

# MOTIVOS DE CONSULTA Y PROBLEMAS ACTIVOS. UNA CLAVE PARA LA COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Eduard Portella<sup>1</sup> / Sebastián Juncosa<sup>2</sup> / Esteban Carrillo<sup>2</sup> / Buenaventura Bolibar<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Salud Pública y Legislación sanitaria. Universidad de Barcelona.

<sup>2</sup> Unidad de Investigación del Área Centro. Institut Català de la Salut

## Resumen

El objetivo de este trabajo es mostrar las diferencias en el contenido informativo del registro de problemas de salud en atención primaria, según se registre el (los) motivo de consulta (interpretado por el profesional) o el (los) problema de salud activo.

Se utiliza la información de un estudio observacional realizado con una muestra representativa de las visitas de ocho médicos de cabecera, que ejercen en el Principado de Andorra, durante los meses de mayo y junio de 1989. Se analizan 547 consultas.

Se observa una mayor especificidad y riqueza informativa cuando se registran ambos enfoques. Los problemas de salud activos parecen guardar muy poca relación con los motivos de consulta (interpretados por el profesional). Se genera la hipótesis de que los problemas de salud activos podrían tener tanta o mayor influencia en el proceso de atención que los motivos de consulta.

**Palabras clave:** Atención Primaria. Morbilidad. Motivo de consulta. Problemas de salud activos. Registros.

## A REASON FOR ENCOUNTER AND PROBLEMS. A KEY FOR THE COMPREHENSION OF INFORMATION IN PRIMARY CARE

### Summary

The aim of this work is to assess the major differences found in the information content of the registers in primary care according to whether the registration includes the Reason (s) For Encounter (as ascertained by the professional) or the Active Health Problem (s).

The information used is based on an observational study of a representative sample of the consultations to eight general practitioners from the Principate of Andorra. The study was performed during the period of May-June 1989. 547 consultations are analysed.

A better specificity and information content is observed when both approaches are registered. Active Health Problems seem to be barely related to Reasons for Encounter and it seems that they could have as much, if no more. Influence in the process of care, than the RFEs it selves.

**Key words:** Primary care. Morbidity. Reason for encounter. Active health problems. Registration.

## Introducción

**E**l campo de los estudios observacionales de la Atención Primaria (AP) está siendo objeto en los últimos años de un considerable interés<sup>1,2</sup>. En la mayoría de estos trabajos la unidad de análisis es la visita médica y se recogen el/los problemas que eran abordados en la misma, con diseños más o menos diferentes. Se ha prestado particular importancia a algunos aspectos metodológicos de estos estudios, tales como la obtención de muestras representativas<sup>3-6</sup> o los posibles problemas que puede generar la recogida de información tomando como base la visita<sup>7,8</sup>. Poca atención ha merecido hasta ahora los problemas que deben registrarse.

El objetivo del presente estudio es mostrar las diferencias más significativas en el contenido informativo de los sistemas de información, según orientemos nuestra atención hacia la recogida de los motivos de consulta o de los problemas de salud activos del paciente, como elemento de información de la AP. Además, concretamente, se estudia la relación entre ambos indicadores y la intensidad de uso de servicios.

## Material y métodos

Los datos del presente trabajo proceden de un estudio destinado a conocer la morbilidad atendida y los servicios prestados por los médicos de cabecera del Principado de Andorra, realizado durante los meses de mayo y junio de 1989<sup>9</sup>. Se analizó una muestra representativa (547 consultas) de las visitas de ocho médicos que participaron voluntariamente en el estudio. Esta muestra era el 27,5% de todas las visitas realizadas en el Principado de Andorra durante este período.

El cuestionario fue cumplimentado en todos los casos por un observador externo. La información sobre problemas de salud fue recogida en dos apartados.:

- a) Se consideró «*motivo de consulta*» aquellos problemas de salud que a juicio del médico motivaron la consulta.
- b) Se consideró como «*problema activo*» todos aquellos problemas susceptibles de vigilancia o intervención sanitaria que padecía el paciente en el momento de la visita, aunque no fuesen el motivo de la demanda. Todos los médicos participantes

Correspondencia: Eduard Portella. Sta Fe de Nuevo Méjico, 13. 08017 Barcelona.

