficas, cronicidad, y tipología (según motivo de hiperfrecuentación). Fase 2- Con los HF que seguían siéndolo después de 2 años se hizo un estudio cuasi-experimental, pre y post-intervención sobre muestra sistemática y de conveniencia de pacientes, comparando los resultados con otros 29 pacientes sobre los que no se intervino.

Resultados. El 5,4 % de los consultantes fueron HF. El 90 % pertenecía a la tipología de problemas orgánicos, o de sospecha enfermedad mental. El 87 % tenía enfermedades crónicas o trastorno mental. A los 2 años un 25,5 % seguía siendo HF, y fueron denominados HF- Persistentes (HF-P). Tras 5 meses de intervención sobre HF-P, la hiperfrecuentación disminuyó en el grupo en que se intervino y en el que no; las diferencias fueron estadísticamente significativas y el promedio anual pasó de 21,4 a 9,5 en el grupo intervenido y de 21,4 a 10,8 en el otro. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de intervención y el de no-intervención.

Conclusiones. Los HF hallados lo fueron en un porcentaje algo menor del encontrado en la literatura. La intervención no supuso una disminución de la hiperfrecuentación superior a la observada de manera espontánea en el grupo no-intervenido, pero en ambos sí disminuyó en el periodo pre y post-intervención, probablemente tras haber introducido cambios organizativos. Los pacientes HF fueron dejando de serlo a lo largo del tiempo.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfuerteg@cfnavarra.es (M.C. Fuertes Goñi).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.004>

2254-5506 / © 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Intervention with persistent hyperfrequent visiting patients in Primary care

A B S T R A C T

Keywords

Frequent attendance
Primary Health Care
Health services utilization
Intervention studies frequent
Intervention on frequent and
persistent users of Primary
Healthcare

Introduction. Frequent attendance has a vast impact on the Health System. Our purpose was to describe frequent users and to evaluate the effect of an intervention on those who had remained being frequent users for two years.

Material and methods. A descriptive study of frequent attenders of medical consultations in an urban Healthcare Centre: sociodemographic items, chronicity and typology (depending on the main cause of their frequent attendance). A quasi-experimental study was made, pre and post intervention, on a systematic and convenient sample of 29 patients among those patients who still remained being frequent users after two years. Results were compared with another 29 patients who had not received any intervention.

Results. 5.4% of the total Healthcare Centre users were frequent attenders. 90% of which were classified into biological or psychological groups. 87% had either chronic illnesses or mental illnesses. After two years, 25.5% were still frequent users (HF-P). After 5 months from the beginning of the intervention on HF-P, the frequent attendance rate of both the intervention and the control group declined with meaningful differences going from 21.4 to 9.5 in the intervention group and from 21.4 to 10.8 in the another group. However, neither the mean nor the median of attendance were significantly different between the intervention group and the non-intervention group.

Conclusions. The frequent attendance rate in this study represented a slightly lower percentage than that found in other studies. The intervention did not entail a wider decrease in the frequent attendance rate than that observed spontaneously in the non-intervention group, but the attendance decreased in both groups during the period pre and post intervention, perhaps due to the fact of having introduced some organizational changes in the Healthcare Centre. The rate of frequent users was slowly descending along the time.

© 2017 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Introducción

La hiperfrecuentación de los servicios sanitarios por un sector poblacional produce un gran impacto en éstos, con consecuencias importantes sobre la sostenibilidad en atención primaria. Se estima que 10-15 % de la población pueden ser hiperfrecuentadores (HF); consumen aproximadamente 50 % de las consultas médicas de los centros de salud (CS) y son responsables de 60-65 % del coste sanitario^{1,2}.

Gran parte de la bibliografía relacionada con los HF hace referencia a las consultas y a la comunicación médico-paciente³⁻⁷; es menor la investigación publicada relacionada con otras profesiones⁸⁻¹¹. Están descritas muchas variables que pueden relacionarse con la hiperfrecuentación: características del paciente¹², estructura organizativa¹³, interacción paciente-profesional¹⁴⁻¹⁷.

La mayoría de los estudios¹⁵⁻²³ constatan que no hay medidas eficientes para reducir la hiperfrecuentación, a excepción de un estudio controlado aleatorizado²⁴.

Algunos autores²¹ sugieren realizar una nueva definición de hiperfrecuentación, en la que se considere el tipo de pacientes según presenten patología crónica orgánica, mental, o ambas, y la intervención sea adaptada al tipo de pacientes. Bajo este criterio, se planteó un estudio con la población de un CS urbano, de 20.026 habitantes de un nivel socio-económico medio-bajo y en el que ya se había investigado sobre el tema^{15,18}.

