



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



ORIGINAL

## Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia



N. Parejo Maestre, J.M. Lendínez-de la Cruz\*, F.M. Bermúdez-Torres, L. González-Contero, M.P. Gutierrez-Espinosa de los Monteros y T. Espejo-Almazán María

Distrito de Atención Primaria Cádiz, Bahía, la Janda. Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud (UGC) Puerto Real, Puerto Real, Cádiz, España

Recibido el 9 de noviembre de 2014; aceptado el 13 de mayo de 2015

Disponible en Internet el 15 de julio de 2015

### PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud/utilización;  
Mal uso de los servicios de salud;  
Carga de trabajo/  
estadística y datos numéricos

### Resumen

**Introducción:** La utilización de servicios sanitarios ha experimentado un fuerte incremento. Los hiperfrecuentadores son responsables de un importante impacto económico, humano y social. El objetivo es analizar las características de la hiperfrecuentación en nuestro Centro de Salud con el propósito de evaluar la posibilidad de adoptar medidas correctoras que mejoren la calidad asistencial y la eficiencia en el uso de los recursos.

**Material y métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado a una muestra de 379 personas mayores de 18 años. Las variables dependientes fueron frecuentación (número de consultas a su médico de familia durante el año anterior), hiperfrecuentación (10 o más visitas al médico de familia en el último año) e hiperfrecuentación persistente (10 o más visitas al médico de familia en cada uno de los 2 últimos años). Los datos fueron recogidos de la historia clínica y mediante entrevista telefónica.

**Resultados:** La media de frecuentación fue de 6,83 (IC 95%: 6,13-7,53), la hiperfrecuentación alcanzó el 25,4% (IC 95%: 21,4-29,6) y la hiperfrecuentación persistente el 1,6% (IC 95%: 0,5-2,9). La hiperfrecuentación se relacionó con el sexo, la edad, el estado civil, el nivel académico, la estructura familiar, la existencia de enfermedad crónica, el consumo de ansiolíticos y anti-depresivos, la solicitud de exámenes complementarios y derivaciones a otros especialistas, la proximidad al centro de salud y el grado de satisfacción con su médico de familia.

**Conclusiones:** La escasa hiperfrecuentación persistente sugiere que la hiperfrecuentación pudiera deberse en gran parte de factores relacionados con el profesional y la organización. Sería aconsejable promover investigaciones que aborden el alto nivel de consumo de psicofármacos y la mejora de las competencias profesionales en el abordaje de los problemas mentales.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jlendinezd@hotmail.com](mailto:jlendinezd@hotmail.com) (J.M. Lendínez-de la Cruz).

**KEYWORDS**

Primary health care/utilization; Health services misuse; Workload/statistics and numerical data

**Prevalence and factors associated with frequent attendance in family medicine clinic****Abstract**

*Introduction:* The use of health services has seen a steep rise. The frequent users are responsible for significant economic, human and social impact. The objective is to analyze the characteristics of frequent attenders in our Health Center, in order to evaluate the possibility of taking corrective measures to improve the quality of care and efficiency in the use of resources.

*Materials and methods:* Descriptive observational study of a sample of 379 patients over 18 years old. The dependent variables were attendance (number of visits to their family doctor during the previous year), frequent attendance (10 or more visits to the family doctor in the last year), and persistent frequent attenders (10 or more visits to the family doctor in each of the last two years). Data were collected from medical records and by telephone interview.

*Results:* The mean attendance was 6.83 (95% CI: 6.13-7.53), frequent attendance reached 25.4% (95% CI: 21.4-29.6), and persistent frequent attenders, 1.6% (95% CI: 0.5-2.9). Frequent attendance was associated with sex, age, marital status, educational level, family structure, existence of chronic disease, use of anxiolytic and antidepressants, request for additional tests, and referrals to other specialists, proximity to the health center, and level of satisfaction with their family doctor.

*Conclusions:* The low persistent frequent attenders found suggests that frequent attendance could be largely due to factors related to professional and organization. Studies are required to address the high level of consumption of psychotropic drugs, and improving professional skills in dealing with mental problems

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

En los últimos años la utilización de los servicios sanitarios en general y de los de atención primaria en particular ha experimentado un fuerte incremento, por encima incluso de lo pronosticado<sup>1,2</sup>.

