

## Estudio descriptivo de los usuarios que acuden sin concertar cita a las consultas de Atención Primaria

M. Adroher Muñoz<sup>a</sup>, MA. Herrero González<sup>b</sup>, JC. Buñuel Álvarez<sup>c</sup>,  
C. Vila Pablos<sup>c</sup>, C. Mallorquí Bertran<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unitat Docent de Medicina de Família i Comunitària.

<sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. Técnico de Salud Servei d'Atenció Primària.

<sup>c</sup>Pediatra de Atención Primaria.

<sup>d</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

ABS Girona-4 (Institut Català de la Salut). Girona.

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:193-202

José Cristóbal Buñuel Álvarez, [p416ucua@pgirona.scs.es](mailto:p416ucua@pgirona.scs.es)

### Resumen

**Introducción y objetivos:** 1. Determinar la prevalencia de las consultas sin cita ¿consultas fuera de agenda (CFA)? en nuestro medio. 2. Determinar el porcentaje de justificación de dichas consultas y los factores asociados a un motivo de consulta injustificado.

**Material y métodos:** estudio descriptivo transversal realizado en dos consultas de pediatría de un centro de salud.

**Participantes:** 392 niños de 0-15 años que acudieron sin cita, recogidos mediante muestreo consecutivo entre el 7 de marzo y el 15 de septiembre de 2003. Mediciones principales: prevalencia de CFA, porcentaje de CFA injustificadas, factores que se asocian a dicha injustificación. Estadística: *t* de Student-Fisher, prueba de  $\chi^2$ , regresión logística con estimación de Odds Ratio (OR) y sus IC 95% (IC 95%).

**Resultados:** prevalencia de CFA: 23% (IC 95%: 21%-25%). El 52,8% de los niños eran menores de cinco años. El 73% (IC 95%: 68,6%-77,4%) de las consultas se consideraron subjetivas. La subjetividad se asoció al sexo femenino (OR: 1,62; IC 95%: 1,02-2,56) y a una edad inferior a 5 años (OR: 1,9; IC 95%: 1,2-2,9).

**Conclusiones:** la prevalencia de CFA es superior a la constatada por otros autores. Factores tales como la corta edad de la mayoría de los pacientes atendidos y la excelente accesibilidad geográfico-horaria de nuestro centro pueden contribuir a explicar este hecho.

**Palabras clave:** Servicios de Salud Infantil, Atención Primaria de Salud, Pediatría.

### Abstract

**Introduction and objectives:** 1. To establish the prevalence of patients' visits without appointment –out of agenda visits (OAV)– in our settings. 2. To establish the rate of not justification of these visits and the circumstances associated to a not justified visit.

**Material and methods:** transverse descriptive study undertaken in two pediatric settings of a Primary Care Centre.

**Participants:** 392 children 0-15 years of age arriving without advanced appointment. They were collected through consecutive sampling between March 7th and September 15th 2003. Main measurements: Prevalence of OAV; percentage of not justifiable OAV; circumstances associated. Statistics: Student-Fisher t test,  $\chi^2$  test, logistic regression with Odds Ratio (OR) estimation and their 95% IC.

**Results:** OAV prevalence: 23% (95% IC: 21%-25%). 52,8% of children were under 5 years. 73% (95% IC: 68,6%-77,4%) of visits were considered as subjective. Subjectivity was associated to females (OR: 1,62; 95% IC: 1,02-2,56) and to children under 5 years (OR: 1,9; 95% IC: 1,2-2,9).

**Conclusions:** our prevalence of AOV is higher than published by others. Circumstances such as the short age of most of the visited children and the excellent geographic and agenda accessibility of our Center may contribute to explain this fact.

**Key words:** Pediatric Health Services, Primary Health Care, Pediatrics.

## Introducción

La sobreutilización de las consultas de los centros de Atención Primaria (AP) es un problema que afecta tanto a médicos de familia como a pediatras<sup>1,2</sup>. La mayoría de estudios realizados en población infantil analizan la frecuencia que se produce en las consultas concertadas mediante cita previa en el servicio de admisión del centro: programada (revisiones) o a demanda (consultas por problemas de salud<sup>3,4</sup>). No existen apenas estudios en nuestro medio que analicen de forma específica el fenómeno de los usuarios que realizan consultas fuera de agenda (CFA), es decir, sin petición previa de cita, en pediatría. La asistencia a este tipo de usuarios es percibida por el personal de los equipos de AP como una circuns-

tancia que trastorna el ritmo de las consultas, sobre todo al considerarse la mayoría de ellas como injustificadas<sup>5</sup>. Vitores y cols constataron una prevalencia de CFA de 12,5-12,8%<sup>5</sup> y García-Llop y cols de un 18,06%<sup>2</sup>. En nuestro centro de AP las CFA se percibieron como uno de los principales problemas por parte del equipo de pediatría. La necesidad de establecer un programa de medidas correctoras, siguiendo los criterios de los programas de gestión de calidad<sup>6,7</sup>, exigía conocer de qué base partíamos.

