

## ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores?

Los pacientes hiperutilizadores (HU) o hiperfrecuentadores consumen grandes recursos en forma de visitas y contactos con los profesionales de atención primaria (médicos, profesionales de enfermería y administrativos), pruebas complementarias, medicamentos y visitas al especialista<sup>1</sup>. Además contribuyen al desgaste emocional de estos profesionales, lo que podríamos ilustrar con la conocida frase de: «¡Oh Dios mío, otra vez aquí!»<sup>2</sup>. Para más desgracia, la proporción de HU parece que se está incrementando<sup>3</sup>. Los HU tienen diferentes características que no siempre coinciden en cada uno de ellos. En una revisión sistemática se concluyó que, en general, comparten numerosas enfermedades físicas, psíquicas y problemas sociales<sup>4</sup>.

En julio de 2008 se ha publicado una revisión sistemática de ensayos aleatorios sobre HU<sup>5</sup>. Este estudio restringe su análisis a 5 ensayos y concluye que no hay pruebas de que se pueda reducir la utilización de las consultas de los HU. No obstante, en mayo de 2008 se publicó el primer ensayo aleatorizado, controlado, que precisamente encontró una reducción significativa y relevante<sup>6</sup>. Este ensayo, lógicamente, no se pudo incluir en la revisión sistemática citada, ya que ésta cerró la búsqueda en noviembre de 2006. Además de inyectar esperanzas, esta primera evidencia tiene un interés particular ya que no proviene de Estados Unidos ni del Reino Unido. El ensayo se realizó en Linares, España.

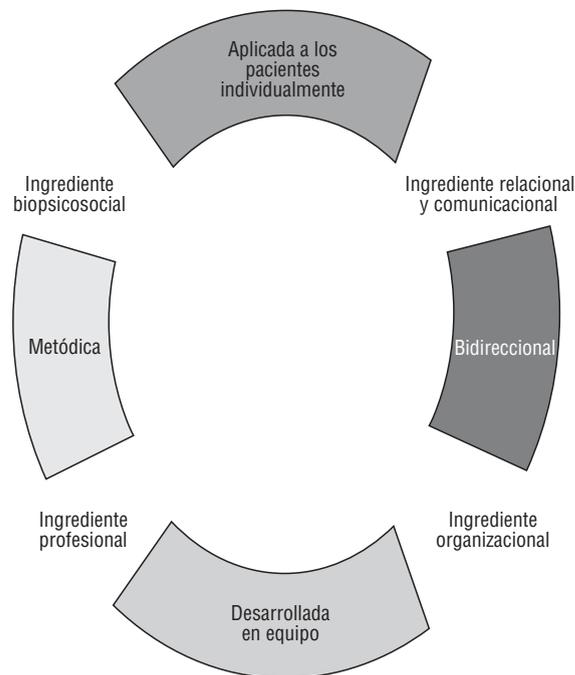
Hace unos 10 años comenzamos a realizar una serie de talleres denominados «Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento»<sup>7</sup>. Se llevaron a cabo por toda la geografía española y de forma más frecuente e intensa en Andalucía. En casi todas las ediciones del taller, algunos de los alumnos emprendieron ciertas medidas que en él se trataban y, no sin sorpresa, reconocían que había disminuido la utilización de sus consultas. Simultáneamente, se desarrollaron investigaciones observacionales que confirmaban algunas de nuestras hipótesis. La primera de ellas era que los factores psicosociales eran determinantes en la hiperutilización, incluso más que los factores físicos. Así lo comprobamos en estudios de casos y controles<sup>8,9</sup> y de cohortes<sup>10</sup>. La segunda hipótesis postulaba que la mala relación médico-paciente con el HU era otro factor contribuyente<sup>2,11</sup>. La tercera hipótesis planteaba que los factores organizativos, de gestión de la consulta, podían ser los más concluyentes de cualquier intervención que se proponga reducir la hiperutilización<sup>12</sup>.

A partir de los datos revisados, se decidió diseñar un ensayo clínico con el objetivo de comprobar si era realmente po-

sible disminuir la hiperutilización de las consultas de atención primaria<sup>6</sup>.