Este artículo fue recibido el 30 de enero de 1992 y fue aceptado tras revisión el 3 de septiembre de 1992.

**Tabla 1. Número de motivos de consulta y de problemas activos**

Número de problemas activos	Número de motivos de consulta						Total	
	Un motivo		Dos motivos		Tres o más motivos			
Ningún problema	155	79,5%	33	16,9%	7	3,6%	195	100%
Un problema	123	75,9%	32	19,8%	7	4,3%	162	100%
Dos problemas	62	70,5%	19	21,6%	7	7,9%	88	100%
Tres problemas	31	60,8%	16	31,4%	4	7,8%	51	100%
Cuatro o cinco problemas	31	60,8%	16	31,4%	4	7,8%	51	100%
Total	402	73,5%	116	21,2%	29	5,3%	547	100%

**Tabla 2. Motivos de consulta y problemas activos más frecuentes, según grupos de edad**

Grupo de edad	Motivos de consulta (1)		Problemas activos (1)	
0 a 14 años (n=73)	460	Infec ag respiratoria sup. 19,2%	477	Fiebre de heno 25,9%
	466	Bronquitis y bronquiolitis 9,6%	278	Obesidad 18,5%
	V70	Exploración médica ind. asint. 9,6%	7889	Signos y síntomas mal definidos 11,1%
15 a 29 años (n=143)	444	Certificados conducir, escolar 21,5%	051	Tabaquismo 29,6%
	445	Resultados de pruebas 13,2%	477	Fiebre del heno 8,6%
	680	Cartas, altas y bajas 9,7%	278	Obesidad 6,2%
30 a 44 años (n=139)	445	Resultados de pruebas 28,1%	051	Tabaquismo 24,2%
	V70	Exploración médica ind. asint. 12,2%	272	Desórdenes metabolismo lípidos 10,5%
	460	Infec ag respiratoria sup. 9,4%	3031	Alcoholismo 10,5%
45 a 64 años (n=122)	445	Resultados de pruebas 25,4%	401	Hta no complicada 18,7%
	V70	Exploración médica ind. asint. 13,9%	278	Obesidad 17,6%
	460	Infec ag. respiratoria sup. 10,7%	272	Desórdenes metabolismo lípidos 13,2%
≥ 65 años (n=69)	V70	Exploración médica ind. asint. 36,2%	401	Hta no complicada 43,1%
	445	Resultados de pruebas 27,5%	250	Diabetes mellitus 17,2%
	446	Recetas 7,2%	492	Enfisema y enf. obst. crónicas 15,5%
Total (n=547)	445	Resultados de pruebas 20,7%	051	Tabaquismo 11,0%
	V70	Exploración médica ind. asint. 13,7%	401	Hta no complicada 8,2%
	460	Infec ag respiratoria sup. 9,3%	278	Obesidad 6,9%

(1) Porcentajes de visitas sobre el total del grupo de edad.

disponían de historias clínicas con registro de los problemas activos para cumplimentar correctamente este dato.

En ambos casos se registraron tantos motivos de consulta o problemas activos como fuese necesario y se clasificaron y codificaron de acuerdo con la CIPSAP-2-Definida<sup>10</sup>.

El análisis de los datos se efectuó mediante el paquete estadístico SPSS/PC+. La valoración estadística se realizó empleando la prueba de Anova para la comparación de medias y la prueba  $\chi^2$  para la de porcentajes. Se consideró significativa una p inferior a 0,05.

## Resultados

La tabla 1 muestra la distribución del número de motivos de consulta y de problemas activos detectados en las visitas analizadas. Estas 547 visitas representaban un total de 726 motivos de consulta y 713 problemas activos. Los pacientes que presentan un

mayor número de problemas activos también tienen un mayor número de motivos de consulta ( $\chi^2 = 13,60$ ; g.l. = 6; p = 0,03). En la tabla 2 se presentan los tres motivos de consulta y problemas activos más frecuentes según grupos de edad y para el conjunto de la muestra.