Los factores de los que depende la demanda para utilizar los servicios sanitarios pueden agruparse en 3 categorías: del paciente, del profesional y de la organización. De manera general, los factores relacionados con el usuario explican el 50% de la variabilidad de la utilización, y la otra mitad se explicaría por los factores del profesional y de la organización<sup>3-5</sup>.

En el sistema público de salud español, universal y gratuito, la intensidad de uso o frecuentación de la consulta del médico de familia a nivel nacional y autonómico andaluz se sitúa alrededor de 6 o 7 visitas por persona y año<sup>1</sup>.

La variable «frecuentación», entendida como el número de visitas que realiza un individuo a un servicio sanitario dado, no sigue una distribución normal, y en diferentes estudios se ha demostrado que una parte importante de las consultas (30-40%) en los servicios de atención primaria (AP) las realizan una pequeña proporción de pacientes (5-10%)<sup>1,6-9</sup>. Estos pacientes, llamados hiperfrecuentadores o hiperutilizadores, son responsables de un gran número de prescripciones y derivaciones a otros niveles, causando un importante impacto económico, humano y social<sup>8,10</sup>.

Los resultados publicados sobre hiperfrecuentación son dispares<sup>11</sup>. Las diferencias metodológicas, fundamentalmente en la definición, en los diferentes estudios hacen

difícil la comparación apropiada de los resultados. Por regla general, se recurre a 2 estrategias para definir hiperfrecuentación<sup>8,9</sup>. En unos casos se utiliza un punto de corte en la distribución de la frecuentación, siendo los más utilizados los percentiles 75 o 90. En otros estudios se define hiperfrecuentación según el número de consultas en un periodo de tiempo determinado, la mayor parte de las veces entre 9 y 14 consultas en un año<sup>9,12-14</sup>.

La utilización de los servicios asistenciales no solo depende de las necesidades de salud de la persona, ya que factores sociodemográficos, psicológicos, médicos y organizativos tienen un papel modulador<sup>6</sup>.

En cuanto a las variables sociodemográficas, la mayoría de trabajos coinciden en señalar algunas características asociadas a la hiperfrecuentación, como la edad avanzada, el sexo femenino, el bajo nivel económico y educacional, la jubilación, el desempleo o el hecho de vivir solo<sup>7,11</sup>.

Si atendemos a aspectos no sociodemográficos, los estudios son consistentes en afirmar que los hiperfrecuentadores presentan elevada frecuencia de enfermedades crónicas, físicas o psíquicas. En general, los datos publicados indican que entre los pacientes hiperutilizadores más del 50% tienen una enfermedad física y más de la mitad presentan algún tipo de malestar psicológico<sup>8,11,12,15</sup>.

La alta utilización de los servicios sanitarios tiende a ser persistente en una proporción elevada de hiperfrecuentadores. Este fenómeno, denominado hiperfrecuentación persistente, se ha relacionado con la edad y la existencia de problemas psiconeuróticos<sup>12</sup>.

Aunque en 2008 se publicó una revisión sistemática de ensayos aleatorizados sobre hiperfrecuentación, concluyendo que no hay pruebas de que se pueda reducir la utilización de las consultas por los hiperfrecuentadores<sup>10</sup>, ese mismo año vio la luz el primer ensayo aleatorizado, controlado, que precisamente encontró una reducción significativa y relevante<sup>16</sup>.

El objetivo del estudio es analizar las características de la hiperfrecuentación en nuestro Centro de Salud. Determinar la tasa de frecuentación, la prevalencia de hiperfrecuentación e hiperfrecuentación persistente, así como identificar los factores asociados a la hiperfrecuentación.

## Material y método

Estudio trasversal observacional descriptivo. Nuestra Unidad de Gestión Clínica (UGC) presta servicio en uno de los 2 centros de salud que atienden a la población de Puerto Real (Cádiz). Puerto Real tiene una población de 41.101 habitantes, con una pirámide poblacional de base estrecha y zona central y vértice ensanchados, una tasa de paro del 22,6% (19,65% en hombres y 25,71% en mujeres) y una tasa de analfabetismo del 1,8% en hombres y del 4,1% en mujeres. De total de personas mayores de 18 años adscritas al Centro de Salud de Puerto Real, mediante muestreo aleatorizado estratificado por cupo médico se obtuvo una muestra de 379 personas. Para el cálculo del tamaño muestral se asumieron un riesgo alfa de 0,05, una precisión del 4% y una prevalencia de hiperfrecuentación estimada mediante estudio piloto del 18%.