El presente estudio se planteó con los siguientes objetivos: objetivo principal: determinar la prevalencia de las CFA en nuestro medio. Objetivo secundario: determinar el porcentaje de justificación de dichas consultas y qué varia-

bles del niño y/o de sus padres se asocian con un motivo de consulta injustificado.

## **Material y métodos**

---

### **Diseño: estudio descriptivo transversal**

Centro: Área Básica de Salud (ABS) Girona-4. Este centro presta cobertura a una población de aproximadamente 11.000 personas, 2.000 de las cuales son menores de 15 años. Dispone de dos cupos de pediatría que ofrecen atención al niño, de 9 a 20 horas, mediante consulta programada, cita previa y domiciliaria. Además, el ABS presta asistencia sanitaria en horario de atención continuada los días laborables desde las 20 horas hasta las 9 horas del día siguiente, y las 24 horas completas de todos los días festivos, atendiendo tanto a población adulta como infantil.

Criterios de selección: criterios de inclusión: definición de CFA: niño cuyos padres reclaman atención inmediata y sin demora por el pediatra del ABS para el mismo día y sin petición previa de hora. Esta definición incluye las consultas urgentes (el paciente o sus padres se presentan físicamente en el centro sin petición de hora reclamando ser visitados inmediatamente), las consultas tele-

fónicas, las consultas por otro niño distinto de aquel para el que se había pedido cita (por ejemplo, hermanos del paciente para el que sí se había concertado visita y la madre consulta por ellos aprovechando la cita concertada) y cualquier otro tipo de consulta sin cita que suponga una interrupción no prevista de la agenda de trabajo establecida para ese día. Criterios de exclusión: niños que son atendidos en nuestra ABS en horario de atención continuada o atendidos en horario de consulta programada y espontánea con petición de hora.

Tamaño de la muestra: para una prevalencia de 0,5 (máxima indeterminación), un error de 0,05 y una precisión de 0,05, eran necesarios 385 participantes. Se reclutaron 392.

Selección de los participantes: a partir del 7 de marzo de 2003 los sujetos que cumplían los criterios de selección se reclutaron de forma consecutiva hasta obtener los necesarios para conseguir la muestra deseada (392 niños). El reclutamiento finalizó el 15 de septiembre de 2003.

Variables: nombre y apellidos del paciente, número de historia y fecha de nacimiento; fecha y día de la semana; desplazado (pacientes que no tenían historia clínica abierta en nuestro cen-

tro): SÍ/NO; nivel de estudios del padre: básicos (EGB), secundarios (FP-BUP-COU), superiores (universitarios); nivel de estudios de la madre: básicos (EGB), secundarios (FP-BUP-COU), superiores (universitarios); situación laboral del padre: estudiante, ama de casa, activa, paro, jubilación; situación laboral de la madre: estudiante, ama de casa, activa, paro, jubilación; motivo de consulta codificado según la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP); diagnóstico final codificado según la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria (CIPSAP); consulta administrativa (recetas, cumplimentación de informes de estado de salud para colegios y guarderías): SÍ/NO; consulta domiciliaria: SÍ/NO; consulta telefónica: SÍ/NO; valoración del motivo de consulta según la escala de Buitrago modificada<sup>8</sup>: urgencia subjetiva: aque-

tes por el propio paciente, sus familiares o convivientes sin que esta apreciación de necesidad de valoración inmediata coincida con la que realiza el personal sanitario (SÍ/NO). Urgencia objetiva: aquellas demandas en las que la percepción de urgencia del usuario y del facultativo coinciden (SÍ/NO). Emergencia: aquellas demandas de atención sanitaria que surgen de manera súbita, con riesgo vital y que requieren una actuación inmediata (SÍ/NO).

