

# ¿Es necesario que algunos pacientes nos visiten tan a menudo?: factores asociados con la utilización en pediatría de atención primaria

J. F. Orueta<sup>1</sup> / J. López-De-Munain<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Salud de Astrabudúa (Bizkaia). Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

<sup>2</sup>Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.

*Correspondencia:* Juan F. Orueta. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud. c/ Luis Power 18 - 4ª planta. 48014 Bilbao. E-mail: joruetam@ap.osakidetza.net

Financiado mediante una beca del Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente 94/0926)

*Recibido:* 22 de septiembre de 1999

*Aceptado:* 14 de marzo de 2000

**(Are such frequent visits really necessary? Factors associated with the use of primary-care pediatric services)**

## Resumen

**Objetivos:** Analizar la asociación entre la morbilidad que presentan los pacientes pediátricos y su grado de frecuentación de los servicios de atención primaria; y establecer si el nivel de frecuentación de los pacientes afecta al correcto cumplimiento de las pautas de promoción de la salud e inmunizaciones.

**Métodos:** En función de su edad y número de visitas a atención primaria (excepto las motivadas por programas de salud) se categorizó en diferentes patrones de utilización a todos los pacientes asignados ininterrumpidamente durante seis años a una consulta de pediatría del Servicio Vasco de Salud ubicada en Astrabudúa (Bizkaia). Se realizaron análisis bivariados y multivariantes, comparando tres grupos de sujetos: 116 hiperutilizadores persistentes, 115 hipoutilizadores persistentes y 123 pacientes normoutilizadores o con otros patrones de utilización. Para el manejo de las patologías, se empleó el *case-mix Ambulatory Care Groups* (ACGs).

**Resultados:** Los pacientes hiperutilizadores presentaron más frecuentemente que los hipoutilizadores diferentes tipos de morbilidad: asma (OR = 44,7; IC 95% = 5,5 – 206,1), patologías recurrentes (OR = 33,5; IC 95% = 8,5 – 131,6), patología crónica inestable propia de especialista (OR = 10,8; IC 95% = 2,2 – 52,8), patología psicossocial (OR = 5,7; IC 95% = 2,1 – 15,2), patología crónica estable (OR = 4,0; IC 95% = 1,9 – 8,6) y patología oftálmica/dental (OR = 3,5; IC 95% = 1,5 – 8,1). Por otra parte, los pacientes hipoutilizadores mostraron un peor cumplimiento del calendario vacunal (OR = 3,0; IC 95% = 1,1 – 8,8) y del programa de control de niño sano (OR = 4,3; IC 95% = 2,3 – 8,0).

**Conclusión:** Nuestros datos confirman que la hiperutilización persistente, lejos de ser un comportamiento inadecuado, es una respuesta apropiada a las mayores necesidades de cuidados sanitarios que presentan estos pacientes. Los pediatras de atención primaria deberían evaluar las necesidades de cuidados preventivos en aquellos de sus pacientes que raramente les visitan.

**Palabras clave:** Utilización. Atención primaria. Pediatría. Morbilidad. Cuidados preventivos. Inmunizaciones.

## Abstract

**Objectives:** To analyze the relationship between pediatric patients morbidity and their level of primary health care services use; and to establish if the patients level of use affects the health promotion and immunization schedule completion.

**Methods:** All patients assigned to a pediatric practice of the Basque National Health Service in Astrabudua (Bizkaia, Spain) over a 6-year period were categorized into different utilization patterns according to their age and number of primary care visits (whose principal reason for encounter was different from health promotion activities). Bivariate and multivariate analyses were performed comparing three groups of subjects: 116 consistently high users, 115 consistently low users and 123 patients classified as consistently medium or erratic users. Ambulatory care Groups (ACGs) case-mix system was used to manage pathologies.

**Results:** High use patients experienced several morbidity types most frequently than low use ones: asthma (OR = 44.7; 95% CI = 5.5 – 206.1), diseases likely to recur (OR = 33.5; 95% CI = 8.5 – 131.6), specialty unstable chronic conditions (OR = 10.8; 95% CI = 2.2 – 52.8), psychosocial conditions (OR = 5.7; 95% CI = 2.1 – 15.2), chronic medical stable conditions (OR = 4.0; 95% CI = 1.9 – 8.6), eye/dental diseases (OR = 3.5; 95% CI = 1.5 – 8.1). On the other hand, low users were more likely to be lacking completion of the immunization (OR = 3.0; 95% CI = 1.1 – 8.8) and the well-child care program visits schedules (OR = 4.3; 95% CI = 2.3 – 8.0).

