

Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños

P. Polo Martín¹, E. Reyes Díaz¹, J. Mateu Mahiques², C. Casanova Matutano³

Resumen. *Objetivo:* Analizar la relación entre morbilidad y demanda en el contexto de la Atención Primaria pediátrica. Verificar si la morbilidad de los niños más consultantes es cualitativamente diferente al resto de la población.

Material y métodos: Estudio prospectivo de la demanda y morbilidad durante un año en dos consultas pediátricas de un centro de salud. Los motivos de consulta se agruparon en tipos genéricos de morbilidad, analizándose los diferentes tipos de morbilidad de cada paciente en relación con su nivel de demanda.

Resultados: Los problemas agudos fueron el motivo principal de demanda. El 85% de los hiperconsultantes frente al 12% de los bajos consultantes presentó morbilidad recurrente y el 23% frente al 7% presentó morbilidad crónica médica. El 1,5% de los hiperconsultantes frente al 47% de los bajos consultantes presentó exclusivamente morbilidad aguda. Los niños con morbilidad recurrente presentaron mayor demanda por problemas agudos y signos o síntomas inespecíficos. El niño que sólo presentó problemas de tipo agudo durante el primer semestre tuvo menor probabilidad (riesgo relativo: 0,57, IC 95%: 0,43-0,67) de ser alto consultante durante el segundo.

Conclusiones: Los niños con alto nivel de demanda presentan agregación de morbilidad recurrente y crónica médica mientras que aquellos con bajo nivel de demanda presentan con mayor frecuencia exclusivamente problemas agudos. El grueso de la demanda lo originan problemas agudos, que los pacientes más consultantes presentan en mayor número que el resto. La morbilidad recurrente condiciona mayor demanda por problemas agudos e inespecíficos no necesariamente relacionados desde un punto de vista biológico con la patología de base.

An Esp Pediatr 1998;49:273-279.

Palabras clave: Morbilidad; Atención Primaria pediátrica; Utilización de servicios sanitarios.

ANALYSIS OF THE RELATIONSHIP BETWEEN MORBIDITY AND PEDIATRIC PRIMARY HEALTH CARE UTILIZATION: A STUDY OF 1,359 CASES

Abstract. *Objective:* To analyse the relationship morbidity and utilization in the context of paediatric primary health care. To verify if the morbidity of children who most use primary care qualitatively different from the rest of the population.

Patients and methods: Prospective study of the utilization and morbidity over one year in two offices paediatric in a Health Center. Reasons for consulting were grouped into generic types of morbidity,

analysing the different types of morbidity of each patient in relation to their level of use.

Results: Acute problems were the main reason behind demand. 85% of high users as opposed to 12% of low users showed recurrent morbidity and 23% as opposed to 7% showed chronic medical morbidity. 1.5% of high users as opposed to 47% of low users presented acute morbidity. Recurrent morbidity was associated with greater use due to acute morbidity and non-specific signs or symptoms. The child who only presented with acute type problems in the first half-year was less likely (relative risk: 0.57, IC 95%, 0.43-0.67) to be a high user in the second half.

Conclusions: Children with high level of use group together and chronic medical morbidity whereas those with low level of demand more often present exclusively acute problems. The most part of visitor is caused by acute problems which patients who most consult present to a greater extent than the rest. Recurrent morbidity conditions greater demand due to acute and non-specific problems which are not necessarily associated from the biological point of view with the underlying illness.

Key words: Morbidity. Paediatric primary health care. Health services utilization.

Introducción

En los últimos años existe un creciente interés por analizar la utilización de los servicios sanitarios en la población general⁽¹⁻⁶⁾. Sin embargo, está menos extendido el estudio en la población pediátrica⁽⁷⁻¹³⁾. La mayoría de los trabajos sobre el consumo de asistencia pediátrica en España se han limitado a un análisis descriptivo de la frecuentación, evaluando la presión asistencial y el tipo de patología más prevalente^(7-11,14-17).

Conocer la distribución de la demanda en una población concreta e identificar los factores asociados a la variabilidad de la misma, son aspectos de interés a la hora de planificar los recursos sanitarios. El presente trabajo analiza la relación entre morbilidad y demanda en el contexto de la asistencia primaria pediátrica a una población con cobertura universal y ausencia de limitaciones económicas para el acceso a la asistencia. En concreto se plantea verificar si el tipo de morbilidad diagnosticada en los pacientes con mayor nivel de demanda presenta características diferentes del resto de la población.

Material y metodología

Población

El presente estudio se realizó en una población pediátrica del Centro de Salud de Vall de Uxó que atiende a 29.000 habi-

¹Unidad de Pediatría, Centro de Salud de Vall d'Uxó. ²Departamento de Matemáticas, Universidad Jaime I, Castellón. ³Servicio de Pediatría, Hospital de Sagunto. Valencia.

Correspondencia: Pedro Polo Martín.

C/ Médico Vicente Torrent 13, P. 13. 46015 Valencia.