El estudio se realizó con participación de profesionales de medicina, enfermería y trabajo social, y constó de dos fases: una primera, descriptiva del perfil de HF de las consultas médicas, en cuanto a su cronicidad, los motivos por los que consultaban, denominados tipología, y si seguían siendo HF a los 2 años; la segunda fase del estudio fue la de intervención, realizada con los HF que seguían siéndolo (HF Persistentes -HF-P-). El objetivo principal del estudio fue determinar si una intervención multidisciplinar y personalizada sobre pacientes HF-P era capaz de reducir el número de visitas médicas.

Material y métodos

Primera fase: descripción de los pacientes HF

A partir del programa informático que gestiona las agendas de pacientes vistos en el CS, se identificaron 733 pacientes HF, es decir, pacientes mayores de 15 años, cuya frecuentación de la consulta médica en el año precedente hubiese sido superior al percentil 95 de frecuentación promedio de Navarra para su correspondiente grupo de edad y sexo (ver en [Tabla 1](#) los puntos de corte). Sobre estos HF se realizó un seguimiento durante 2 años para ver cuáles seguían siendo HF al cabo de ese tiempo.

Tabla 1 – Descripción de la muestra de pacientes hiperfrecuentadores.

Grupo edad	Punto corte*	N (%)	Tipología n (%)							Nº de visitas médico		Nº de visitas enfermera		Nº de visitas otros profesionales	
			Biológico	Psicológico	Social	Familiar	Cultural	Administrativo	Relacional	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Hombre															
15-34	10	95(27,6%)	56(58,9%)	32(33,7%)	0(0,0%)	3(3,2%)	1(1,1%)	3(3,2%)	0(0,0%)	13	4	2	2	0,4	1
35-44	13	64(18,6%)	31(49,2%)	27(42,9%)	1(1,6%)	1(1,6%)	0(0,0%)	3(4,8%)	0(0,0%)	18	6	4	7	1	1
45-64	14	108(31,4%)	68(63,0%)	26(24,1%)	2(1,9%)	0(0,0%)	1(0,9%)	10(9,3%)	1(0,9%)	19	6	7	10	1	3
> 64	16	77(22,4%)	59(76,6%)	9(11,7%)	3(3,9%)	3(3,9%)	0(0,0%)	1(1,3%)	2(2,6%)	21	5	15	19	2	2
Mujer															
15-34	13	93(23,9%)	42(45,2%)	37(39,8%)	3(3,2%)	4(4,3%)	2(2,2%)	4(4,3%)	1(1,1%)	17	5	3	4	0,4	1
35-44	13	67(17,2%)	25(37,3%)	35(52,2%)	0(0,0%)	0(0,0%)	1(1,5%)	5(7,5%)	1(1,5%)	18	7	5	8	1	1
45-64	15	112(28,8%)	67(60,4%)	36(32,4%)	1(0,9%)	2(1,8%)	2(1,8%)	3(2,7%)	0(0,0%)	20	6	5	5	1	2
> 64	17	117(30,1%)	63(54,8%)	35(30,4%)	8(7,0%)	2(1,7%)	2(1,7%)	2(1,7%)	3(2,6%)	23	5	12	9	1	2

*Se especifica en punto de corte el número mínimo de visitas médicas para ser considerado hiperfrecuentador en ese grupo edad-sexo.

Las variables estudiadas para describir los HF iniciales fueron: edad, sexo, cronicidad, número de patologías crónicas y existencia de patología mental.

La variable “tipología del HF” se obtuvo de la clasificación inicial que cada médico hizo de sus pacientes HF, de acuerdo a los 7 tipos descritos en la literatura²⁴. Para clasificarlos se realizó una formación a 12 médicos de familia que llevaban más de 10 años en el CS, de edades comprendidas entre 50 y 60 años. Cada médico determinó, de acuerdo con los criterios descriptivos, el motivo principal al que atribuía la HF. Los tipos de HF (Anexo 1) se definen como:

1. Biológico: enfermedades orgánicas.
2. Psicológico: enfermedades relacionadas con salud mental.
3. Social: escaso apoyo social, cuidadores, desempleados.
4. Familiar: familias desestructuradas o con disfunciones.
5. Cultural: analfabetismo o problemas de inmigración.
6. Administrativa u organizativa: acudir a muchas consultas por recetas o partes administrativos.
7. Relacional: problemas de relación médico-paciente.