**Conclusion:** Our data confirm that high utilization, far from being inadequate behavior, is an adequate response to the higher health care needs showed by such patients. Primary care pediatricians should assess preventive care needs of the children who consult them infrequently.

**Key words:** Utilization. Primary health care. Pediatrics. Morbidity. Preventive care. Immunizations.

## Introducción

Los médicos que trabajamos en atención primaria (AP) sabemos que un pequeño grupo de pacientes acude a nuestra consulta de manera reiterada, mientras que otras personas nos visitan muy raramente o nunca<sup>1</sup>. Aunque el tema de los pacientes que consultan con gran frecuencia ha sido anteriormente objeto de investigación, sigue sin estar claramente establecido si estos sujetos consultan debido a unas necesidades reales de atención sanitaria o, por el contrario, crean una innecesaria sobrecarga de trabajo al médico de AP y le impiden dedicarse a los auténticos problemas de salud de la población a la que atienden<sup>2</sup>.

Mucho menos se ha publicado sobre los sujetos no utilizadores. A primera vista, podría considerarse que lo son porque gozan de «excelente salud»: en un sistema nacional de salud disponen de las mismas oportunidades que el resto para obtener los cuidados sanitarios que precisan. Sin embargo, su disminución en la frecuencia de visitas pudiera colocarles en una situación de riesgo si no alcanzan a cubrir sus necesidades de atención<sup>3</sup>.

A partir de estudios previos sabemos que algunas características del individuo (edad, sexo, determinadas patologías y otras variables familiares y sociales) se relacionan con la demanda que realizan en pediatría de AP<sup>4-10</sup>. Sin embargo, nuestros conocimientos siguen siendo limitados. En primer lugar, la mayoría de los estudios sobre utilización pediátrica extrahospitalaria se han realizado en modelos sanitarios diferentes del nuestro y, hasta donde nosotros conocemos, no se ha publicado en nuestro país ninguno con un periodo de seguimiento superior a 24 meses. En segundo lugar, no se han empleado sistemas estandarizados para la medición de la morbilidad, lo que dificulta la comparación de resultados; ésta es la primera vez que se utiliza un case-mix ampliamente utilizado en Estados Unidos<sup>11-12</sup> y validado en nuestro medio<sup>13</sup> para agrupar la morbilidad. Por último, existe menos información sobre la cobertura de necesidades de cuidados preventivos básicos en aquellos niños que raramente utilizan los servicios de salud.

Por todo ello, se diseñó este estudio con los objetivos de analizar las características de los pacientes persistentemente hiperutilizadores en nuestro medio y establecer si el nivel de frecuentación de los pacientes afecta al correcto cumplimiento de las pautas de promoción de la salud e inmunizaciones.

## Materiales y métodos

### *Población de estudio*

Éste es un estudio de casos y controles anidado en una cohorte retrospectiva, formada por todos los niños

(701) asignados de forma ininterrumpida durante el periodo de estudio a una consulta de pediatría de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud (SVS) ubicado en As-trabudúa, población de 11.000 habitantes del cinturón industrial de Bilbao.

El periodo de seguimiento fue de seis años. Para cada niño el estudio comenzó en la fecha de su cumpleaños correspondiente al año 1987 o su fecha de nacimiento si éste se produjo en ese año. Se contabilizaron para cada paciente el número de consultas a demanda realizadas al pediatra en cada uno de los seis periodos de 12 meses siguientes a esa fecha, finalizando el último de ellos la víspera de su cumpleaños del año 1993. No se computaron como consultas a demanda las consultas correspondientes a programas de salud («control de niño sano») ni las consultas de enfermería.

En cada uno de los seis años de estudio se realizaron distribuciones del número de consultas para cada uno de los grupos de edad, con el fin de controlar por la relación entre utilización y edad, y en función de ellas se dividió los pacientes en tres grupos de utilización anual: alta (niños que superaron el percentil 66), media (situados entre el percentil 33 y el 66) y baja (por debajo del percentil 33).

Los patrones de utilización se definieron en función de las combinaciones producidas al cabo de los 6 años de estudio por las clasificaciones anuales. De este modo, al final de dicho periodo cada uno de los sujetos de estudio fue incluido en uno de los grupos siguientes: pacientes que habitualmente consultaron de manera frecuente, intermedia o baja (lo cual se denominó respectivamente hiperutilización persistente, normoutilización persistente, hipoutilización persistente) o con un patrón errático de utilización (tabla 1).

