



Universidad
de La Laguna

HIPERFRECUENTADORES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Autora del trabajo: Beatriz González Santiago

Tutora: Carmen Luz Marrero Pérez

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Pediatría, Medicina Preventiva y

Salud Pública, Toxicología, Medicina Legal y Forense y Parasitología

Servicio de Pediatría, Unidad de Neonatología

Complejo Hospitalario Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC)

Índice

1. Resumen
2. Introducción y justificación del trabajo
3. Hipótesis del trabajo y objetivos
4. Pacientes y métodos
5. Resultados
6. Discusión
7. Conclusiones
8. ¿Qué he aprendido durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado (TFG)?
9. Bibliografía
10. Anexo

Resumen

El objetivo principal de nuestro estudio fue determinar el perfil de los usuarios hiperfrecuentadores en un servicio de Urgencias Pediátricas (UP) en un hospital de tercer nivel, en este caso el CHUNSC. Los objetivos secundarios incluyeron el análisis paralelo de las características de los tutores legales de dichos pacientes y el motivo de las consultas que realizaron. Para esto, se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se revisaron los informes de alta del servicio de UP y las pruebas complementarias realizadas en dicho servicio a todos los niños con una edad inferior a 15 años que realizaron 10 o más consultas en UP en un año, dentro del periodo que abarca desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2019, empleándose como punto de corte este número de visitas, dado que constituye la definición de hiperfrecuentador utilizada en otros estudios (1-3). Además, se realizaron también entrevistas telefónicas con los tutores del paciente para completar la información que pudo no verse reflejada en los informes.

De todas las variables cualitativas recogidas en el estudio, se hizo un análisis descriptivo definido mediante el cálculo de las distintas frecuencias absolutas y relativas, para así conocer las características y necesidades de aquellos niños que generan un mayor porcentaje de demanda sanitaria. Esto permitirá trabajar posteriormente en planes de actuación que posibiliten una mayor efectividad en términos de salud para estos pacientes y que optimicen, al mismo tiempo, el uso de las urgencias en niños.

Palabras clave: hiperfrecuentadores, pediatría, características, consultas, padres.

The main objective of our study was to establish the profile of hyperfrequent users of a Paediatrics Emergency Department (PED) in a tertiary referral centre, in this case Complejo Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (CHUNSC). The secondary objectives included the backup analysis of the children guardians' characteristics as well as their consults in the PED. In order to achieve it a descriptive cross-sectional study was performed through the review of the discharge reports from PED and the complementary tests performed in said department to every child under the age of 15 who made 10 or more visits to PED during a year, within the period from 1 January 2014 to 31 December 2019, using this number of visits as cut-off point to fit

the general definition of hyperfrequent user established by other studies (1-3). We also made telephonic interviews with the patients' tutors to complete the information that couldn't be found in the reports.

A descriptive analysis of all qualitative variables gathered during the study was done and they were afterwards defined by the estimation of absolute and relative frequencies so the characteristics and necessities of those children who make a major percentage of healthcare requirements were known. In the future, this will allow working in plans of action that may create a greater effectiveness in healthcare terms for these patients and that will optimise the use of PED at the same time.

Keywords: *hyperfrequent users, paediatrics, characteristics, consults, parents.*

Introducción y justificación del trabajo

La hiperfrecuentación de los servicios de Atención Primaria (AP), UP y puntos de atención continuada (PAC) se entiende como el uso excesivo de estos medios de asistencia sanitaria por un mismo individuo. Existen estudios que fijan una cifra a modo de punto de corte para la definición de hiperfrecuentadores, en ellos se basa este trabajo para establecer en 10 visitas al SU pediátricas hospitalarias el criterio definitorio de hiperfrecuentador (1-3). Sin embargo, existen otras posibles definiciones como la media de consultas a demanda en un período fijado más 1-2 desviaciones estándar (4, 5).

En el campo de la pediatría, de la misma forma que sucede en otros, esta situación se ha convertido en un problema creciente a nivel nacional, que se incrementa con los años y lleva a la sobrecarga de los medios, un excesivo gasto económico y de recursos y una ansiedad y desgaste generalizados en los profesionales de la salud; factores que al unirse, incrementan de forma significativa el riesgo de déficit en la calidad asistencial, así como, de descontento por parte de los usuarios, quienes no ven solucionados sus demandas. En relación a ello, es tal el impacto que esta situación tiene sobre los responsables de la salud que algunos autores (6) han descrito un cambio en la perspectiva de los mismos, comenzado a calificar de hiperfrecuentadores a pacientes ya

no en base al número de visitas (variable más empleada en la actualidad), sino en función de la calidad de las mismas.

Hasta la fecha, existen escasos estudios centrados en este tema, a pesar de lo cual, los publicados coinciden en la realidad del problema, el número significativo de pacientes hiperfrecuentadores (14% de menores emplean los servicios de forma desproporcionada en relación al resto, haciendo uso del 43% de las consultas) (5) y en sus resultados acerca del perfil de los mismos, el de sus progenitores y/o tutores legales y en las características de las consultas realizadas. De esta manera, los análisis previos concuerdan en que la mayoría de pacientes que acuden en exceso a los servicios de atención sanitaria son niños menores de dos años (1, 3, 4), de nacionalidad española (3), generalmente expuestos a factores de riesgo de infección como asistir a guarderías, sin diferencias significativas entre sexos (1, 2, 7-9). En algún caso se detectó un mayor número de varones hiperfrecuentadores respecto a las mujeres (60% de varones frente al 40% de mujeres) (1), y típicamente primogénitos (3, 7, 9), aunque en determinados estudios se destaca también la figura de los hijos menores como hiperfrecuentadores (9).

En cuanto a los progenitores, suelen ser padres y madres primerizas (3, 7), de edad avanzada (superior a los 35 años) (2, 5, 6), especialmente los padres (7, 9), convivientes en la misma residencia (2, 3, 5), con altos ingresos económicos (43.4% de las visitas, frente al 37.9% de las familias de ingresos medios y 18.8% de las de bajos ingresos) (7) y niveles de estudios que varían según los artículos publicados. Así, existen trabajos en los que se observa que la hiperfrecuentación es mayor en progenitores con educación básica (2, 5, 9); mientras que en otros es mayor en padres con estudios más allá de los obligatorios (7). Por otro lado, varios trabajos se han centrado en analizar la relación entre trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión) en los progenitores, la preocupación excesiva por el estado de salud de sus hijos y, en consecuencia, el abuso de los servicios de AP, UP y PAC; llegándose a la conclusión de que el trastorno de ansiedad tiene un papel relevante en la definición del perfil de los padres de niños hiperfrecuentadores, especialmente de las madres (2, 4, 5). Por último con respecto a este apartado, han sido relevantes también los resultados asociados al origen geográfico de los padres. En ellos se observa que si bien la mayoría de los hiperfrecuentadores son hijos de padres con nacionalidad española (3, 7), es reseñable que, en el caso de que al menos uno de los progenitores proceda de otro país, la hiperfrecuentación se da en

edades más avanzadas del menor, siendo la media a la hora de consultar en el centro de salud, ligeramente superior a la de los niños hijos de autóctonos (4 años frente a 3.2 años)(7).