La variable principal fue la frecuentación, es decir, el número de consultas médicas realizado por el paciente HF a su médico en 1 año. También se consideraron otras variables, como “frecuentación de consultas de enfermería” y “otras consultas, como al trabajador social y otros médicos”.

Segunda fase: intervención sobre HF persistentes

A los 2 años de realizar el estudio descriptivo se analizó cuántos de los 733 HF iniciales seguían siéndolo (HF-P). Quienes fueron HF pero habían dejado de serlo al cabo de 2 años fueron denominados HF transitorios (HF-T). Se analizó si existían diferencias en cuanto a edad, sexo y tipología entre HF-P e HF-T.

Se realizó un muestreo sistemático eligiendo 1 de cada 2 de los HF al inicio del estudio descriptivo para reducir la población sobre la que poder intervenir a partir de los recursos existentes. De los 331 HF, 87 eran HF-P y 241 HF-T.

El equipo investigador (5 médicos, 5 enfermeras y el trabajador social) se planteó intervenir con sus pacientes HF-P (29

de los 87). Previamente a la intervención, realizaron 2 sesiones de formación para unificar criterios y procedimientos.

La intervención se inspiró en la metodología que se había demostrado eficaz en un estudio controlado aleatorizado²⁴: consistió en una reflexión conjunta del equipo multidisciplinar para trazar un plan de actuación individualizado sobre los pacientes HF-P, según su tipología. Posteriormente, se elaboró un plan de actuación que tenía que ver con la tipología atribuida para cada caso (ver Anexo 1), consensuada con el paciente.

Se obtuvo verbalmente su consentimiento informado para hacer efectivo el plan y se le ofrecieron también los apoyos del trabajador social, asociaciones de pacientes u otros. El plan de actuación se registró en la historia clínica y se llevó a cabo durante 5 meses.

Se analizaron los resultados de hiperfrecuentación en medicina, enfermería y en otros profesionales, antes y después de la intervención. Se incluyeron las consultas no presenciales (CNP) que habían sido implantadas poco antes de realizar la intervención. Como indicador de proceso se valoró si los HF-P del grupo de intervención tenían anotado el plan de actuación en su historia clínica.

Los resultados de la intervención en los 29 HF-P fueron comparados con los de otros 29 HF-P, pareados por edad y sexo, de otros 7 médicos del CS de perfil similar a los que habían sido sometidos a la intervención.

Cálculo del tamaño muestral

Atendiendo a los resultados de Smits et al²⁵, se asumió que aproximadamente 30 % del total de los HF identificados en el CS seguirían siéndolo a los 2 años. Estimando un 10 % de pérdidas en el seguimiento, el tamaño muestral disponible (n = 733) permite estimar la prevalencia de la persistencia con una precisión de $\pm 3,5$ % y un nivel de confianza del 95 %.

Para el estudio de intervención se calculó que un tamaño muestral de 29 pacientes por grupo permitiría detectar como estadísticamente significativas diferencias entre grupos en la disminución de las visitas en 4 o más, considerando una desviación típica de 5 y con una potencia del 80 % (cálculos realizados con las librerías binomSamSize y stats de R, 3.1.0).

Análisis estadístico

La descripción de las variables categóricas (como la tipología) se realizó mediante frecuencias y porcentajes y se comparó mediante el test Ji cuadrado de Pearson.

La de las variables cuantitativas (consultas/año) se realizó mediante medianas y rangos intercuartílicos (percentiles 25 - Q_1 - y 75 - Q_3 -).

La disminución (pre-post) en el número de consultas entre el año anterior y el año posterior a la intervención para cada grupo se valoró mediante el test de Wilcoxon para muestras relacionadas.

La comparación de la frecuentación entre el grupo intervenido y el no intervenido, anterior y posterior a la intervención, se realizó mediante el test de Mann-Whitney para muestras independientes. Se utilizó el programa SPSS v.21, para significación alfa = 0,05.

Resultados

Fase descriptiva

Del 1 de septiembre de 2009 al 31 de agosto de 2010 acudieron al CS 14.497 pacientes mayores de 15 años; de ellos 733 fueron HF (5,44 %).

Los pacientes HF presentaban una media de edad de 50 años (DE 19,7); el 56,2 % fueron mujeres.

La media de consultas médicas por paciente HF durante este periodo fue de 18,39 (DE 6,4). En cada grupo de edad el número de mujeres y hombres fue similar, excepto en el de mayores de 65 años, en el que había más mujeres. De las consultas realizadas a los distintos profesionales, las consultas médicas fueron las más frecuentes y la media de consultas aumentaba en los grupos de más edad (Tabla 1).