Recibido: Diciembre 1997

Aceptado: Abril 1998

tantes. La asistencia pediátrica está a cargo de cuatro pediatras, dos de ellos integrados en el actual modelo de Atención Primaria y otros dos no integrados. La población de referencia fueron los pacientes de 0 a 11 años usuarios de los dos consultorios pediátricos integrados en el actual modelo de Atención Primaria. Se incluyeron todos los pacientes que demandaron asistencia una o más veces a lo largo del período del estudio (un año). Con el fin de que la población se mantuviera estable y, por tanto, cada niño tuviera la misma probabilidad de demandar asistencia durante el estudio, fueron excluidos:

- Los que cambiaron de pediatra.
- Los que cumplieron 11 años durante el período del estudio.
- Los nacidos después de la fecha del inicio del estudio.

Se definió la consulta a demanda como aquella generada por el propio paciente, o la familia, para plantear un problema de salud, quedando excluidas las consultas programadas y por asuntos administrativos (certificados, ...).

Metodología

Análisis de la demanda

Durante un período de un año (16 enero/1995-15 enero/1996) se registró el número de consultas a demanda que cada niño realizó dentro del horario laboral del centro. En función del nivel de demanda para la edad, se distribuyó a la población en cuatro grupos:

- *Bajos consultantes (BC)*: niños que habían consultado un número de veces inferior o igual al percentil (p) 25 para su edad.
- *Consultantes intermedios (CI)*: número de consultas superior al p25 e inferior o igual al p75 para su edad.
- *Altos consultantes (AC)*: número de consultas superior al p75 e inferior o igual al p95 para su edad.
- *Hiperconsultantes (HC)*: número de consultas superior al p95 para su edad.

Para evaluar si el nivel de demanda individual tendió a permanecer estable a lo largo del tiempo, se dividió el período total del estudio en dos semestres clasificándose la población en dos grupos en función del nivel de demanda para cada semestre: alta consulta (superior a p75 para su edad) y baja consulta (inferior o igual al p75 para su edad). Se analizó el número de niños que se mantuvieron en el mismo nivel de demanda en los dos semestres en relación a los que cambiaron de nivel de un semestre a otro.

Para conocer el perfil de demanda a nivel hospitalario se cuantificaron, utilizando los registros informatizados de los hospitales de referencia de la población, el número de ingresos hospitalarios de cada niño en los dos últimos años (años 1995-1996) y el número de visitas a Urgencias hospitalarias en el año del estudio.

Morbilidad diagnosticada

En cada visita a demanda se registró el diagnóstico principal o motivo de consulta de cada paciente, codificados de acuerdo a la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP-2) de la WONCA⁽¹⁸⁾.

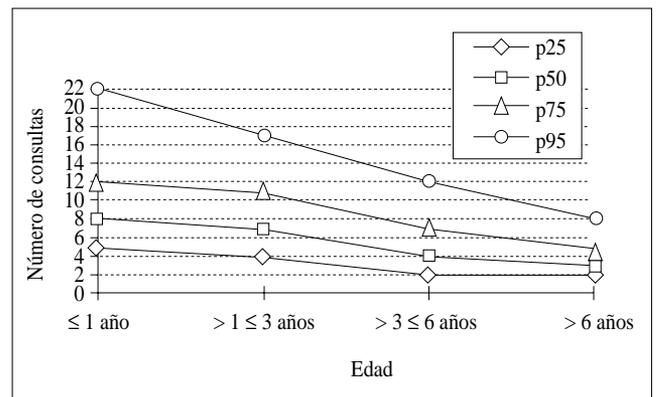


Figura 1. Percentiles del número de consultas en los cuatro intervalos de edad de la población.

Los diagnósticos fueron agrupados siguiendo los criterios de Starfield y cols.⁽¹⁹⁻²¹⁾ en seis tipos genéricos de morbilidad para condensar los diagnósticos de la consulta en grupos homogéneos mutuamente excluyentes. Diversos diagnósticos incluidos en un mismo tipo de morbilidad tendrían en común la tendencia o no de persistir, o recurrir a lo largo del tiempo y la de generar una carga asistencial similar en Atención Primaria. Con estos dos criterios se condensaron los distintos diagnósticos en los siguientes tipos de morbilidad:

- *Morbilidad aguda (MA)*: procesos cuya historia natural es hacia la resolución bien espontánea o tras tratamiento: infecciones respiratorias superiores, viriasis inespecíficas, diarreas agudas, dermatitis inespecíficas, etc.

- *Morbilidad aguda con tendencia a recurrir (MAR)*: procesos que una vez presentes en el sujeto, tienen tendencia a recurrir con más probabilidad que en la población que no haya presentado dicho proceso: bronquitis, otitis media, laringitis, convulsiones febriles, etc.

- *Morbilidad crónica médica (MCM)*: procesos cuya historia natural es la evolución crónica y que sean subsidiarios de control y/o tratamiento por el pediatra: cefalea, estreñimiento, dolor abdominal persistente, obesidad, talla baja, etc.