Finalmente, otros aspectos analizados en estos estudios fueron las características de las consultas realizadas. Las conclusiones alcanzadas en este término incluyen que la menor tasa de afluencia era en los meses de verano (julio y agosto), con un aumento en los tres últimos meses del año, incrementándose las visitas en horario de tarde (42.5%) con respecto al de mañana (29.6%) y al de noche (27.9%) (1). En cuanto al motivo de consulta y su asociación a los antecedentes personales del menor, tan solo en un 13.6% de los casos esta se realizó por patología asociada a la misma, no presentando asociación alguna en el 30.5% de los casos y tratándose de niños sin ningún tipo de seguimiento médico en el 56%. En relación a esto, se concluyó que la mayoría de consultas fueron por motivos no urgentes (46.7% con una prioridad igual o superior a cuatro o “poco urgente”) (1), fundamentalmente de etiología respiratoria (1, 3, 8) e infecciosa (1, 8), que en la mayoría de casos no requirieron de la realización de pruebas complementarias (1, 3) y fueron dados de alta sin tratamiento (1), a pesar de lo cual, un sector “reconsultó” (acudió a consulta de nuevo) en las 48 horas siguientes (1, 3, 10), suponiendo un aumento de las pruebas complementarias realizadas y de los ingresos en la unidad (10).

Por lo que conocemos actualmente de la hiperfrecuentación en los servicios de UP y de AP es que, por regla general, suelen darse en niños menores de dos años, de ambos sexos, hijos de padres primerizos, de edad avanzada, con altos ingresos económicos y niveles de estudios mayoritariamente bajos, con cierta tendencia a la ansiedad y que consultan por procesos sin relación a los antecedentes personales del menor, de carácter no urgente y que no suelen requerir la realización de pruebas complementarias ni de la administración de tratamientos, a pesar de lo cual, cierto porcentaje regresa a urgencias en un plazo de 48 horas (1-5, 7-10).

Dada esta situación, no es de extrañar que se hayan propuesto con los años medidas de acción para el manejo de este tipo de pacientes. Sin embargo, entre estas medidas, centrarse solo en el incremento de los recursos sanitarios (cantidad de especialistas, horarios de atención, número de centros de salud) resulta insuficiente, tal y como

recogen Benjamín Herranz Jordán y Juan José Jiménez García en una de sus cartas al editor (11). El problema central -el uso excesivo de los servicios de UP- sigue presente, probablemente asentado sobre una base que requiere un abordaje amplio, incluido el psicosocial. Del mismo modo, se deduce de estas publicaciones la necesidad de ampliar y fomentar campañas de educación sanitaria y de una mayor inversión de tiempo a la hora de comunicarse con los pacientes (en este caso sus progenitores) para que comprendan de qué manera actuar ante determinados procesos. Así mismo, sería recomendable asegurar la coordinación entre todos los niveles de asistencia implicados, concretamente la atención primaria y especializada (3, 7, 8). La cuestión una vez planteado esto, es el impacto que podría tener la creación de este tipo de medidas específicas para el trato de estos individuos desde el punto de vista unipersonal, centrándose en sus necesidades y características particulares. Una posible alternativa podría implicar implementar medidas para gestionar y mejorar el desempeño del trabajo diario de los especialistas en Pediatría y, por ende, lograr un mayor grado de satisfacción no solo para el usuario y sus tutores legales, sino también para los propios profesionales que abordan las consecuencias derivadas de la hiperfrecuentación. Asimismo, de forma colateral, la reducción de la hiperfrecuentación liberaría parte de la carga asistencial en los servicios de urgencias, optimizando su uso y reduciendo los costes sanitarios (3).

Finalmente, y dicho todo lo anterior, la base para comenzar a trabajar sobre estos proyectos y lograr los citados resultados se sitúa en el reconocimiento e identificación de los perfiles típicos de los pacientes hiperfrecuentadores (contexto familiar en el caso de los pacientes pediátricos), a través del estudio de dicha parte de la población y su descripción exhaustiva.

Hipótesis del trabajo y objetivos

A raíz de la presencia de hiperfrecuentadores en nuestro sistema sanitario y al impacto que estos pueden tener sobre el trabajo llevado a cabo a diario en dicho ámbito, resulta interesante, ante todo, conocer las características y necesidades, en el contexto pediátrico, de aquellos menores y, en consecuencia, padres que generan una mayor demanda asistencial. Del mismo modo, es también de interés conocer el tipo de consultas que realizan y las particularidades de las mismas.

Por tanto, la hipótesis que se planteó en este proyecto de investigación fue la de demostrar la asociación entre la *utilización excesiva* del servicio de UP hospitalarias del servicio de pediatría y unas *características tipo* del paciente, sus tutores legales y las *consultas* realizadas. Bajo esta premisa se buscó describir un perfil de base que englobara al mayor porcentaje de pacientes que integraran el grupo -hiperfrecuentadores de UP- en que el estudio se basa. Así mismo, nos retamos a comprobar si, bajo el perfil citado, las características de los padres de dichos pacientes y del tipo de consulta que realizaban, seguían también algún tipo de patrón o compartían semejanzas importantes. Para esto, se llevó a cabo una recogida de datos precisa y exhaustiva, analizando los informes de alta y las pruebas complementarias solicitados a aquellos pacientes menores de 15 años que habían realizado 10 consultas o más en un mismo año, así como otras variables asociadas tanto al menor como a sus progenitores y/o tutores legales y a las consultas realizadas; pretendiendo con ello comprobar si realmente existía una línea típica de comportamiento en la descripción de estos individuos.

Esperamos unos resultados concluyentes y útiles, con valor aplicable al desarrollo y a la planificación de protocolos de asistencia dirigidos a este porcentaje de pacientes, para colaborar así con la mejora en la calidad y la efectividad de los servicios de asistencia sanitaria, lo que podría conllevar a una disminución de la carga asistencial, del gasto sanitario y, por supuesto, un aumento en el nivel de satisfacción tanto de los usuarios como de los profesionales.

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio descriptivo y transversal en el que del total de pacientes de edad inferior a 15 años residentes en la isla de Tenerife y asignados al hospital de tercer nivel, CHUNSC (70.927 pacientes en el año 2018) (12), se seleccionaron a aquellos que en el período que abarca desde el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2019, realizaron 10 o más consultas en el servicio de UP de dicho hospital (69 pacientes según la base de datos hospitalaria). En este proceso, se excluyeron a pacientes que residían en las islas de La Gomera y El Hierro, dado que, aunque dependan en última instancia del CHUNSC, tienen un hospital con servicio de UP como paso previo a este (Hospital Nuestra Señora de Guadalupe y Hospital Nuestra Señora de los Reyes, respectivamente)

y el traslado hacia el citado CHUNSC requeriría un esfuerzo adicional (por insularidad) en comparación a los que residen en Tenerife. Posteriormente, se limitó el número de pacientes a los que se ajustaban a la definición de hiperfrecuentador dada por otros estudios (1-3). En este punto, cabe aclarar que aquellos pacientes que fueron hiperfrecuentadores en más de un año se interpretaron como individuos diferentes según el año de hiperfrecuentación. De este modo, si un paciente realizó 10 o más visitas en dos años diferentes, se le asignó como dos pacientes diferentes, uno por cada año de hiperfrecuentación.

Establecida la muestra de pacientes a través de los criterios de inclusión (pacientes menores de 15 años adscritos al CHUNSC que realizaron más de 10 consultas a UP a lo largo de un año dentro del período que incluye desde 2014 a 2019), se procedió a la recogida de datos.