Fueron excluidas del estudio las personas institucionalizadas, las que tenían una adscripción al centro de menos de 2 años y a aquellas que expresaron su deseo de no participar en el estudio.

## VARIABLES

Las variables dependientes fueron frecuentación (número de consultas a su médico de familia durante el año anterior), hiperfrecuentación (10 o más visitas al médico de familia en el último año) e hiperfrecuentación persistente (10 o más visitas al médico de familia en cada uno de los 2 últimos años). Como variables independientes se analizaron la edad, el sexo, la situación laboral (trabajando, en desempleo, jubilado/a o pensionista, dedicado/a principalmente a las labores del hogar y otras situaciones), el nivel académico (no sabe leer ni escribir o sin estudios, estudios primarios o equivalentes, enseñanza secundaria, estudios universitarios grado medio y estudios universitarios grado superior), el estado civil (soltero/a, casado/a o pareja de hecho, viudo/a y separado/a o divorciado/a), el número de convivientes en el domicilio (número de personas que viven en el domicilio), la estructura familiar (extensa, nuclear, monoparental, reconstituida y personas sin familia), la existencia de patología crónica somática prevalente (hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, osteoartrosis), la existencia de trastornos de ansiedad, depresión o somatizaciones, la solicitud de exámenes complementarios, la derivación a otras especialidades, el embarazo (durante el periodo de estudio), la situación de incapacidad transitoria (existencia de al menos

un episodio de baja laboral durante el periodo de estudio), la pertenencia a zona de exclusión social, la proximidad al centro de salud y el nivel de satisfacción con la atención prestada por su médico de familia (expresado mediante una puntuación del 0 al 10, siendo 0 muy insatisfecho y 10 muy satisfecho).

## Recogida de datos

Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica y mediante entrevista telefónica por el equipo investigador integrante del equipo de profesionales sanitarios del Centro de Salud de Puerto Real, previa solicitud de informe de viabilidad al comité de ética e investigación del Hospital Universitario de Puerto Real. La recogida de los datos, realizada mediante llamadas telefónicas, fue realizada por los residentes de medicina de familia y enfermería integrantes del equipo investigador. Para tratar de minimizar las pérdidas se llamó telefónicamente a los pacientes hasta en 3 ocasiones en distinto horario. Para no interferir en las respuestas a preguntas que pudieran dar lugar a sesgos de información, los pacientes fueron entrevistados por residentes no relacionados directamente con la atención al cupo médico al cual estaba adscrito el entrevistado.

## Análisis estadístico

Se determinaron medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas y las frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas. Para el análisis bivalente se calcularon las pruebas chi cuadrado con test de Fischer, ANOVA, residuos tipificados corregidos y t de Student. Se utilizó un nivel de significación  $p < 0,05$  y el programa estadístico SPSS v20.

## Resultados

Fueron estudiadas un total de 379 personas (166 hombres y 213 mujeres) con una media de edad de 47,83 años. Los datos correspondientes a las variables estudiadas quedan recogidos en las [tablas 1-3](#).

La media de visitas en el último año a la consulta de medicina de familia fue de 6,83 (IC 95%: 6,13-7,53), la mediana 5 y la moda 1, el 88,1% de la población adscrita al centro de salud acudió a consulta de medicina de familia durante el año anterior. La prevalencia de hiperfrecuentación alcanzó el 25,4% (IC 95%: 21,4-29,6) y la de hiperfrecuentación persistente (10 o más visitas al año en los últimos 2 años) apenas el 1,6% (IC 95%: 0,5-2,9).

Por género, la media de visitas es significativamente mayor en mujeres (7,97) que en hombres (5,37). Por grupo de edad, la frecuentación es mayor entre los mayores de 65 años (10,36). Si comparamos en cada grupo de edad la frecuentación según sexo, esta es superior en mujeres en los dos grupos de menor edad ([tablas 4 y 5](#)).