### *Selección de casos y controles*

Los casos hiperutilizadores fueron todos los niños de la cohorte clasificados como hiperutilizadores persistentes (115). Los 116 niños que se manifestaron como hipoutilizadores persistentes constituyeron los casos hipoutilizadores. Por último, se seleccionaron aleatoriamente 123 controles normo/erráticos entre los niños que presentaron un patrón errático o de normoutilización persistente.

### *Mediciones*

Las variables de estudio fueron la edad, sexo, patologías diagnosticadas, número de hermanos, ser o no primogénito, cumplimiento del calendario vacunal y de «control de niño sano» y número de visitas (realizadas durante los últimos seis meses) a médicos no pertenecientes al SVS.

**Tabla 1. Distribución de los pacientes estudiados en patrones de utilización**

Patrones de utilización	Combinaciones incluidas	Frecuencia observada	Mediana del número total de visitas en los 6 años de estudio
Hiperutilización persistente	Utilización anual elevada 6 años Utilización anual elevada 5 años + intermedia 1 año Utilización anual elevada 4 años + intermedia 2 años	115 (16,4%)	46
Normoutilización persistente	Utilización anual intermedia 6 años Utilización anual intermedia 5 años + elevada 1 año Utilización anual intermedia 5 años + baja 1 año Utilización anual intermedia 4 años + elevada 2 años Utilización anual intermedia 4 años + baja 2 años	81 (11,6%)	18
Hipoutilización persistente	Utilización anual baja 6 años Utilización anual baja 5 años + intermedia 1 año Utilización anual baja 4 años + intermedia 2 años	116 (16,5%)	5
Patrón errático	Resto combinaciones	389 (55,5%)	20

Para establecer los diagnósticos, se utilizó el episodio de atención, definido como el conjunto de servicios proporcionados en respuesta a un problema de salud del paciente u otra razón especificada (por ejemplo, un procedimiento preventivo) desde su primer contacto con los servicios de salud hasta la finalización del último contacto provocado por ese motivo, según el criterio del médico visitado.<sup>14-15</sup> A modo de ejemplo, un paciente pudo haber recibido en tres visitas sucesivas los diagnósticos de ictericia, hepatitis y hepatitis vírica tipo B; una vez establecido este último diagnóstico, el médico consideró que todos ellos corresponden al mismo episodio y desechó los dos diagnósticos preliminares.

Es usual que en una consulta preventiva por «control de niño sano» a un sujeto se le detecte algún problema (por ejemplo: obesidad, problemas dentales, déficit de audición o visión,...) que no había originado espontáneamente demanda, o bien el sujeto aprovecha dicha consulta para plantear un problema agudo. Aunque en ningún caso se contabilizaron estas consultas para clasificar a los sujetos como hiper, normo o hipoutilizador sí se incluyeron los diagnósticos efectuados.

Los diagnósticos se categorizaron empleando el *case-mix Ambulatory Care Groups (ACGs)*, que permite comparar poblaciones de pacientes respecto al grado de morbilidad que presentan. Como paso intermedio para la clasificación de pacientes en ACGs, sus autores definieron 12 grupos autoexcluyentes de patologías a los que denominaron *Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups (CADGs)*: patología aguda leve, patología aguda grave, patología que probablemente recurra, asma, patología crónica inestable, patología crónica estable, patología crónica estable propia de especialista, patología oftalmológica/dental, patología crónica inestable propia de especialista, patología psicosocial,

consultas preventivas/administrativa y embarazo. Los diagnósticos se clasificaron en estos grupos en función de tres criterios: similitud respecto a su duración esperada (patología aguda, recurrente o crónica), previsible gravedad (patología leve, grave, estable o inestable) y, por último, probable derivación a otros niveles (p. ej. patología oftálmica/dental). Una descripción completa del sistema puede encontrarse en publicaciones previas<sup>11,12,16,17</sup>. Para el presente estudio se utilizó el software ACG Grouper versión 2.00<sup>16</sup> y, de este modo, los 6.877 diagnósticos realizados a nuestros 354 pacientes, se clasificaron en 11 grupos, desestimándose el CADG-12 pues corresponde a «Embarazo» (tabla 2).

Se consideró que un paciente había completado el calendario vacunal cuando había recibido todas las inmunizaciones correspondientes a su edad del calendario vacunal oficial de la Comunidad Autónoma del País Vasco vigente cuando se efectuó la revisión de historias clínicas<sup>18</sup>. Respecto al cumplimiento de las visitas del «control de niño sano» se calificó como adecuada la realización de al menos seis visitas el primer año de vida, dos visitas el segundo año y una visita los años tercero, cuarto, sexto, décimo y decimocuarto<sup>19</sup>.