La tipología más frecuente fue la Biológica, seguida de la Psicológica (Fig. 1). Por grupos de edad y sexo, se mantenía esa distribución, excepto en el grupo de mujeres de 35 a 44 años, en el que la primera tipología era la Psicológica (Tabla 1).

Los HF tenían registrada en su historia clínica:

- Alguna patología crónica orgánica: 73,7 %.
- Patología mental: 49,2 %.
- Ambas: 36,9 %.
- Sin patología crónica orgánica ni mental: 13,9 %.

Se encontró asociación ($p < 0,001$) entre HF con patología crónica orgánica (asociada o no a patología mental) y la tipología psicológica. Se observó que los HF que no tenían patología crónica orgánica ni mental pertenecían en su mayoría al grupo de edad de 15 a 34 años y eran predominantemente mujeres.

Entre los pacientes clasificados en 2010 se observó que 26 % seguían siendo HF a los 2 años.

Las pérdidas (por fallecimiento o traslado) fueron 69 pacientes. La edad media de los pacientes perdidos fue superior a la de los seguidos y la diferencia solo era estadísticamente significativa ($p = 0,039$) para esta variable; no para el sexo ni la tipología.

Comparando las características de los HF-P con las de los HF-T, se observaron diferencias estadísticamente significativas en casi todas las variables (Tabla 2). Los HF-P tenían una

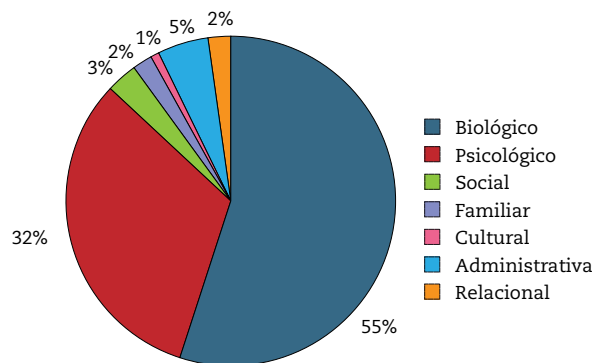


Figura 1 – Tipología de los pacientes hiperfrecuentadores 2010.

edad media superior, eran en mayor proporción mujeres y en 2010 y 2012 habían acudido más a consultas médicas y de enfermería, aunque no a otro tipo de consultas. No se apreciaron diferencias entre HF-T e HF-P en la comparación global en cuanto a tipología, si bien la proporción de pacientes con hipótesis biológica fue mayor en HF-T que en HF-P (58 % frente a 47 %, $p = 0,016$).

Fase de intervención: resultados pre y post-intervención en los HF-P

Entre el año previo a la intervención y el año posterior a la misma se observó una disminución estadísticamente significativa en el número de consultas médicas y totales tanto en el grupo intervenido como en el no intervenido (Tabla 3).

El número de consultas de enfermería en el grupo intervenido disminuyó significativamente la mediana en 5 consultas al año ($p = 0,003$), mientras que en el otro grupo el número de consultas de enfermería no disminuyó significativamente ($p = 0,165$).

En el año previo a la intervención no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el número de consultas entre ambos grupos (parte inferior de la Tabla 3), y tampoco en el año posterior a la intervención.

Al añadir a las consultas médicas presenciales, las CNP tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias, ni entre las medianas de ambos grupos (Tabla 4).

Comentario

En nuestro estudio, como sucede en la mayoría de los revisados¹⁵⁻²³, no encontramos que las medidas tomadas fueran eficientes para reducir la utilización de las consultas de los HP. Si el plan de intervención conseguía diferencias significativas²⁴, fue probablemente debido a que se trataba de un estudio controlado aleatorizado con un plan de actuación más prolongado en el tiempo que en nuestro estudio, y se realizó de forma más exhaustiva. En nuestro caso se intentaba no tanto poner el acento en el estudio de investigación, sino como parte de la actividad normal de la consulta en la que cada médico-enfer-

Tabla 2 – Comparación entre hiperfrecuentadores transitorios e hiperfrecuentadores persistentes.

