UNIVERSIDAD NACIONAL

"PEDRO RUIZ GALLO"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, ENERO-DICIEMBRE 2018"

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

BACH. OSCAR EDINSON VARGAS CABRERA

BACH. ANGIE CHABELY ZAMORA CARPIO

ASESOR:

DR. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ

LAMBAYEQUE – PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL

"PEDRO RUIZ GALLO"

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

"FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, ENERO-DICIEMBRE 2018"

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

_____ _____

BACH. OSCAR EDINSON VARGAS CABRERA
AUTOR

BACH. ANGIE CHABELY ZAMORA CARPIO
AUTORA

_____

DR. CRISTIAN DÍAZ VÉLEZ
ASESOR

UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

“FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERFRECUENTACIÓN EN CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO, ENERO-DICIEMBRE 2018”

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

_____	_____
DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA	DR. HECTOR ELIAS PORTILLA JACOBO
PRESIDENTE DE JURADO	SECRETARIO DE JURADO
_____	_____
DR. VICTOR BONIFACIO ARAUCO IBARRA	DR. JORGE ENRIQUE MONTENEGRO PEREZ
VOCAL DE JURADO	SUPLENTE DE JURADO

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi punto de partida, por sembrar este sueño en mí, guiarme a través de mis miedos y permitirme llegar hasta aquí.

A mi familia, por su amor incondicional, por ser mi refugio y mayor inspiración. Por creer en mí, velar mis noches de dudas y acompañarme en los días de logros.

A mis amigos, por ser los mejores cómplices en esta aventura, por los conocimientos, momentos, ilusiones y bromas compartidas.

A mis docentes, por su dedicación y disposición de enseñar, por su orientación durante mi formación profesional.

Angie Zamora Carpio

A Dios, que me ha acompañado y fortalecido en cada tropiezo por este largo camino, al creador de mis padres y de todas las personas que más amo.

A mi familia, por su apoyo y amor sin límites, por estar conmigo siempre que los necesitaba, por confiar en mí, por darme ánimos cuando flaqueaba y por alentarme siempre a ser el mejor; sin ustedes mis metas no serían posibles.

A mi leal e incondicional compañero de aventuras, Erick, por creer en mí, por celebrar mis éxitos como tuyos y por aportar grandes momentos en mi día a día.

A mis amigos por ser un gran soporte en esta travesía, porque con sus bromas, porras, su desinteresada y sincera amistad, su comprensión, y su apoyo este emprendimiento fue muy ameno y llevadero.

Oscar Vargas Cabrera

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A Dios, por las bendiciones que concedió a nuestras vidas, por brindarnos la fortaleza, valentía y decisión para iniciar y continuar este camino. Que nuestras manos sean sus herramientas para hacer siempre el bien.

A nuestra familia, por haber sentado las bases y habernos forjado como las personas que ahora somos, por haber sido nuestra mayor motivación para culminar con éxito este proyecto de vida. Muchos de nuestros logros se los debemos a ustedes.

A nuestro asesor, el Dr. Cristian Díaz, pilar importante para la culminación de este trabajo, por habernos motivado y guiado con cercanía y paciencia en el camino de la investigación.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO…….. 4

DEDICATORIA……5

RESUMEN……7

ABSTRACT……..8

I. INTRODUCCIÓN……9

II. ANTECEDENTES…….. 14

III. BASE TEÓRICA……19

IV. MATERIALES Y MÉTODOS……26

V. RESULTADOS……31

VI. DISCUSIÓN…….. 39

VII. CONCLUSIONES……44

VIII. BIBLIOGRAFÍA……46

ANEXOS…….. 53

RESUMEN

Objetivo: identificar factores asociados a la hiperfrecuentación en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Enero-Diciembre 2018. **Materiales y métodos:** estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y controles emparejados por edad y sexo, realizado en pacientes mayores de 18 años que acudieron a consultorio externo del HNAAA, entre el periodo Enero- Diciembre del 2018. Se realizó una búsqueda en el Sistema De Gestión del HNAAA, mediante filtro de resultados según criterios de selección, se los contactó vía telefónica y mediante visita a domicilio para la realización de una entrevista. Participaron 288 pacientes, 144 casos y 144 controles. Para el análisis de datos se aplicó cálculo de frecuencias, la medida de asociación Odds Ratio (OR) y análisis multivariado para el análisis comparativo. **Resultados**: en el análisis multivariado el padecer una enfermedad crónica como motivo de consulta (OR 3,40; IC 95%: 1,83-6,30) y la ansiedad (OR 2,15; IC 95%: 1,31-3,53) se asocian a la hiperfrecuentación, mientras que la normofuncionalidad de manera negativa (OR 0,50; IC 95%: 0,28-0,89). **Conclusión**: Son factores de riesgo para la hiperfrecuentación el acudir a consulta por padecer una enfermedad crónica y la ansiedad. El pertenecer a una familia normofuncional es un factor protector que reduce a la mitad la probabilidad de ser hiperfrecuentador.

Palabras clave: Hiperfrecuentador, factores protectores, factores socioeconómicos**.**

ABSTRACT

Objectives: identifies factors associated with the hyperfrequentation in external consultation of the National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, January - December, 2018. **Methodology:** analytical, observacional, retrospective study of cases and controls paired by age and sex realized in 18-year-old major patients that came to external consultation of the HNAAA, between January - December, 2018. The search was realized in the System Of Management of the HNAAA, by means of filter of results according to criteria of selection, them was contacted by home visit or telephonic route for the accomplishment of an interview. There took part 288 patients, 144 cases and 144 controls. The analysis of information was realized by calculation of frequencies, the measure of association Odds Ratio (OR) and multivariate analysis for the comparative analysis. **Results:** In the multivariate analysis suffering a chronic disease as a reason for consultation (OR 3,40, 95% CI: 1,83-6,30) and anxiety (OR 2,15, 95% CI: 1,31-3,53) are associated with hyperfrequentation, while normofunctionality in a negative way (OR 0,50, 95% CI: 0,28-0,89).**Conclusion:** Risk factors for hyperfrequentation are consultation for suffering a chronic disease and anxiety. Belonging to a normofunctional family is a protective factor that reduces by half the probability of being a frequent user.

Keywords: frequent-attenders, Protective Factors, Socioeconomic Factors.

I. INTRODUCCIÓN.

I. INTRODUCCIÓN.

El concepto de hiperfrecuentación corresponde a un fenómeno propio del usuario en el que el paciente hace uso de manera repetitiva de un servicio en un número de veces mayor al promedio esperado (1–4). Operacionalmente no hay consenso sobre una definición, para este trabajo se define al hiperfrecuentador como aquel paciente cuyo número de atenciones es superior al percentil 75 de la frecuencia de consultas hospitalarias durante un año (1,2), considerándose las atenciones por consulta externa y urgencias (3) sin contar las atenciones que parten de la iniciativa del médico o las inducidas por la institución (5).

Con respecto a su prevalencia, los resultados de estudios internacionales revelan que entre 5 y 15% de la población que consulta es hiperfrecuentadora (4,6) y que concentran del 10 al 20 % de los recursos sanitarios (5,7) siendo receptores de mayor número de citas médicas, exámenes de ayuda diagnóstica, prescripciones y hospitalizaciones (4,8,9). Asimismo se constituyen como un obstáculo para la atención de otros pacientes, ya que asisten y saturan los servicios (9, 10).

El comportamiento del usuario, explicado bajo el modelo de Andersen (11), puede ser influenciado por factores de tipo: predisponentes, que son aquellos que estaban presentes antes del problema de salud favoreciendo su aparición; facilitadores, que se relacionan a la capacidad financiera y organizacional para el acceso y uso del servicio (5,11); y por último de necesidad, los cuales hacen referencia a la motivación para acudir a un servicio de salud (3). En general, los estudios han centrado su atención en las características sociodemográficas y clínicas del paciente, encontrando que el sexo femenino, la edad media, el nivel

socioeconómico bajo, patologías crónicas y la presencia de psicopatologías, especialmente la depresión, son variables consistentemente asociadas a la hiperfrecuentación (1,2,4,12-15).

La hiperfrecuentación hospitalaria es un tema de difícil abordaje. Se trata de un fenómeno multifactorial en el que intervienen aspectos del ámbito organizacional, aspectos relacionados con los profesionales, que dependiendo del servicio o nivel asistencial en donde se desempeñen pueden ser inductores de la sobredemanda; y por último aspectos relacionadas con el propio paciente que en relación a su educación sanitaria, la percepción de su estado de salud y su red de apoyo determinarán la demanda asistencial y el reiterado uso de los recursos sanitarios (1-3,11). Algunos estudios han descrito que los dos primeros llegan a explicar el 55 % y el 63 %, respectivamente, de la variabilidad de la utilización de las consultas de atención primaria (16).

La hiperfrecuentación se observa en todos los niveles de atención, sin embargo se ha señalado que en centros de mayor nivel de complejidad aumenta el perfil de hiperfrecuentadores (17). La mayoría de investigaciones se han realizado en el primer nivel de atención, siendo el tercer nivel solo referenciado en el área de urgencias.