En primer lugar, tras la conformidad por parte del Comité Ético del CHUNSC se llevó a cabo una entrevista telefónica con el padre/madre del menor a través de la cual se planteó el estudio, solicitándose el consentimiento informado verbal para la participación en el mismo y se realizaron una serie de cuestiones relacionadas con las variables a recoger [Anexo 1]. Tras esto, se procedió a la revisión sistemática de todos los informes de alta del servicio de UP disponibles de cada menor durante el año de hiperfrecuentación, así como de las pruebas complementarias realizadas, para completar de este modo la información del resto de variables de interés en el estudio [Anexo 2].

Durante este período de recogida de datos se descartaron algunos pacientes a causa de no cumplir los criterios de inclusión o presentar uno o varios de los criterios de exclusión establecidos para el estudio (pacientes que tuvieran en el momento del estudio 15 años, cuyo hospital de referencia por residencia no fuera el CHUNSC y/o que no hubiera realizado las 10 visitas determinadas al servicio de UP en el período y bajo las condiciones establecidas). Además, cabe destacar que durante esta fase se perdieron seis pacientes de la muestra a consecuencia de la imposibilidad para contactar con sus progenitores por vía telefónica. También se presentaron limitaciones en la revisión de los informes de alta y de las pruebas complementarias, dado que no se pudo acceder a parte de la historia clínica de algunos de los menores, mientras que, por otro lado, determinados informes presentaban datos incompletos para nuestro estudio.

Con todo, una vez recogidos los datos correspondientes, se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS® v22.0 y se vertió en ella toda la información adquirida para posteriormente, concretarse el análisis descriptivo de las variables cualitativas a través del cálculo de las distintas frecuencias absolutas y relativas; contando en el proceso con la ayuda de la Unidad de Investigación (UI) del CHUNSC. A partir de los resultados obtenidos se extrajeron las conclusiones con las que se trabajará desde este apartado en adelante.

Resultados

Del total de menores identificados como hiperfrecuentadores en el servicio de UP del CHUNSC, se obtuvo acceso a toda la información necesaria para el estudio de 49 casos. En estos, se pudo realizar tanto la entrevista telefónica con los progenitores como la revisión sistemática de sus informes de alta y pruebas complementarias realizadas en el servicio de UP. Tras el análisis de los datos recogidos en el programa SPSS y el cálculo de las diferentes frecuencias absolutas y relativas, se obtuvieron los siguientes resultados, divididos según la variable a estudio.

Edad

La media de edad en los menores hiperfrecuentadores de UP del CHUNSC fue de 4.3 años. El 61.2% de la muestra se correspondía con niños ≤ 2 años (30 individuos), siendo el 38.8% restante >2 años. Dentro del grupo mayoritario de ≤ 2 años, destacó el número de individuos con edad ≤ 1 año, que representaban el 70% del total de los 30 citados [Figura 1]. En cuanto a la mediana de la muestra, esta se situó en los 2 años (2.3 años, concretamente).

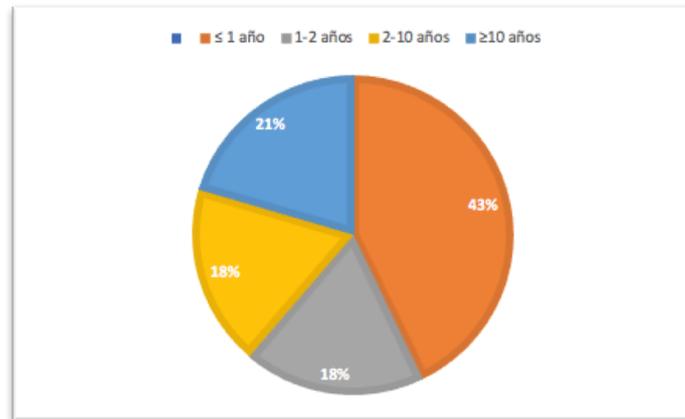


Figura 1. Distribución de la muestra por edades.

Género

En relación al género, se observó cierta desigualdad entre el porcentaje de varones y mujeres que hiperfrecuentan UP. Del total de hiperfrecuentadores, fueron varones el 44.9%, frente al 55.1% de mujeres; siendo la diferencia entre ambos del 10.2% [Figura 2]. Lo interesante de esta situación es que esta diferencia de porcentajes se podría asociar al hecho de que la población femenina española supera, del mismo modo, a la masculina (según datos del INE, del total de 46.934.632 españoles que vivían en 2019, 23.926.770 eran mujeres y 23.007.862 hombres). Sin embargo, al valorar la situación en Canarias, específicamente en el centro del estudio (CHUNSC), se observó que de los 72.294 menores que residían en los municipios adscritos al centro en el año 2019, 35.109 eran mujeres y 37.185 hombres. Esto podría hacer replantear la relevancia de la diferencia en nuestra muestra (10.2%), haciendo más hiperfrecuentadoras a las mujeres. Sin embargo, descartamos esto dado el pequeño tamaño muestral, planteando la necesidad de evaluar si esto ocurre de igual forma en todas las islas.

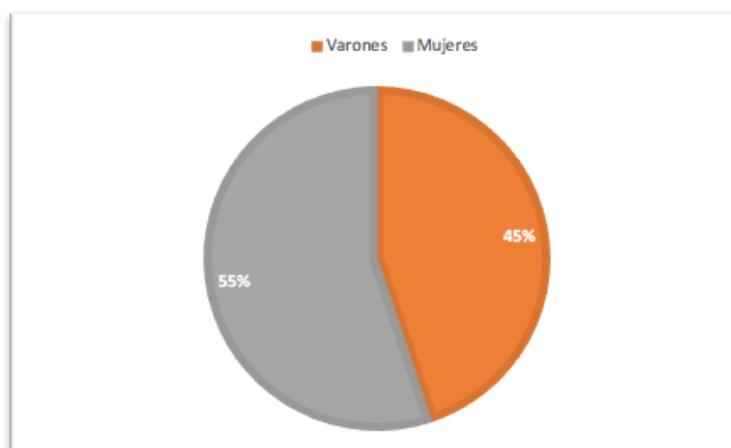


Figura 2. Distribución de la muestra por género.

Número de hermanos y posición respecto a los mismos

Del total de 49 sujetos de la muestra se obtuvo que: 9 (18.4%) eran hijos únicos, 22 (44.9%) tenían un hermano, 13 (26.5%) tenían dos hermanos y 5 (10.2%) tenían tres hermanos [Figura 3]. Así, el porcentaje de hiperfrecuentadores que eran hijos únicos fue tan solo del 18.4%, frente al 81.6% de aquellos que tenían al menos un hermano. Sin embargo, para entender mejor estas cifras, lo interesante es saber si aquellos hiperfrecuentadores con hermanos eran los primogénitos o no, puesto que ello podría devaluar las conclusiones al no tenerse en cuenta que, en su momento, dichos pacientes fueron también hijos únicos en el año en que hiperfrecuentaron el servicio de UP. Así, de los 40 menores con al menos un hermano, 13 fueron primogénitos (32.5%), mientras que 23 son actualmente los hermanos más pequeños (57.5%), dejando un total de 4 menores (10%) que ocupan la posición de hermano mediano [Figura 4].