- *Morbilidad crónica de especialidad (MCE)*: procesos con tendencia a la evolución prolongada, subsidiarios de control por otros especialistas distintos al pediatra: desviaciones de la columna, quistes sebáceos, caries, hernias, etc.

- *Morbilidad psicomática (MP)*: procesos de naturaleza no orgánica: trastornos del sueño, encopresis, enuresis primaria, etc.

- *Morbilidad por signos y síntomas (MS)*: signos y síntomas que, con los datos obtenidos durante la consulta, no pudieron ser clasificados de forma sindrómica o nosológica: fiebre, tos, vómitos, disuria, etc.

Los diagnósticos fueron asignados a cada tipo de morbilidad por los tres pediatras miembros del equipo de trabajo. Existió concordancia para la asignación a un tipo concreto de morbilidad en la mayoría de los diagnósticos. En aquellos casos en los que existió discordancia para incluir un diagnóstico en uno u otro

Tabla I Distribución de la población en función de los percentiles de demanda para su edad

Grupo demanda	Nº niños (% total niños)	Nº consultas en atención primaria (% total consultas)	Media ± DE consultas en atención primaria	Nº urgencia hospital** (% total urgencias)	Nº ingresos hospital** (% total ingresos)
BC (≤ P25)	479 (35%)	909 (11%)	1,9 ± 1,03	17 (17%)	16 (14%)
IC (> P25 ≤ P75)	616 (45%)	3.589 (47%)	5,18 ± 2,5	49 (50%)	54 (47%)
AC (> P75 ≤ P95)	195 (14%)	2.096 (27%)	10,7 ± 3,8	18 (18%)	24 (21%)
HC (> P95)	69 (5%)	1.083 (14%)	15,7 ± 6,5	14 (14%)	20 (18%)
Población	1.359 (100%)	7.677 (100%)	5,6 ± 4,6	98 (100%)	114 (100%)

DE: desviación típica; BC: bajos consultantes; IC: consultantes intermedios; AC: altos consultantes; HC: hiperconsultantes;

**Relación de dependencia significativa entre mayor número de ingresos hospitalarios o urgencias hospitalarias y mayor grado de demanda en atención primaria ($p < 0,01$).

tipo, el problema se resolvió por consenso. Para cada niño se analizaron los diferentes tipos de morbilidad que presentó durante el año del estudio y su relación con el nivel de demanda.

Metodología estadística

Las variables cuantitativas se describen mediante los índices media y desviación típica. La variable número de consultas se describió, además, mediante el cálculo de percentiles para los distintos intervalos de edad. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias relativas. El análisis estadístico bivalente para establecer el distinto comportamiento de las variables independientes en función del grupo de demanda se realizó para variables cuantitativas mediante comparación de dos medias a través de la «t» de Student. Para variables cualitativas se utilizó el test de Chi-cuadrado⁽²²⁾. Para valorar el grado de influencia de dos variables cualitativas sobre los valores de una variable cuantitativa se utilizó el análisis de la varianza para dos factores. Para identificar el grado de influencia sobre el número de consultas, de las variables edad, comorbilidad, número de ingresos hospitalarios y número de visitas a Urgencias se realizó un análisis de regresión lineal múltiple⁽²³⁾.

Metodología informática

Se utilizó la base de datos Acces 4.0 de Microsoft, que se transfirió posteriormente al paquete integrado Spss 6.0, para su procesamiento estadístico.

Resultados

Descripción de la demanda

La población que cumplió los criterios de inclusión estuvo constituida por 1.359 niños (687 niños y 672 niñas), con una edad media al inicio del estudio de $4,58 \pm 2,84$ años, que realizaron un total de 8.580 consultas, de las cuales 7.677 (media: $5,60 \pm 4,60$)

fueron a demanda. No existieron diferencias significativas en la demanda en función del sexo de la población (varones: $5,79 \pm 4,98$; mujeres: $5,50 \pm 4,16$). Al analizar la diferencia en el número medio de consultas en función de la edad, se observó un descenso significativo a partir del año, a partir de los 3 años y a partir de los 6 años de edad, por lo que se decidió agrupar la población en cuatro intervalos de edad homogéneos en cuanto al número de consultas: \leq año, >1 y ≤ 3 años, > 3 y ≤ 6 años, > 6 años. En la figura 1 se indica la distribución por percentiles del número de consultas para los distintos intervalos de edad.