Análisis estadístico: estadística descriptiva: estimación de medias, desviaciones estándar (DE), proporciones e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Análisis bivariante: t de Student Fisher y prueba de X<sup>2</sup>. Regresión logística: con estimación de *Odds Ratio* (OR) e IC 95%. Se utilizó como variable dependiente la variable dicotómica subjetividad de la consulta, resultado de agrupar las categorías objetiva y emergencia.

**Tabla I.** Distribución de frecuencias de la variable edad

Intervalo de edad (en años)	Número	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0-2	140	35,7	35,7
3-4	67	17,1	52,8
5-6	56	14,3	67,1
7-8	43	11	78,1
9-10	35	8,9	87
11-12	29	7,4	94,4
13-14	22	5,6	100

## Resultados

Estadística descriptiva: la prevalencia de CFA fue del 23% (IC 95%: 21-25%). La edad media fue de 4,9 años (DE: 4 años). 263 participantes eran menores de 7 años (67,1%, Tabla I). La descripción de las diferentes variables se presenta en la Tabla II. Ningún paciente solicitó ser atendido en su domicilio. En

la Tabla III se muestran los diez motivos de consulta más frecuentes (267 pacientes, 68,5% de la muestra). El resto de pacientes se distribuyeron entre otros 46 motivos de consulta diferentes. En la Tabla IV se muestran los catorce diagnósticos más frecuentes efectuados por el pediatra (273 pacientes, 69,5% de la muestra). El resto de pacientes se

**Tabla II.** Análisis descriptivo de las variables cualitativas

	Número	Porcentaje	IC 95%*
Mujeres	190	48	43,5-53,4
Paciente desplazado	6	1,5	0,3-2,7
Actividad administrativa	19	4,8	2,7-7
Consulta en domicilio	0	0	-
Consulta telefónica	68	17,3	13,6-21,1
Nivel estudios madre			
EGB	213	54,3	49,4-59,3
FP-BUP-COU	131	33,4	28,7-38,1
Universitarios	48	12,2	9-15,5
Nivel estudios padre			
EGB	212	54,1	49,1-59
FP-BUP-COU	138	35,2	30,5-39,9
Universitarios	42	10,7	7,7-13,8
Situación laboral madre			
Estudiante	29	7,4	4,8-10
Ama de casa	80	20,4	16,4-24,4
Activa	280	71,4	67-75,9
Paro	3	0,8	-0,1-1,6
Jubilación	0	0	-
Situación laboral padre			
Estudiante	32	8,2	5,5-10,9
Ama de casa	1	0,3	-0,2-0,8
Activa	353	90,1	87,1-93
Paro	5	1,3	0,2-2,4
Jubilación	1	0,3	-0,2-0,8
Valoración del motivo de consulta			
Subjetiva	286	73	68,6-77,4
Objetiva	99	25,3	21-29,6
Emergencia	7	1,8	0,5-3,1
*Intervalo de Confianza del 95%			

distribuyeron entre otros 51 diagnósticos diferentes.

Análisis bivalente (Tabla V): la edad media de las niñas fue superior a la de los niños sin existir diferencias significativas (5,2 años *versus* 4,7 años, P = 0,2). Los niños cuyo motivo de consulta

se consideró objetivo (resultado de agrupar las consultas objetivas y las emergencias) presentaron una edad media de 5,9 años (DE: 4,04 años) en comparación con 4,7 años (DE: 3,9 años) de los niños cuya consulta se juzgó como subjetiva (P = 0,007).

**Tabla III.** Motivos de consulta más frecuentes (clasificación de la WONCA)

Código	Problema	Número	Porcentaje	IC 95%*
291	Fiebre sin foco	83	21,2	17,1-25,2
292	Exantema y otras alteraciones cutáneas	32	8,2	5,5-10,9
371	Otros problemas no clasificados	31	7,9	5,2-10,6
107	Otras enfermedades de oído y mastoides	29	7,7	4,8-10
327	Hematoma, contusión	22	5,6	3,3-7,9
270	Tos	20	5,1	2,9-7,3
348	Cartas, formularios, recetas	16	4,1	2,1-6
323	Erosión/herida abierta	12	3,1	1,4-4,8
354	Consejo, educación sanitaria	11	2,8	1,2-4,4
274	Náuseas/vómitos	11	2,8	1,2-4,4