En el Perú y en nuestra región, los servicios de salud presentan múltiples carencias las cuales han sido estudiadas repetidamente sólo desde las percepciones del paciente, encontrando altos grados de insatisfacción (18) lo que traduce un problema latente.

El objetivo de este estudio es identificar los factores asociados a la hiperfrecuentación en consulta externa, para así en un futuro implementar como

se viene haciendo en otros países estrategias de intervención encaminadas a prevenir el problema de la hiperfrecuentación hospitalaria, así como a reconocer al paciente hiperfrecuentador de manera que permita actuar sobre los factores de mayor prevalencia en este grupo, buscando una mejor distribución de los recursos financieros y humanos del hospital para lograr una atención más eficaz a la población.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores asociados a la hiperfrecuentación en consulta externa en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Enero - Diciembre 2018?

JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL ESTUDIO

La hiperfrecuentación hospitalaria genera anualmente gastos innecesarios tanto para el sistema de salud como para los mismos pacientes hiperfrecuentadores; debido al exceso en el uso de recursos (2, 6, 28).

En nuestro país los servicios de salud presentan carencias en los 3 pilares que constituyen un servicio; el proveedor, el servicio y el usuario. En este estudio abordaremos un problema propio del pilar del usuario, la hiperfrecuentación. Conocer el perfil del paciente hiperfrecuentador nos ayudará a crear estrategias de intervención que permitan reconocer a dicho paciente y actuar en los factores de mayor prevalencia entre este grupo, con una atención más integral. Al reducir la prevalencia de hiperfrecuentadores, por ende, número de consultas, sobredemanda y costos relacionados a su atención, se realizará una mejor distribución de los recursos financieros y humanos del hospital para una atención más eficaz a la población**.**

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Identificar los factores asociados a la hiperfrecuentación en consulta externa del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, Enero-Diciembre 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Medir la frecuencia de los pacientes hiperfrecuentadores en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo
2. Identificar los factores sociodemográficos asociados a hiperfrecuentación presentes en la población estudiada.
3. Identificar los factores clínicos asociados a hiperfrecuentación presentes en la población estudiada.
4. Identificar los factores de la valoración familiar asociados a hiperfrecuentación presentes en la población estudiada.

II. ANTECEDENTES.

II. ANTECEDENTES.

En los últimos años a nivel mundial se han ido produciendo mejoras continuas en varios aspectos de la atención sanitaria, y de manera muy importante en la mayor posibilidad de acceso a la atención médica, pero consigo también ha traído consecuencias negativas como: saturación de los servicios, masificación, disminución del tiempo dedicado a cada paciente, y la hiperfrecuentación (19).
El fácil acceso al sistema sanitario especialmente en atención primaria y servicios de urgencia unido a una sociedad que busca la pronta resolución de sus demandas, hace que la población acuda a estos servicios de forma cada vez más frecuente tanto por problemas de salud que ameritan atención inmediata como por problemas banales que no son meritorios de atención urgente (20).

Vinton T. et al (21) realizan estimaciones representativas de la hiperfrecuentación hospitalaria para toda la población estadounidense en los servicios de emergencias en todo el país, cuyos resultados sugieren que se trataría de una población vulnerable, con mayor cobertura sanitaria, y que presentan enfermedades mentales y crónicas de importancia; calculando que la hiperfrecuentación en los servicios de emergencia del país representa el 0.4% de la población, por lo que sugiere políticas para redirigir a estos pacientes a los servicios de atención primaria y de esta manera reducir costes sanitarios. Algunos de los enfoques multidisciplinarios que se están realizando en este país consisten por ejemplo en la cobertura de algunas necesidades de importancia que presentan estos pacientes como abordar el problema de la salud mental, vivienda y el tratamiento del abuso de sustancias (22).

Woo JH et al (8) en un estudio realizado en Corea estudia a la población hiperfrecuentadora de los servicios de emergencia en dicho país, encontrando

que estos representan el 3.1 % de todos los pacientes que utilizan los servicios de emergencia, y que acaparan el 14% de todas las visitas médicas por lo que consumen el 17% del presupuesto en estos servicios. Por otra parte, los usuarios frecuentes tenían estancias más largas en el hospital una vez hospitalizados, mayor probabilidad de realización de procedimientos quirúrgicos y aumento de la mortalidad; además presentan riesgo de padecer esquizofrenia o abusos de sustancias alcohólicas en el futuro. Fuentes R. y col. (9) estos pacientes no solo generan gastos innecesarios para el sistema sanitario sino que representa una traba en la atención urgente de pacientes que realmente lo requieren, ya que asisten y saturan los servicios.

El perfil del paciente hiperfrecuentador en el primer nivel de atención abarcado en varios estudios tiene concordancia con las numerosas publicaciones realizadas alrededor del mundo, con mínimas variaciones respecto al sexo y la edad de dichos pacientes; Rodriguez M. (5) señalan que los hiperfrecuentadores son en su mayoría pacientes mujeres de mediana edad (40-60 años de edad), que padecen de enfermedades crónicas, casadas, de bajo nivel socioeconómico, con alta probabilidad de sufrir trastornos ansioso depresivos, que superan las barreras de acceso y acuden a consulta. Berenzon S. (23) Sugieren como motivo de una conducta hiperfrecuentadora en mujeres al hecho de no haber recibido una atención integral en el primer nivel de atención que dejan cabos sueltos que se interiorizan en el paciente como un motivo para volver a consulta, y plantean que dichas pacientes con malestar emocional no detectado o al que no se le ha dado la debida importancia, regresará una y otra vez a consulta externa por los mismo síntomas, ya que su demanda no ha sido atendida a cabalidad.

Por otra parte Aguilar L. y col.(24) Analiza a la población anciana hiperfrecuentadora, concluyendo que el porcentaje que mayor uso de servicios sanitarios en esta población son mujeres que realizan trabajos manual, cuya percepción de enfermedad fue mejor predictor de hiperfrecuentación que la enfermedad diagnosticada. Respecto a los padecimientos crónicos por los que consultan mayoritariamente Rodríguez M. (5) señala que son los son dolores osteoarticulares (70%), problemas cardiocirculatorios (60%) y migrañas (40%); y que gran parte de estos males pueden deberse a problemas de somatización relacionadas con el padecimiento de estrés y depresión en la población hiperfrecuentadora (23%).

Los hiperfrecuentadores representan entre 5% y 15 % de consultas médicas aproximadamente, y de esto se desprende que 20% de los pacientes utilicen el 80% del tiempo del médico tratante, Cardona A. y col. (7) concluyen que estos pacientes consumen el 10% a 16% de los recursos financieros sanitarios debido al excesivo uso de ayudas diagnósticas, polifarmacia, etc. (2,5). Pero todo este fenómeno no es únicamente atribuido a problemas relacionados con los pacientes, pues el personal médico admite según encuestas realizadas que gran parte de los casos de hiperfrecuentación se deben a problemas organizacionales y administrativos de los centros de salud, los cuales debido a los procesos burocráticos con los que cuenta contribuye a la saturación de los servicios y por dicho motivo el médico no puede brindar un atención integral al paciente con el poco tiempo que dispone para atender a cada uno de ellos (25).

Cesáreo F. y col (26) incorporan un nuevo factor de riesgo independiente en la hiperfrecuentación, la polifarmacia, aduciendo que el uso de 3 o más fármacos de manera habitual se asoció a más de 10 visitas al año por cada paciente,

aunque dicho estudio no valora si dichas visitas sean realmente necesarias, si fueron inducidas por el médico tratante o fueron hechas por voluntad individual. Otro aspecto a tomar en cuenta en este problema, es que se debe analizar la hiperfrecuentación teniendo presente el perfil de cada paciente, es decir agrupándolos según edad, sexo y carga de enfermedad, de esta manera se analizaría la cobertura sanitaria esperada para cada paciente y no se catalogaría de manera arbitraria de paciente hiperfrecuentador a aquellos que realmente ameriten seguimiento estricto de sus males (16).

La hiperfrecuentación e interdependencia se han logrado convertir en un problema serio que amerita su abordaje de manera multidisciplinaria, de esta manera se mejoraría la eficacia en la atención por cada paciente, ya que se daría el tiempo necesario a problemas de salud realmente importantes. España, país de la UE en el que la hiperfrecuentación hospitalaria alcanza cifras preocupantes, con una media de 8,1 visitas por habitante, mientras que la de media de la UE es de 5,8 (27). Desde el año 2017 vienen combatiendo este problema de manera frontal y eficiente, implementando medidas y estrategias que ayuden a frenar este problema; como por ejemplo: Mejorar la educación sanitaria de la población, Favorecer la autonomía en la toma de decisiones manteniendo al paciente informado sobre la evolución natural de su proceso, considerar la ansiedad familiar, establecer un número determinado de consultas para un profesional de la salud y lo más importante la búsqueda activa mediante sistema informático, de pacientes hiperfrecuentadores para ofrecer formación e información dirigida sobre educación sanitaria (19).