En la tabla I se indica la distribución de la población en función del nivel de demanda. La distribución de la demanda en Atención Primaria fue asimétrica: un 19% de la población (grupos AC y HC) generó el 41% de las consultas. Los pacientes más consultantes en Atención Primaria también lo fueron de los servicios hospitalarios de Urgencias y tuvieron mayor número de ingresos hospitalarios. Al comparar el nivel de demanda durante el primer semestre del estudio en relación al segundo semestre, se observó una tendencia a mantener un patrón de demanda estable. Solamente un 20% de la población cambió de nivel de demanda de un semestre a otro. La población de alto nivel de demanda (superior o igual a p75 por la edad) durante el primer semestre fue menos estable que el resto, con un riesgo 4,3 veces mayor (intervalo de confianza, IC 95%: 3,74-4,85) de cambiar de nivel de demanda. A pesar de ello, presentar un alto nivel de demanda durante el primer semestre fue un factor de riesgo (riesgo relativo: 3,30; IC 95%: 2,21-3,93) para presentarlo también durante el segundo semestre.

Análisis de la relación entre morbilidad y demanda

En la tabla II se indica el análisis del tipo de morbilidad en función del nivel de demanda. La morbilidad exclusivamente aguda se agregó de forma significativa en los grupos de con-

Tabla II Distribución de la morbilidad en los diferentes grupos de demanda

Grupo demanda	Tipo de morbilidad				
	MA*	MR	MCM	MCE	MP
BC	229 (47%)	59 (12%)	35 (7%)	18 (4%)	5 (1%)
IC	122 (19%)	218 (35%)	91 (14%)	28 (4%)	12 (2%)
AC	9 (5%)	105 (53%)	55 (28%)	11 (6%)	13 (6%)
HC	1 (1,5%)	59 (85%)	16 (23%)	5 (7%)	5 (7%)
Población	361 (26%)	441 (32%)	197 (14%)	62 (5%)	35 (3%)

MA*: número de niños con sólo procesos de tipo agudo; MR: morbilidad recurrente. MCM: morbilidad crónica médica; MCE: morbilidad crónica de especialidad; MP: morbilidad psicósomática. Salvo en MA* en el resto se indica el número de niños con al menos un diagnóstico en el correspondiente en el correspondiente tipo de morbilidad. BC, IC, AC, HC: consultantes bajos, intermedios, altos e hiperconsultantes, respectivamente. Diferencias significativas del nivel de demanda ($p < 0,01$) para MA*, MR, MCM y MP. Diferencias no significativas para MCE.

sultantes intermedios y bajos. Por el contrario, la morbilidad recurrente y crónica médica se agregó en los pacientes altos consultantes e hiperconsultantes. La morbilidad psicósomática presentó baja incidencia en la población, aunque se agregó también de forma significativa en los pacientes con mayor demanda. La morbilidad crónica de especialidad presentó, asimismo, una baja incidencia en la población, sin que existieran diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con diagnósticos en el tipo de morbilidad recurrente durante el primer semestre del estudio tuvieron un riesgo mayor de presentar un alto nivel de demanda ($> p75$ para su edad) en el segundo semestre (riesgo relativo: 1,95; IC 95: 1,56-2,43). Por el contrario, aquéllos con diagnósticos exclusivamente en el tipo de morbilidad aguda durante el primer semestre tuvieron menos probabilidad de presentar un alto nivel de demanda en el segundo (riesgo relativo: 0,57; IC 95%: 0,43-0,67).

En la tabla III se analiza la comorbilidad, es decir, la agregación de los distintos tipos de morbilidad en un paciente concreto, en función del nivel de demanda. Los pacientes altos consultantes e hiperconsultantes tuvieron mayor probabilidad de presentar varios tipos diferentes de morbilidad.

En la figura 2 se indica el promedio de consultas por los distintos tipos de morbilidad para cada uno de los grupos de demanda. Como se puede observar en el diagrama sectorial, la morbilidad aguda y por signos y síntomas fue la responsable del 70% de la diferencia en la presión asistencial entre los diversos grupos de demanda, mientras que la morbilidad recurrente y los res-

Tabla III Agregación de distintos tipos de morbilidad en función del grado de demanda

Grupo	Número de tipos de morbilidad				Total
	1M	2M	3M	4M	
BC	343	68	2	0	413
% Grupo	(83%)	(16%)	(0,5%)	(0%)	(100%)
IC	306	273	31	1	611
% Grupo	(50%)	(45%)	(5%)	(0,1%)	(100%)
AC	49	112	30	4	195
% Grupo	(25%)	(58%)	(15%)	(4%)	(100%)
HC	7	43	15	4	69
% Grupo	(10%)	(62%)	(21%)	(6%)	(100%)
Población	705	496	78	9	1.288
% Población	(55%)	(38%)	(6%)	(0,7%)	(100%)

1M, 2M, 3M, 4M: procesos en 1, 2, 3 ó 4 tipos de morbilidad diferentes. Se excluyó para el análisis la morbilidad por signos y síntomas. BC, IC, AC, HC: consultantes bajos, intermedios, altos e hiperconsultantes, respectivamente. Relación de dependencia significativa ($p < 0,01$) entre mayor número de tipos de morbilidad y mayor nivel de demanda.

tantes tipos de morbilidad contribuyeron en un 20% y un 10%, respectivamente.