Características	Hiperfrecuentadores		p-valor	
	Transitorios n = 491 (74%)	Persistentes n = 172 (26%)		
Edad media (SD)	48 (18)	55 (20)	0,003*	
Sexo n (%)	Mujeres	247 (50,3%)	105 (61,0%)	0,020 [§]
	Hombres	244 (49,7%)	67 (39,0%)	
Consultas medicina 2010 media (DE)	18 (6)	21 (7)	< 0,001*	
Consultas enfermería 2010 media (DE)	6 (9)	8 (9)	< 0,001*	
Nº consultas a otros 2010 media (DE)	1 (2)	1 (2)	0,692*	
Consultas medicina 2012 media (DE)	6 (4)	21 (7)	< 0,001*	
Consultas enfermería 2012 media (DE)	4 (7)	7 (7)	< 0,001*	
Consultas a otros 2012 media (DE)	0,3 (1)	1 (3)	< 0,001*	
Tipología n (%)	Biológico	284 (58%)	81 (47%)	0,06 ^{§§}
	Psicológico	157 (32%)	66 (38,4%)	
	Social	10 (2%)	7 (4,1%)	
	Familiar	7 (1,3%)	5 (2,9%)	
	Cultural	4 (0,8%)	5 (2,9%)	
	Administrativa	21 (4,3%)	6 (3,5%)	
	Relacional	6 (1,2%)	2 (1,2%)	
	No clasificado	2 (0,4%)		

*Se han agrupado las categorías Familiar, Cultural y Relacional.

§Mediante el test Chi-Cuadrado de Pearson. Si comparamos Biológico vs resto, la proporción pacientes con Hipótesis Biológica es significativamente mayor en HF-T que en HF-P ($p = 0,016$).

*Mediante el test de Mann-Whitney (comparación de medianas).

Tabla 3 – Cambio en el número de consultas entre el año previo y el año posterior a la intervención HF-P tanto en el grupo no-intervención como en el grupo intervención y comparación entre ambos grupos.

Resultados por grupo:	Año pre-intervención	Año post-intervención	Disminución pre-post nº de consultas	
	Mediana (Q ₁ -Q ₃)	Mediana (Q ₁ -Q ₃)	Me (Q ₁ -Q ₃)	P*
Grupo no-intervención (n = 29)				
Nº consultas médicas	20 (18-24)	10 (7-14,5)	11 (5-14,5)	< 0,001
Nº consultas enfermería	5 (2-12)	4 (1-7)	1 (-2-5)	0,165
Nº consultas totales	28 (21-34)	20 (15-29)	7 (1-17,5)	0,041
Grupo intervención (n = 29)				
Nº consultas médicas	20 (15,5-24,5)	9 (6,5-12,5)	11 (6-16)	< 0,001
Nº consultas enfermería	8 (4-13)	3 (1-8,5)	5 (0,5-9)	0,003
Nº consultas totales	30 (20,5-37)	19 (12-28,5)	9 (5-16,5)	< 0,001
Comparación entre grupos	p[§]	p[§]	P[§]	
Nº consultas médicas	0,720	0,463	0,785	
Nº consultas enfermería	0,132	0,907	0,121	
Nº consultas totales	0,549	0,607	0,450	

*Comparación pre-post intra-grupo: test de Wilcoxon para muestras relacionadas.

§Comparación entre grupos: test de Mann-Whitney para muestras independientes.

mera intervenía con sus pacientes HF. Por ello se planteó en el Comité de Ética del CS y se autorizó, teniendo en cuenta que el equipo investigador eran los propios médicos y enfermeras de los pacientes y por tanto el acceso a la historia clínica no revestía problemas éticos.

En el grupo de intervención y en el de control se redujo de forma significativa el número de consultas de los HF postintervención. En el CS se había introducido un cambio organizativo para todos los pacientes durante el periodo pre y post-interven-

ción, que consistió en incorporar la modalidad de consultas no presenciales o telefónicas. Probablemente este cambio organizativo pudo ser la causa de la reducción de la hiperfrecuentación en ambos grupos, efecto que ya había sido observado en otros estudios^{25,26}. Sería interesante investigar cómo pueden influir este y otros factores organizativos en los HF-P²⁷.

Por otro lado, parece darse una evolución espontánea de reducción de los pacientes HF a medio plazo, independientemente de la intervención realizada.

Tabla 4 – Comparación tras la intervención de la media de consultas anuales entre grupo intervención y no-intervención.