#### Fuentes de información

Las fuentes de información fueron las historias clínicas del centro de salud. Desde octubre de 1985 en ellas se ha anotado la anamnesis, exploración, diagnóstico y tratamiento que recibe cada paciente en cada ocasión que acude al centro, tanto por consultas a demanda por enfermedad, como para programas de salud, recetas o técnicas de enfermería. La calidad de los datos en cuanto a la uniformidad de criterios viene dada por-

**Tabla 2. Características de los 3 grupos de pacientes analizados, en función de las variables estudiadas**

	Hiperutilizador persistente		Normo/errático		p-value <sup>b</sup>	Hipoutilizador persistente		p-value <sup>c</sup>
	n = 115	(%)	n = 123	%		n = 116	%	
<b>Características demográficas</b>								
Sexo (Varones)	60	(52,2%)	71	(57,7%)	0,389	67	(57,8%)	0,39
Edad media al inicio del estudio	5,78		5,79		0,985	5,85		0,886
<b>Patologías. N.º y porcentaje de pacientes incluidos en cada CADG<sup>a</sup></b>								
CADG1 (Patología aguda leve)	115	(100%)	123	(100%)	-	99	(85%)	0,0000
CADG2 (Patología aguda grave)	114	(99,1%)	113	(91,9%)	0,0044	61	(53%)	0,0000
CADG3 (Patología que probablemente recurra)	111	(96,5%)	106	(86,2%)	0,0029	59	(51%)	0,0000
CADG4 (Asma)	33	(28,7%)	15	(13,8%)	0,0048	2	(1,7%)	0,0000
CADG5 (Patología crónica inestable)	1	(0,9%)	3	(2,4%)	0,62	2	(1,7%)	0,6
CADG6 (Patología crónica estable)	68	(59,1%)	50	(40,7%)	0,004	36	(31%)	0,0000
CADG7 (Pat. crónica estable propia de especialista)	4	(3,5%)	2	(1,6%)	0,433	1	(0,9%)	0,2
CADG8 (Patología oftalmológica o dental)	48	(41,7%)	41	(33,3%)	0,18	26	(22%)	0,0016
CADG9 (Pat. crónica inestable propia de especialista)	25	(21,7%)	23	(18,7%)	0,455	2	(1,7%)	0,0000
CADG10 (Patología psicosocial)	39	(33,9%)	37	(30,1%)	0,44	14	(12%)	0,0001
CADG11 (Consultas preventivas o administrativas)	31	(27%)	30	(24,4%)	0,548	16	(14%)	0,012
<b>Características familiares</b>								
Hermanos (≥ 1)	99	(86,1%)	97	(79,5%)	0,225	100	(87,7%)	0,73
Primogénito	55	(47,8%)	60	(49,2%)	0,885	40	(35,1%)	0,057
Nº medio de hijos en la familia	2,18		2,25		0,78	2,33		0,2
<b>Seguimiento de actividades preventivas</b>								
Cumplimiento completo calendario vacunal	108	(93,9%)	108	(87,8%)	0,1039	94	(83,9%)	0,015
Cumplimiento completo calendario visitas «control niño sano»	90	(78,3%)	88	(71,5%)	0,233	53	(65,3%)	0,0000
<b>Visitas a médicos no pertenecientes al Servicio Vasco de Salud en los últimos 6 meses</b>								
	n = 93 <sup>d</sup>		n = 98 <sup>d</sup>			n = 93 <sup>d</sup>		
Pediatra privado	3	(3,2%)	2	(2,0%)	0,597	3	(3,2%)	0,99
Otro médico privado	9	(9,7%)	7	(7,1%)	0,511	6	(6,5%)	0,41

<sup>a</sup>Un paciente puede estar incluido en más de un CADG por haber presentado múltiples patologías. El CADG12 corresponde a Embarazo, por lo que ningún paciente presentó diagnósticos clasificados en este grupo.

<sup>b</sup>Pruebas de t y chi-cuadrado correspondientes a la comparación de hiperutilizadores persistentes vs. normo/erráticos.

<sup>c</sup>Pruebas de t y chi-cuadrado correspondientes a la comparación de hiperutilizadores persistentes vs. hipoutilizadores persistentes.

<sup>d</sup>Número de niños en los que se obtuvo respuesta a la encuesta.

que los registros de dichas historias fueron realizados por el mismo pediatra.