En la tabla IV se indica la proporción de consultas por diagnósticos concretos, considerando los procesos más representativos de los tres tipos de morbilidad más prevalentes. Los grupos de alta demanda (grupos AC y HC) consultaron, en relación al número de consultas totales realizadas para cada tipo de morbilidad, proporcionalmente más por bronquitis y por tos.

En la tabla V se analiza la influencia del diagnóstico bronquitis, el proceso de morbilidad recurrente más prevalente en la población, sobre las consultas por procesos respiratorios agudos (tos, IRS-amigdalitis) y por procesos agudos no respiratorios (el resto de los diagnósticos incluidos en morbilidad aguda o por signos y síntomas). Como grupo, los pacientes con bronquitis presentaron mayor número de consultas por procesos respiratorios, aunque también por procesos no respiratorios. Existió, además, una interacción significativa entre el nivel de demanda y el diagnóstico bronquitis: la influencia del diagnóstico bronquitis sobre el mayor número de consultas, tanto por procesos respiratorios, como no respiratorios, fue especialmente llamativa en los niños con alto nivel de demanda.

Al considerarlas en un modelo de regresión lineal múltiple, las variables número de tipos de morbilidad diferentes en cada niño, número de hospitalizaciones durante el bienio, número de asistencias en urgencias hospitalarias durante el año del estudio y la edad del niño, permitieron explicar el 44% de la varianza en el número de consultas a demanda.

Discusión

La distribución de la demanda observada en el presente trabajo está en la línea de lo indicado por otros autores^(7-9,11,15,17,24,25).

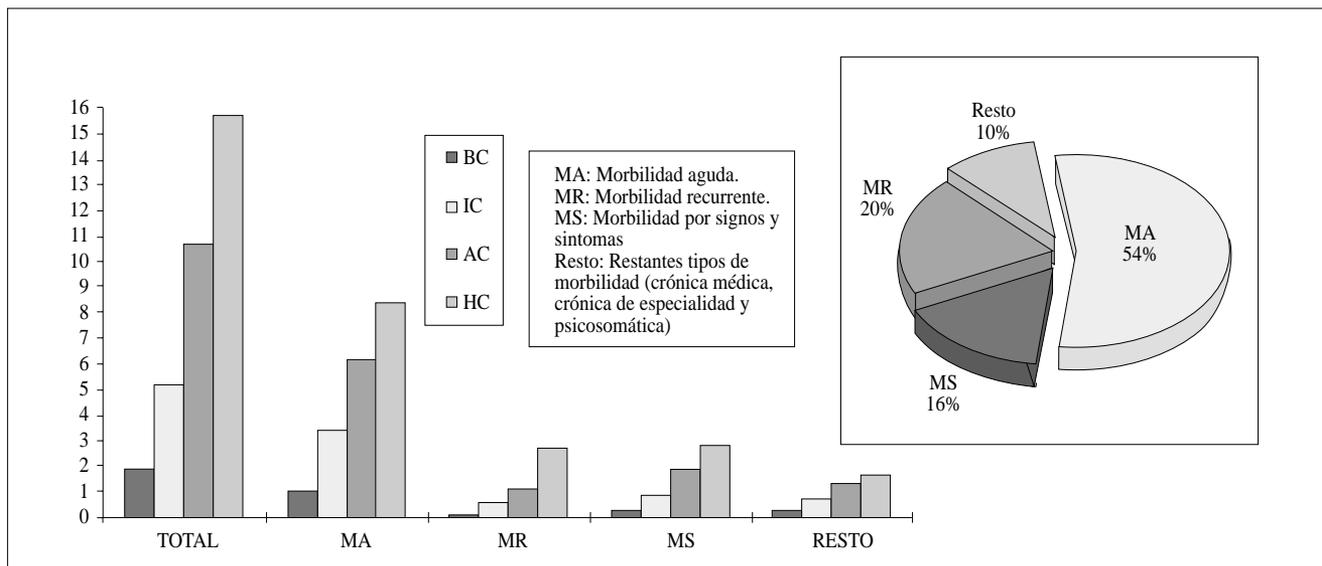


Figura 2. Promedio de consultas totales y por tipo de morbilidad en los grupos de demanda (diagrama de barras). Contribución de los distintos tipos de morbilidad en la diferencia de presión asistencial entre los diferentes grupos de demanda (gráfico sectorial).

Tabla IV Número y proporción de consultas por los procesos más representativos de los tres tipos de morbilidad más prevalentes, en función del nivel de demanda