Los resultados del ensayo no dejaron lugar a dudas. La intervención redujo de forma significativa y relevante la utilización de las consultas de los HU intervenidos frente a los 2 grupos control que recibieron los cuidados habituales<sup>6</sup>. La intervención la denominamos «7H+T» (7 Hipótesis + Team) porque resume lo esencial de sus contenidos, contando a priori con varios ingredientes activos que incluso podrían interactuar entre ellos (fig. 1).

Para que los médicos de familia puedan desarrollar la intervención se necesita un pequeño entrenamiento, que en nuestro ensayo se concretó en un taller de 15 horas. Se define como una intervención metódica porque sigue una serie de pasos premeditadamente encadenados, que pivotan sobre la generación y combinación de 7 hipótesis, que explicarían en cada HU las razones de su hiperutilización. Para llegar a tales conclusiones, el médico de familia analiza en primer



**FIGURA 1**

lugar toda la información disponible en la historia clínica del paciente y la gestión de su atención. Esta información se ordenaría en bloques según un cuestionario diseñado a propósito: *a)* tipo de visitas y frecuencias; *b)* tipo de HU en función del tipo de visitas predominante y su flujo; *c)* antecedentes familiares y personales y listado de problemas biopsicosociales que requieren seguimiento; *d)* factores comunes relacionados con la hiperutilización en función de la información generada en los 3 puntos anteriores; *e)* emociones-sentimientos y pensamientos que el médico de familia percibe en la mayoría de los encuentros con el HU, a partir de un breve cuestionario<sup>2</sup>, y *f)* valorar su capacidad autopercebida para resolver los problemas de salud detectados en el HU, explicitar los circuitos y procesos que hasta ahora han gestionado la atención del mismo y, finalmente, analizar la contribución de los profesionales que han intervenido en la atención del HU.

Con la elaboración y análisis de toda esta información se inicia la fase de reflexión, concluyendo en la propuesta de aquellas hipótesis que explicarían en un determinado HU su hiperutilización. Se pueden concretar hasta 7 hipótesis de forma aislada o combinada: física, psicológica, social, familiar, cultural, administrativa-organizativa y relacional.

A continuación se pasa a la fase de confirmación o refutación de las hipótesis, que dependerá de la asimilación y entendimiento de la información generada (componente cognitivo) y del sentimiento o sensación de estar seguro (componente emocional). Cuando se crea necesario, se puede intentar confirmar o refutar las hipótesis generadas a través de: una nueva entrevista con el paciente especialmente dirigida, realizar pruebas biológicas, de imagen o psicossociales, y/o consultar la opinión de otros profesionales (enfermera, administrativo, trabajadora social, especialista, etc.). La fase de confirmación-refutación lleva al profesional a la siguiente fase, la de elaborar planes o de planificación. Aquéllos dependerán de los propios recursos que el médico de familia percibe, tanto en el paciente como en él mismo y su entorno sanitario y comunitario. Cada propuesta de hipótesis explicativa de la hiperutilización tiene que acompañarse de un plan que intente darle solución, si la tuviera. Lo que hasta ahora podemos definir como una reflexión individual del médico de familia queda plasmado y resumido en un único documento que denominamos «cuestionario del HU»<sup>6</sup>. No obstante, el plan para el HU no tendrá validez si no es compartido, cuestionado y consensado con el paciente. En la tabla 1 se recogen algunas de las hipótesis y