III. BASE TEÓRICA.

III. BASE TEÓRICA.

En el campo de la Salud, se conceptualiza la hiperfrecuentación como un comportamiento propio del usuario en el que el paciente hace uso de un servicio en un número de veces mayor al promedio esperado (2-6, 29), considerándose las atenciones solicitadas por el paciente en consulta externa y urgencias (3). Esta definición excluye del conteo a las atenciones inducidas por el médico o la institución prestadora de servicios de salud (5), dado que obedecen generalmente a procesos administrativos y al cumplimiento de protocolos y modelos de atención (28) en los que no participaría directamente la iniciativa del paciente.

En cuanto a la definición operativa, no existe un consenso entre los diversos estudios y autores. El criterio más uniforme es el tiempo de observación, en el que en los últimos años se concuerda en considerar 12 meses (2), existiendo sin embargo estudios con márgenes de entre 6 y 48 meses. Se plantean estrategias variadas como usar un número arbitrario, usar la media, determinar la distribución de las frecuencias de consultas, y considerar la diferenciación a partir de percentiles o desviaciones estándar, siendo actualmente la elección más frecuente la diferenciación por percentiles con puntos de corte entre 75 o 90%.

La poca homogenización del concepto dificulta la comparación y aplicación de resultados entre estudios. Algunos autores recomiendan además limitar la definición de hiperfrecuentador ajustando la determinación del punto de corte de acuerdo a subgrupos, ya que consideran como un efecto confusor la edad y el sexo, y otras variables sociodemográficas e incluso clínicas (1,5,12). Este es el caso de los autores Luciano y Serrano que los agrupan en 4 categorías clínicas: sin enfermedad física o mental crónica; con diagnóstico de enfermedad física

crónica; con diagnóstico de trastorno mental y con comorbilidad física y mental crónica (4). Existe además en estudios mayores de 12 meses el concepto de "hiperfrecuentador persistente" que hace referencia al hecho de que con mayor probabilidad un paciente hiperfrecuentador lo seguirá siendo en años posteriores, llegando hasta el 30% en el año siguiente (28).

La hiperfrecuentación es un fenómeno complejo que debe ser abordado a partir de la multicausalidad, así para un estudio sistemático los factores relacionados a la utilización de consultas se pueden clasificar en tres niveles: del usuario, del profesional y de la organización. Siendo el tema más abordado los factores asociados al usuario (3,6,30), desde la óptica de varios modelos. En cuanto a ello, el modelo de Andersen, el más utilizado en los servicios de salud, analiza al paciente desde el punto de vista conductual y refiere que influyen 3 tipos de factores, factores predisponentes, factores facilitadores y factores de necesidad (4,11).

Los factores predisponentes son aquellos que existían antes del problema de salud y que favorecen su aparición, incluye principalmente las variables sociodemográficas modificables y no modificables, y las actitudes y creencias en salud (5). Dentro de los factores sociodemográficos las variables que se estudian con mayor frecuencia son la edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, remuneración percibida y situación laboral. Se ha determinado consistentemente que la edad media es un factor predictor de hiperfrecuentación, así como el sexo femenino, en cuanto a la situación laboral se asocia el no estar empleado, especialmente el ser jubilado o ama de casa. (2, 14, 15).

Los factores de capacidad o también llamados facilitadores aluden a la capacidad financiera y organizacional para el acceso y uso del servicio, dentro de ellos se consideran recursos individuales, familiares y comunitarios, son importantes bajo la noción de que un paciente con mayor capacidad productora y adquisitiva invertirá más en salud y acudirá a instituciones de salud de mayor complejidad o incluso instituciones privadas.

Los factores de necesidad, parten de la idea de que toda acción surge de una motivación por lo que hacen referencia a la motivación del paciente para acudir en búsqueda de un servicio de salud. Corresponde a un criterio bastante subjetivo como la percepción por parte del profesional o del paciente, comprende variables como la percepción de salud, respuesta ante un problema de salud, funcionalidad familiar, ansiedad, depresión, apoyo social, etc (3). Este grupo de factores está adquiriendo mayor importancia en los últimos años dado que desde la percepción individual se genera a su vez un estado en el que participan la percepción de la severidad de los síntomas, la susceptibilidad individual, las experiencias previas, el sistema de referencias y el grado de discapacidad, lo que interviene de manera directa en la decisión del paciente de acudir a solicitar cita médica (5). Además los ítems relacionados a la salud mental como el deterioro cognitivo, así como la ansiedad y depresión son variables de relevante importancia en el perfil del hiperfrecuentador (12,14). .Entre los factores estudiados, disfuncionalidad familiar, patologías crónicas y la presencia de psicopatologías son variables repetidamente asociadas a la hiperfrecuentación (1, 2, 4, 12,13,15).

En la mayoría de las consultas, la dinámica corresponderá a un paciente con diversos síntomas generales que no corresponderían necesariamente a

afecciones físicas sino por el contrario psicosociales, lo que demandará la búsqueda de un diagnóstico poco claro haciendo el médico un mayor uso de recursos de la institución.

Es entonces que ésta conducta del usuario se constituye como un problema para el propio paciente, las familias, los servicios y el sistema de salud dado que conlleva a un uso excesivo e injustificado de exámenes de ayuda diagnósticas, polifarmacia, consultas médicas y otras intervenciones (2, 4-6,13,31).

En cuanto al paciente los procedimientos médicos, especialmente los relacionados a prescripción de fármacos, generan mayor riesgo de interacciones medicamentosas siendo que los medicamentos más frecuentemente asociados son los ansiolíticos y analgésicos (5, 28) lo que podría objetivarse en complicaciones serias para su salud. En cuanto a la familia, se ve alterada su productividad por la menor participación del paciente mismo y de los familiares involucrados en su cuidado. Adicionalmente el uso excesivo por parte de un paciente reduce la posibilidad de atención oportuna de los demás (10).

Por el lado de los servicios y sistema de salud el médico juega un papel importante al distorsionarse la relación médico-paciente cuando el que consulta es un hiperfrecuentador, dado que los múltiples malestares físicos y psicológicos no encontrarán alivio en una primera visita por lo que acudirá de manera repetitiva, provocando en el profesional la percepción de estar brindando una atención innecesaria, traduciéndose en un aumento de la presión asistencial e incluso está identificado como un factor desencadenante del burnout profesional (2).

La percepción del médico de que los modelos organizacionales actuales basados sólo en el logro de objetivos numéricos aunado a la sobresaturación de los servicios de salud llevan a brindar una atención de mala calidad impidiendo una atención integral (25). En relación a ello se ha observado que los hiperfrecuentadores sobrepasan las barreras de accesibilidad por lo que los modelos de atención que inciden en restricción de los parámetros como tiempo y número de consultas no han resultado eficaces. Al no tener estrategias de manejo específicas para este tipo de pacientes aumentará el número de servicios ofrecidos para la resolución del cuadro patológico, entrando de este modo en un círculo vicioso que genera consecuencias en los tres niveles.

Se ha registrado pocos programas de intervención para disminuir el fenómeno de la hiperfrecuentación, la mayoría de ellos enfocando sobretodo los factores clínicos de presencia de enfermedades crónicas y salud mental, los resultados son controvertidos pero se ha reportado hasta 61% de disminución de la cifra de hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias (22). Entre las estrategias se involucra desde el reconocimiento del paciente mediante perfiles, hasta recomendaciones sobre las actitudes del profesional durante la cita, así, siendo España uno de los países que mejor ha afrontado este problema recomienda al médico dar al paciente condiciones claras que ameriten una nueva consulta, abordar la esfera psicosocial y distribuir las tareas a otros servicios (16) . No obstante todos los programas de intervención inciden en la importancia de un abordaje multidisciplinario y registro de pacientes.

Los hospitales de menor complejidad (nivel I) acaparan más pacientes frecuentadores, y a medida que aumenta el nivel de complejidad (hospitales de

nivel II y III) aumenta el perfil de hiperfrecuentadores (17). El tercer nivel de atención, que será abordado en este estudio, corresponde a instituciones en las que se brinda una atención de salud de alta complejidad con una oferta de menor tamaño, pero de alta especialización y tecnificación. Se atiende el 5 al 10% de la demanda (32,33).

La consulta externa en el tercer nivel de atención es un área funcional dedicada a satisfacer las demandas de salud de los usuarios mediante actividades de atención ambulatoria de alta especialidad (35). La atención brindada puede ser de diversos tipos pero consiste generalmente en el interrogatorio y examen físico que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento, no obstante puede incluir la solicitud de exámenes de ayuda diagnóstica o derivación a otra especialidad.

El uso excesivo de servicios de salud representa un problema que también enfrenta el sistema sanitario en el Perú, pero del cual no se registran estadísticas o investigaciones sobre el tema; por lo que el presente trabajo pretende ser un precedente para reconocer los factores asociados a este fenómeno.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS.

DISEÑO

Se realizó un estudio de casos y controles emparejados por edad, sexo y fecha de atención entre todos los pacientes ≥ 18 años que han acudido al menos una vez a cita por consulta externa del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo, entre enero a diciembre del 2018.