Tipo de morbilidad	BC	IC	AC	HC	Población
Morbilidad aguda*					
IRS/amigdalitis	381 (70%)	1.547 (70%)	928 (75%)	400 (69%)	3.256 (72%)
Diarrea aguda	45 (8%)	175 (8%)	92 (8%)	55 (9%)	367 (8%)
Dermatitis inesp.	16 (3%)	69 (3%)	34 (3%)	23 (4%)	142 (3%)
Otros	104 (19%)	391 (19%)	168 (14%)	102 (18%)	765 (17%)
Total morbilidad aguda	546 (100%)	2.182 (100%)	1.222 (100%)	580 (100%)	4.530 (100%)
Morbilidad recurrente**					
Bronquitis	28 (42%)	182 (50%)	124 (54%)	134 (70%)	468 (55%)
Otitis media	20 (30%)	133 (36%)	65 (28%)	30 (15%)	248 (29%)
Laringitis	7 (11%)	23 (6%)	8 (4%)	8 (4%)	46 (5%)
Otros	11 (17%)	26 (8%)	29 (14%)	18 (11%)	84 (11%)
Total morbilidad recurrente	66 (100%)	364 (100%)	226 (100%)	190 (100%)	846 (100%)
Morbilidad por signos y síntomas***					
Tos	44 (27%)	171 (30%)	159 (43%)	91 (47%)	465 (36%)
Fiebre	35 (21%)	131 (23%)	78 (21%)	32 (16%)	276 (21%)
Revisión de salud	17 (10%)	79 (14%)	28 (7%)	21 (11%)	145 (11%)
Vómitos	30 (18%)	52 (9%)	33 (9%)	10 (5%)	125 (10%)
Anorexia	11 (7%)	40 (7%)	28 (8%)	10 (5%)	89 (6%)
Otros	27 (17%)	87 (17%)	41 (12%)	29 (16%)	184 (16%)
Total morbil. signos/síntomas	164 (100%)	560 (100%)	367 (100%)	193 (100%)	1.284 (100%)

BC, IC, AC, HC: consultantes bajos, intermedios, altos e hiperconsultantes, respectivamente.
 *El grupo de demanda no mostró asociación significativa con los tipos de procesos agudos ($p > 0,05$).
 **Asociación significativa entre mayor nivel de demanda y mayor proporción de consultas motivadas por bronquitis ($p < 0,01$).
 ***Asociación significativa entre mayor nivel de demanda y mayor proporción de consultas motivadas por tos ($p < 0,01$).

Un pequeño número de pacientes en cada intervalo de edad origina un volumen desproporcionadamente alto de consultas. La quinta parte de la población generó casi la mitad del total de con-

sultas a demanda. El patrón individual de demanda tiende a mantenerse estable en el tiempo: un nivel de demanda determinado durante el primer semestre predispuso a presentar ese mismo ni-

Tabla V Análisis de las consultas por procesos agudos respiratorios y no respiratorios en función del nivel de demanda y la presencia o no del diagnóstico bronquitis

Grupo demanda	Procesos respiratorios agudos				Procesos agudos no respiratorios	
	Bronquitis		No bronquitis		Bronquitis	No bronquitis
	X ± DS	N	X ± DS	N	X ± DS	X ± DS
BC	0,60 ± 0,89	26	0,90 ± 0,80	453	0,53 ± 0,58	0,50 ± 0,71
IC	2,80 ± 1,80	109	2,78 ± 1,84	507	1,66 ± 1,46	1,66 ± 1,29
AC	6,20 ± 2,60	58	5,29 ± 2,82	137	2,41 ± 1,73	2,64 ± 1,80
HC	7,60 ± 3,50	41	6,30 ± 2,30	27	4,70 ± 3,90	3,07 ± 2,63
Población	4,20 ± 3,30	234	2,40 ± 2,30	1.125	2,20 ± 2,46	1,30 ± 1,44

X ± DS: media de consultas ± desviación típica; N: número de niños; BC, IC, AC, HC: consultantes bajos, intermedios, altos e hiperconsultantes, respectivamente. Análisis de la varianza para dos factores (bronquitis y nivel de demanda) sobre el número de consultas por procesos respiratorios agudos: F para el factor bronquitis = 8,4 (p = 0,004). F para el factor interacción entre el nivel de demanda y bronquitis = 4,64 (p = 0,003). Análisis de la varianza para estos dos factores (bronquitis y nivel de demanda) sobre el número de consultas por procesos agudos no respiratorios. F para el factor bronquitis = 4,64 (p = 0,003). F para el factor interacción entre el nivel de demanda y bronquitis = 8,01 (p = 0,000).

vel durante el segundo. Esta estabilidad del nivel de demanda a lo largo del tiempo ha sido observada también por otros autores^(26,27), habiéndose sugerido que este patrón puede adquirirse en edades precoces de la vida⁽²⁷⁾.

El objetivo fundamental del presente trabajo ha sido analizar si el tipo de morbilidad de los pacientes con mayor nivel de demanda, es cualitativamente diferente al resto de la población. Un primer problema fue la dificultad para registrar de forma fiable, reproducible y fácil de analizar, la morbilidad que motiva la consulta. La mayoría de los autores en nuestro país realizan estudios descriptivos por patologías de acuerdo a la CIP-SAP-2 definida (WONCA)⁽¹⁸⁾, analizando la frecuencia de los distintos motivos de consulta^(8-10,14). La Asociación Española de Pediatría⁽²⁸⁾ realizó una descripción más exhaustiva de los contenidos de la consulta, aunque la sistemática utilizada, si bien es muy informativa, es difícil de aplicar de forma rutinaria a todos los pacientes de una consulta masificada, como es frecuente en Atención Primaria pediátrica.

