

Demandas aditivas en atención primaria. Un estudio multicéntrico

Segade Buceta, X.M.

Unidade Técnica de Saúde Pública. Área de Atención Primaria de Santiago de Compostela

CAD. ATEN. PRIMARIA 2003; 10: 172-174

RESUMO

Obxectivo

Cuantificar as demandas aditivas ("xa que", "de paso") e a súa relación con diversas variables de interese.

Pacientes e métodos

No estudio foron incluídos todos aqueles pacientes con cita atendidos nas consultas de 11 titores de medicina de familia en catro centros de saúde urbanos durante cinco días do mes de abril de 2003 (n=1510). O tipo de estudio é descriptivo transversal. Recolléronse as seguintes variables: cupo, xénero, idade, motivo de consulta, profesional (titor/residente), hora de entrada na consulta, acompañante, número de demandas aditivas (DA) e hora de saída da consulta. Para a análise dos resultados empregouse a media coa súa desviación estándar (DE), a proba de chi-cadrado, a proba t para datos independentes, a regresión loxística e a análise da varianza. Empregáronse tamén os intervalos de confianza do 95%.

Resultados

O 61,7% dos pacientes eran mulleres, sendo a idade media global de 52,2 (DE=19,7) anos. Un 20,3% dos pacientes realizaron DA. Mediante a regresión loxística comprobouse que as DA son máis frecuentes nas consultas por enfermidade, nas consultas dos residentes e no feito de acudir acompañado. O tempo medio de consulta variou significativamente segundo non se realizaran DA (5,6-6,2 minutos), a realizar unha (6,8-7,9 minutos) e a realizar dúas ou máis (8,2 a 10,5 minutos).

Conclusiones

Nas DA inflúen o motivo de consulta, o profesional consultor e acudir acompañado. Á súa vez, as DA producen un aumento do tempo de consulta.

INTRODUCCIÓN

Unha situación considerada pola maior parte de sanitarios coma profundamente irritante é a chamada "consulta por adición", coñecida na terminoloxía anglosaxona coma *by the way*¹. Unha demanda adicional ou aditiva (DA) consiste nun novo motivo de consulta que se engade ao anterior, unha vez finalizado o inicial², mediante as fórmulas de: "xa que estou aquí...", "a propósito...", "de paso..."

O paciente que sistematicamente realiza DA adoita obedecer ao principio de "máis vale paxaro en man que cento voando"². Aplicando este principio orde de maior a menor importancia os obxectivos que desexa conseguir no encontro co médico ou a enfermeira; na medida en que vai conseguindo os seus obxectivos formula novas demandas, sempre observando a comunicación non verbal do sanitario². Este estudio realízase co obxectivo de cuantificar as DA e comprobar a súa relación con diversas variables de interese, tanto dende o punto de vista antecedente coma consecuente.

PACIENTES E MÉTODOS

O estudio realizouse nos centros de saúde de Santiago de Compostela acreditados para a docencia (Vite, Conxo, Concepción Arenal e Fontiñas) e en 11 cupos médicos de titores de MFeC. O número de tarxetas adscritas a estes cupos médicos é de 20262.

Trátase dun estudio descriptivo transversal. Para o cálculo do tamaño mostral usouse unha confiabilidade do 95%, un $p=0,273$ baseado nun estudio previo³ e unha precisión do 2,5%. Con todos estes elementos, o tamaño mostral necesario sería de 1220 pacientes. Tendo en conta a demanda dos 11 cupos médicos correspondentes, estimouse que farían falla cinco días de rexistro para obter o n necesario.

No estudio foron incluídos todos aqueles pacientes con cita e atendidos nas consultas de demanda e administrativas (no mes de abril de 2003), sendo excluídos os restantes tipos de consultas (programadas, domicilios,...). O número de pacientes que finalmente entraron no estudio foi de 1510. Non se consideraron DA: a) cando o paciente acudía dicindo dende o principio que viña a consulta por varios

Dirección para correspondencia:

Xerencia de Atención Primaria. Praza Marfín Herrera, 2
15706 Santiago de Compostela E-mail: xose.segade.buceta@sergas.es

TÁBOA 1

Variables relacionadas coas DA. Estatísticos da análise de regresión loxística.