Tipo consultas	Preintervención Media (SD)			Postintervención Media (SD)		
	Grupo no-intervención	Grupo intervención	p	Grupo no-intervención	Grupo intervención	p [#]
Médicas	21,4 (6,2)	21,4 (8,1)	0,986	10,8 (5,4)	9,5 (4,4)	0,317
médicas + CNP				15,7 (9,1)	13,3 (6,6)	0,265
Enfermería	6,7 (5,3)	9,0 (6,0)	0,120	5,14 (5,6)	5,1 (5,2)	1,000
Totales	28,6 (9,0)	30,9 (11,6)	0,407	23,2 (13,8)	21,2 (10,9)	0,536

[#]T test para muestras independientes. CNP = consultas no presenciales.

En negrita los resultados de la variable principal: frecuentación de consultas médicas tras la intervención.

El muestreo realizado fue sistemático y de conveniencia para intervenir en los HF-P del equipo investigador; esto pudo suponer una limitación que se trató de minimizar al comparar el grupo de intervención con una muestra de similares características en cuanto a edad y sexo de pacientes HF-P pertenecientes a otros 7 médicos del mismo CS; a su vez estos también tenían características (edad, formación académica y experiencia laboral) similares a las de los 5 médicos pertenecientes al grupo investigador.

El perfil del HF es similar al de otros estudios^{19,28}: persona de mediana edad y con enfermedad crónica asociada. Hemos encontrado algunos trabajos que estudian la relación de los HF con la cronicidad y otros que se centran más en la relación de HF con factores socio-demográficos y utilización de servicios sanitarios^{12,19,21}. Aunque el objetivo de este estudio no era comparar HF con normo-frecuentadores, los resultados coinciden con los de otros^{12,21} en que los HF presentan mayor patología crónica, tanto física como mental.

Los HF que no tenían enfermedad crónica fueron una minoría, y consultaron, como los HF en general²¹, sobre todo por problemas de enfermedad física. Las mujeres de 35-44 años consultaron en relación con problemas psicológicos, posiblemente derivados de las tareas de cuidados que realizan tanto sobre las personas mayores como sobre los hijos, tal como se ha puesto de manifiesto en la última Encuesta de Salud²⁹.

En los HF mayores de 64 años se encontró predominantemente la tipología de problemas físicos y psicológicos, pero fue en este grupo de edad en el que se encontró a más personas con problemática social y familiar. En algún estudio³⁰ atribuyen la hiperfrecuentación a que los mayores muchas veces no están satisfechos con su participación social.

Se ha demostrado que la clasificación de los HF por su tipología o hipótesis explicativas es útil para diseñar posteriormente estrategias de intervención.

Hemos encontrado pocos estudios de HF-P²⁵, y por ello el nuestro contribuye a la descripción y comparación entre los HF-P y los HF-T. Coinciden en que HF-P son personas mayores y con más problemas psico-sociales.

Los pacientes perdidos en los 2 años de seguimiento resultaron ser de edad media mayor: muchas de las pérdidas lo fueron por fallecimiento.

Aunque los criterios para definir paciente HF varían según la bibliografía consultada^{12,19,20}, los denominados HF en este estudio serían clasificados como tales, aplicando cualquiera de los criterios de la literatura, ya que se ha considerado el percentil 95 para cada grupo de edad y sexo; según perteneciesen a uno u otro de estos grupos debían tener entre 10 y 17 consultas por

año. Si tenemos en cuenta otros criterios²¹, como la cronicidad o la “co-morbilidad física-psíquica”, se consideraría HF a quien hubiese realizado más de 4 a 10 visitas por año, respectivamente; todos los pacientes de este estudio habían realizado más de 10 visitas por año. Quizás el porcentaje de pacientes HF encontrados haya sido algo menor que en otros estudios^{2,19,26}, debido precisamente a los criterios de definición utilizados.

Como refieren diversos estudios^{27,28}, es preciso seguir profundizando sobre los factores determinantes de la hiperfrecuentación y sobre HF-P. En ese sentido, sería interesante realizar intervenciones de más intensidad y durante un periodo de tiempo más prolongado que el que ha sido posible en este estudio.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todo el equipo del Centro de Salud de Txantrea su colaboración para el presente estudio, ya que sin ellos no hubiese sido posible su realización.

También queremos agradecer a Koldo Cambra y a Berta Ibáñez su ayuda en el análisis estadístico de los datos, y a la socióloga Idoia Gaminde por sus aportaciones en la revisión del trabajo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes. Cuando hubo que tener datos de pacientes bien para clasificarlos o para intervenir sobre ellos, el listado era de los pacientes que pertenecían a cada médico y él es el que tenía acceso a la Historia del paciente y devolvía los datos con el número que se le había asignado al caso. Cada médico pidió a sus pacientes el consentimiento informado verbalmente para hacer el Plan

Anexo 1 – Descripción de la tipología de los hiperfrecuentadores y planes propuestos.