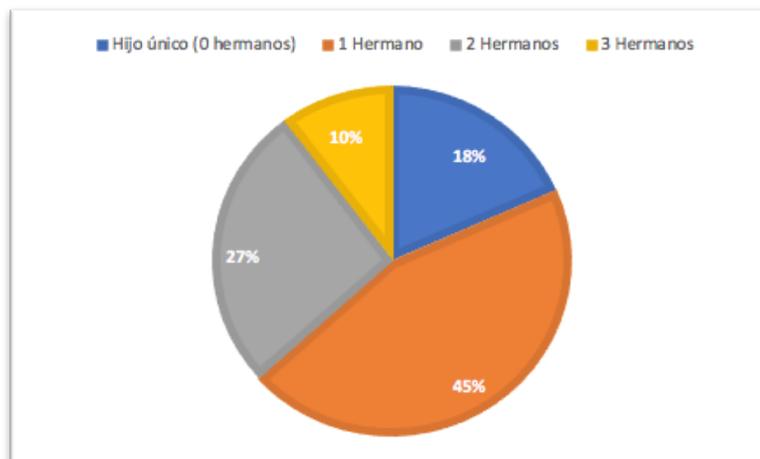


Figura 3. Distribución de la muestra según el número de hermanos.

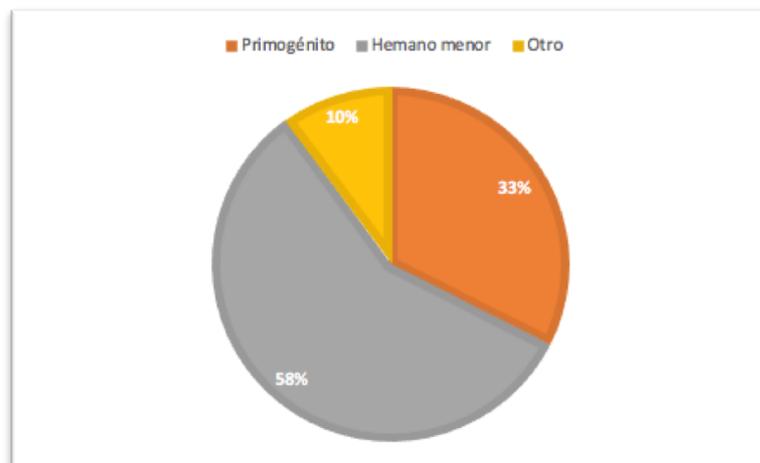


Figura 4. Distribución de los menores con al menos un hermano (40) en relación a su posición respecto a los mismos.

La minoría era hijos únicos en la actualidad. No obstante, si sumamos a los que lo fueron en algún momento (primogénitos), obtuvimos un ascenso del porcentaje hasta el 36.7% (subida del 18.4%). Por otro lado, destacó también el número de hermanos pequeños (23), quienes representaban el 46.9% (57.5% si no teníamos en cuenta a los hijos únicos) de hiperfrecuentadores de nuestra muestra.

Lugar de nacimiento y nacionalidad

En lo que respecta a este apartado, 44 de nuestros pacientes (89.8%) nacieron en el CHUNSC, mientras que los otros cinco (10.2%) lo hicieron en un hospital diferente, siendo ahora el primero (CHUNSC) su centro de referencia, tras una mudanza (tres pacientes) o problemas en embarazos anteriores (en dos pacientes sus padres optaron por cambio de hospital de referencia) [Figura 5]. De todos, solo uno (2%) de los integrantes de la muestra era de nacionalidad no española (venezolana) [Figura 6].

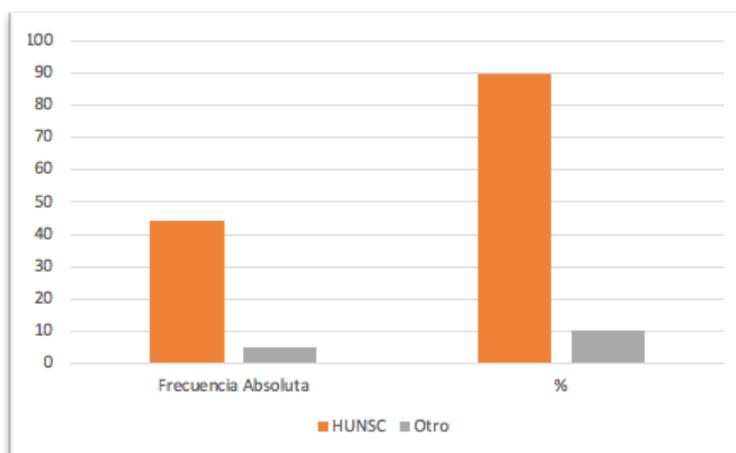


Figura 5. Distribución de la muestra por lugar de nacimiento.

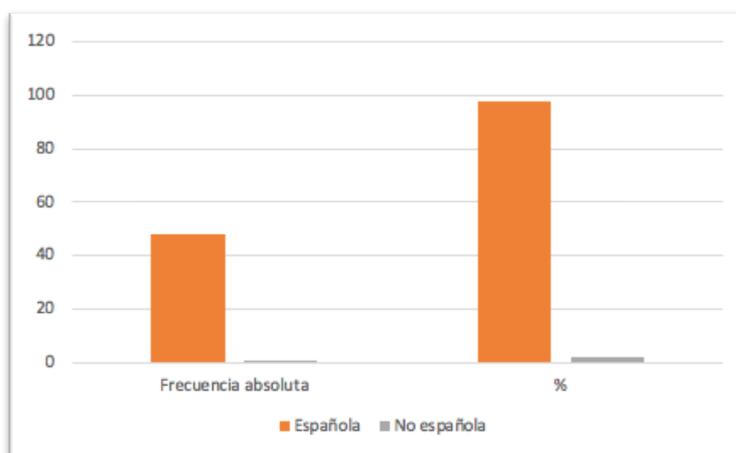


Figura 6. Distribución de la muestra por nacionalidad.

Presencia de problemas durante la gestación y/o el parto

En este apartado se buscaba una respuesta positiva o negativa a la pregunta “¿experimentó problemas a lo largo de la gestación y/o durante el parto?”, aclarándose que la cuestión se refería al desarrollo de hipertensión arterial (HTA), diabetes, patología tiroidea... durante el embarazo o al adelantamiento del parto (prematuridad), inducción por patología fetal o materna (líquido meconial, placenta previa, eclampsia...) o evolución anómala del mismo (cesárea, parto instrumental). El resultado que se obtuvo fue una respuesta afirmativa por parte de 29 individuos (59.2%) y negativa de 20 (40.8%). 29 de los hiperfrecuentadores tuvieron alguno de los problemas citados [Tabla 1].

PRESENCIA DE PROBLEMAS DURANTE LA GESTACIÓN Y/O PARTO

Partos Prematuros, N (%)	5 (17.2%)
Partos Inducidos, N (%)	5 (17.2%)
<ul style="list-style-type: none"> Feto Post-Maduro 	3 (60%)
<ul style="list-style-type: none"> Oligoamnios 	1 (20%)
<ul style="list-style-type: none"> Embarazo de alto riesgo 	1 (20%)
Estados Hipertensivos del Embarazo, N (%)	7 (24.1%)
<ul style="list-style-type: none"> Hipertensión crónica 	1 (14.3%)
<ul style="list-style-type: none"> Pre-eclampsia (referida por la madre) 	5 (71.4%)
<ul style="list-style-type: none"> No especificada* 	1 (14.3%)
Amenaza de Parto Prematuro, N (%)	3 (10.3%)
Otros, N (%)	9 (31%)
<ul style="list-style-type: none"> Cesárea programada 	1 (11.1%)
<ul style="list-style-type: none"> Cesárea no aclarada* 	2 (22.2%)
<ul style="list-style-type: none"> Aspiración meconial 	1 (11.1%)
<ul style="list-style-type: none"> Posibles sufrimientos fetales* 	4 (44.4%)
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico prenatal de malformación gastrointestinal que precisó cirugía* 	1 (11.1%)

Tabla 1. Descripción de los problemas durante la gestación y/o parto referidos por aquellos progenitores que contestaron “sí” a la cuestión “¿experimentó problemas a lo largo de la gestación y/o durante el parto?”.