**TABLA  
1**

7 hipótesis	Hipótesis propuestas	Planes propuestos
Biológica	Enfermedad crónica inestable Intervalo entre visitas muy corto en los pacientes crónicos estables Consultas por síntomas físicos con diagnóstico físico de sospecha, pero no confirmado (hipotiroidismo, cáncer, etc.) Enfermedad aguda con tendencia a la cronicación	Buscar posibles causas de descompensación de la enfermedad crónica e intervenir sobre ello: baja adherencia al tratamiento, comorbilidad no detectada, etc. Alargar los intervalos entre visitas en pacientes crónicos estables y pedir colaboración a la enfermera Realizar las pruebas complementarias que confirmen el nuevo diagnóstico sugerido
Psicológica	Consultas por síntomas físicos con sospecha de enfermedad mental (somatización, ansiedad, depresión, etc.) Síntomas psicológicos sin diagnóstico Diagnóstico psicológico ya confirmado en paciente que está empeorando Intervalo entre visitas muy cortos en paciente con enfermedad mental estable Rasgos acentuados o trastorno de personalidad no diagnosticado Adicciones sin diagnóstico (alcohol, drogas, juego, etc.) Problemas sexuales no diagnosticados (impotencia, eyaculación precoz, etc.)	Visita programada para hacer el diagnóstico de enfermedad mental Usar los test psicosociales pertinentes (GHQ, PRIME, EAD, AUDIT, etc.) Buscar posibles factores contribuyentes al empeoramiento de su enfermedad mental (bajas dosis o falta de adherencia a los antidepresivos, nuevos eventos estresantes, etc.) Pedir opinión al equipo de salud mental en los casos graves o de mala evolución Limitar los tratamientos biológicos y las multidiversiones en los pacientes psicosomáticos Derivar a los recursos comunitarios si está indicado (alcohólicos anónimos, grupos de autoayuda de ataques de pánico, etc.)
Social	Soledad. Bajo apoyo social: red social pobre, bajo apoyo social funcional (afectivo, confidencial y/o instrumental) Desempleo, problemas financieros, rol laboral bajo, insatisfacción con el trabajo remunerado o no remunerado Síndrome del cuidador. Problemas legales. Violencia	Visita programada para buscar un diagnóstico de problema social Usar tests diagnósticos sociales: apoyo social (Duke), eventos estresantes de la vida (Brugha), insatisfacción profesional (Karasek), etc. Pedir ayuda a la trabajadora social. Derivar a los recursos comunitarios si está indicado (p. ej., grupos ocupacionales, de cuidadores, etc.)
Familiar	Cambios en el ciclo familiar: «nido vacío», «adolescente en crisis», etc. Familia demasiado aglutinada (miembro enfermo-familia enferma) o despegada Disfunción familiar o de pareja. Familia caótica	Visita programada para buscar un diagnóstico familiar Usar los tests familiares (genograma, APGAR, círculos familiares, etc.) Entrevistar a la familia u otros familiares, si es necesario Pedir ayuda a la trabajadora social. Derivar a los recursos comunitarios si está indicado (p. ej., escuela de padres). Derivar al terapeuta familiar si es necesario
Cultural	Analfabetismo o bajo nivel cultural. Atribución somática de síntomas psicológicos. Conducta de enfermedad o rol de enfermo disfuncional (miedo excesivo, rechazo a los tratamientos, «remolón», etc.) Estigma (sida, obesidad, trastorno mental grave, etc.) Inmigrante con problemas de adaptación cultural	Intentar una nueva entrevista más empática, intentando entender los condicionantes culturales. Intentar recodificar la demanda-queja del paciente en la dimensión apropiada, usando técnicas de reatribución si son necesarias Pedir ayuda a la trabajadora social. Derivar a los recursos comunitarios si está indicado (grupos de ayuda al inmigrante, de pacientes con sida, de familiares esquizofrénicos, etc.)
Administrativa Organizativa	En pacientes crónicos estables, intervalo entre visitas para renovar recetas muy cortos. Visitas cara a cara innecesarias para repetir recetas o partes de confirmación	Dar recetas y partes suficientes hasta el próximo seguimiento clínico. Alargar los intervalos entre visitas Pedir apoyo a los administrativos
Relacional	Relación dependiente (por el paciente, el médico o ambos) Percepción de mala relación desde el médico. Ambivalencia emocional	Compartir la información con el equipo de intervención. Ser más realista acerca del tipo de relación médico-paciente esperada. Buscar factores del médico que contribuyan a hacer la relación médico-paciente difícil y repensarse los factores contribuyentes del paciente

planes que con más frecuencia se generaban para cada HU; sin embargo, habría que subrayar que en cierta proporción de casos el plan fue «no hacer nada», sin que ello quiera decir que el médico de familia se abandonaba en la indiferencia. En unos casos se trataba de una hiperutilización que en el momento del análisis ya estaba resuelta, bien por alguna intervención propia o ajena. En otros casos lo podríamos denominar como «espera activa»: el médico de familia mejoró su entendimiento del HU, emocionalmente también se sentía mejor y para él eso era suficiente.