Según la situación laboral, la media de visitas de los jubilados (9,64) es significativamente mayor a la de los trabajadores activos y en paro, y la de las amas de casa (9,26) a la de los trabajadores activos. Al considerar el nivel

**Tabla 1** Características de la población estudiada: variables cuantitativas

Variable	Media	DE	IC 95%	Mínimo	Máximo	Pérdidas
Edad (años)	47,83	18,10	46,00-49,66	18	89	0
Convivientes <sup>a</sup>	2,90	1,02	2,79-3,02	1	6	86 (22,7%)
Analíticas <sup>b</sup>	0,79	1,02	0,69-0,89	0	5	0
Radiografías <sup>c</sup>	0,56	1,33	0,43-0,70	0	11	0
Exámenes complementarios <sup>d</sup>	1,54	2,05	1,33-1,74	0	12	1 (0,3%)
Derivaciones <sup>e</sup>	0,60	1,24	0,47-0,72	0	3	0
Distancia <sup>f</sup>	1,107	1,027	1.001-1.213	60	5.000	15 (4%)
Satisfacción <sup>g</sup>	8,59	1,53	8,41-8,76	2	10	87 (23%)

DE: desviación estándar. IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Número de personas que viven en el domicilio familiar.

<sup>b</sup> Analíticas realizadas en un año.

<sup>c</sup> Radiografías por su médico de familia en un año.

<sup>d</sup> Total de exámenes complementarios realizados en un año.

<sup>e</sup> Derivaciones a otras especialidades médicas en un año.

<sup>f</sup> Distancia en metros desde el domicilio al centro de salud.

<sup>g</sup> Nivel de satisfacción con su médico de familia (de 0 a 10 puntos).

**Tabla 2** Características de la población estudiada: variables cualitativas

Variable	n	%	IC 95%	Pérdidas
<b>Sexo</b>				
Hombre	166	43,8	38-49,1	0
Mujer	213	56,2	50,9-61,5	
<b>Situación laboral</b>				
Trabaja	94	31,5	26,5-36,6	81 (21,4%)
Paro	71	23,8	19,5-28,5	
Jubilado	61	20,5	15,8-25,2	
Ama de casa	58	19,5	15,1-23,8	
Otros	14	4,7	2,3-7,4	
<b>Nivel académico</b>				
Analfabeto o sin estudios	31	10,6	7,2-14,3	85 (22,4%)
Primarios	102	34,8	29,7-40,3	
Secundarios	112	38,2	32,8-43,3	
Universitarios	49	16,4	12,3-20,8	
<b>Estado civil</b>				
Soltero	89	30,2	25,1-35,6	84 (22,2%)
Casado	161	54,6	48,8-60,3	
Viudo	25	8,5	5,4-12,2	
Divorciado	20	6,8	4,1-9,8	
<b>Estructura familiar</b>				
Extensa	23	7,9	5,2-11,3	88 (23,2)
Nuclear	207	71,1	65,6-76,3	
Monoparental	31	10,7	7,2-14,4	
Reconstituida	6	2,1	0,7-3,8	
Sin familia	24	8,2	5,2-11,3	
<b>Zona exclusión social</b>	47	12,4	9,3-15,6	0

IC: intervalo de confianza.

académico, la media de visitas de las personas con estudios primarios es significativamente mayor (9,77) a las de aquellas con estudios secundarios o universitarios. En cuanto al estado civil, la categoría de viudos tiene la media de visitas más elevada (10,48), significativamente superior a la de los solteros (tabla 6).

Las personas con patología psiquiátrica (ansiedad, depresión o somatización) y las tratadas con antidepresivos o ansiolíticos presentan medias de visitas significativamente superiores (tabla 7).

La frecuentación a la consulta del médico de familia de las personas con alguna enfermedad orgánica prevalente

**Tabla 3** Características de la población estudiada: variables cualitativas (continuación)

Variable	n	%	IC 95%	Pérdidas
HTA	69	18,2	14,2-22,4	0
Diabetes	45	11,9	8,7-15,3	0
Dislipidemia	58	15,3	11,6-19	0
Asma/EPOC	38	10	7,1-13,5	0
Artrosis	40	10,6	7,4-14	0
Enfermedad crónica somática <sup>a</sup>	153	40,5	35,4-45,2	0
ADS	54	14,2	10,6-18,2	0
Consumo de ansiolíticos	72	19	15,3-23	0
Consumo de antidepresivos	45	11,9	8,7-15,1	0
Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos	82	21,7	18-25,9	0
Embarazo	7	1,9	0,5-3,4	0
Incapacidad transitoria	29	7,7	5-10,6	0

ADS: trastorno de ansiedad, depresión o somatizaciones; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Al menos una de las enfermedades crónicas prevalentes de las estudiadas.