\*Intervalo de Confianza del 95%

**Tabla IV.** Diagnósticos más frecuentes emitidos

Código	Problema	Número	Porcentaje	IC 95%*
133	Infección del tracto respiratorio superior	57	14,5	11-18
371	Otros problemas no clasificables	31	7,9	5,2-10,6
291	Fiebre sin foco	26	6,6	4,2-9,1
327	Hematoma, contusión con superficie cutánea intacta	25	6,4	4-8,8
101	Otitis media aguda supurada o no especificada	24	6,1	3,7-8,5
2	Enfermedad intestinal supuestamente infecciosa	19	4,8	2,7-7
348	Cartas, formularios, certificados y prescripciones	16	4,1	2,1-6
135	Amigdalitis aguda	14	3,6	1,7-5,4
9	Varicela	13	3,3	1,5-5,1
323	Laceración, herida abierta	12	3,1	1,4-4,8
138	Bronquitis, bronquiolitis	11	2,8	1,2-4,4
325	Picaduras de insectos	9	2,3	0,8-3,8
149	Patología de la boca, lengua y glándulas salivares	8	2	0,6-3,4
279	Dolor abdominal	8	2	0,6-3,4

\*Intervalo de Confianza del 95%

Análisis de regresión logística: la subjetividad de la consulta se asoció al sexo femenino (OR: 1,62; IC 95%: 1,02-2,56) y a una edad inferior a 5 años (OR: 1,9; IC 95%: 1,2-2,9). El resto de variables no mostraron asociación.

## Discusión

El presente estudio presenta algunas limitaciones: el reclutamiento de participantes se extendió de marzo a septiembre y cesó cuando se alcanzó el tamaño de muestra prefijado. El intervalo excluyó aquellos meses más fríos en los que la demanda pediátrica suele aumentar<sup>2</sup>,

lo que puede haber supuesto una infraestimación de la prevalencia de las CFA durante el período estudiado mediante una disminución de las consultas urgentes. Cuando por motivos de ausencia de los investigadores principales (cursos, días libres) la plaza fue ocupada temporalmente por un sustituto, éste no cumplimentó la hoja de registro de CFA. Aunque estos días de ausencia de los titulares de la plaza fueron escasos, es posible que este factor haya contribuido también a cierto infraregistro de CFA.

La prevalencia de CFA es superior a la publicada por otros autores español-

**Tabla V.** Análisis bivariante. Relación entre la valoración del motivo de consulta y las variables objeto del estudio (Prueba de X<sup>2</sup>)

		Valoración motivo de consulta		Significación estadística
		Objetiva	Subjetiva	
Actividad administrativa	Sí	1	18	P = 0,03
	No	105	268	
Paciente desplazado	Sí	1	5	P = 0,5
	No	105	281	
Sexo	Mujer	43	147	P = 0,056
	Varón	63	139	
Consulta telefónica	Sí	12	56	P = 0,055
	No	94	230	
Edad	≤ 5 años	46	161	P = 0,02
	> 5 años	60	125	
Nivel estudios padres	Medio-bajo	93	249	P = 0,8
	Medio-alto	13	37	
Madre trabaja fuera de casa	Sí	73	207	P = 0,5
	No	33	79	
Padre trabaja fuera de casa	Sí	92	261	P = 0,2
	No	14	25	
Madre ama de casa	Sí	20	60	P = 0,64
	No	86	226	

les<sup>2,5</sup>. La excelente accesibilidad geográfico-horaria a nuestra ABS probablemente facilita que muchos usuarios consulten por motivos por los que, en otras circunstancias, no lo harían. Oterino y cols compararon la variación en el consumo de recursos sanitarios por parte de niños menores de siete años entre dos zonas básicas de salud (ZBS), una rural y otra urbana, y comprobaron que tanto la utilización de los servicios de AP como el número de pruebas diagnósticas y por episodio de atención eran menores en la ZBS rural en comparación con la urbana<sup>4</sup>. Nuestro centro encaja en el perfil urbano descrito por Oterino y cols y, aunque estos autores no compararon las CFA según el tipo de ZBS, es muy posible que uno de los motivos que ellos señalan para explicar sus resultados, la accesibilidad, sea en nuestro caso el principal factor<sup>4,9,10</sup>. Otra posible explicación es la composición de la pirámide poblacional de nuestra ZBS; se trata de un barrio en expansión donde se instalan parejas jóvenes con niños de corta edad. Este factor influyó sobre la prevalencia: el 52,8% de las CFA eran niños menores de 5 años. Otro factor que puede explicar la elevada prevalencia, y que a la vez es una limitación de este trabajo, es que no se hizo constar en los resultados el tiempo

transcurrido desde que el paciente realizó la demanda hasta que fue atendido. Dicho tiempo sí fue inicialmente recogido durante la fase de recogida de datos en las primeras decenas de casos pero cuando se comprobó que la práctica totalidad de los niños eran atendidos casi inmediatamente o a lo sumo en un plazo máximo de 15 minutos, esta variable se dejó de recoger. Es posible que el conocimiento por parte de los usuarios de que van a ser atendidos en el mismo día y en poco tiempo constituya un factor perpetuador que contribuya a la elevada prevalencia de las CFA de este estudio.