Respecto a la comparación del proceso de atención desarrollado según el número de motivos de consulta y de problemas activos (tabla 3), vemos que tanto el primero como el segundo están relacionados con el número de servicios realizados en la consulta ( $\chi^2 = 29,01$ ; g.l. = 4; p = 0,0001) ( $\chi^2 = 18,20$ ; g.l. = 6; p = 0,008) y con las disposiciones para el seguimiento ( $\chi^2 = 15,36$ ; g.l. = 4; p = 0,004) ( $\chi^2 = 17,13$ ; g.l. = 6; p = 0,009), en el sentido de que las visitas con mayor número de motivos de consulta o de problemas activos presenta un mayor porcentaje de servicios y de seguimientos. Esta tendencia se mantiene al comparar la demanda de laboratorio, radiología u otras exploraciones con el número de motivos de consulta y de problemas activos (tabla 4), si bien sus diferencias no son significativas.

La media de medicamentos prescritos es mayor en las visitas

**Tabla 3. Relación entre problemas activos/motivos de consulta e intensidad de uso de servicios (número de servicios y seguimiento)**

Número de problemas		Número de servicios (1)		
		Ningún servicio	Un servicio	Dos o más servicios
Ninguno	195	32 (16,4%)	155 (79,5%)	8 (4,1%)
Uno	162	20 (12,3%)	120 (74,1%)	22 (13,6%)
Dos	88	14 (15,9%)	57 (64,8%)	17 (19,3%)
Tres o más	102	18 (17,6%)	70 (68,6%)	14 (13,7%)
<b>Número de motivos</b>				
Uno	402	71 (17,7%)	301 (74,9%)	30 (7,5%)
Dos	116	11 (9,5%)	84 (72,4%)	21 (18,1%)
Tres o más	29	2 (6,9%)	17 (58,6%)	10 (34,5%)
<b>Total</b>	<b>547</b>	<b>84 (15,4%)</b>	<b>402 (73,5%)</b>	<b>61 (11,1%)</b>

(1) Análítica de laboratorio, radiología y otras exploraciones.

Número de problemas		Número de seguimientos (2)		
		Ningún seguimiento	Un seguimiento	Dos o más seguimientos
Ninguno	195	5 (2,6%)	187 (96,0%)	3 (1,5%)
Uno	162	8 (4,9%)	146 (90,1%)	8 (4,9%)
Dos	88	2 (2,3%)	78 (88,6%)	8 (9,1%)
Tres o más	102	7 (6,9%)	84 (82,3%)	11 (10,8%)
<b>Número de motivos</b>				
Uno	402	11 (2,7%)	369 (91,8%)	22 (7,5%)
Dos	116	6 (5,2%)	104 (89,7%)	6 (5,2%)
Tres o más	29	5 (17,2%)	22 (78,9%)	2 (7,0%)
<b>Total</b>	<b>547</b>	<b>22 (4,0%)</b>	<b>495 (90,5%)</b>	<b>30 (5,5%)</b>

(2) Indicaciones de seguimiento.

con mayor número de problemas activos ( $F= 13,38$ ;  $g.l.= 3,539$ ;  $p= 0,0001$ ) y con mayor número de motivos de consulta ( $F= 10,38$ ;  $g.l.= 2,541$ ;  $p= 0,0001$ ). Al mismo tiempo las visitas con más problemas activos ( $F= 16,93$ ;  $g.l.= 5,538$ ;  $p= 0,00001$ ) y más motivos de consulta. ( $F= 7,40$ ;  $g.l.= 3,541$ ;  $p= 0,0001$ ) presentan una duración media mayor (tabla 4).

## Discusión

Las condiciones del presente estudio (período limitado estacionalmente y reducido número de visitas recogidas) son una limitación a tener en cuenta a la hora de discutir algunos de los hallazgos encontrados. Aun así, permiten la formulación de una serie de interesantes conclusiones por lo que respecta al objetivo del estudio: valorar el contenido informativo y las aplicaciones posibles según la forma de registrar los problemas de salud (motivos de consulta *versus* problemas activos). En nuestro estudio se consideró «motivo de consulta» la percepción del problema que motivaba la visita desde el punto de vista del profesional, a diferencia de otras aproximaciones que priman la percepción del paciente<sup>11,12</sup>.