Los datos sobre número de consultas a pediatras y a otros especialistas privados se obtuvieron mediante una entrevista personal a los padres de los pacientes realizada por personal contratado a tal efecto. Cuando no se pudo concertar una cita con los padres, se aceptaron las respuestas de otro adulto que viviese en el mismo domicilio y declarase conocer los datos interrogados. Se obtuvo respuesta en el 80,2% de los sujetos, siendo similares los porcentajes de respuesta en los tres grupos de estudio (80,9% hiperutilizadores; 79,7% normo/erráticos; 80,2% hipoutilizadores).

#### Análisis

Se realizaron análisis bivariados y multivariantes mediante regresión logística múltiple. Para el estudio de la

asociación entre hiperutilización, morbilidad y características familiares se comparó, por separado, al grupo de hiperutilizadores con los normo/erráticos y los hipoutilizadores. Respecto al cumplimiento de actividades preventivas, se consideraron casos a los hipoutilizadores y se confrontaron con dos grupos de control: los normo/erráticos y los hiperutilizadores. Los análisis se realizaron con los paquetes estadísticos EpiInfo<sup>20</sup> y GLIM<sup>21</sup>.

#### Resultados

Los valores observados respecto a las variables de estudio para los 3 grupos de pacientes se resumen en la tabla 2.

Cuando comparamos a los hiperutilizadores con los pacientes normo/erráticos, los análisis bivariados mostraron una asociación entre la hiperutilización y tres gru-

pos de patologías no agudas: patología recurrente (OR = 4,9; IC 95% = 1,6 – 15,5), asma (OR = 2,6; IC 95% = 1,3 – 5,1) y patología crónica estable (OR = 2,1; IC 95% = 1,3 – 3,7). En los análisis multivariados no se encontraron efectos de interacción ni confusión y los OR ajustados del modelo de regresión fueron similares a los de los análisis bivariados. Al comparar a los hiperutilizadores con los hipoutilizadores, los análisis multivariados, mostraron una asociación entre la hiperutilización y los siguientes grupos de patologías no agudas: asma (OR = 44,7; IC 95% = 5,5 – 206,1), patologías recurrentes (OR = 33,5; IC 95% = 8,5 – 131,6), patología crónica inestable propia de especialista (OR = 10,8; IC 95% = 2,2 – 52,8), patología psicosocial (OR = 5,7; IC 95% = 2,1 – 15,2), patología crónica estable (OR = 4,0; IC 95% = 1,9 – 8,6) y patología oftálmica/dental (OR = 3,5; IC 95% = 1,5 – 8,9) (tabla 3).

En ninguna de las dos comparaciones se encontró asociación entre la hiperutilización y el sexo, tener o no hermanos, número de hijos de la familia, ser el primer hijo ni haber visitado a médicos no pertenecientes al SVS.

Respecto al cumplimiento de las actividades preventivas confrontamos a los hipoutilizadores con dos grupos de control: los normo/erráticos y los hiperutilizadores. Frente a los primeros, exhibieron una probabilidad tres veces mayor de no haber completado los «controles de niño sano», no habiendo diferencias significativas en el cumplimiento del calendario vacunal; al compararlos con los hiperutilizadores, el riesgo de no haber completado a los «controles del niño sano» era cuatro veces mayor y tres veces mayor la probabilidad de no haber cumplido satisfactoriamente el calendario vacunal (tabla 4).

## Discusión

A la luz de nuestros datos, no es correcto considerar que la demanda de consultas de los hiperutilizadores

de nuestro estudio sea excesiva, dado que, en función de su mayor prevalencia de patologías crónicas y recurrentes, presentaron mayores necesidades de atención que el resto. Por otro lado, se observa un peor cumplimiento de las actividades preventivas en el grupo de niños que raramente visita al médico por enfermedad.

Aunque en diversos artículos se describe la relación entre morbilidad y utilización en pediatría extrahospitalaria<sup>4-10</sup>, sus resultados son difíciles de comparar y reproducir, pues no han empleado sistemas estandarizados para clasificar las enfermedades. Con el fin de superar estas limitaciones, clasificamos las patologías de los pacientes empleando un case mix ampliamente difundido como es el sistema ACGs<sup>11-13</sup>.

Respecto a la relación entre utilización y realización de actividades preventivas, un problema que se detecta en otros estudios es la ausencia de diferenciación de las consultas «por enfermedad» de las realizadas para actividades de mantenimiento de la salud; este diseño hace que las personas con ninguna visita forzosamente no hayan realizado consultas preventivas. En nuestro caso, estos dos tipos de consultas se contabilizaron independientemente: para la clasificación de los pacientes como hiper, normo o hipoutilizador no se tuvieron en cuenta las consultas debidas a «Programas de Salud», incluyéndose todas las demás (tanto las generadas por iniciativa del paciente como por iniciativa del pediatra).