No se han encontrado trabajos que hayan analizado qué factores del usuario o de su entorno se relacionan con las CFA pediátricas. Sí existe algún estudio que trata sobre la asociación de algunos factores con la variable consulta urgente. Rodríguez y cols<sup>11</sup> constataron que el sexo femenino se asociaba con la consulta urgente e interpretaron este hecho como secundario al mayor porcentaje de niñas en la composición de su muestra. En nuestro estudio el sexo femenino se relacionó con la variable consulta subjetiva. No podemos achacar esta situación a la distribución por sexo de nuestra muestra ya que en ella predominaron los varones. No encontramos



una explicación plausible que justifique esta asociación. Sólo el 27% de las CFA fueron valoradas como objetivas o emergencias, porcentaje similar al referido por Vitores y cols<sup>5</sup>. En nuestro estudio la subjetividad de la consulta sólo se asoció con una menor edad del paciente. Esta asociación parece lógica; la presencia de enfermedad o de cualquier síntoma-signo en niños pequeños tiende a alarmar más a los padres que en el caso de los niños más mayores<sup>2,3,12</sup>. Los diagnósticos realizados por el pediatra se focalizaron sobre todo en patología que puede ser considerada como banal (Tabla IV), lo que no justificaría la necesidad de efectuar una CFA.

En conclusión, en este trabajo la elevada prevalencia de las CFA y su escasa justificación se relacionaron con la menor edad del paciente, pero otros factores como la accesibilidad geográfico-horaria de nuestro centro y la rapidez con que son atendidas estas consultas parecen contribuir a perpetuar la situación. Se necesitan más investigaciones que ayuden a conocer mejor la magnitud de este problema y de los factores a él asociados. Estas investigaciones son fundamentales como paso previo para planificar programas de mejora de la calidad que tengan como objetivo reordenar, dentro de la oferta normal de la asistencia al usuario de cada centro de salud, las CFA.

---

## Bibliografía

1. Rubio ML, Adalid C, Cordon F, y cols. Hiperfrecuentación en Atención Primaria: estudio de los factores psicosociales. *Aten Primaria*. 1998;22:627-630.

2. García LA, Asensi A, Grafiá C, y cols. Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica. *An Esp Pediatr*. 1996;44:469-474.

3. Polo P, Reyes E, Mateu E, y cols. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. *An Esp Pediatr*. 1998;49:273-279.

4. Oterino D, Martín R, Díaz LA, y cols. Variaciones en el consumo de recursos de Atención

Primaria por niños menores de 7 años en los medios rural y urbano. Estudio de cohortes. *Aten Primaria*. 2003;31:480-485.

5. Vitores MP, Cortés PM, Fernández M, y cols. Evaluación de la organización en la atención a pacientes sin cita. *Aten Primaria*. 2001;28:298-304.

6. Saturno PJ. Qué es y para qué sirve un programa de gestión de la calidad. En: *Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria*. Madrid: DuPont Pharma; 1987. p. 81-114.

7. Saturno PJ. Identificación y priorización de oportunidades de mejora. En: *Formación a distancia en gestión de la calidad en los servicios de Salud*. Murcia: Universidad de Murcia; 1989.

8. Buitrago F. Las demandas urgentes durante el horario de consulta del Centro de Salud. Cuadernos de Gestión. 1995;1:110-114.

9. Newacheck P. Characteristics of children with high and low usage of physicians services. Med Care. 1992;30:30-42.

10. Goodman DC, Fisher E, Stukel TA, et al. The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer al-

ways better. Am J Public Health. 1997;87:1144-1150.

11. Rodríguez F, Rodrigo C, Hernández I, y cols. ¡Doctor, vengo de urgencias! Aten Primaria. 1998;22:655-660.

12. Durá T, Gúrpide N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un Centro de Salud. Diferencias etarias y estacionales. Aten Primaria. 2001;27:244-249.