**Tabla 4** . Frecuentación e hiperfrecuentación por sexo y por grupo de edad

	Número de visitas		Hiperfrecuentación		
	Media	IC 95%	N	%	Sig.
<i>Sexo</i>					
Hombre	5,37	4,40-6,35	28	16,9	0,001
Mujer	7,97	6,99-8,94	68	31,9	
<i>Grupo de edad</i>					
18 a 30 años	4,70	3,65-5,74	12	14,6	0,000
31 a 45 años	5,26	4,08-6,43	18	18,4	
46 a 65 años	7,35	6,05-8,66	35	28,2	
> 65 años	10,36	8,48-12,24	31	41,3	

IC: intervalo de confianza.

**Tabla 5** Frecuentación e hiperfrecuentación por grupo de edad comparada por sexo

	Número de visitas				Hiperfrecuentación				
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Sig.
	Media	IC 95%	Media	IC 95%	n	%	n	%	
<i>Grupos de edad</i>									
18 a 30 años	2,75	1,76-3,74	6,22	4,62-7,81	2	5,6	10	21,7	0,04
31 a 45 años	3,25	2,05-4,45	6,64	4,90-8,38	3	7,5	15	25,9	0,021
46 a 65 años	6,09	4,16-8,02	8,40	6,62-10,18	11	19,6	24	35,3	0,054
> 65 años	9,47	6,77-12,17	11,10	8,41-13,79	12	35,3	19	46,3	0,333

IC: intervalo de confianza.

crónica fue muy superior (10,03) a la frecuentación de aquellas que no la padecían (4,64). Para todas las patologías estudiadas se encontraron niveles de frecuentación significativamente superiores, excepto para los casos de asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (tabla 7).

Se halló correlación positiva significativa entre el número de visitas y la edad (0,293), las solicitudes de analíticas (0,552), radiografías (0,291), total de exámenes complementarios (0,525), derivaciones (0,292) y, aunque débil, con el nivel de satisfacción (0,143). La correlación con la distancia fue significativamente negativa pero débil (-0,111).

La hiperfrecuentación es significativamente más elevada en mujeres (31,9%) que en hombres (16,9%). Por grupos de edad, la proporción de hiperfrecuentadores es significativamente superior en mayores de 65 años (41,3%) y menor en el grupo de 18 a 30 años (14,6%). En las 2 categorías más jóvenes de edad la prevalencia de hiperfrecuentación en las mujeres es significativamente superior a la de los hombres (tablas 4 y 5).

Según la situación laboral, la hiperfrecuentación es mayor en jubilados (42,6%). Según el nivel académico, es significativamente mayor la hiperfrecuentación en personas

**Tabla 6** Frecuentación e hiperfrecuentación según variables categóricas

Variable	Número de visitas		Hiperfrecuentación		
	Media	IC 95%	n	%	Sig.
<i>Situación laboral</i>					
Trabaja	5,72	4,42-7,02	18	19,1	0,001
Paro	5,77	4,23-7,32	11	15,5	
Jubilado	9,64	7,99-10,98	26	42,6	
Ama de casa	9,26	7,13-11,39	19	32,8	
Otros	7,71	3,27-12,15	8	42,9	
<i>Nivel académico</i>					
Analfabeto/sin estudios	8,90	7,04-10,70	12	38,7	0,000
Primarios	9,77	8,08-11,47	40	39,2	
Secundarios	6,04	4,87-7,20	20	17,9	
Universitarios	4,19	3,11-5,26	6	12,5	
<i>Estado civil</i>					
Soltero	5,22	4,22-6,23	16	18	0,056
Casado	7,98	6,75-9,21	45	28	
Viudo	10,48	7,57-13,93	11	44	
Divorciado	7,40	4,53-10,27	6	30	
<i>Estructura familiar</i>					
Extensa	10,61	7,52-13,70	11	47,8	0,038
Nuclear	7,00	6,02-7,98	49	23,7	
Monoparental	7,90	5,48-10,33	11	35,5	
Reconstituida	3,50	-0,63-7,63	0	0	
Sin familia	6,67	4,34-9,00	5	20,8	
<i>Zona exclusión social</i>					
Sí	7,36	5,57-9,15	17	36,2	0,07
No	6,76	5,99-7,52	79	23,9	

IC: intervalo de confianza.

con estudios primarios (39,2%). En el caso del estado civil es más elevada la prevalencia de manera significativa en la categoría de viudos (44%). Al analizar la estructura familiar se detectaron niveles significativamente mayores de hiperfrecuentación en las familias extensas (47,8%) (tabla 6).