Tipología o hipótesis explicativas	Descripción de la tipología	Plan propuesto
1. BIOLÓGICA	Enfermedad crónica inestable o Intervalo entre visitas muy corto en crónicos estables o Consultas frecuentes de síntomas que sugieren cronicidad (hipotiroidismo, cáncer etc.) pero sin diagnóstico confirmado o Enfermedad aguda con tendencia a la cronificación.	Buscar posibles causas de descompensación de la enfermedad crónica e intervenir sobre ello: baja adhesión al tratamiento, co-morbilidad no detectada, etc. Alargar los intervalos entre visitas en pacientes crónicos estables y citar en consultas de enfermería. Realizar las pruebas complementarias que confirmen el nuevo diagnóstico sugerido.
2. PSICOLÓGICA	Consultas por síntomas físicos con sospecha de enfermedad mental (somatización, ansiedad, depresión, etc.) o Síntomas psicológicos sin diagnóstico o Diagnóstico psicológico ya confirmado en paciente que está empeorando o Muchas visitas en enfermo mental estable o Rasgos acentuados o trastorno personalidad o Adicciones sin diagnóstico (drogas, juego etc.) Problemas sexuales no diagnosticados (impotencia, eyaculación precoz, etc.).	Visita programada para hacer diagnóstico de enfermedad mental. Usar los test psicosociales pertinentes (GHQ, PRIME, AUDIT) Buscar posibles factores contribuyentes al empeoramiento de su enfermedad mental (revisar tratamientos, estrés...) Pedir opinión al equipo de salud mental en los casos graves o de mala evolución. Limitar los tratamientos biológicos y las multiderivaciones en los pacientes psicósomáticos. Derivar a los recursos comunitarios si está indicado (alcohólicos anónimos, grupos de autoayuda, etc.).
3. SOCIAL	Soledad. Bajo apoyo social: red social pobre o Desempleo, problemas financieros, papel laboral bajo, insatisfacción con el trabajo o Síndrome del cuidador o Problemas legales o Violencia.	Visita programada para buscar diagnóstico de problema social. Usar test diagnósticos sociales: apoyo social (Duke), eventos estresantes de la vida (Brugha), insatisfacción profesional. Pedir ayuda a trabajador social. Derivar a recursos comunitarios (grupos cuidadores...).
4.- FAMILIAR	Cambios en el ciclo familiar, “nido vacío” o Familia con enfermo y demasiado aglutinada o Disfunción familiar o de pareja o caótica.	Visita programada para buscar diagnóstico familiar (usar test Apgar, genograma...). Si es necesario hacer visita familiar. Derivar Trabajador social y/o recursos comunitarios (escuela de padres...)
5.- CULTURAL	Analfabetismo o bajo nivel cultural o Papel de enfermo o Estigma marginación o Inmigrante con problema de adaptación.	Esfuerzo en entrevistas empáticas, entendiendo los condicionantes culturales y reatribución de síntomas. Derivar a Trabajador social y/o recursos comunitarios.
6. ORGANIZATIVA ADMINISTRATIVA	En crónicos estables visitas para recetas de intervalos muy cortos. Visitas para partes de confirmación o Bajas laborales innecesarias.	Dar recetas y partes suficientes hasta el próximo seguimiento clínico. Instaurar receta electrónica y partes solo para visita clínica.
7. RELACIONAL	Relación dependiente (por el paciente, médico o ambos) o Percepción de mala relación desde el médico o ambivalencia emocional.	Compartir la información con el equipo de intervención. Ser realista y buscar factores que contribuyen a hacer la relación médico-paciente difícil y repensar los factores contribuyentes del paciente.

Fuente: Tabla modificada de Bellón et al.²⁴**BIBLIOGRAFÍA**

- Morris R, Kai J, Atha C, Avery A, Bayes S, Franklin M, et al. Persistent frequent attenders in primary care: costs, reasons for attendance, organisation of care and potential for cognitive behavioural therapeutic intervention. *BMC Family Practice*. 2012; 13: 39-47.
- Smits FTM, Brouwer HJ, Riet GT, Van Weert HCP. Epidemiology of frequent attenders: a 3-year historic cohort study comparing attendance, morbidity and prescriptions of one-year and persistent frequent attenders. *BMC Public Health*. 2009; 9: 36.
- Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, Mohrs J, Schene AH, van Weert HC, et al. Why do they keep coming back? Psychosocial etiology of persistence of frequent attendance in primary care: A prospective cohort study. *J Psychosom Res*. 2014; 77: 492-503.
- Ruiz Moral R, Rodríguez A, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria*. 2003; 32: 594-602.
- Clèries X, Borrell F, Epstein R, Kronfly E, Escoda JJ, Martínez-Carretero JM. Aspectos comunicacionales: el reto de la competencia de la comunicación médica. *Aten Primaria*. 2003; 32: 110-7