En primer lugar llama la atención las importantes diferencias encontradas al comparar los motivos de consulta con los proble-

mas activos más frecuentes. Como era de esperar, prevalecen en todos los grupos de edad las patologías agudas como motivo de consulta y las crónicas como problemas activos; pero quizás es más interesante de observar la aparición entre los problemas activos más frecuentes, la presencia de procesos que muy raramente son motivo de consulta, tales como el tabaquismo, alcoholismo, obesidad, etc. Asimismo destaca en los grupos de mayor edad la alta frecuencia del registro de actividades de tipo administrativo o inespecífico como motivo de consulta, frente a la elevada presencia de importantes patologías o factores de riesgo crónicos cuando se recogen los problemas activos.

Estas diferencias tienen una importancia capital a la hora de utilizar la información procedente de este tipo de estudios. La utilización habitual de los mismos suele ser para la organización de la atención y para la planificación de programas.

El hecho de registrar sólo los motivos de consulta y no los problemas activos tiende a producir un cuadro parcial de la realidad.

Por una parte, un perfil sesgado de la morbilidad observada en atención primaria, por otro lado, la recogida de información tomando como unidad la visita tiende a compartimentar el episodio de atención médica haciendo aparecer por ejemplo como problemas administrativos lo que puede ser una consecuencia de un problema activo, generalmente un problema de salud crónico. Todo esto adquiere singular importancia cuando la información procedente

**Tabla 4. Solicitud de Laboratorio, Radiología y otras exploraciones según el número de motivos y de problemas**

	Laboratorio (1)	Radiología (1)	Otras exploraciones (1)	Medicamentos (2)	Duración (minutos) (2)
<b>Número de motivos de consulta</b>					
Un motivo (402)	66 (16,5%)	39 (9,8%)	29 (7,3%)	1,4 (1,3-1,6)	14,5 (13,3-15,7)
Dos motivos (116)	26 (22,8%)	11 (9,6%)	14 (12,4%)	2,1 (1,8-2,4)	19,5 (16,9-22,0)
Tres o más motivos (29)	8 (25,8%)		3 (9,7%)	2,0 (1,5-2,5)	22,4 (17,7-27,2)
<b>Número de problemas activos</b>					
Ningún problema (195)	29 (14,9%)	12 (6,2%)	12 (6,3%)	1,2 (1,0-1,4)	11,2 (10,0-12,4)
Un problema (162)	30 (18,6%)	18 (11,2%)	12 (7,5%)	1,6 (1,4-1,8)	15,0 (13,2-16,8)
Dos problemas (88)	16 (18,0%)	9 (10,1%)	8 (9,0%)	1,9 (1,5-2,2)	20,0 (16,7-23,7)
Tres o más problemas (102)	25 (25,0%)	11 (11,0%)	15 (15,2%)	2,3 (1,9-2,6)	23,0 (20,4-25,7)
<b>Total (547)</b>	<b>100 (18,4%)</b>	<b>50 (9,2%)</b>	<b>47 (8,7%)</b>	<b>1,6 (1,5-1,7)</b>	<b>15,9 (14,8-17,0)</b>

(1) Porcentajes sobre los pacientes con ese número de problemas o motivos.

(2) Media e intervalos de confianza al 95%.

de estos estudios debe utilizarse para la priorización de intervenciones del tipo de los programas de salud.

Un segundo punto interesante es que, si bien el número de casos no permite conclusiones en este aspecto, el número de problemas presentados parece correlacionarse con la intensidad de uso de recursos (medido en este caso en la tabla 4 por el uso de exploraciones, el número de medicamentos prescrito y el tiempo de duración de la consulta) tan bien o mejor que el número de motivos de consulta. Ello es debido, en nuestra opinión, a que el diseño de estudios en base a la información producida con los motivos de consulta no se adapta fácilmente al contenido real de la atención primaria, donde la continuidad asistencial es un elemento clave de la atención prestada. Creemos que incluir lo que denominamos «problemas activos» del paciente en estos estudios observacionales en base a la visita puede ser una buena herramienta práctica para resolver este problema. Por otra parte, este enfoque puede contribuir, aunque sólo sea indirectamente, a resolver el problema de la utilización de estos estudios para la estimación de indicadores epidemiológicos como las tasas de prevalencia de problemas crónicos atendidos<sup>13</sup>.