*En estos casos, no se aclaró y/o especificó más de lo descrito acerca de los problemas referidos.

Patología crónica

Respecto a esta variable, se valoró la presencia de patología crónica en los menores, considerándose como tal, cualquier condición clínica presente durante más de tres meses o estar en seguimiento por un especialista para el despistaje de la misma. Bajo esta premisa se encontró que tan solo seis pacientes carecían de patología crónica (12.2%), frente a los 43 que si la presentaban (87.8%). Sin embargo, no todas las patologías crónicas son de la misma índole ni de la misma gravedad, no requiriendo el mismo grado de seguimiento por el servicio de pediatría ni justificando la hiperfrecuentación de las UP. Por ello, analizamos también el tipo de patología presente en los 43 pacientes incluidos en el grupo de “presencia de patología crónica” [Tabla 2].

PRESENCIA DE PATOLOGÍA CRÓNICA

Pacientes en estudio, N (%)	12 (27.9%)
• Neumología	6 (50%)
• Nefrología	3 (25%)
• Alergología	2 (16.7%)
• Neurología	1 (8.3%)
Patología neurológica, N (%)	9 (20.9%)
• Parálisis cerebral, síndrome de dolor regional complejo, retraso psicomotor, epilepsia generalizada, hidrocefalia congénita	
Patología neumológica, N (%)	7 (16.3%)
• Hiperreactividad bronquial	
Patología reumática, N (%)	3 (7%)
• Lupus eritematosos sistémico	
Patología traumatológica, N (%)	3 (7%)
• Escoliosis	
Seguidos en otros servicios, N (%)	4 (9.3%)
• Endocrinología	1 (25%)
• Alergología	1 (25%)
• Hematología	1 (25%)
• Nefrología	1 (25%)
Indeterminados, N (%)	5 (11.6%)
• Pluripatología compleja seguida por varios servicios simultáneamente	

Tabla 2. Descripción de las patologías crónicas descritas en las historias clínicas de los menores considerados como portadores de dicha característica.

Edad de los progenitores

En relación a esta variable, se valoró la edad de los progenitores en el momento del nacimiento del hijo hiperfrecuentador (no la actual). En base a esto, las madres de los hiperfrecuentadores estudiados resultaron tener una edad media de 30 años (mediana de 29 años), mientras que los padres contaban con una media de 33.9 años (mediana 33 años). En relación a los rangos de edad, cuatro madres eran menores de 22 años (8.2% \leq 21 años), 9 eran mayores de 34 (18.4% \geq 35 años) y las 36 restantes tenían entre 22 y 34 años (73.5%); en cuanto a los padres, tres eran menores de 22 años (6.4% \leq 21 años), 19 eran mayores de 34 (40.4% \geq 35 años) y los 25 restantes tenían entre 22 y 34 años (53.2%). Otro dato a destacar es que la mayoría de madres jóvenes (\leq 21 años) fueron primerizas (75%), mientras que entre las madres de edad avanzada (\geq 35 años) solo lo fueron tres (33.3%). Algo similar ocurre con los padres, siendo todos los jóvenes primerizos (100%) y solo ocho (42.1%) entre los que contaban con edad avanzada (\geq 35 años). En el grupo que comprende las edades entre 21 y 35 años, fueron primerizas 14 de 36 madres ((38.9%) y 13 de 25 padres (52%) [Figura 7].

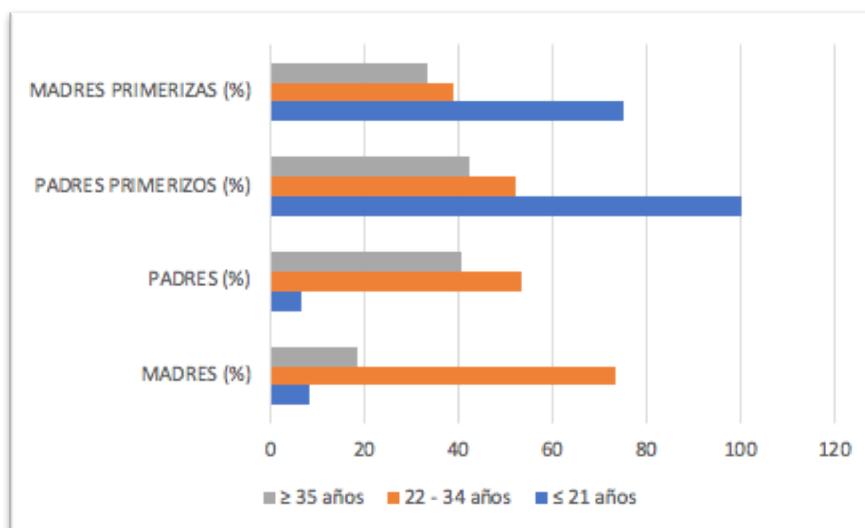


Figura 7. Distribución de los progenitores de la muestra según edad y sexo y proporción de progenitores primerizos por edad y sexo.

Nacionalidad de los progenitores

En consideración al origen de los progenitores, del total de 49 pacientes, un 12.2% contaba con al menos un progenitor de nacionalidad no española, destacando la presencia de latinoamericanos (10.2%), seguramente dada la tradición histórica de las

islas con Latinoamérica. Sin embargo, fue significativamente mayor la proporción de menores hijos de españoles (87.8%), en su mayoría autóctonos de las islas.

Estado civil de los progenitores

En este apartado se valoró si los progenitores del menor eran padres / madres solteras (responsables únicos del menor) o si mantenían algún tipo de relación entre ellos (convivientes o no convivientes y, por ende, subsidiarios de custodia compartida). El resultado fue la presencia en la muestra de dos madres solteras (4.1%), 34 parejas convivientes (69.4%) y 13 no convivientes con custodia compartida (26.5%) [Figura 8].

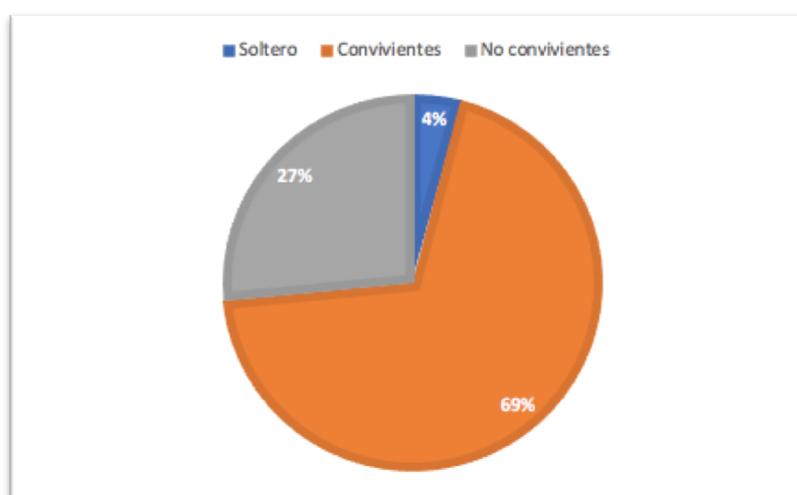


Figura 8. Distribución de la muestra según el estado civil de los progenitores.