No encontramos diferencias significativas en cuanto a prácticas preventivas (calendario vacunal y «control de niño sano») entre los pacientes hiperutilizadores y los normo/erráticos. Sin embargo, los sujetos hipoutilizadores exhibieron un peor cumplimiento de ambos calendarios al ser comparados con los primeros y sólo de las visitas de «control de niño sano» en relación con los segundos. Aunque estos datos difieren de estudios realizados en España<sup>9</sup>, son consistentes con los publicados por otros investigadores<sup>3</sup>.

Nuestros resultados deben ser interpretados con cautela, debido a las siguientes limitaciones. En primer lugar, la población de estudio ha sido la formada por niños

**Tabla 3. Asociación de la morbilidad con la hiperutilización persistente de las consultas de pediatría de atención primaria**

Morbilidad (CADGs)	Grupo de control			
	Normo/erráticos		Hiperutilizadores persistentes	
	Odds Ratio Ajustados	(IC 95%)	Odds Ratio Ajustados	(IC 95%)
Asma	2,6	(1,3 - 5,1)	44,7	(5,5 - 206,1)
Patología recurrente	4,9	(1,6 - 15,5)	33,5	(8,5 - 131,6)
Patología crónica inestable propia de especialista	n.s.		10,8	(2,2 - 52,8)
Patología psicosocial	n.s.		5,7	(2,1 - 15,2)
Patología crónica estable	2,1	(1,3 - 3,7)	4,0	(1,9 - 8,6)
Patología oftálmica o dental	n.s.		3,5	(1,5 - 8,1)

Modelo final de regresión logística para los hiperutilizadores (variable respuesta) y dos grupos de control.

**Tabla 4. Asociación del cumplimiento incompleto de los calendarios de actividades preventivas con la hipoutilización persistente**

Morbilidad (CADGs)	Grupo de control			
	Normo/erráticos		Hipoutilizadores persistentes	
	Odds Ratio Ajustados	(IC 95%)	Odds Ratio Ajustados	(IC 95%)
Calendario «control niño sano» (NO cumplimiento completo)	3,0	(1,7-5,3)	4,3	(2,3-8,0)
Calendario vacunal (NO cumplimiento completo)	1,4	(0,6-3,2)	3,0	(1,1-8,8)

de una localidad obrera con una población marcadamente uniforme en cuanto a características sociales y nivel de instrucción. No existe una distancia mayor de diez minutos a pie desde el Centro de Salud a ningún punto del barrio. Esto puede hacer difícil la generalización de resultados a otras zonas de diferentes peculiaridades geográficas, socioeconómicas o culturales. Además, sabemos que las familias que cambian de domicilio presentan características diferentes en cuanto a la utilización de servicios pediátricos<sup>22</sup> y dichas familias estaban excluidas del estudio.

La información en cuanto a morbilidad y número de visitas se ha obtenido de una revisión de las historias clínicas de un único pediatra. Si bien esto ofrece ventajas en cuanto a uniformidad de registro y criterios diagnósticos, también plantea problemas para la generalización de resultados. Por tanto, es importante destacar el carácter exploratorio de nuestro estudio. Las hipótesis aquí presentadas deberían ser puestas a prueba en estudios prospectivos. La reciente puesta en marcha de la informatización en AP, permitirá en un futuro breve disponer de amplias bases de datos, procedentes de registros que rutinariamente realizarán los médicos en las historias clínicas de sus pacientes.

Otra limitación se observa al estudiar la asociación entre utilización y enfermedades agudas, dado que porcentajes próximos al 100% de los pacientes presentaron algún diagnóstico incluido en los CADGs 1 y 2 (patología aguda leve y patología aguda grave). Ha de tenerse en cuenta que los ACGs fueron concebidos para agrupar pacientes en base a los diagnósticos recibidos durante 12 meses. Por otra parte, la versión del case-mix empleada en este estudio incluía en el CADG2 (patología aguda grave) algunos diagnósticos muy frecuentes y de gravedad cuestionable (como el síndrome febril o dolor abdominal inespecífico). Así pues, para un período de observación tan prolongado como el nuestro (seis años), el sistema de clasificación de patologías empleado es adecuado para enfermedades crónicas o recurrentes, pero no para estudiar la asociación entre utilización y enfermedades agudas.