6. Platt F, Gaspar D, Coulahan J, Fox L, Adler A, Weston W. Tell me about yourself: The patient-centered interview. *Ann Intern Med.* 2001; 134: 1079-85.
7. Zoppi K, Epstein R. ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación. *An Sist Sanit Navarra.* 2001; 24(supl 2): 23-33.
8. Aguado R, Aguirre K, Bravo C, Estébanez M, de Amuedo M. Paciente hiperfrecuentador en la consulta de enfermería. Características sociodemográficas y servicios enfermeros más solicitados. *Rev Paraninfo Digital* 2013;19. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/336d.php> [Consultado 13.1.2015].
9. Samitier P, Kolly E. La "hiperfrecuentación" en atención primaria r/c la "relación de ayuda" en las consultas de enfermería. *Enferm Comun.* 2009; 5(1).
10. Wiklund-Gustin L. Frequent attenders. *J Holist Nurs.* 2011; 29: 211-20.
11. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P, y Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. *Cal Asist.* 2010; 25: 21-7.
12. Robles R, Gili M, Gelabert J, Llull M, Bestard F, Vicens C. Características sociodemográficas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatría.* 2009; 37: 320-5.
13. Luque FJ, Gili M, Berenguer R, Martos FJ, Oriach S, Quesada X. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen.* 2010; 36: 243-52.
14. Guerra de Hoyos JA, De Anca IA. Motivos que condicionan el uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes hiperfrecuentadores: estudio con grupos focales. *Aten Primaria.* 2007; 39: 349-54.
15. 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 Navarra.* 2006; 29: 33-44.
16. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from Frequent Attenders: A Qualitative Study in Primary Care. *Ann Fam Med.* 2005; 3: 318-23.
17. Palacio E, Marquet R, Oliver A, Castro P, Bel M, Piñol JL. Las expectativas de los profesionales: ¿qué aspectos valoran en un centro de Salud? Un estudio cuali-cuantitativo. *Aten Primaria.* 2003; 32: 135-43.
18. Fuertes MC, Álvarez E, García de la Noceda MD, Fernández Velilla M, Echarte E, Abad V. Características del paciente hiperfrecuentador de las consultas de demanda de medicina general. *Aten Primaria.* 1994; 14: 809-15.
19. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health.* 2005; 119: 118-37.
20. Luciano J, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J, et al. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract.* 2010; 60: 49-55.
21. Luciano J, Serrano A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria.* 2008; 40: 631-2.
22. Maheswaran R, Pearson T, Jiwa M. Repeat attenders at National Health Service walk-in-centres- a descriptive study using routine data. *Public Health.* 2009; 123: 506-10.
23. Smits FT, Wittkamp K, Schene A, Bindels P, Van Weert H. Interventions on frequent attenders in primary care. *Scand J Prim Health Care.* 2008; 26: 111-6.
24. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, De Dios Luna JD, Torres-González F. Successful GP intervention with frequent attenders in primary care: randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2008; 58: 324-30.
25. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Andersen ZJ. Determinants of frequent attendance in Danish general practice: a cohort-based cross-sectional study. *BMC Fam Pract.* 2016; 17: 9.
26. Parejo N, Lendínez-De la Cruz JM, Bermúdez-Torres, González-Contero L, Gutiérrez-Espinosa de los Monteros MP, Espejo-Almazán T. Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. *Semergen.* 2016; 42: 216-24.
27. Smits FT, Brouwer HJ, Zwinderman AH, van der Akker M, van Steenkiste B, Hohrs J, et al. Predictability of Persistent Frequent Attendance in Primary Care: A Temporal and Geographical Validation Study. *PLOS ONE.* 2013;8. Disponible en: www.plosone.org [Consultado 14.01.2015].
28. Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria.* 2004; 33: 78-85.
29. Encuesta 2011-2012 del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es> [Consultado 15.09.2015].
30. Hand C, McColl MA, Birtwhistle R, Kotecha JA, Batchelor D, Barber KH. Social isolation in older adults who are frequent users of primary care services. *Can Fam Physician.* 2014; 60: 322-9.