Se definió como Caso a todo paciente que haya acudido a consulta externa con una frecuencia superior o igual al percentil 75 de la distribución de frecuencias de consultas en la población estudiada (5 consultas por año); y como Control a todo paciente que haya acudido a consulta externa con una frecuencia inferior o igual al percentil 25 de la distribución de frecuencias antes mencionada (1 consulta por año), además que pertenezca al mismo sexo, con una edad de ± 2 años y una simultaneidad de ± 1 semana para la fecha de atención con respecto al caso. Se consideraron criterios de exclusión: discapacidad sensorial que impida el desarrollo de la entrevista, discapacidad física que condicione la movilización del paciente de manera importante, trastorno mental severo diagnosticado, atenciones registradas bajo el código Z (CIE 10) del 1°, 2° y 3° diagnóstico o que no acepten participar en el estudio.

El tamaño de la muestra fue calculado con el programa EPIDAT 3.1, para una confianza del 95% y una potencia de 90%; se consideró una prevalencia de exposición para el trastorno depresivo, en los casos de 34.2% (5) y en los controles de 17.3% (17) , un OR de 2.4 y 1 control para cada caso. Se obtuvo un tamaño muestral de 144 pares, durante la ejecución al no contar con direcciones o números telefónicos correctos de algunos de los pacientes

seleccionados se fue añadiendo de manera aleatoria casos y su respectivo control hasta alcanzar el tamaño muestral planteado con ajuste previo según los criterios de selección.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ DE INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES.

Se realizó una búsqueda en el sistema de gestión hospitalario del HNAAA, registrando la base de datos en el programa de Microsoft Excel 2010, escogiendo mediante filtro de resultados a los pacientes que cumplían con los criterios de selección. Se calculó el número de atenciones por paciente identificando el grupo de casos y de controles (Ver figura n°1). Se procedió a la selección aleatoria de la muestra de los casos, posteriormente se hizo una búsqueda de controles según los criterios de inclusión, escogiendo aleatoriamente entre los resultantes para cada caso.

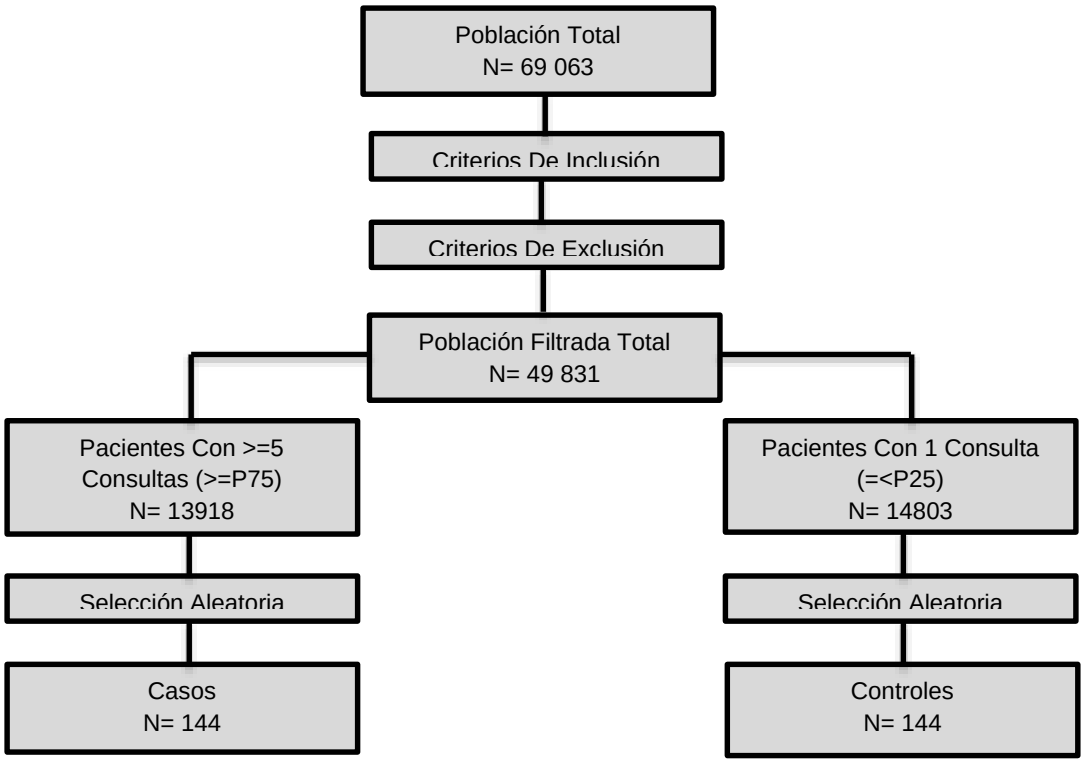

Figura N° 01: Diagrama de flujo de la selección de la muestra.

Se contactó a cada paciente vía telefónica o de manera presencial, según haya tenido registrados datos como dirección o número telefónico, inicialmente se solicitó el consentimiento informado y se explicó la metodología de la encuesta, registrándose la información obtenida en una ficha de datos. Finalmente se ingresó la información a una matriz de base de datos que fue revisada independientemente por cada investigador.

Como instrumentos se utilizó el cuestionario de APGAR familiar que registra un alpha de Crombach igual a 0.84 para valorar la funcionalidad familiar; la escala de Ansiedad y depresión de Golberg con características globales de una sensibilidad del 83,1% y especificidad del 81,8%; la dimensión de Salud General del cuestionario de salud SF-36 en español con un alpha de Crombach de 0.74 para valorar la percepción de salud; y para las dimensiones de datos personal se utilizó un cuestionario de datos.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El análisis de datos se realizó en el programa Excel 2010, mediante medidas de centralización y dispersión para las variables cuantitativas, y mediante el cálculo de frecuencias para las variables cualitativas. Se aplicó estadística inferencial para el análisis entre los dos grupos estudiados y cada una de las variables consideradas en este trabajo mediante la medida de asociación Odds Ratio (OR) usando intervalos de confianza al 95%. Se utilizó el programa Stata para el análisis comparativo analítico entre las variables de importancia, en concordancia con nuestros objetivos específicos se realizó un análisis multivariado con regresión logística condicional con un nivel de confianza de 95%

y nivel de significancia de p<0,05, evaluado con la prueba de bondad de ajuste de Hosmer Lemeshow.

Aspectos éticos.

Este trabajo fue aprobado por del Comité de Ética y el Comité de Investigación del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Se mantuvo la confidencialidad de la identidad de las personas incluidas en el estudio, además de la protección y resguardo de la información obtenida.