Pudiera argumentarse que la relación entre diagnósticos y utilización de servicios en AP confunde causas y efectos. En otras palabras, que las visitas origi-

nan los diagnósticos. Ahora bien, no hay motivo para sospechar que aumentando el número de visitas se hubiera incrementado el número de tipos de diagnósticos. En nuestro estudio se ha empleado el episodio de atención; con ello se ha eliminado la multiplicidad de diagnósticos intermedios generados dentro de cada episodio durante el proceso diagnóstico, pues sólo se ha permitido uno para el conjunto de visitas provocadas por un único motivo. Incluso, por el sistema de clasificación empleado un sujeto puede acudir infinidad de veces, recibir múltiples diagnósticos distintos y estar todos ellos en el mismo grupo de patologías, pues los CADGs son tan amplios como para contener cada uno de ellos muchos cientos de enfermedades diferentes<sup>13</sup>.

También pudiera objetarse que el acudir frecuentemente al médico hace que éste disponga de más información sobre ese paciente y efectúe diagnósticos que de otro modo hubieran pasado desapercibidos. En determinadas casos, como los pacientes que presentan una enfermedad crónica con exacerbaciones (p. ej., asma), parece difícil de concebir que no hayan acudido a la consulta del pediatra una sola vez durante 6 años, por algún tema relacionado con dicha enfermedad (incluyendo emisión de recetas). Por el contrario, en otros tipos de patologías tal argumentación pudiera parecer razonable; así, por ejemplo, teniendo en cuenta que en los controles de niño sano se realiza screening de agudeza visual y se interroga sobre hábitos de salud bucal nos planteamos la hipótesis de que la asistencia a dichos controles de niño sano hace más probable el diagnóstico de patología oftálmica o dental. Sin embargo, en el análisis multivariante, el cumplimiento del calendario de control de niño sano no fue un factor de confusión ni interacción, en la asociación entre hiperutilización y dichas patologías.

El método empleado para medir la utilización de pediatras y otros médicos no pertenecientes al SVS puede estar sujeto al sesgo de recuerdo de los sujetos<sup>23</sup> y, por ello, limitamos su observación a los seis meses previos a la realización de la misma. Sin embargo, los pacientes de nuestro estudio mostraron un grado estable de utilización durante un periodo tan largo como seis años y no parece previsible que modificaran su conducta durante los meses previos a la encuesta. Además, por las características del barrio, muy pocos pacientes recu-

rren a la medicina privada; esto es especialmente marcado respecto a la administración de vacunas, pues en este caso la práctica totalidad de los pacientes, incluso a los que les son prescritas las inmunizaciones por otros médicos, recurren a la red pública para tal procedimiento.

Los pediatras de AP en ocasiones miran con recelo a los pacientes que les visitan muy a menudo. Con frecuencia estos médicos se cuestionan si esta pequeña porción de sus pacientes tiene unas necesidades de atención tan grandes que justifiquen la gran cantidad de tiempo que se les dedica. Ninguna de estas impresiones se confirma en nuestro estudio.

Por el contrario, los sujetos que raramente demandan atención por enfermedad mostraron una peor utilización, puesto un mayor porcentaje de los mismos no alcanzó los niveles mínimos recomendados para prácticas preventivas. Si los niños hipoutilizadores (o sus familias) no solicitan atención pediátrica para cubrir alguna de sus necesidades reales, como son las actividades de promoción de la salud, pudieran no demandarla tampoco en respuesta a síntomas que en otros pacientes hubieran desencadenado una visita al médico. La asociación entre el grado de frecuentación que presentan de los niños y otros miembros de la familia ha sido reportada con frecuencia<sup>7,24</sup> y, así, en un estudio realizado por Newacheck<sup>25</sup> se observa que los hijos

de madres hipoutilizadoras realizan al pediatra menos visitas de lo que hubiera sido predecible en base a sus patologías. Por otro lado, estudios realizados en pacientes adultos indican que los sujetos que de modo persistente visitan raramente a su médico, son remisos a buscar ayuda médica, lo que les lleva a pasar por alto síntomas potencialmente amenazadores, con resultados en ocasiones fatales<sup>26</sup>.

Es necesario, por tanto, que los pediatras de AP dispongan de sistemas de información que les permitan identificar y citar a los pacientes que no reciben los cuidados preventivos adecuados. Por otra parte, son necesarias nuevas investigaciones para aumentar nuestros conocimientos y elaborar estrategias que permitan aumentar la accesibilidad de estos pacientes que raramente nos visitan, sin que se produzca un aumento injustificado en la carga de trabajo de los pediatras de AP.

---

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Dr. Gonzalo Grandes (Responsable de la Unidad de Investigación de Atención Primaria de Bizkaia, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud) por sus aportaciones en las distintas fases del estudio y revisión del presente manuscrito.