Uso de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA)

De los 49 individuos que conformaron la muestra, en cinco casos se confirmó el uso de TRA para favorecer el embarazo (10.2%), haciendo uso en la totalidad de casos de tratamientos de tipo médico (progesterona, heparina, adiro...) para favorecer la fertilidad.

Disponibilidad de pediatra de zona

Para la valoración de esta variable se preguntó a los progenitores, en primer lugar, a qué centro de salud (CS) estaba adscrito el menor hiperfrecuentador y, posteriormente, si este les quedaba próximo a la residencia habitual, con facilidad para desplazarse a él. Se obtuvo que solo dos pacientes tenían el CS lejos de su domicilio, no siendo, además, el

correspondiente a su lugar de empadronamiento (4.1%); a pesar de lo cual, ninguno había solicitado el cambio dada su satisfacción con el pediatra responsable. De los 47 pacientes restantes que respondieron “sí” a la cuestión de cercanía del CS correspondiente (95.9%), se excluyó a tres menores que hacían uso de la sanidad privada (6.1%). Con todo, quedó un grupo de 46 pacientes usuarios de CS públicos, 44 de los cuales definían a dichos centros como “cercanos” y “de fácil acceso” por sus responsables (89.8%), mientras que 2 referían “lejanía” [Figura 9].

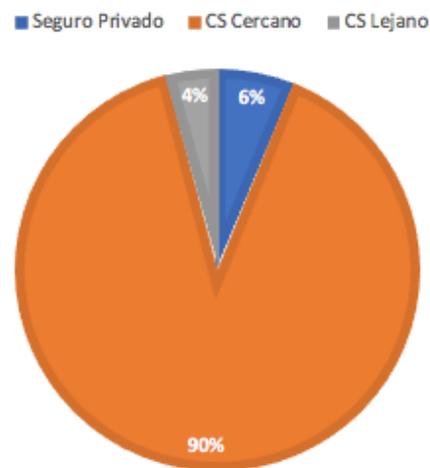


Figura 9. Distribución de la muestra en función de la disponibilidad de pediatra de zona.

Siguiendo esta línea, se retomó a los 46 pacientes usuarios de CS pertenecientes a la sanidad pública al que acudir (independientemente de que estuvieran próximos o no a la residencia) para cuestionar si acudían en primer lugar a estos o por el contrario preferían acudir directamente al CHUNSC u otro centro hospitalario público (Hospital del Sur o Servicio de UP Jaime Chávez, “Hospitalito”). En base a esto se obtuvo que 35 pacientes eran llevados en primer lugar al CS (76.1%). De ellos, solo 9 (25.7%) aclararon que, aunque iban primero al CS, valoraban otros aspectos. Concretamente, cinco decían valorar la gravedad del problema del menor (55.6%), mientras que los cuatro restantes valoraban el horario y, en consecuencia, la presencia de pediatra en el CS (44.4%). Los 26 restantes no hicieron aclaración de ningún tipo al respecto. Por otro lado, en 11 casos los pacientes eran llevados prioritariamente al centro hospitalario (23.9%). En este segundo grupo tres padres aclararon que lo hacían debido a la situación del menor con pluripatología por “enfermedad rara” (definida así por los padres) (27.3%), uno se quejó de la ausencia de pediatra de forma repetida en el CS de Los Gladiolos (9.1%) y los siete restantes no dieron motivos concretos (63.6%).

Número de Consultas en Urgencias Pediátricas (NCUP)

En total, los hiperfrecuentadores acumulaban 640 visitas en el tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2019, es decir, una media de 106.7 visitas por año. La media total de hiperfrecuentadores por año de estudio fue de 8.2, mientras que la de visitas por hiperfrecuentador es de 13.1. El número máximo de visitas por hiperfrecuentador fue de 21 visitas, siendo el mínimo de 10 (criterio de inclusión). Los años con mayor número de hiperfrecuentadores fueron 2017 y 2018, ambos con 12 individuos que cumplían criterios y, respectivamente, 159 y 156 visitas. Tras estos se encuentra 2016, con 10 hiperfrecuentadores y 129 visitas; 2015, con ocho hiperfrecuentadores y 107 visitas; 2014, con cinco hiperfrecuentadores y 56 visitas; y 2019, con dos hiperfrecuentadores y 29 visitas. Las medias de visita por hiperfrecuentador son de 11.2 en 2014, 13.4 en 2015, 12.9 en 2016, 13.2 en 2017, 13 en 2018 y 14.5 en 2019. Visto esto y retomándose el cómputo total de visitas (640), se observó lo siguiente [Tabla 3].

DESCRIPCIÓN DE LAS CONSULTAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Sexo, N (%)	
• Mujeres	365 (57%)
○ Media de visitas por mujer: 13.04	
• Varones	275 (43%)
○ Media de visitas por varón: 13.1	
Horario, N (%)	
• Mañana (8.00 – 15.00)	204 (31.9%)
• Tarde (15.00 – 22.00)	245 (38.3%)
• Noche (22.00 – 8.00)	191 (29.8%)
Indicaciones, N (%)	
• Indicación facultativa	86 (13.4%)
• Iniciativa propia	512 (80%)
• Otros (accidente, llamada al 112)	42 (6.6%)
Pruebas complementarias requeridas, N (%)	
• Si	241 (37.7%)
• No	399 (62.3%)
○ Ingreso hospitalario	18 (4.5%)

Tratamiento requerido no antitérmico, N (%)	
• Si	109 (17%)
• No	531 (83%)
○ Ingreso hospitalario	73 (13.7%)
Ingreso hospitalario requerido, N (%)	
• Si	83 (13%)
○ Por indicación facultativa	78 (94%)
○ Programados	4 (4.8%)
○ Otros (ansiedad materna)	1 (1.2%)
• No	557 (87%)
○ Ingreso hospitalario	18 (4.5%)
Re-consulta en 48 horas, N (%)	
• Si	142 (22.2%)
• No	498 (77.8%)
Alta voluntaria, N (%)	
• Si	3 (0.5%)
○ Alta voluntaria	2 (66.7%)
○ Fuga	1 (33.3%)
• No	637 (99.5%)

Tabla 3. Características de las consultas en UP de los menores hiperfrecuentadores incluidos en el estudio.

Discusión

Existen escasos estudios sobre la hiperfrecuentación en pediatría y, en los pocos que hay, varían las definiciones para considerar a un paciente dentro del grupo de hiperfrecuentadores (1-5), por lo que resulta difícil hacer comparaciones entre unos resultados y otros. Además, las características del estudio hacen que este presente ciertas limitaciones a la hora de recoger la totalidad de la información (llamadas telefónicas que no se pudieron realizar, informes de alta incompletos...), así como en el momento de extrapolar los resultados obtenidos. Sin embargo, a pesar de esto, hemos podido extraer una información bastante definida sobre lo que buscábamos, pudiendo describir, tal y como se planteó al comienzo del trabajo, un perfil concreto de los pacientes hiperfrecuentadores, su contexto familiar, las características de sus progenitores y de sus consultas en el servicio de UP en el terreno del CHUNSC.