V. RESULTADOS.

V. RESULTADOS.

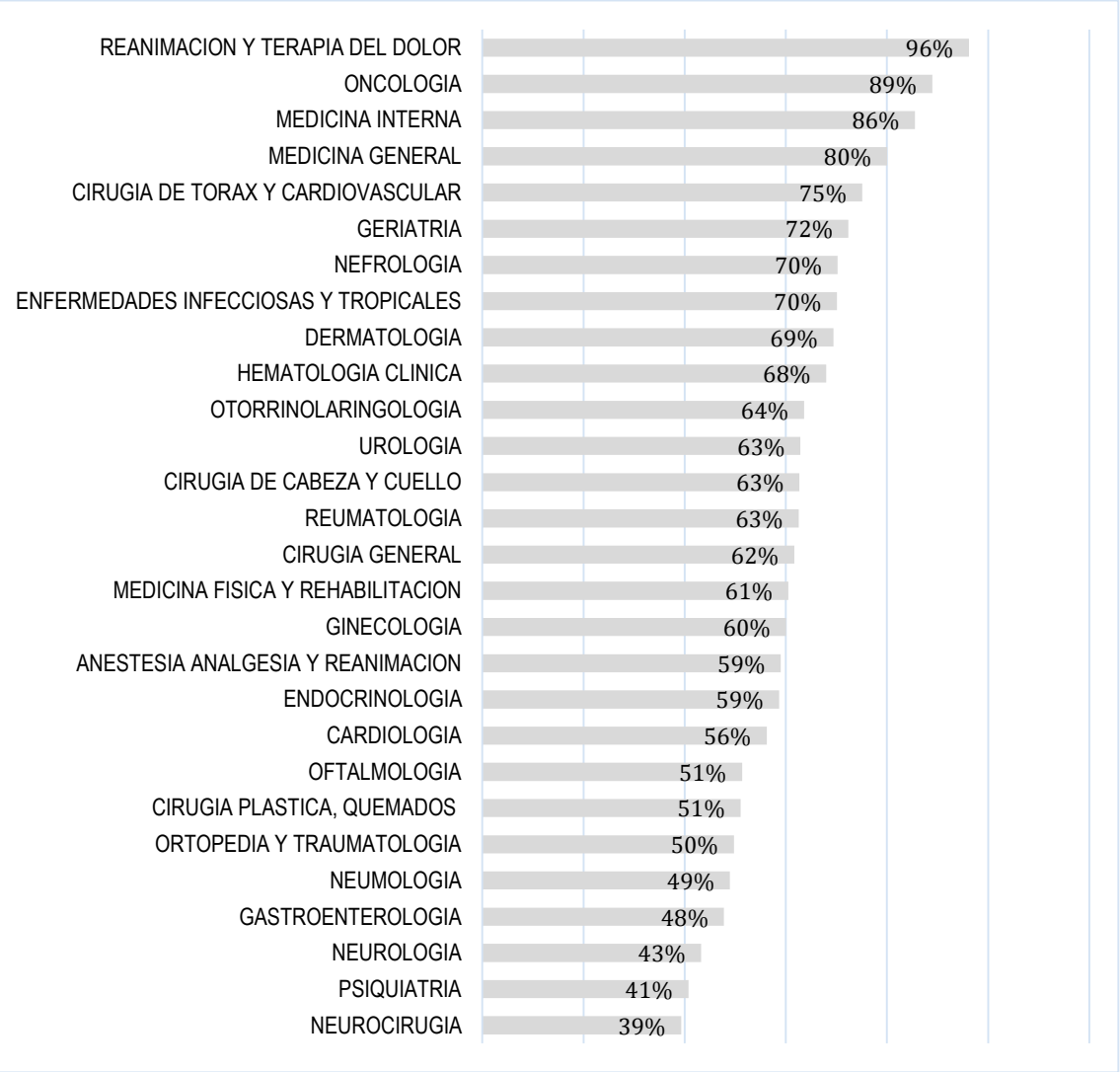

Gráfico N° 01. Porcentaje de hiperfrecuentación según especialidad en el servicio de consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2018.

En el estudio participaron 288 pacientes, constituidos por 144 casos y 144 controles. Se determinó que los hiperfrecuentadores corresponden al 27,9% (13 918) de la población estudiada, y abarcan el 46,9 % (200 630) de la suma de consultas de esta población. Situación que se corrobora con la alta demanda de pacientes por especialidad consultada, ya que más del 50% de las consultas en 22 de las 28 especialidades médicas del hospital fueron acaparadas por la población hiperfrecuentadora (Ver Gráfico N° 01).

Tabla N° 01. Factores socioeconómicos en pacientes hiperfrecuentadores del servicio de consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2018.

CARACTERÍSTICAS	HIPERFRECUENTADOR (n = 144)		CONTROL (n = 144)		TOTAL (n = 288)	
	n	%	n	%	N	%
ESTADO CIVIL						
Soltero	20	13,89%	12	8.,3%	32	11,11%
Casado	98	68,06%	108	75,00%	206	71,53%
Conviviente	10	6,94%	16	11,11%	26	9,03%
Divorciado	4	2,78%	2	1,39%	6	2,08%
Viudo	12	8,33%	6	4,17%	18	6,25%
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Sin instrucción	2	1,39%	1	0,69%	3	1,04%
Primaria	28	19,44%	19	13,19%	47	16,.32%
Secundaria	48	33,33%	58	40,28%	106	36,81%
Superior técnico	26	18,06%	24	16,67%	50	17,36%
Superior universitario	40	27,78%	42	29,17%	82	28,47%
INGRESO MENSUAL						
< 1 Salario mínimo	74	51,39%	73	50,69%	147	51,04%
1-2 Salario mínimo	42	29,17%	37	25,69%	79	27,43%
2-4 Salario mínimo	21	14,58%	19	13,19%	40	13,89%
>4 Salario mínimo	7	4,86%	15	10,42%	22	7,64%
SITUACIÓN LABORAL						
Empleado	45	31,25%	51	35,42%	96	33,33%
No empleado	47	32,64%	42	29,17%	89	30,90%
Jubilado	52	36,11%	51	35,42%	103	35,76%
OCUPACIÓN GENERAL						
Ama de casa	45	31,25%	44	30,56%	89	30,90%
Profesional	42	29,17%	44	30,56%	86	29,86%
Obrero	28	19,44%	25	17,36%	53	18,40%
Otros	29	20,14%	31	21,53%	60	20,83%
OCUPACIÓN VINCULADA CON LA SALUD						
SÍ	7	4,86%	2	1,39%	9	3,13%
No	137	9,14%	142	98,61%	279	96,88%
LUGAR DE RESIDENCIA						
Dentro del distrito	74	51,39%	82	56,94%	156	54,17%
En otro distrito dentro de la provincia	23	15,97%	19	13,19%	42	14,58%
Fuera de la provincia	47	32,64%	43	29,86%	90	31,25%
TIPO DE SEGURO						
Titular	92	63,89%	102	70,83%	194	67,36%
Derechohabiente	52	36,11%	42	29,17%	94	32,64%

En el análisis bivariado descriptivo, según los pacientes fuesen hiperfrecuentadores o no, se encontró que 108 (75%) casos y 124 (80,56%) controles tienen pareja; 142 (98,61%) pacientes de los casos y 143 (99,31) de los controles tienen algún grado de instrucción.

Respecto al ingreso mensual la mayoría de los pacientes disponen mensualmente de un ingreso menor al sueldo mínimo en ambos grupos. (Ver Tabla N° 01).

Tabla N° 02. Factores clínicos y de valoración familiar en pacientes hiperfrecuentadores del servicio de consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2018.

CARACTERÍSTICAS	HIPERFRECUENTADOR (N = 144)		CONTROL (N = 144)		TOTAL (N= 288)	
	n	%	n	%	n	%
FACTORES CLÍNICOS						
RESPUESTA A UN PROBLEMA DE SALUD						
Va a consulta externa	109	75,69%	100	69,44%	209	72,57%
Va a emergencia	35	24,31%	44	30,56%	79	27,43%
MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA						
Enfermedad aguda	18	12,5%	94	65,28%	112	38,89%
Enfermedad crónica	126	87,5%	50	34,72%	176	61,11%
PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL						
Mala	97	67,36%	71	49,31%	168	58,33%
Buena	47	32.64%	73	50,69%	120	41,67%
SALUD MENTAL						
Ansiedad	97	67,36%	67	46,53%	164	56,94%
Depresión	92	63,89%	61	42,36%	153	53,13%
USO DE SUSTANCIAS						
Drogas ilegales	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Alcohol	33	22,92%	43	29,86%	76	26,39%
Tabaco	4	2,78%	8	5,56%	12	4,17%
Ninguna	107	74,31%	93	64,58%	200	69,44%
FACTORES DE VALORACIÓN FAMILIAR						
CICLO VITAL						
Etapa I	14	9,72%	7	4,86%	21	7,29%
Etapa II	2	1,39%	4	2,78%	6	2,08%
Etapa III	0	0,00%	3	2,08%	3	1,04%
Etapa IV	9	6,25%	6	4,17%	15	5,21%
Etapa V	15	10,47%	15	10,42%	30	10,42%
Etapa VI	27	18,75%	35	24,31%	62	21,53%
Etapa VII	18	12,50%	18	12,50%	36	12,50%
Etapa VIII	59	40,97%	56	38,89%	115	39,93%
TIPO FAMILIAR						
Nuclear	86	59,72%	90	62,50%	176	61,11%
Monoparental	5	3,7%	9	6,25%	14	4,86%
Ampliada	2	1,39%	10	6,94%	12	4,17%
Extendida	41	28,47%	28	19,44%	69	23,96%
Múltiple	7	4,86%	5	3,47%	12	4,17%
Equivalente	3	2,08%	1	0,69%	4	1,39%
Grupo doméstico	0	0.00%	1	0,69%	1	0,35%
FUNCIÓN FAMILIAR						
Normofuncionalidad	96	66,66%	116	80,56%	212	73,61%
Disfuncionalidad moderada	38	26,9%	24	16,67%	62	21,53%
Disfuncionalidad grave	10	6,94%	4	2,78%	14	4,86%

En cuanto a los factores clínicos 109 (75,69%) pacientes de los casos acude a consulta externa como primera medida ante un problema de salud y 100 (69,44%) de los controles; 126 (87,5 %) de los casos acuden por alguna

patología crónica, a diferencia de los controles en los que 94 (65,28%) acuden principalmente por enfermedades agudas. La especialidad más frecuentada por los hiperfrecuentadores es oncología con 24 (16,66%) pacientes y oftalmología en el caso de los controles con 21 (14,58%). Además 97 (67,36%) de los casos refirieron ansiedad y 92 (63,89%) depresión a diferencia de los controles en los que sólo 67 (46,53%) refirieron ansiedad y 61 (42,36%) depresión. En lo que concierne a los factores familiares 96 (66,67%) casos y 116 (80,56%) controles tienen familias normofuncionales, donde se encuentra una diferencia significativa. (Ver Tabla 2)

Tabla N° 03. Análisis bivariado de factores socioeconómicos asociados a la hiperfrecuentación hospitalaria en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2018.

.

