



**UNIVERSIDAD CARDENAL HERRERA CEU**

**Departamento de Ciencias Biomédicas**

**“PACIENTES HIPERFRECUENTADORES  
EN ATENCIÓN PRIMARIA Y  
CONTACTOS EN SALUD MENTAL.  
ESTUDIO RETROSPECTIVO A 5 AÑOS  
EN EL DEPARTAMENTO DE LA  
RIBERA”.**

**TESIS DOCTORAL**

**PRESENTADA POR:**

**D. Manuel Cano Sanz**

*Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. C.S. Alzira*

**DIRIGIDA POR:**

**Dr. D. Francesc Giner Zaragoza**

**Dr. D. José Enrique Romeu Climent**

**TUTOR:**

**Dr. D. José Manuel Genovés Artal.**

**Valencia, 2015**

# ÍNDICE:

INTRODUCCIÓN:	Pág. 3
MARCO GENERAL	4
FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMORA 0	5
HIPERFRECUENTACIÓN. DESCRIPCIÓN GENERAL	7
DEFINICIÓN DE HIPERFRECUENTADOR	9
HIPERFRECUENTACIÓN Y SALUD MENTAL: TRASTORNO DE PERSONALIDAD	10
MOTIVOS PARA LA ATENCIÓN A TRASTORNO DE PERSONALIDAD	13
OBJETIVOS:	15
MATERIAL Y MÉTODOS:	17
ÁMBITO DE ESTUDIO	18
DISEÑO Y MEDICIONES	27
FUENTE DE INFORMACIÓN	28
POBLACIÓN DE ESTUDIO	29
VARIABLES DEL ESTUDIO	30
ESTUDIO DESCRIPTIVO Y ANALÍTICO	31
ANÁLISIS DE LAS VARIABLES	32
RESULTADOS:	33
VARIABLES DEMOGRÁFICAS	34
VARIABLES CLÍNICAS	38
VARIABLES OBJETIVO	39
DISCUSIÓN:	51
CONCLUSIONES:	61
BIBLIOGRAFÍA:	63
ACRÓNIMOS:	75
TABLAS:	77
GRÁFICAS:	80
FIGURAS:	82
ANEXO:	84

# **INTRODUCCIÓN**

# INTRODUCCIÓN:

## **MARCO GENERAL.**

Los profesionales de Atención Primaria (A.P.), estamos convencidos de que la salud de los pacientes aumenta con la atención de buena calidad<sup>1</sup>. El resultado final, la salud de las personas, emerge de la interacción recíproca de múltiples factores, tanto asociados al profesional de la medicina, como al comportamiento de los pacientes y sus familias, o la estructura de los sistemas de salud implicados y, en general, del desarrollo de la sociedad en que se insertan. En resumen, la salud como emergente de la interacción recíproca de numerosos factores biopsicosociales.

En este sentido, la Conferencia Internacional de la OMS-UNICEF de Alma-Ata expresa la necesidad urgente de la toma de decisiones por parte de los gobiernos, los trabajadores de la salud y la comunidad internacional para proteger y promover el modelo de Atención Primaria de Salud para todos los individuos en el mundo. La síntesis de sus intenciones se expresa en la **Declaración de Alma-Ata**, subrayando la importancia de la Atención Primaria como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema, “**Salud para Todos en el año 2000**”. En la Declaración final de 1978, se define la Atención Primaria de Salud como:

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la

comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”<sup>2</sup>.

### ***FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DEMORA 0.***

El definido anteriormente es un proceso continuado en el tiempo donde interactúan numerosos, múltiples factores, que se pueden englobar dentro del conocido modelo biopsicosocial. Dada nuestra condición de clínicos asistenciales, interesados en introducir la metodología científica para expresar con ánimo riguroso lo que observamos, centramos nuestra atención en uno de los muchos componentes que influyen en el resultado buscado de mejor salud para nuestros pacientes: su comportamiento en consulta a la luz del concepto de “**demora 0**”.