De este modo, se describieron pacientes hiperfrecuentadores típicamente menores de dos años (61.2%), siguiendo la línea de dos de los estudios más amplios encontrados sobre el tema (1, 3), con un número incrementado de consultas en aquellos en el primer año de vida. Esto podría deberse, como indican Durá et al, a la mayor cantidad de actividades preventivas y de promoción de la salud realizadas en esta etapa de la vida y que tienen una influencia directa sobre la morbimortalidad infantil (8). Sin embargo, en lo relacionado al género, nuestros resultados difieren de los descritos en otros trabajos, puesto que a diferencia de la mayoría en los que se describe una frecuentación similar en varones y mujeres (2, 7-9), en el CHUNSC parece haber un mayor porcentaje de mujeres hiperfrecuentadoras (55.1%) que de hombres (44.9%). Como dijimos, esto pudo deberse a las diferencias poblacionales nacionales en cuanto al género; no obstante, analizando la demografía de la isla de Tenerife y de los municipios adscritos al centro del estudio, se vio que esta no seguía la línea nacional, siendo ligeramente superior la población masculina frente a la femenina. Así, sería interesante valorar si lo obtenido en esta investigación es aplicable al resto de instituciones hospitalarias de las islas, siendo así una particularidad de la región, o si ha sido fruto del pequeño tamaño de la muestra sobre la que se ha trabajado. Por otro lado, nuestros resultados también se alejan de la idea general de que son los hijos únicos y los primogénitos los que más consultan en UP (3, 7, 9), viéndose una mayor frecuencia de visitas en pacientes con al menos un hermano (81.6%). Además, los primogénitos solo representaban un 36.7% de nuestra muestra frente al 46.9% de hermanos pequeños. Es en lo que atañe a la nacionalidad en lo que recuperamos la tendencia general descrita en los diferentes estudios del tema, viéndose un reducido número de hiperfrecuentadores de nacionalidad extranjera (2%) frente a la población nacionalizada en nuestro país (98%) (3).

Una variable que decidimos analizar en este trabajo y que no parecía haberse valorado en otros proyectos fue la presencia de problemas durante la gestación y/o el parto, experiencia que podría haber generado en los progenitores una mayor preocupación por la salud de sus hijos. Se observó, como ya está descrito en apartados previos, un importante porcentaje de la muestra (59.2%) en el que sí se refirieron este tipo de problemas. Así, podría plantearse para futuros estudios si la existencia de alteraciones durante la gestación y/o el parto aumenta la tendencia a la hiperfrecuentación en los menores. De la misma manera, siguiendo esta línea de pensamiento, también es

interesante estudiar el peso de las patologías crónicas en la hiperfrecuentación, tanto por el impacto que estas tienen en la salud de los pacientes como en los niveles de ansiedad paternos. En nuestros resultados, lo que se observó es que la amplia mayoría de hiperfrecuentadores entraban en los criterios definidos de “enfermo crónico”, existiendo un 87.7% de pacientes crónicos frente al 12.2% de sanos. Aún así, es importante valorar que parte de nuestros pacientes con patología crónica están todavía en estudio (27.9%). Además, también se describió un mayor número de enfermos por patología neurológica (20.9%) y neumológica (16.3%) que de otro tipo (23.3%).

En lo que respecta a los padres, nuestra media de edad en ambos sexos fue ligeramente más baja que la descrita en otros estudios (2, 5, 6, 7, 9), siendo menor el número de progenitores de edad avanzada (madres: 18.4% \geq 35 años / padres: 40.4% \geq 35 años) que de edades medias (madres: 73.5% entre 22 y 34 años / padres: 53.2% entre 22 y 34 años). Tampoco parece, con las limitaciones de nuestro tamaño muestral, que en Canarias fueran más hiperfrecuentadores los hijos de padres y madres primerizos (3, 7), manteniéndose su presencia en el 46.9% frente al 53.1% de no primerizos. Lo que si se mantuvo fue el mayor número de progenitores convivientes (69.4%) frente a no convivientes (2, 3, 5) y de nacionalidad española (87.8%) frente a extranjera (3, 7). En nuestro estudio, además, se valoró el uso de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) a la hora de lograr el embarazo, bajo la premisa de que ello (el deseo genésico elevado y la subsecuente dificultad para lograrlo) pudiera suponer una mayor preocupación por la salud y el bienestar del hijo o incluso unos mayores niveles de ansiedad (4, 5). Lo que se describe en relación a ello es un 10.2% de la muestra en la que se refiere haber recurrido a alguna de las citadas técnicas.

Otra de las variables que valoró nuestro trabajo pero que no estaba presente en otras investigaciones fue la disponibilidad de pediatra de zona. En los resultados obtenidos, lo que se refleja de la población pediátrica hiperfrecuentadora del CHUNSC tiene, en su mayoría (95.9%), un centro de salud (CS) próximo a su lugar de residencia al que pueden acceder sin grandes dificultades, siendo además estos el punto de consulta inicial del mayor número de padres ante patología en el menor (76.1%). Sin embargo, la problemática de este apartado es la falta de conocimiento sobre si lo que los entrevistados afirman por vía telefónica se lleva a cabo del mismo modo ante situaciones reales.

Finalmente, el apartado en el que se encontraron más similitudes entre nuestros resultados y los de otros estudios previos fue en el dedicado a la descripción de las consultas en UP. De este modo, las consultas en UP en el CHUNSC han aumentado en los últimos años (las mayores tasas de hiperfrecuentación corresponden a los años 2017 y 2018), se realizan mayoritariamente en horario de tarde (38.9%), seguido por el horario de mañana (31.9%) y de noche (29.8%) (1), por lo general no requieren de la realización de pruebas complementarias (62.3% concluyen sin pruebas, frente al 37.66% en las que si se solicitan) (1, 3) ni de tratamiento (83% fueron dados de alta sin terapia) (1), los ingresos fueron minoritarios (13% de ingresos frente a 87% de altas) y, a pesar de ello, cierto porcentaje “reconsultó” en las 48 horas siguientes a la última visita (22.2%) (1, 3, 10). Además, si bien no se llegó a contabilizar por la instauración del Estado de Alarma en el país (lo que impidió acudir nuevamente al CHUNSC), si se percibió un importante número de consultas por causa respiratoria (1, 3, 8). Por otro lado, nuestro estudio también valoró la indicación bajo la que se realizaron las consultas en UP, recogida en la historia clínica electrónica. El resultado, como ya se citó en apartados previos, fue una amplia mayoría de consultas por iniciativa propia (en este caso, decisión de los padres) (80%) frente a las que se realizaron por indicación facultativa (13.4%) o situaciones de emergencia (6.6%). Lo que desconocemos en este punto es si los progenitores que actuaron por propia iniciativa lo hicieron bajo recomendación facultativa previa (casos en los que se les daba criterios para acudir a urgencias) o porque lo valoraron como necesario en el momento, pudiendo ser más o menos acertados en cuanto a su decisión. En cuanto al número de altas voluntarias, este fue mínimo, con una representación del 0.5%.