---

## Bibliografía

1. Baez K, Aiarzaguena JM, Grandes G, Pedrero E, Aranguren J, Retolaza A. Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case control study. *Br J Gen Pract* 1998;48:1824-7.
2. Neal R, Dowell A, Heywood P, Morley S. Frequent attenders: Who needs treatment? *Br J Gen Pract* 1996;46:131-2.
3. Benson P, Gabriel A, Katz H, Steinwachs D, Hankin J, Starfield B. Preventive care and overall use of services: are they related? *AJDC* 1984;138:74-8.
4. Starfield B, Steinwachs D, Horn S, Benson P, Katz H, Gabriel A. Utilization and morbidity: Random or Tandem? *Pediatrics* 1985;74:241-7.
5. Newacheck. Characteristics of children with high and low usage of physician services. *Med Care* 1992;30:30-42.
6. Woodward CA, Boyle MH, Offord DR, Cadman DT, Links PS, Monroe-Blum H, y cols. Ontario Child Health Study: patterns of ambulatory medical care utilization and their correlates. *Pediatrics* 1988;82:425-34.
7. Riley AW, Finney JW, Mellits ED, Starfield B, Kidwell S, Quaskey S, Cataldo MF, Filipp L, Shematek J. Determinants of children's health care use: an investigation of psychosocial factors. *Med Care* 1993;31:767-83.
8. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Cassanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en atención primaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1998;49:273-9.
9. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellon Saameño JA, Castillo Castillo R. Cultura sanitaria materna y utilización pediátrica en atención primaria. *Aten Primaria* 1992;10:591-7.

10. Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Bellon Saameño JA, Castillo Castillo R. Niveles de ansiedad materna y utilización pediátrica en atención primaria. *An Esp Pediatr* 1993;38:423-7.
11. Weiner JP, Starfield BH, Steinwachs DM, Mumford LM. Development and application of a population-oriented measure of ambulatory care case-mix. *Med Care* 1991;29:452-73.
12. Starfield B, Weiner J, Mumford L, Steinwachs D. Ambulatory care groups: a categorization of diagnoses for research and management. *Health Serv Res* 1991;26:53-74.
13. Orueta JF, López-de-Munain J, Baez K, Aiarzaguena JM, Aranguren JI, Pedrero E. Application of the Ambulatory Care Groups in the primary care of a European national health care system: does it work? *Med Care* 1999;37:238-48.
14. Hornbrook MC, Hurtado AV, Johnson RE. Health care episodes: definition, measurement and use. *Med Care Rev* 1985;42:163-218.
15. Rossel M, Bolívar B, Juncosa S, Martínez C. Episodio: concepto y utilidad en la atención primaria. *Aten Primaria* 1995;16:633-8.
16. Johns Hopkins University. A clinicians guide to the Johns Hopkins case-mix system. Version 2.0. The Johns Hopkins University. Baltimore, MD; USA, July 1993.
17. Johns Hopkins University. Ambulatory Care Group case-mix assignment software: «ACG Grouper» installation and reference manual. PC Version 2.0 Baltimore, MD; USA, The Johns Hopkins University, 1993.
18. Osasunketa eta Kontsumo Saila / Departamento de Sanidad y Consumo. Umeen txertaketa eskuliburua / Manual de vacunaciones infantiles. Eusko Jaularitzako Argitalpen-Zerbitzu Nagusia / Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz, 1987.
19. Osasunketa eta Kontsumo Saila / Departamento de Sanidad

y Consumo. Haurren osasun-kartilaren eskuliburua / Manual de la cartilla de salud infantil. Eusko Jaularitzako Argitalpen-Zerbitzu Nagusia / Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz; 1987.

**20.** Dean AG, Dean JA, Coulombier D, Brendel KA, Smith DC, Burton AH, y cols. Epi Info, Version 6: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia, USA; 1994.

**21.** NAG Ltd. GLIM4 computer software update 8. Oxford: Royal Statistical Society. 1992.

**22.** Fowler MG, Simpson GA, Schoendorf KC. Families on the move and children's health care. *Pediatrics* 1993;91:934-40.

**23.** Haffner J, Moschel G, Horn GHMM. Determination of the optimum period of interview for retrospective collection of data: an empirical study based on reported and documented outpatient contacts of depressive patients. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 1987;236:288-93.

**24.** Schor E, Starfield B, Stidley C, Hankin J. Family health: utilization an effects of family membership. *Med Care* 1987;25: 616-26.

**25.** Newacheck PW, Halfon N. The asociation between mother's and children's: Use of physician services. *Med Care* 1986;24: 30-8.

**26.** Mackay H. Patients who consult a doctor infrequently. *Update* 1990;41:11-2, 30.