Obviamos a sabiendas los numerosos componentes estructurales, de personal y de gestión, que presenta el sistema sanitario valenciano. Para ello, hace falta nombrar ahora algunos elementos físicos, legales, conceptuales, que intervienen de manera decisiva en dicha interacción persona enferma-sistema de asistencia sanitaria. Tales como:

- El factor más evidente de los que reflejan el nivel de calidad asistencial de un sistema dado es la accesibilidad al Centro de Salud. La facilidad del ciudadano para contactar y utilizar los recursos sanitarios<sup>3</sup> es condición *sine qua non* para tratar adecuadamente a las personas enfermas. La obviedad del caso excluye repeticiones innecesarias. Lo que nos interesa es resaltar que la accesibilidad al Centro de Salud influye necesariamente en la demora asistencial, exigencia reglamentaria que determina la aceptación sin condiciones de toda solicitud de asistencia.

- El Centro de Salud (C.S.) es la estructura funcional y física, en la que se desarrollan las actividades propias de la Atención Primaria de salud, en la promoción, prevención, curación, rehabilitación, reinserción social, así como participación comunitaria<sup>4</sup>.
- La cita previa, es un sistema que permite a la población que demanda de motu propio asistencia, el poder acudir a la consulta de su médico de familia con fecha y hora previamente concertada. Un sistema fluido de cita previa mejora la accesibilidad del usuario a la atención sanitaria<sup>5</sup>, reduce el tiempo de espera en el C.S., y reparte y facilita el trabajo asistencial de toda la semana<sup>6, 7</sup>.
- El contrato de gestión de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, anteriormente Agencia Valenciana de Salud, estableció en el año 2000 la demora “0”, lo que significaría visitar al paciente antes de las 24 horas<sup>8</sup> de pedir cita.
- Como ya se ha descrito antes, dejamos de lado los componentes estructurales y de gestión, y observamos que existen factores asociados al comportamiento de los pacientes en su relación con los equipos asistenciales que contribuyen a impedir alcanzar el objetivo de “demora 0”. Uno de ellos, quizás el mejor descrito, es la existencia de usuarios que solicitan cita previa para su médico de familia y no acuden a la misma<sup>9,10</sup>. En el estudio realizado en el 2004 en el C.S de Alzira del Departamento de la Ribera por Cano et al<sup>11</sup> suponen un 7% de citas perdidas, con la consiguiente disfunción para un sistema saturado.
- HFC. Nos parece también importante, y así lo queremos mostrar en este trabajo, estudiar otro factor ligado al comportamiento de los pacientes: la

repetición de demandas asistenciales, con o sin necesidad objetiva. Y en este componente del resultado final “salud” centramos nuestra investigación: **la hiperfrecuentación.**

### ***HIPERFRECUENTACIÓN. DESCRIPCIÓN GENERAL.***

La investigación científica en este campo, tanto en España como en el Departamento de Salud de la Ribera, denomina al grupo de usuarios que sobreutiliza el derecho a “demora 0”, como pacientes **HIPERFRECUENTADORES** (HFC). Son personas que acuden con mucha mayor frecuencia a las consultas. Es decir, que hacen mayor uso de lo esperado, no solo de Atención Primaria, sino también a especializada y de los servicios de urgencia de primaria (PAC: punto de atención continuada) así como del Servicio de Urgencias Hospitalaria de la Ribera. Este fenómeno de hiperfrecuentación es motivo de preocupación, no solo en el departamento, también lo es en todo el sistema sanitario nacional<sup>12</sup>.

La existencia de estos pacientes frecuentadores es una realidad que los profesionales de la salud vivimos día a día, pacientes que acuden muchas veces a la consulta y que conocemos, aunque no sabemos cuántos en realidad, ya que no existen en nuestro departamento estimaciones fiables de la cuantía de este colectivo. Sí que observamos como diversos estudios han estimado que entre el 30-40% de las consultas de A.P. corresponden tan solo al 10% de los pacientes<sup>13,14</sup>. El 35% de los HFC, según diversos estudios realizados por autores como Hangasi et al, se observa que demandan simultáneamente los servicios de A.P. y de Especializada<sup>15,16,17</sup>.