En concordancia con los hallazgos al analizar el número de visitas, la prevalencia de hiperfrecuentación entre los pacientes con enfermedad crónica (43,5%), personas con patología psiquiátrica (50%) y en tratamiento con ansiolíticos (52,8%) o antidepresivos (64,4%) es significativamente mayor. La prevalencia de hiperfrecuentación es más elevada en personas que han tenido incapacidad laboral transitoria (41,4%) de manera significativa (tabla 7).

La media de edad, exámenes complementarios solicitados, derivaciones realizadas, enfermedades crónicas acumuladas en la misma persona y nivel de satisfacción son significativamente más elevados en el grupo de los hiperfrecuentadores, siendo la distancia en metros al domicilio significativamente menor y no existiendo diferencias en el número de convivientes (tabla 8).

Al comparar las distintas variables según el género hemos encontrado diferencias significativas, aparte de las ya mencionadas, en el número de analíticas solicitadas, la prevalencia de enfermedad mental y el consumo de ansiolíticos y antidepresivos en todos estos casos, mayor en las mujeres.

## Discusión

El 88% de la población adscrita al centro de salud ha pasado por la consulta del médico de familia durante el año estudiado, la frecuentación media ha sido de 6,83 visitas por persona y año, la prevalencia de hiperfrecuentación del 25,3% y la de hiperfrecuentación persistente, del 1,6%.

Los factores asociados de manera significativa con la frecuentación e hiperfrecuentación han sido el sexo femenino, la edad avanzada, la existencia de enfermedades prevalentes tanto crónicas orgánicas como mentales, el consumo de ansiolíticos o antidepresivos, el estado de incapacidad transitoria, la solicitud de exámenes complementarios, la realización de derivaciones a otras especialidades, el nivel académico, la situación laboral, el estado civil, la estructura familiar, la proximidad del domicilio al centro de salud y el mayor grado de satisfacción con la atención prestada por el médico de familia.

El perfil del hiperfrecuentador podría corresponder al de una mujer de más de 65 años con patología crónica prevalente física o mental, estudios primarios, viuda o casada, jubilada o ama de casa, perteneciente a familia extensa o nuclear, en tratamiento con psicofármacos, que vive cerca del centro de salud y satisfecha con la atención prestada por su médico de familia.

**Tabla 7** Frecuentación e hiperfrecuentación según variables categóricas (continuación)

Variable	Número de visitas		Frecuentación		
	Media	IC 95%	n	%	Sig.
<i>Embarazo</i>					
Sí	14,14	4,09-24,20	4	57,1	0,051
No	6,69	6,00-7,39	92	24,7	
<i>Incapacidad transitoria</i>					
Sí	10,83	6,95-14,71	12	41,4	0,039
No	6,50	5,81-7,19	84	24	
<i>ADS</i>					
Sí	12,22	10,29-14,15	27	50	0,000
No	5,34	4,71-5,97	69	21,2	
<i>Consumo de ansiolíticos</i>					
Sí	12,04	10,01-14,07	38	52,8	0,000
No	5,61	4,95-6,27	58	18,9	
<i>Consumo de antidepresivos</i>					
Sí	13,67	10,74-16,60	29	64,4	0,000
No	5,91	5,27-6,55	67	20,1	
<i>Consumo de ansiolíticos y/o antidepresivos</i>					
Sí	11,09	8,71-13,47	43	52,4	0,000
No	6,12	5,43-6,82	53	17,8	
<i>HTA</i>					
Sí	11,17	9,27-13,07	34	49,3	0,000
No	5,86	5,15-6,57	62	20	
<i>Diabetes</i>					
Sí	10,60	8,71-12,49	20	44,4	0,002
No	6,32	5,58-7,07	76	22,8	
<i>Dislipidemia</i>					
Sí	9,93	7,79-12,07	27	46,6	0,000
No	6,27	5,55-6,99	69	21,5	
<i>Asma/EPOC</i>					
Sí	9,82	7,06-12,57	12	31,6	0,350
No	6,50	5,78-7,21	84	24,6	
<i>Artrosis</i>					
Sí	11,98	8,93-15,07	20	50	0,000
No	6,22	5,55-6,90	76	22,4	
<i>Enfermedad crónica somática<sup>a</sup></i>					
Sí	10,03	8,74-11,32	67	43,5	0,000
No	4,64	3,98-5,30	29	12,9	

ADS: trastorno de ansiedad, depresión o somatizaciones; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Al menos una de las enfermedades crónicas prevalentes estudiadas.