CARACTERÍSTICAS	OR	IC 95 %	Valor p
ESTADO CIVIL			
Soltero	1,77	(0,832-3,780)	0,19
Casado	0,71	(0,424-1,188)	0,24
Conviviente	0,60	(0,266-1,341)	0,30
Divorciado	2,08	(0,365-11,253)	0,68
Viudo	6,25	(0,762-5,732)	0,22
GRADO DE INSTRUCCIÓN			
Sin instrucción	2,01	(0,180-22,461)	1,00
Primaria	1,59	(0,841-2,996)	0,20
Secundaria	0,74	(0,458-1,198)	0,27
Superior técnico	1,10	(0,598-2,028)	0,88
Superior universitario	0,93	(0,599-1,558)	0,90
INGRESO MENSUAL			
< 1 Salario mínimo	1,03	(0,647-1,632)	1
1-2 Salario mínimo	1,19	(0,709-1,999)	0,60
2-4 Salario mínimo	1,12	(0,575-2,192)	0,86
>4 Salario mínimo	0,44	(0,173-1,112)	0,12
SITUACIÓN LABORAL			
Empleado	0,83	(0,507-1,353)	0,53
No empleado	1,18	(0,713-1,940)	0,61
Jubilado	1,03	(0,636-1,668)	1
OCUPACIÓN GENERAL			
Ama de casa	1,03	(0,626-1,703)	1
Profesional	0,94	(0,564-1,550)	0,90
Obrero	1,15	(0,632-2,087)	0,76
Otros	0,92	(0,520-1,623)	0,88
OCUPACIÓN VINCULADA CON LA SALUD			
SÍ	3,63	(0,740-17,769)	0,17
No	0,28	(0,56-1,350)	0,17
LUGAR DE RESIDENCIA			
Dentro del distrito	0,80	(0,502-1,271)	0,41
En otro distrito dentro de la provincia	1,25	(0,648-2,412)	0,62
Fuera de la provincia	1,14	(0,691-1,873)	0,70
TIPO DE SEGURO			
Titular	0.73	(0,444-1,940)	0,26
Derechohabiente	1,7	(0,836-2,251)	0,26

Tabla N° 04. Análisis bivariado de factores clínicos y de valoración familiar asociados a la hiperfrecuentación hospitalaria en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, enero-diciembre 2018.

CARACTERÍSTICAS	OR	IC 95%	Valor p
FACTORES CLÍNICOS			
RESPUESTA A UN PROBLEMA DE SALUD			
Va a consulta externa	1,37	(0,814-2.305)	0,29
Va a emergencia	0,73	(0,433-1,227)	0,29
MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA			
Enfermedad aguda	0,075	(0,041-0,138)	<0,001
Enfermedad crónica	13,16	(7,212-24,011)	<0,001
PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL			
Mala	2,121	(1,316-3,420)	0,002
Buena	0,471	(0,292-0,759)	0,.002
SALUD MENTAL			
Ansiedad	2,37	(1,470-3,825)	<0,001
Depresión	2,41	(1,498-3,867)	<0,001
USO DE SUSTANCIAS			
Drogas ilegales	*	*	*
Alcohol	0,70	(0,412-1,183)	0,23
Tabaco	0,49	(0,142-1,650)	0,38
Ninguna	1,59	(0,955-2,631)	0,10
FACTORES DE VALORACIÓN FAMILIAR			
CICLO VITAL			
Etapa I	2,11	(0,824-5,387)	0,17
Etapa II	0,49	(0,088-2,734)	0,68
Etapa III	*	*	*
Etapa IV	1,53	(0,531-4,425)	0,60
Etapa V	1,00	(0,469-2,130)	1,00
Etapa VI	0,72	(0,408-1,265)	0,32
Etapa VII	1,00	(0,497-2,010)	1,00
Etapa VIII	1,09	(0,680-1,748)	0,81
TIPO FAMILIAR			
Nuclear	0,89	(0,553-1,429)	0,72
Monoparental	0,54	(0,176-1,651)	0,41
Ampliada	0,19	(0,040-0,877)	0,03
Extendida	1,65	(0,952-2,855)	0,10
Múltiple	1,42	(0,440-4,584)	0,77
Equivalente	0,74	(0,163-3,388)	1,00
Grupo doméstico	*	*	*
FUNCIÓN FAMILIAR			
Normofuncionalidad	0,48	(0,281-0,827)	0,01
Disfuncionalidad moderada	1,79	(1,009-3,182)	0,06
Disfuncionalidad grave	2,61	(0,799-8,529)	0,17

♦Cálculos no realizables por presentar ceros en uno de los valores.

En el análisis bivariado se encontró como principal factor asociado el padecer una enfermedad crónica como motivo más frecuente de consulta con OR de 13,16 (IC95%:7,21-24,01, p <0,05), además padecer ansiedad y depresión con un OR de 2,37 (IC95%:1,470-3,825, p <0,05) y OR de 2,40 (IC95%:1,49-3,86, p <0,05) respectivamente, y el tener una percepción de salud mala con un OR 2,12

(IC95%:1,31-3,42, p <0,05). En cuanto a los factores de valoración familiar se encontró asociado la disfunción moderada con OR 1,79 (IC95%:1,00-3,18, p <0,05). Como factores protectores el tipo de familia ampliada con un OR de 0,18 (IC95%:0,04-0,87, p <0,05) y la normofuncionalidad familiar OR de 0,482 (IC95%:0,28-0,82, p <0,05). (Ver tabla 4)

TABLA N° 05. Análisis multivariado de factores asociados a hiperfrecuentación en consulta externa del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, 2018.

FACTORES	OR AJUSTADO	IC 95%	valor p
Ansiedad	2,157	(1,316-3,535)	0,002
Normofuncionalidad	0,509	(0,288 -0,899)	0,020
Enfermedad crónica	3,403	(1,837-6,303)	<0,001

Evaluado con prueba de bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow >0,05 R2: 9%

En el análisis multivariado se determinó que la presencia de ansiedad aumenta 1,15 veces la probabilidad de ser hiperfrecuentador con un OR ajustado de 2,157 (IC95%:1,31-3,53,p:0,002); de igual manera es 2,40 veces más probable ser hiperfrecuentador si se padece una enfermedad crónica como motivo de consulta más frecuente con un OR ajustado de 3,403 (IC95%:1,83-6,30,p:<0,001). Por el contrario la normofuncionalidad disminuye al 50% la probabilidad de ser hiperfrecuentador con OR ajustado 0,509 (IC95%:0,28-0,89,p:0,020) se asoció de manera negativa. (Ver Tabla 5)

VI. DISCUSIÓN.

VI. DISCUSIÓN.

Los resultados de los estudios acerca de este tema, en comparación con los factores más prevalentes en esta investigación, muestran que en cuanto a los factores sociodemográficos el estado civil es un hallazgo variable (2,5). Se encontró que ser casado es lo más frecuente, posiblemente orientado a una relación conflictiva de pareja que condiciona un menor sistema de apoyo. Del mismo modo el bajo salario percibido (6), la situación laboral de jubilado, la presencia de enfermedad crónica debido al grupo etario al que pertenece la mayoría de estos pacientes (2, 9, 13), la percepción deficiente de salud general y padecer ansiedad o depresión (6,9) tienen mayor prevalencia en los hiperfrecuentadores; hallazgos que son consistentes con estudios de ámbito internacional publicados anteriormente , que sugieren que los pacientes hiperfrecuentadores tienen necesidades médicas, sociodemográficas y psiquiátricas complejas.

La familia está considerada como un sistema que favorece la salud y mejora la calidad de vida, pero el hecho de que esto sea así depende de determinados aspectos de su estructura y funcionalidad, de hecho se corresponde con el hallazgo de la normofuncionalidad familiar como factor protector. (37).

En los últimos años se ha revestido de mayor importancia la presencia de psicopatologías dado que han demostrado diferencias significativas hacia la hiperfrecuentación, en nuestro estudio como en otros trabajos, la ansiedad y depresión muestran una asociación positiva en el análisis bivariado, sin embargo la depresión pierde significancia en el análisis multivariado (38,39). Además se conoce que la ansiedad se relaciona con la aparición de síntomas generales lo

que motiva al paciente a acudir a consulta médica iniciando un círculo vicioso por el uso excesivo de recursos en búsqueda de un diagnóstico poco claro.

En el presente estudio, el padecimiento de una enfermedad crónica como motivo para acudir a consulta se constituye como el mayor factor de riesgo lo que es coherente con los hallazgos de otros estudios y es además uno de los factores en el que influyen los modelos de atención dado que muchos de éstos pacientes asisten a programas de pacientes crónicos. A su vez estos dos factores influyen en la percepción de salud como mala que se constituye como un factor de riesgo, reafirmando que son los factores de necesidad los que más aportan al perfil del hiperfrecuentador (1-4,11).

En referencia a nuestro país, no hemos encontrado estudios que aborden el fenómeno de la hiperfrecuentación hospitalaria en consulta externa. En comparación con estudios de extensión mundial, estos han encontrado como factores de riesgo el sexo femenino y la edad media (6), variables que fueron excluidas de este análisis por el diseño de emparejamiento.

Al analizar las estadísticas consolidadas del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo para el año 2018 en consulta externa considerando los servicios incluidos en este estudio, se encontró que el porcentaje de pacientes nuevos por consulta no supera el 36%, llegando a ser tan bajo como 2% en el servicio de medicina general y 5% en el servicio de oncología, lo que tiene relación concordante con nuestro hallazgo que identifica a oncología como el servicio más visitado por los hiperfrecuentadores lo que se explicaría en base a la cronicidad de las patologías tratadas en este servicio.