	B	SE	Wald	Sig	Exp (B)	IC 95%
Motivo (cons. enfermidade)	0,58	0,17	11,5	<0,001	1,8	1,3-2,5
Profesional (residente)	0,52	0,22	5,6	0,018	1,7	1,1-2,6
Acompañado/a	0,50	0,21	5,7	0,016	1,6	1,1-2,5

motivos; b) cando o paciente consultaba por algún familiar que non estaba presente no momento da entrevista (considerados coma pacientes sen cita); e c) cando a DA foi a mesma có motivo principal.

As variables recollidas foron: centro de saúde, cupo médico, xénero, idade, motivo de consulta (por enfermidade ou administrativa), profesional que pasou a consulta (titular ou residente), hora de entrada na consulta, presenza de acompañante, número de DA e hora de saída da consulta. Mediante a diferenza entre a entrada e saída da consulta foi calculado o tempo de consulta.

Para a análise univariante dos resultados empregáronse índices estatísticos descritivos para variables cualitativas (tipo proporción) e cuantitativas [media coa súa desviación estándar (DE)]. Para a análise bivariante empregouse a proba de chi-cadrado, a proba t para datos independentes e a análise da varianza. Finalmente, para evitar posibles sesgos de confusión, realizouse análise multivariante mediante regresión loxística (tomando coma variable dependente a presenza ou ausencia de DA); avalíouse a significación estatística mediante a proba de Wald e obtivéronse os correspondentes odds ratios. En todas as análises anteriores obtivéronse tamén os intervalos de confianza (IC) do 95%.

RESULTADOS

O 61,7% dos pacientes eran mulleres, sendo a idade media global de 52,2 (DE=19,7) anos. Un 66,7% das consultas foron por enfermidade e administrativas o 33,3% restante. Só acudiron acompañados o 11,1% dos pacientes. Un 20,3% dos pacientes realizaron DA (IC do 95%: 18,3-22,4%). O número delas variou dende 1 ata 3, sendo a súa distribución a seguinte: 1 (16,2%), 2 (3,4%) e 3 (0,7%). A media das DA nos pacientes que as realizaron foi de 1,24 (DE=0,53).

A análise crúa bivariante mediante probas de chi-cuadrado deu coma resultado unha maior presenza de DA nas consultas por enfermidade (23,2 contra 14,5%), nas mulleres (22,2 contra 17,3%), se era o residente o que pasaba a consulta (28,5 contra 18,6%) y se o paciente acudía acom-

pañado (31,7 contra 18,8%). A única que non resultou significativa foi a idade do paciente. A análise multivariante (regresión loxística) mantén tres desas catro relacións, sendo as DA máis frecuentes nas consultas por enfermidade, nas

consultas dos residentes e no feito de acudir acompañado/a (táboa 1).

Evidenciáronse consecuencias das DA sobre o tempo medio de consulta: 5,9 (DE=4,5) minutos nos pacientes sen DA contra 7,7 (DE=4,5) minutos nos que realizaron DA ($p<0,001$); a magnitude da diferenza é de 1,8 minutos (IC do 95%: 1,3 a 2,4). Facendo a análise da varianza (tendo en conta as categorías de 0, 1 e 2 ou máis DA) resultou tamén significativo ($p<0,001$), obténdose diferenzas entre todas e cada unha das categorías mencionadas mediante os contrastes a posteriori de Bonferroni (táboa 2).

TÁBOA 2

Número de DA e tempo de consulta (en minutos).

DA	Media	DE	IC 95%
Ningunha	5,9	4,5	5,6 - 6,2
Unha	7,3	4,5	6,8 - 7,9
Dúas ou máis	9,3	4,4	8,2 - 10,5

DISCUSIÓN

Cómpre comezar este apartado facendo a consideración, o mesmo que os autores doutro estudo sobre DA³, de que baixo o noso punto de vista non deben existir variacións estacionais no fenómeno das DA, de aí a explicación de non traballar cunha mostra representativa de todo o ano.