La media de visitas por habitante al año detectada en nuestra población es similar a la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (6,8 visitas año en 2007)<sup>17</sup>, la autonómica (6,4 visitas al año) y la de la provincia de Cádiz (6,7 visitas año)<sup>18</sup>.

Salvo para la actividad laboral, en nuestro estudio el desempleo se encuentra asociado a baja frecuentación. Existe concordancia general entre los resultados obtenidos y los de otros autores que han abordado el análisis de los mismos factores.

A destacar:

- La baja prevalencia de hiperfrecuentación persistente (6,25% de los hiperfrecuentadores) es muy inferior a la encontrada en la bibliografía, que oscila entre el 20 y el 39% del total de hiperfrecuentadores<sup>12,19,20</sup>.
- La elevada frecuencia de consumo de ansiolíticos (39,6%) y antidepresivos (30,2%) entre los hiperfrecuentadores, particularmente en mujeres. Superior al 28,2 y 18,9% de consumo de ansiolíticos y antidepresivos encontrado por

**Tabla 8** Hiperfrecuentación según variables cuantitativas

Variable	Hiperfrecuentación			
	Sí		No	
	Media	IC 95%	Media	IC 95%
Edad (años)	55,03	51,27-58,79	45,39	43,36-47,41
Convivientes <sup>a</sup>	2,94	2,68-3,19	2,89	2,76-3,03
Analíticas <sup>b</sup>	1,69	1,45-1,93	0,48	0,40-0,57
Radiografías <sup>c</sup>	1,21	0,79-1,62	0,34	0,24-0,45
Exámenes complementarios <sup>d</sup>	3,23	2,72-3,74	0,96	0,79-1,14
Derivaciones <sup>e</sup>	1,06	0,80-1,32	0,44	0,30-0,58
Satisfacción <sup>f</sup>	8,93	8,61-9,26	8,46	8,25-8,67
Enfermedades crónicas somáticas <sup>g</sup>	1,18	0,96-1,39	0,49	0,38-0,59
Distancia <sup>h</sup>	929	784-1073	1171	1037-1304

IC: intervalo de confianza.

<sup>a</sup> Número de convivientes en el domicilio.

<sup>b</sup> Analíticas realizadas en un año.

<sup>c</sup> Radiografías realizadas en un año.

<sup>d</sup> Exámenes complementarios realizados en un año.

<sup>e</sup> Derivaciones a otras especialidades médicas en un año.

<sup>f</sup> Nivel de satisfacción con su médico de familia (de 0 a 10 puntos).

<sup>g</sup> Número de enfermedades crónicas prevalentes acumuladas.

<sup>h</sup> Distancia en metros desde el domicilio al centro de salud.

Ortega Tallón et al.<sup>6</sup> en su estudio del año 2000 en un centro de salud de Tarrasa.

- El elevado consumo de recursos sanitarios relacionado con la hiperfrecuentación: Los hiperfrecuentadores (25,3% de la muestra estudiada) originan el 59% del total de las visitas, el 54% de las derivaciones y el 58% de los exámenes complementarios solicitados.

La escasa hiperfrecuentación persistente (solo uno de cada 16 hiperfrecuentadores era hiperfrecuentador el año anterior) sugiere que una parte importante de la hiperfrecuentación pudiera estar relacionada con factores relacionados con el profesional y la organización. Para confirmar esta apreciación sería necesaria la realización de estudios, en nuestro ámbito, dirigidos a determinar la prevalencia de la hiperfrecuentación persistente, con un tamaño muestra suficiente como para analizar sus factores asociados.

Se piensa que el alza en el consumo de antidepresivos es motivada por el aumento en la intensidad y duración de los tratamientos, la ampliación de la indicación de algunos antidepresivos a formas más leves de depresión, trastornos por ansiedad generalizada o fobia social y los cambios en la aceptabilidad social y la actitud de solicitar tratamiento durante los episodios de depresión. Aunque algunos autores han insinuado que el incremento del uso de los antidepresivos puede estar relacionado con la crisis económica, en España el aumento de su consumo per cápita fue del 23% entre 2007 y 2012, notablemente inferior al del periodo anterior a la crisis (44% entre 2002 y 2007)<sup>21</sup>.