En el presente trabajo, más que diagnósticos concretos, interesaba evaluar qué «perfil de morbilidad» había presentado cada niño durante el período del estudio. Para simplificar este análisis se decidió condensar los distintos diagnósticos o motivos de consulta en seis tipos de morbilidad homogéneos. Esta metodología es relativamente fácil de aplicar en la consulta diaria y permite agrupar los diagnósticos de cada niño en tipos genéricos de morbilidad, cuya combinación ilustra el «perfil de morbilidad» de un paciente determinado.

En consonancia con lo observado en otros estudios^(9-11,14,19,29) la morbilidad diagnosticada fue esencialmente aguda, fundamentalmente infecciones respiratorias superiores, ocupando un segundo lugar los procesos con tendencia a recurrir, fundamentalmente bronquitis.

Los resultados del presente estudio indican que el perfil de morbilidad se relaciona con el nivel de demanda. Los pacientes

con morbilidad recurrente o crónica médica tendieron a situarse en los grupos de alta demanda (grupos AC y HC), mientras que aquéllos con morbilidad exclusivamente de tipo agudo tuvieron más probabilidad de ser consultantes intermedios o bajos. Asimismo, existió una relación directa entre el nivel de demanda y la comorbilidad: a mayor número de tipos distintos de morbilidad en un determinado paciente, mayor probabilidad presentó de tener un alto nivel de demanda. Cuando se analizaron la morbilidad y la demanda en distinta secuencia temporal, se observó que la morbilidad fue un factor explicativo del nivel de demanda: el perfil de morbilidad durante el primer semestre fue predictivo del nivel de demanda durante el segundo semestre.

Ahora bien, aunque las consultas originadas por problemas no agudos fueron más numerosas en los grupos con mayor demanda, la mayor carga asistencial originada por estos pacientes fue debida a procesos agudos. Los problemas agudos y/o signos y síntomas inespecíficos explicaron la mayor parte de la diferencia en la presión asistencial entre los diversos grupos de demanda. Estos datos sugieren que la presencia de un problema no agudo en el paciente condiciona mayor demanda por problemas agudos e inespecíficos no necesariamente relacionados desde un punto de vista biológico con la patología de base. Así, la presencia del diagnóstico bronquitis condicionó mayor número de consultas por procesos respiratorios, pero también por procesos agudos e inespecíficos no relacionados con el aparato respiratorio. En el primer caso, se podría pensar en un nexo patogénico (el niño con bronquitis presenta una hiperreactividad bronquial de base que condicionaría mayor número de problemas respiratorios agudos); sin embargo, es difícil encontrar una relación patogénica en el segundo caso. La existencia de niños con alto nivel de demanda y agregación de diversos problemas, incluso sin aparente relación biológica entre ellos, ha sido también constatada por otros autores^(20,21). Se han postulado factores genéticos

y ambientales, que, actuando bien aislados o en combinación disminuirían la resistencia general del niño a enfermar^(30,31). Una explicación alternativa podría radicar en el hecho de que algunos niños, sobre todo si presentan un problema no agudo de base, serían considerados por la familia como vulnerables, con baja resistencia a la enfermedad, de tal forma que se demandaría («por si acaso») asistencia ante problemas banales que en un niño «sano» no son motivo de consulta. En este sentido se ha sugerido^(25,32) que la existencia de una patología de base puede condicionar un patrón de mayor uso de asistencia, independientemente del impacto global de dicha patología sobre la salud del niño.

En conclusión, en Atención Primaria, la demanda está originada, fundamentalmente, por problemas de naturaleza aguda, que los pacientes con mayor nivel de demanda presentan en mayor número en relación al resto. Los niños con mayor nivel de demanda presentan agregación de problemas de tipo recurrente y crónico, mientras que aquéllos con bajo nivel de demanda, tienen más tendencia a presentar exclusivamente problemas agudos. La presencia de un problema recurrente o crónico predispone a mayor número de consultas por problemas agudos e inespecíficos no necesariamente relacionados, desde un punto de vista biológico, con la patología de base. Las variables relacionadas con la morbilidad (número de tipos diferentes de morbilidad, número de ingresos y número de asistencias en urgencias hospitalarias) explican junto con la edad algo menos de la mitad de la varianza en el número de consultas. Por lo tanto, deben existir otros factores relacionados con el niño y su entorno familiar que considerados conjuntamente con la morbilidad contribuyan a explicar mejor la variabilidad en la demanda de la población.