Los médicos de familia realizaban reuniones con el resto del equipo de médicos de la intervención donde compartían las reflexiones y análisis de cada HU, junto con sus planes individualizados de intervención. Este equipo (componente T, «Team», de la intervención) habitualmente aportaba nuevos enfoques sobre cada HU, tanto del análisis como del plan, que eran especialmente enriquecedores; probablemente porque estaban hechos desde la distancia que da no conocer o no tener una relación previa con el HU. El equipo también sirvió para ayudar al médico a considerar una relación más realista con el HU o para darle apoyo emocional, cuando éste se sentía bloqueado o desbordado en su relación con el HU. El tiempo dedicado durante el ensayo a compartir con el equipo cada HU variaba entre 5 y 30 minutos. Esto último hay que entenderlo teniendo en cuenta que en el ensayo la selección de los HU para intervenir fue aleatoria y no intencional.

Estamos seguros de que la intervención «7H+T» es efectiva en reducir la hiperutilización; sin embargo, desconocemos cuáles son los ingredientes realmente activos de la intervención. Por ejemplo, ¿sería la intervención igual de efectiva si no se hiciera en equipo?, ¿cuál de sus ingredientes contribuye más al descenso de la hiperutilización?, ¿cuáles son las interacciones entre los ingredientes? Aunque podría responderse a alguna de estas preguntas, al menos en parte, con algunos análisis secundarios a partir del ensayo, a otras sólo lo podríamos hacer con un estudio diseñado a propósito. Una limitación del ensayo es que sólo se ha realizado en un centro de salud, por lo que tenemos que ser más cautos a la hora de la generalización. El ensayo se debería replicar en otros lugares de España e incluso en otros países. Estamos trabajando actualmente para hacerlo en el Reino Unido. También se debería valorar su coste-efectividad y coste-utilidad. Este último, orientado sobre la calidad de vida del HU, aunque también se debería enfocar sobre la «calidad de vida del profesional».

En cualquier caso, y respondiendo a la pregunta que da título a este editorial, creemos que hay algo de cierto en que

es posible reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores. Creemos, además, que esto es una buena noticia para muchos médicos de familia y sus organizaciones y recomendamos su aplicación para aquellos interesados.

Juan Ángel Bellón Saameño<sup>a</sup>  
y Antonina Rodríguez Bayón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud El Palo. Málaga. Profesor Asociado del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Málaga. Unidad de Investigación del Distrito Málaga. España. Grupo SAMSERAP de la redIAPP (RD06/0018/0039).

<sup>b</sup>Centro de Salud San José. Linares. Jaén. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. España. Grupo SAMSERAP de la redIAPP (RD06/0018/0039).

## Bibliografía

1. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract.* 1998;48:895-8.
2. Bellón JA, Fernández-Asensio MA. Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ Couns.* 2002;48:33-41.
3. Gill D, Dawes M, Sharpe M, Mayou R. GP frequent consulters: their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. *Br J Gen Pract.* 1998;48:1856-7.
4. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations, and outcome. *J Psychosom Res.* 1999;47:115-30.
5. Smits FTM, Wittkamp KA, Schene AH, Bindels PJE, Van Weert HCPM. Intervention on frequent attenders in primary care: a systematic review. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:111-6.
6. Bellón JA, Rodríguez-Bayón A, 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.
7. Bellón JA. Cómo reducir la utilización de las consultas de atención primaria y no morir en el intento: (I) estrategias con el usuario. Sesiones clínicas c@p 1998. Disponible en: <http://www.cap-semfyc.com>
8. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli. Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med.* 1999;29:1347-57.
9. Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract.* 2000;50:361-5.
10. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Patient psychosocial factors and primary care consultation: a cohort study. *Fam Pract.* 2007;24:562-9.
11. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Anales Sis San Navarra.* 2001;24 Supl 2:7-14.
12. Casajuana J, Bellón JA. La gestión de la consulta en atención primaria. En: Martín-Zurro A, Cano-Pérez JF, editores. *Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica.* 5.ª ed. Madrid: Elsevier España, 2003; p. 84-109.