Pensamos que es aconsejable promover investigaciones que aborden el alto nivel de consumo de psicofármacos, principalmente entre las mujeres, y la mejora de las competencias profesionales en el abordaje de los problemas

mentales, especialmente en las relacionadas con intervenciones no farmacológicas.

### Limitaciones del estudio

*Sesgo de información.* Resultante de que la mayor parte de los datos fueron obtenidos de la historia clínica electrónica. Es más probable que en el caso de los hiperfrecuentadores los datos estén más actualizados y completos.

*Sesgo de no respuesta.* No se pudo obtener información sobre las variables recogidas por entrevista telefónica en el 23% de los casos. Al comparar los grupos en los que se ha podido realizar la encuesta telefónica con el grupo en que no ha sido posible recabar esta información según las variables analizadas, solo se ha encontrado diferencia significativa en la variable solicitud de derivaciones a otra especialidad. Esta ha sido menor en el grupo de pérdidas.

### 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.



## Financiación

El estudio no ha sido becado ni financiado.

## Autoría

Todos los autores han participado en la concepción y diseño del manuscrito, la recogida de datos, el análisis e interpretación de los datos y la redacción, revisión, aprobación del manuscrito remitido.

## Conflicto de intereses

Los autores expresan que no hay conflictos de intereses al redactar el manuscrito.

## Agradecimientos

A los responsables del Centro de Salud de Puerto Real por las facilidades dadas para la realización del estudio.

## Bibliografía

- Mancera-Romero J, Muñoz-Cobos F, Paniagua-Gómez F, Fernández-Lozano C, Fernández-Tapia ML, Blanca-Barba FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:658-62.
- Luque-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X, et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. *Semergen*. 2010;36:243-52.
- Mancera-Romero J. Gestión de la demanda en atención primaria. *Semergen*. 2010;36:241-2.
- Sandin-Vázquez M, Conde-Espejo M, Grupo de investigación sobre utilización sobre el servicio de Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de Atención Primaria sobre la influencia de los factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calid Asist*. 2011;26:256-63.
- Morriss 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.
- Ortega-Tallón MA, Roca-Figueres G, Iglesias-Rodríguez M, Jurado Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: Características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85.
- Luciano-Devis JV, Serrano-Blanco A, Grupo DASMAR. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008;40:631-2.
- Gomes J, Machado A, Cavadas LF, Teixeira H, Pires P, Santos JA, et al. Perfil do hiperfrequentador nos cuidados de saúde primários. *Acta Med Port*. 2013;26:17-23.
- 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.
- Bellón-Saameño JA, Rodríguez-Bayón A. ¿Qué hay de cierto en que se puede reducir la utilización de las consultas de los pacientes hiperutilizadores? *Aten Primaria*. 2008;40:591-3.
- Robles R, Gili M, Gelabert J, Lull M, Bestard M, Vicens C, et al. Características sociodemográficas y psicopatológicas del paciente hiperfrecuentador en atención primaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2009;37:320-5.
- Gill D, Sharp M. Frequent consulters in general practice: A systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res*. 1999;47:15-30.
- Sandin-Vázquez M, Conde-Espejo P, Grupo de investigación sobre utilización sobre el servicio de 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;25:21-7.
- Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J. Frequent attendance in primary care: Comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract*. 2010;60:49-55. /bjgpX-L.
- Smits FTM, Wittkampf KA, Schene AH, Bindels PJE, van Weert HCPM. Interventions on frequent attenders in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26:111-6.
- 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.
- Hauswaldt J, Hummers-Pradier E, Junius-Walker U. Health service use among patients with chronic or multiple illnesses, and frequent attenders. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109:814-20.
- Anuario Estadístico de Andalucía 2012. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Consejería de Economía, Innovación, Ciencia y Empleo [consultado 29 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/anuario/anuario12/anuario12c05.htm>
- Gill D, Dawes M, Sharpe M, Mayoup R. Frequent consulters: Their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. *Br J Gen Pract*. 1998;48:1856-7.
- Smits FTM, Brouwer HJ, ter Riet G, 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. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-9-36>.
- Health at a Glance: Europe 2014 | OECD READ edition 2014 [consultado 29 Ene 2014]. Disponible en: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014.health\\_glance.eur-2014-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2014.health_glance.eur-2014-en).