Del mismo modo al ser el mayor porcentaje de consultas ocupadas por los hiperfrecuentadores en la mayoría de servicios se ratifica el hecho de que la hiperfrecuentación interfiera en la oportunidad de consulta oportuna para otros pacientes (10). Se objetiva también que los porcentajes de contrarreferencia de este hospital en la mayoría de servicios no alcanza el estándar del 80% para su nivel de complejidad, lo que podría explicarse tanto por un manejo inadecuado de este proceso administrativo como por las características del paciente convirtiendo a la institución en inductora de su propia sobredemanda, fenómeno que ha sido documentado en el estudio de los factores organizacionales (36).

Para nuestro estudio la frecuencia de pacientes hiperfrecuentadores fue más alta en relación a las cifras planteadas en otros estudios llegando al 27.9%, a su vez este porcentaje acaparó el 46.9 % de las consultas médicas lo que se relaciona con los estudios realizados para la determinación de los gastos sanitarios consumidos por estos pacientes en los que se concluye que un pequeño grupo de pacientes concentra la mayor demanda de asistencia sanitaria en comparación con la media poblacional (2, 5, 7, 8).

Una nueva dirección sería el análisis que estratifique a la población hiperfrecuentadora en subgrupos de tal manera que permita evaluar la influencia de los distintos factores con mayor influencia en cada subgrupo. Ya que en realidad la población anciana y aquellos pacientes con enfermedades crónicas graves ameritan seguimiento más estrecho de su enfermedad, y por ende se esperaría mayor demanda de los servicios por esta subgrupo poblacional (19,40).

Es así que las investigaciones futuras sobre la hiperfrecuentación hospitalaria deberían explorar ahora la gran heterogeneidad en los pacientes que se describen aquí. Debido a que las intervenciones sin duda utilizarán enfoques amplios, la comprensión de esta heterogeneidad será clave (19).

Si bien es cierto una evaluación detallada y exhaustiva de las intervenciones para combatir la hiperfrecuentación está fuera del alcance de este estudio. La experiencia internacional proporciona una perspectiva importante para la reforma de la atención de salud que deben ser evaluadas en trabajos futuros e implementados en nuestro medio (42).

LIMITACIONES.

No hay un concepto consensuado de la hiperfrecuentación, lo que dificulta la comparación de los resultados obtenidos en este estudio con otros antes realizados.

Por otro lado al abordar el problema de la hiperfrecuentación únicamente desde el punto de vista del usuario, las variables asociadas al personal de salud y a la entidad prestadora de servicios no son contempladas, lo que podría traducirse en una caracterización incompleta del paciente hiperfrecuentador.

VII. CONCLUSIONES.

VII. CONCLUSIONES.

1. El análisis multivariado para la determinación del perfil del paciente hiperfrecuentador concluye que acudir a consulta por padecer una enfermedad crónica y la ansiedad son factores de riesgo para la hiperfrecuentación mientras que el pertenecer a una familia normofuncional es un factor protector que reduce a la mitad la probabilidad de ser hiperfrecuentador.
2. Los hiperfrecuentadores constituyen el 27,9 % de la población estudiada abarcando el 46,9% de las consultas realizadas durante el 2018.
3. En cuanto a los factores asociados, dentro de los factores epidemiológicos, no se encontraron asociaciones significativas con el fenómeno estudiado.
4. Con respecto a los factores clínicos el padecer una enfermedad crónica como motivo de consulta, la ansiedad, la depresión y la percepción de su salud como mala se asocian de manera positiva a la hiperfrecuentación.
5. Dentro de los factores de valoración familiar el tipo de familia ampliada y la normofuncionalidad se asociaron de manera negativa.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Devis L, Vicente J, Serrano Blanco A. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. Aten Primaria. 2008; 631-2.
2. Calvo V. Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en Atención Primaria en Salud: Factores sociales asociados, Estilos de Personalidad y Psicopatología. [Internet] [Tesis doctoral]. [Barcelona]: http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v1n2/141-144.pdf; 2016.
3. Rivas A, Manrique G, Butragueño L. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? An Pediatr (Barc). 2017.
4. Parra JMA, López-Liria R, Góngora DP, Pérez PR, Montoya AM. Hiperfrecuentación médica en mayores y salud. International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología. 2018;1(4):249-56
5. Rodríguez M. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. Rev Gerenc Polit Salud. 2012;43-55.
6. Rodriguez-Lopez M, Arrivillaga M, Holguín J, León H, Ávila A, Hernández C, et al. Perfil Del Paciente Hiperfrecuentador Y Su Asociación Con El Trastorno Ansioso Depresivo En Servicios De Atención Primaria De Cali, Colombia [Internet]. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016.
7. Giraldo MH, Rincón MH, Uribe GE, Cardona D. Costos de la atención en salud en pacientes hiperfrecuentadores de tres centros de salud. Medellín, 2007-2008. 2010

8. Woo JH, Grinspan Z, Shapiro J, Rhee SY. Frequent Users of Hospital Emergency Departments in Korea Characterized by Claims Data from the National Health Insurance: A Cross Sectional Study. PLOS ONE.2016;11(1):e0147450.
9. García RA, Ávila JM, Ávila MP. Motivos de pacientes que acuden a un Hospital sin una urgencia real. Educate Conciencia [Internet]. 2016 Sep 28 [cited 2017 May 22];11(12). Available from: http://tecnocientifica.com.mx/educateconciencia/index.php/revistaeducate/article/view/196.
10. Moschetti K, Iglesias K, Baggio S, Velonaki V, Hugli O, Burnand B, et al. Health care costs of case management for frequent users of the emergency department: Hospital and insurance perspectives. PLOS ONE. 24 de septiembre de 2018;13(9):e0199691.
11. Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
12. Rincón-Hoyos HG, López MR, Ruiz AM, Hernández CA, Ramos ML. ¿Sería útil la depuración de los trastornos mentales comunes en pacientes hiperfrecuentadores de servicios de salud en cuidado primario? [Internet]. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2012 [cited 2017 Apr 6]. Available from: http:// www. redalyc.org/articulo.oa?id =806 25387009.
13. Koskela T-H, Ryynanen O-P, Soini EJ. Risk factors for persistent frequent use of the primary health care services among frequent attenders: A Bayesian approach. Scand J Prim Health Care. 2010;28(1):55-61.
14. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Hiperfrecuentación en Atención

Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. Atención Primaria. 1 de abril de 2018;50(4):222-7.

15. Griffin JL, Yersin M, Baggio S, Iglesias K, Velonaki V-S, Moschetti K, et al. Characteristics and predictors of mortality among frequent users of an Emergency Department in Switzerland [Internet]. 2018 [citado 16 de enero de 2019].
16. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. Aten Primaria. abril de 2018;50(4):222-7.
17. Mulet A, Mariano J, Fernández Alonso C, Ferrer F, Enrique M, Armengol G, et al. Pacientes frecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit. 1 de septiembre de 2015;29(5):394-6.
18. Effio B, Carrasco J, Manrique X, Cerna J, Vélez C. Calidad de servicio en la consulta externa de un hospital de la región Lambayeque ,2010. Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo. 2012;5(1):5-9.
19. ATENCIÓN PEDIÁTRICA DE ATENCIÓN PRIMARIA Propuestas de mejora en el modelo de atención de la Comunidad de Madrid; Madrid 2018.
20. Salvi F, Rossi L, Lattanzio F, Cherubini A. Is polypharmacy an independent risk factor for adverse outcomes after an emergency department visit? Intern Emerg Med. marzo de 2017;12(2):213-20.
21. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. Emerg Med J. 2014 Jul 1;31(7):526–32.

22. Linkins K, Brya J, Chandler D. Frequent Users of Health Services Initiative. 2008 Aug. [Internet]. [cited 2017 May 22]. Available from: http://www.chcf.org/projects/2008/frequent-users-of-health-services-initiative
23. Berenzon S, Galván J, Saavedra N, Bernal P, Mellor-Crummey L, Tiburcio M. Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: Un estudio cualitativo. Salud Ment. 2014 Aug;37(4):313–9.
24. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. Aten Primaria. 2016 Apr;48(4):235–43.
25. Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. Rev Calid Asist.:256–63.
26. Aguilar Mulet JM, Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Pacientes frecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios. Gac Sanit. septiembre de 2015;29(5):394-6.
27. Martín Martín R, Sánchez Bayle M, Teruel de Francisco C. Aspectos psicosociales relacionados con la hiperfrecuentación en las consultas pediátricas de atención primaria. An Pediatría. 1 de enero de 2019;90(1):26-31
28. Vedsted P, Fink P, Sorensen HT, Olesen F. Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study. Soc Sci Med 1982. 2004

Aug;59(4):813–23.