Bibliografía

- Bello Luján LM, Suárez Rivero JB. Morbilidad percibida y utilización de consultas médicas en Telde (Gran Canaria). *Aten Primaria* 1993; **12**:72-76.
- Llorente Alvarez S, López Ruiz T, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Alonso Arias P, Muñoz Baragaño P. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria* 1993; **17**:100-106.
- Orueta Sánchez R, Viguera F, Orgaz P, Torres C. Características familiares de los hiperutilizadores de los servicios sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; **12**:92-94.
- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995; **9**:343-353.
- López-Torres Hidalgo J, Escobar F, Fernández C, González C, Urbistondo L, Requeza M. Trastornos mentales y utilización de las consultas de medicina general. *Aten Primaria* 1992; **10**:665-670.
- Redondo Sánchez JM. Análisis de la utilización de la consulta médica a demanda en un Centro de Salud. Centro de Salud 1993; Nov. 663-666.
- García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafiá Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en Atención Primaria Pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:469-474.
- Manuel Enguidanos MJ, Moreno Cerro A. Morbilidad, frecuentación e índice de repetición en una consulta de pediatría. *Act Ped Esp* 1994; **52**:479-482.
- Pérez Castro Y, Gallego García D, Gude Sampedro F. Morbilidad pediátrica en un centro de salud. *An Esp Pediatr* 1991; **24**:15-18.
- Paricio Talayero JM, Salom Pérez A, De Castro Aracil P. Diagnósticos en Pediatría Extrahospitalaria. Una experiencia informatizada de 6 años. *An Esp Pediatr* 1991; **34**:451-453.
- Valls Durán T, Carballo Pazo C, Martínez Martos R, Martínez González P, Espinosa Arévalo M. Estudio de la demanda en las consultas pediátricas extrahospitalarias de Vigo. *An Esp Pediatr* 1989; **30**:45-50.
- Benson P, Gabriel A, Katz H, Steinwachs D, Hankin J, Starfield B. Preventive care and overall use of services. Are they related? *Am J D Child* 1984; **138**:74-78.
- Starfield B, Van der Berg B, Steinwachs D, Katz H, Horn S. Variations in utilization of health services by children. *Pediatrics* 1979; **63**:633-641.
- Morlán Sala A, González Sanz FJ, Herrador Cansado P, Gollonet Lare P, Del Pozo Vindel F. Epidemiología clínica de 15.014 consultas pediátricas atendidas en un año en un equipo de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1987; supl **27**:65-66.
- Griego M, Ribes F, García R y cols. La consulta en un centro de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1994; supl **63**:160-161.
- Selles Canto H, Ramada Benito A, García Llop LA. Indicadores de rendimiento pediátrico en un equipo de atención primaria. *An Esp Pediatr* 1987; supl **27**:63.
- Pereira García P, Martínez Rivas P. Demanda de atención pediátrica: Estudio prospectivo. *An Esp Pediatr* 1995; supl **75**:35-36.
- Comité de Clasificación de la WONCA. Clasificaciones de la Wonca en Atención Primaria: CIPSAP-2 definida y CIPAP. Barcelona: Masson, 1991.
- Starfield B, Katz H, Gabriel A y cols. Morbidity in childhood: A longitudinal view. *N Engl J Med* 1984:824-829.
- Starfield B, Hankin J, Steinwachs D y cols. Utilization and morbidity: Random or Tandem? *Pediatrics* 1985;241-247.
- Díaz C, Starfield B, Holtzman N y cols. Ill Health an use of Medical Care. Community-based assessment of morbidity in children. *Med Care* 1986; **24**:848-856.
- Carrasco JL. El Método Estadístico en la Investigación Médica, 3ª edición. Madrid: Editorial Ciencia 3, 1986: 130-150.
- Cox DR. Multivariate dependencies models, analysis and interpretation. London: Chapman and Hall, 1986: 160-220.
- Wooward Ch, Boyle M, Offord D y cols. Ontario Child Health Study: Patterns of Ambulatory Medical Care Utilization and Ther Correlates. *Pediatrics* 1988; **82**:425-434.
- Newacheck P. Characteristics of children with high and low usage of Physician Services. *Med Care* 1992; **30**:30-42.
- Starfield B, Van der Berg BJ, Steinwachs DM, Katz H, Horn S. Variations in utilization of Health Services by Children. *Pediatrics* 1979; **63**:633-641.
- Fosarelli P, De Angelis C, Mellits D. Health Services use by children enrolled in an Hospital-base Primary Care Clinic: A longitudinal perspective. *Pediatrics* 1987; **79**:196-202.
- Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la A.E.P. Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1990; **32**:241-245.
- Romero Vivas J, Sánchez A, Corral O, Rubio M, Picazo JJ. Grupo de Estudio de las Infecciones Pediátricas de la Fundación para el Estudio de las Infecciones Pediátricas en el Medio Extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1994; **63**(Supl):112-116.
- Egbunu L, Starfield B. Child health and social status. *Pediatrics* 1982; **69**:550-557.
- Beautriais MA, Ferguson BA, Shannon FT. Life envents and childhood morbidity: A prospective study. *Pediatrics* 1982; **70**:935-940.
- Leslie LK, Boyce T. El niño vulnerable. *Pediatrics in Review* 1996 (ed esp); **17**:323-326.