O que sí é un feito evidente é a escaseza de estudos concernentes a este tema. Baste dicir que, na revista Atención Primaria, o último estudo deste tipo data de xaneiro de 1996³.

A razón de coller centros de carácter docente estivo motivada polo feito de comprobar se a presenza do residente actuando coma consultor varía dalgún xeito, en relación ao titular, a demanda de novos motivos de consulta.

Con respecto aos resultados, cómpre comezar salientando unha menor porcentaxe de DA en comparación co estudo de Peláez e cols.³, que obtiveron un 27,3%; ou sexa, exactamente sete puntos porcentuais por riba. Máis similares aos nosos resultados son dous estudos de ámbito internacional^{4,5}, que obtiveron un 21 e un 23% respectivamente de DA.

A análise de regresión loxística deste estudo estableceu coma variables predictoras da existencia de DA o motivo de consulta (por enfermidade ou administrativa), o profesional consultor (residente ou titor) e o feito de que o paciente acudira acompañado. Comparando cunha mesma análise, realizada no estudio asturiano³, só atopamos unha variable coincidente (o motivo de consulta), non sucedendo o mesmo coas outras dúas; así mesmo, no modelo de regresión loxística dos seus autores entran outras dúas variables: a idade e o xénero dos pacientes. Aínda que non hai unha explicación plenamente convincente que explique esta discrepancia, pensamos que poidera ter algunha influencia, aparte de posibles diferenzas reais entre ambas poboacións de estudio, o número diferente de médicos participantes (2 no estudio asturiano contra 11 no noso).

A lóxica consecuencia das DA de demorar o tempo de consulta foi obxectivada no presente estudio. A dita demora resultou ser de case dous minutos máis. Esta magnitude realmente pode alterar a nosa sistemática de traballo e desorganizar o escaso tempo de consulta do que dispoñemos. Algúns autores^{2,6} suxeriron, coma medida de prevención das DA, realizar a pregunta "¿ofréceselle algunha cousa máis?" cando o paciente acaba de comentar o seu primeiro motivo de consulta. Aínda que algúns profesionais entenden que se dan pé ao consultante para que aporte máis demandas, este farao sempre e de maneira abrumadora, Borrell² afirma que este temor non se confirma na práctica asistencial.

Neste sentido, cremos interesante, continuando con esta liña de investigación, a confirmación do suposto anterior; Peláez e cols.³, no seu estudio, conclúen que a intervención do profesional coa pregunta "¿ofréceselle algunha cousa máis?", en vez de previlas, xenera máis DA.

Agradecementos

Aos seguintes médicos de familia colaboradores deste estudio: Álvarez Fernández, Anca Coya, Caamaño Mata, Del Corral Gómez, Ferreiro Guri, Freiría Tato, Girón Daviña, Iglesias Losada, López Pérez, Martínez Bravo, Proupín Vázquez e Torreira Mouro. Tamén aos MIR de MFeC seguintes: García Moure, Gómez Cerqueiro, Hawkins González e Navajo Gallego.

BIBLIOGRAFÍA

1. Byrne PS, Long BE. Doctors talking to patients. Royal College General Practitioners. Exeter, 1984.
2. Borrell i Carrió F. Manual de entrevista clínica para la Atención Primaria de Salud. Barcelona: Doyma, 1989.
3. Peláez C, Fernández MI, Suárez P, Malo de Molina A, Díaz A. Las demandas adicionales ("ya que...") en atención primaria. Aten Primaria 1996; 17: 12-16.
4. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the way...": the closing moments of the medical visit. J Gen Intern Med 1994; 9: 24-28.
5. White JC, Rosson C, Christensen J, Hart R, Levinson W. Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. Patient Educ Couns 1997; 30: 155-165.
6. Fuentes J. Las demandas adicionales. FMC 2000; 7: 464-465.