Conclusiones

El perfil que describió nuestro estudio de los pacientes hiperfrecuentadores del servicio de UP en el CHUNSC fue el de niños menores de dos años, más frecuentemente mujeres, de nacionalidad española, con al menos un hermano, siendo típicamente estos - los hiperfrecuentadores- los menores de la familia y con presencia de patología crónica en estudio; hijos de padres con edades comprendidas entre los 22 y los 35 años, no primerizos, convivientes, de nacionalidad española, con capacidad de desplazamiento hasta el centro de salud asignado por padrón y que refirieron acudir de primeras a este

antes que al centro hospitalario; y cuyas visitas predominaban en horario de tarde, fueron por iniciativa propia y concluyeron mayoritariamente en alta, sin necesidad de pruebas complementarias o instauración de tratamiento y con un pequeño porcentaje de reconsulta. Así, se observó como nuestra muestra seguía parte de la línea general descrita para los hiperfrecuentadores, pero difería en algunos puntos que podrían deberse a una tendencia característica en las islas y valorable para el planteamiento de estudios futuros.

Con todo, podemos concluir este trabajo de investigación con la idea de que los hiperfrecuentadores pediátricos de nuestra muestra presentaron un perfil propio y que, si bien no representaron un número elevado del total de pacientes atendidos en el servicio de UP, esto no exime de la necesidad de una atención que responda a sus necesidades individuales como pacientes complejos y a las de sus responsables como personas expuestas a una mayor carga de preocupación. Quizá, bajo esta visión, no solo resulta primordial la potenciación de los recursos, sino también potenciar el mayor enfoque en la educación sanitaria de los padres, para intentar reducir con ello el número de visitas por iniciativa propia y de reconsultas de los pacientes o asegurar que, si se realizan, sea por necesidad y no por miedo o inseguridad ante la falta de conocimiento. Dar a los padres cursos de formación o charlas sobre el manejo de la enfermedad en sus hijos u ofrecerles una vía de comunicación telemática para dudas o situaciones de dilema sobre si acudir o no a urgencias podría ser una opción plausible y, visiblemente, asequible para el Sistema Nacional de Salud. Curiosamente, dada la situación actual, la atención telemática pediátrica se esta instaurando en muchos centros tanto de AP como de especializada.

Finalmente, cerramos este trabajo planteando, de cara el futuro, una posible ampliación de la línea de investigación hacia el ámbito de la AP, donde el problema de hiperfrecuentación parece ser mayor y las soluciones, quizás aún más prometedoras.

¿Qué he aprendido durante la realización de este Trabajo de Fin de Grado (TFG)?

Durante la realización del TFG he aprendido, en primer lugar, todo el esfuerzo que implica cada proyecto de investigación y el valor de cada paso que se da en él: la importancia de una buena planificación previa, el papel de la bibliografía ya existente como guía para los nuevos trabajos, el cuidado a la hora de recoger los datos y plasmarlos sin equivocaciones en las correspondientes bases, las habilidades técnicas y de manejo de programas informáticos y estadísticos (entre ellos, el Excel y el SPSS) indispensables, la capacidad de comunicación escrita para explicar claramente qué haces, cómo lo haces y por qué lo haces y, sobre todo, el tiempo que se ha de invertir en todo el proceso (que no es poco). Sin embargo, creo que de las cosas más relevantes que he aprendido son la importancia de saber cómo manejar la frustración que conlleva la aparición de imprevistos en el transcurso del estudio, el valor de los errores como método de aprendizaje y de las comparaciones positivas y, por encima de todo, el papel fundamental de un buen apoyo dentro y fuera del proyecto, tanto por parte de quién supervisa tu trabajo como de quién te acompaña en el proceso.

Bibliografía

- (1) Rivas A, Manrique G, Butragueño L, Mesa S, Campos A, Fernández V, et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *An Pediatr* 2017;86(2):67-75.
- (2) Parejo N, Lendínez JM, Bermúdez FM, González L, Gutiérrez MP, Espejo T. Prevalencia y factores asociados a la hiperfrecuentación en la consulta de medicina de familia. *Semergen* 2016;42(4):216-24.
- (3) Piñeiro R, Muñoz C, de la Parte M, Mora M, Hernández D, Casado E, et al. Hiperfrecuentadores en Urgencias Pediátricas: ¿es todo culpa de los padres? *Rev Pediatr Aten Primaria* 2017;19:137-45.

- (4) Tapia C, Gil V, Orozco D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria* 2005;36(2):64-70.
- (5) Igual R, Castro E, Alonso I, Terradas M, de Frutos E, Cebrià J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? *An Pediatr* 2003;58(1):29-33.
- (6) Sandín M, Conde P. El significado de la palabra “hiperfrecuentación” para los profesionales de atención primaria. *Rev Calid Asist* 2011; 26(4):256-63.
- (7) Martín R, Sánchez M, Teruel C. Aspectos psicosociales relacionados con la hiperfrecuentación en las consultas pediátricas de AP. *An Pediatr* 2019;90(1):26-31.
- (8) Durá T, Gúrpide N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad peidátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria* 2001;27(4):244-9.
- (9) Tapia C, Gil V, Orozco D. Factores asociados a la hiperfrecuentación en consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria* 2005;36(3):167.
- (10) Cuadrado L, Floriano B, Gómez V, Campos C. Reconsultas en una unidad de urgencias pediátricas. *An Pediatr* 2017;87(1):61-2.
- (11) Herranz Jordán B, Jiménez García JJ. Hiperfrecuentación en urgencias pediátricas. *An Pediatr* 2017;87(2):121-3.
- (12) Memoria anual de actividad del complejo hospitalario Nuestra Señora de Candelaria: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/32c2a028-f23e-11e8-bfb3-8dc4373fd2c0/Memoria_2017_HUNSC.pdf.

Anexo

[Anexo 1] Cuestionario realizado al padre/madre/tutor legal del menor para la recogida de datos.

DATOS DEL PACIENTE (Nombre + Apellidos + Nº Historia Clínica)	
Nacionalidad del paciente	Española / No española.
Lugar de nacimiento del paciente	HUNSC / Otro.
Edad del padre	
Nacionalidad del padre	Española / No española.
Edad de la madre	
Nacionalidad de la madre	Española / No española.
Estado civil de los progenitores	Soltero / Conviven / No conviven.
Nº Hermanos	
Posición respecto a los hermanos	Hijo único / Hermano mayor / Hermano mediano / Hermano menor.
Uso de Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) para lograr el embarazo	Si / No.
Patología durante la Gestación / Parto	Si / No.
Lugar de residencia	
Centro de Salud (CS) al que está adscrito el menor	
¿Considera que tiene buena disponibilidad del Pediatra?	Si / No.
¿Acude al CS como primera opción? (Se entiende que, en caso contrario, prefiere acudir directamente a las urgencias hospitalarias)	Si / No.

[Anexo 2] Tabla para la recogida de datos incluidos en los informes de alta del servicio de UP de cada paciente durante el año de hiperfrecuentación.

DATOS DEL PACIENTE (Nombre + Apellidos + Nº Historia Clínica)	
Edad	
Sexo	Hombre / Mujer.
Año de hiperfrecuentación	
Nº Consultas en Urgencias Pediátricas (NCUP)	
NCUP en horario de mañana (8.00 – 15.00)	
NCUP en horario de tarde (15.00 – 22.00)	
NCUP en horario de noche (20.00 – 8.00)	
NCUP por indicación de un facultativo	
NCUP por iniciativa propia	
NCUP por otros motivos (acude en ambulancia, llamada a emergencias...)	
NCUP que requirieron pruebas complementarias	
NCUP que precisaron tratamiento que no fuera antitérmico	
NCUP que acabaron en ingreso	
NCUP realizadas en las siguiente 48 horas tras la previa	
NCUP en las que se solicitó el Alta Voluntaria	