29. Smits FT, Brouwer HJ, van Weert HC, Schene AH, ter Riet G. Predictability of persistent frequent attendance: a historic 3-year cohort study. Br J Gen Pract. 1 de febrero de 2009;59(559):e44-50.
30. Botica MV, Kovacić L, Tiljak MK, Katić M, Botica I, Rapić M, et al. Frequent attenders in family practice in Croatia: retrospective study. Croat Med J. 1(45):620–4.
31. Patel S, Kai J, Atha C, Avery A, Guo B, James M, et al. Clinical characteristics of persistent frequent attenders in primary care: case-control study. Fam Pract. 2015 Dec;32(6):624–30.
32. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011 Apr;33(1):7–11.
33. MINSA. Directiva administrativa que establece la cartera de servicios de salud [Internet]. 2014.Available from: http: //doc.contraloria.gob.pe/operativos/ operativo-salud 2016/ normativa_operativo_Salud_7.PDF
34. MINSA. Categorías de establecimientos del sector salud [Internet]. 2011. Available from: http:// www.minsa.gob.pe/dgiem /infraestructura/web_di/ normas/nt-0021-documento%20oficial%20categorizacion.pdf
35. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de Salud mental en Lima metropolitana y Callao-Replicación 2012. Informe General. Anales de Salud Mental, 2013;XXIX(Supl 1):1-392.
36. La Calle, E., y Rabin, E. (2010). Usuarios frecuentes de los departamentos de emergencia: los mitos, los datos y las implicaciones de las políticas.

Annals of Emergency Medicine, 56 (1), 42–48. doi: 10.1016 / j.annemergmed.2010.01.032

37. H. Vargas Murga Tipos de familia y ansiedad y depresión Rev Med Hered., 25 (2014), pp. 57-59
38. C. Tapia Collados, V. Gil Guillen, D. Orozco Beltrán Factores asociados a la hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria Aten Primaria., 36 (2005), pp. 167-168
39. J. Montalbán Sánchez Relación entre ansiedad y dinámica familiar Aten Primaria., 21 (1991), pp. 29-34
40. R. Piñeiro Pérez, I. Carabaño Aguado Hiperfrecuentación en urgencias. Experiencia y fracaso de una consulta de educación sanitaria An Pediatr (Barc)., 87 (2017), pp. 362
41. Sandín-Vázquez, M., & Conde-Espejo, P. (2010). Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. Revista de Calidad Asistencial, 25(1), 21–27.doi:10.1016/j.cali.2009.07.007
42. Aguilar-Parra JM, Liria RL, Góngora DP, Pérez PR, Montoya AM. Hiperfrecuentación médica en mayores y salud. Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol. 6 de mayo de 2018;4(1):249-56.

ANEXOS

ANEXO N° 01: FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTUDIO: Factores asociados a la hiperfrecuentación en consulta externa en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, Enero-Diciembre 2018.

INFORMACIÓN AL PACIENTE.

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este estudio de una clara explicación de la naturaleza del mismo, así como de su rol en ella como participantes.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

En nuestro país los servicios de salud presentan carencias tanto a nivel del proveedor, el servicio y el usuario. En este estudio abordaremos un problema propio del pilar del usuario, la hiperfrecuentación. Conocer el perfil del paciente que hace un uso frecuente de los servicios hospitalarios nos ayudará a crear estrategias de intervención que permitan identificarlos y actuar en los factores de mayor prevalencia entre este grupo, con una atención más integral. Al reducir el número de consultas, sobredemanda y costos relacionados a su atención, se realizará una mejor distribución de los recursos financieros y humanos del hospital para una atención más eficaz a la población**.**

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO:

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 15-20 minutos de su tiempo.

BENEFICIOS:

Si usted acepta participar no recibirá un beneficio directo (económico o de otra índole) pero podrá solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

RIESGOS:

Ninguno

CONFIDENCIALIDAD:

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO:

Usted entiende que su participación en el estudio es VOLUNTARIA. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Usted recibirá una copia de este consentimiento informado que estará firmando; aquí encontrará la información que le permita contactar al investigador y a su equipo de trabajo para cualquier inquietud.

PERSONAS A CONTACTAR:

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

YO HE LEIDO LA INFORMACION BRINDADA EN EL TEXTO ANTERIOR Y VOLUNTARIAMENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL ESTUDIO RESPONDIENDO AL LLENADO DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS, REALIZANDO LOS TEST DESCRITOS Y PERMITIENDO A LOS INVESTIGADORES USAR LA INFORMACION ACERCA DE MI además reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la investigadora. Zamora Carpio Angie al teléfono #949 047 308.

Nombre y DNI de paciente	Firma, nombre y DNI del investigador 1

ANEXO N° 02: FICHA DE DATOS DE LA ENTREVISTA

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

1. **ESTADO CIVIL**
   ( ) Soltero ( ) Casado ( ) Conviviente ( ) Divorciado ( ) Viudo

2. **LUGAR DE RESIDENCIA**
   ( ) Dentro del distrito
   ( ) En otro distrito Dentro de la provincia
   ( ) Fuera de la provincia

3. **LUGAR DE ADSCRIPCIÓN:**
   Especifique ----------

4. **TIPO DE SEGURO**
   ( ) Titular
   ( ) Derechohabiente

5. **GRADO DE INSTRUCCIÓN**
   ( ) Sin instrucción ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior técnico ( ) Superior universitario

6. **INGRESO MENSUAL**
   ( ) < 1 Salario mínimo
   ( ) 1-2 Salario mínimo
   ( ) 2-4 Salario mínimo
   ( ) >4 Salario mínimo

7. **SITUACIÓN LABORAL**
   ( ) Empleado ( ) No empleado ( ) Jubilado

8. **OCUPACIÓN GENERAL**
   ( ) Ama de casa ( ) Profesional ( ) Obrero ( ) Otros

9. **OCUPACIÓN VINCULADA CON LA SALUD**
   ( ) Sí ( ) No

DATOS CLÍNICOS

1. RESPUESTA ANTE UN PROBLEMA DE SALUD

( ) Busca cita en consulta externa ( ) Va a emergencia

4. USO DE SUSTANCIAS: Usted consume:

( ) Drogas ilegales ( ) Alcohol ( ) Tabaco

5. DIMENSIÓN DE PERCEPCIÓN DE SALUD GENERAL (EXTRAÍDO DE SF-36)

Conteste cada pregunta tal como se indica.

-En general, usted diría que su salud es
( ) Excelente
( ) Muy buena
( ) Buena
( ) Regular
( ) Mala

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas ( ) Totalmente cierta ( ) Bastante cierta ( ) No lo sé ( ) Bastante falsa ( ) Totalmente falsa	-Creo que mi salud va a empeorar ( ) Totalmente cierta ( ) Bastante cierta ( ) No lo sé ( ) Bastante falsa ( ) Totalmente falsa
-Estoy tan sano como cualquiera ( ) Totalmente cierta ( ) Bastante cierta ( ) No lo sé ( ) Bastante falsa ( ) Totalmente falsa	-Mi salud es excelente ( ) Totalmente cierta ( ) Bastante cierta ( ) No lo sé ( ) Bastante falsa ( ) Totalmente falsa

6. SALUD MENTAL

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD	**SI**	**NO**
1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
TOTAL ANSIEDAD= _____		
SUBESCALA DE DEPRESIÓN	***Si***	***No***
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido?		
9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
TOTAL DEPRESIÓN=_____		

VALORACIÓN FAMILIAR

1. CICLO VITAL: ¿En qué etapa se encuentra su familia?

( ) I (Comienzo de la familia)
( ) II (Familias con hijos, el hijo mayor hasta 30 meses)
( ) III (Familias con hijos pre escolares, el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
( ) IV (Familias con hijos escolares, hijo mayor entre 6 y 13 años)
( ) V (Familias con adolescentes, hijo mayor entre 13 y 20 años)
( ) VI (Desde que se va el primer hijo hasta que lo hace que lo hace el último)
( ) VII (desde que se va el último hijo hasta la jubilación)
( ) VIII (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos).

2. TIPO DE FAMILIA

( ) Familia nuclear (formada por padre, madre e hijos)
( ) Familia monoparental (sólo hay un padre o madre e hijos)
( ) Familia ampliada (en casa viven personas familiares y no familiares)
( ) Familia extendida (familia nuclear que comparte hogar con otros miembros en línea troncal)
( ) Múltiple (dos o más familias que viven bajo el mismo techo)
( ) Familia equivalente (dos adultos con o sin matrimonio formalizado con hijos de uno de ellos o de ambos o con hijos propios)
( ) Grupo doméstico

3. APGAR FAMILIAR

PREGUNTAS	**CASI SIEMPRE (0)**	**A VECES (1)**	**CASI NUNCA (2)**
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia lo quiere?			

ANEXO N° 03: FICHA DE DATOS DEL SISTEMA DE GESTIÓN

NÚMERO DE VECES QUE ACUDIÓ A CONSULTA EXTERNA DE ENERO A DICIEMBRE 2018:

( ) Superior o igual al percentil 75 de la distribución de frecuencias

( ) Inferior o igual al percentil 25 de la distribución de frecuencias

MOTIVO MÁS FRECUENTE DE CONSULTA

( ) Enfermedad aguda ( ) Enfermedad crónica

ESPECIALIDAD MÁS FRECUENTADA

Especifique: ----------