Es de destacar que, a diferencia de los estudios basados sólo en los motivos de consulta, nuestra aproximación requiere de un

esfuerzo previo para el registro habitual de los problemas activos en la línea de la Historia Clínica Orientada por Problemas<sup>14</sup>. En este aspecto la denominada «Hoja de condicionantes y problemas»<sup>15</sup> constituiría una base informativa esencial del estudio. Si bien esto implica limitaciones a la hora de poder realizar estos estudios cuando la calidad de los registros no sea adecuada, la realización de trabajos incluyendo esta variable contribuiría sin lugar a dudas a sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de este tipo de organización de los registros, al mismo tiempo que mejoraría el contenido informativo de los sistemas de información en AP.

En resumen, queremos destacar la necesidad de que los estudios observacionales de la demanda e intervenciones en atención primaria contemplen también los problemas activos, aunque éstos no sean el motivo de expresión de la demanda de consulta.

#### Agradecimientos

A los médicos de cuya iniciativa partió este estudio, a la Caixa Andorrana de Seguretat Social cuyo soporte lo hizo posible y a Ester Díaz cuyo paciente trabajó como observadora permitió la obtención de una información de excelente calidad.

#### Bibliografía

- Nelson C, McLemore T (Ed). *The National Ambulatory Medical Care Survey: United States 1975-1981 and 1985 trends*. Washington: National Center for Health Statistics. (Vital and Health Statistics Series 13, N° 93). DHHS Pub N° 88-1754, 1988.
- Alonso Mayo E, Manzanera López R, Varela Pedragosa J, Picas Vidal JM. Estudios observacionales de la demanda en asistencia primaria. *Atención Primaria* 1987; 4: 149-54.
- Shepard DS, Neutra R. A pitfall in sampling medical visits. *Am J Public Health* 1977; 67: 743-50.
- García Olmos LM, Pérez Fernández MM, Bassolo Abad A, Abreira V, Gervás JJ. Estudios de morbilidad ambulatoria ¿qué muestra elegir? *Atención Primaria* 1987; 4: 136-9.
- Gené Badía J, Martín Zurro A. Tamaño de la muestra y estudios observacionales de la demanda. *Atención Primaria* 1987; 4: 500-1.
- Gervás JJ, García-Olmos LM, Pérez-Fernández MM. Respuesta de los autores. *Atención Primaria* 1987; 4: 501.
- Gervás JJ, Pérez Fernández MM, García Sagredo P, Abreira V. Utilización de servicios sanitarios: pacientes y visitas. *Atención Primaria* 1990; 7: 345-8.
- López A, Esnaola S, Gómez M, Guinea J. Exploring sampling bias in primary health care

studies. *I WONCA European Regional Conference on Family Medicine/ General Practice*. Barcelona 1990.

- Característiques de la utilització dels Serveis d'Atenció Primària*. Principat d'Andorra, 1989.
- Classificació Internacional de Problemes a l'Assistència Primària (CIPSAP-2-Definida), Classificacions de la WONCA per a l'Atenció Primària. Barcelona: Masson y SG Editores, 1990.
- Lamberts H, Meads S, Wood M. Classification of reasons why persons seek primary care: pilot study of a new systems. *Public Health Rep* 1984; 99: 597-605.
- Lamberts H, Wood M. *Clasificación Internacional en Atención Primaria. Clasificación de razones de consulta*. Barcelona: Masson y SG Editores, 1990.
- Cherkin DC, Berg AO, Phillips WR. In search of a solution to the primary care denominator problem. *J Fam Pract* 1982; 14: 301-9.
- Terrada ML, Peris Bonet R. La Historia Clínica Orientada por Problemas. *An Esp Med* 1982; 17 (Supl 14).
- Morera Montes J, Custodi i Canosa J, Pescador Abad FJ, Miaya de Sárraga F. Utilización de los registros de actividad y morbilidad en formatos separados. *Gac Sanit* 1989; 3: 533-4.