Además, estos pacientes también consultan reiteradamente los servicios de urgencias tanto extra-hospitalarios como hospitalarios; son un colectivo que genera un elevado número de consultas, muchas veces no urgentes, que ocasiona también demora

en la asistencia correcta a aquellos pacientes que sí que requieren realmente una atención urgente<sup>18</sup>.

Los estudios realizados en Servicios de Urgencia Hospitalarios, determinan un aumento progresivo de demanda asistencial en los últimos años de un 4% anual<sup>19,20</sup> y al sobreesfuerzo que representa la atención a los pacientes HFC<sup>20</sup> les prestamos mayor atención. La proporción de pacientes hiperfrecuentadores en urgencias de algunos estudios oscilan los porcentajes entre el 3.9%<sup>21</sup> y el 4.3%<sup>15</sup>. En cuanto al perfil de estos pacientes, se observa que acuden con mayor frecuencia hombres en todos los grupos etarios, excepto en pacientes de 15-44 años donde las que acuden son las mujeres, son las que demandan más asistencia. Sin embargo para Riba et al son las mujeres las que con mayor frecuencia acuden al servicio de urgencias, por debajo de los 80 años; y en los HFC el 51,4% de las visitas se da en mujeres frente al 48,5% que sucede en las normofrecuentadoras<sup>22</sup>.

En resumen, esta elevada demanda del grupo hiperfrecuentador tiene importantes y graves consecuencias, puesto que supone una gran carga de trabajo, tanto organizativo, administrativo, como de coste económico para el sistema sanitario, para el paciente y la familia<sup>21,23</sup>. Está identificado como un factor precipitante del burnout profesional<sup>12</sup>.

Por tanto, el propósito que perseguimos en este trabajo es estimar cuantitativamente, de manera fiable, al grupo de personas que hiperfrecuentan nuestros dispositivos sanitarios.

Que quede claro que no perseguimos ni siquiera esbozar hipótesis causales del fenómeno a estudiar. Sí describimos algunas características de estos enfermos, en consonancia con lo encontrado en la literatura médica, escasa en España. Es decir, el llamado “perfil de los pacientes HFC”. Es el propósito descriptivo del estudio actual.

## ***DEFINICIÓN DE HIPERFRECUENTADOR.***

El primer problema que nos encontramos es la definición de hiperfrecuentador, puesto que existen diferencias entre los diferentes estudios en el punto crítico a partir del que considerar al paciente como hiperfrecuentador. En la actualidad se acepta como tal:

1. Aquellos pacientes que acuden por encima de un número de consultas al año de forma aleatoria<sup>24,25,26</sup>.
2. Aquellos pacientes que acuden por encima de un percentil en la frecuencia de consultas al año, se acepta el percentil 75<sup>17,27</sup>.
3. Aquellos pacientes que consultan el doble de veces que la media<sup>12,28,29</sup>.

Y que en todas las circunstancias, acuden por iniciativa propia<sup>30,26,31</sup>. Esto excluye por tanto todas las consultas programadas por el facultativo de A.P o por el especialista.

El periodo de observación en la mayoría de publicaciones, en concreto en el 74% de las mismas, es de 12 meses<sup>21</sup> es decir un año natural.

La comunidad científica deja a criterio del autor la elección del punto de corte<sup>18</sup> aunque buena parte de la bibliografía considera como hiperfrecuentación el número de 8 o más visitas/año, se ha optado por más de 12 consultas/año en muchos de los estudios, dadas las características de hiperfrecuentación generalizada habituales de nuestro país. Este estándar se podrá ir ajustando progresivamente<sup>32</sup>.

El criterio a utilizar para definir al hiperfrecuentador (HFC) en este estudio va a ser aleatorio, pero basándonos en el estudio de Aragonés et al, fijaremos en 8 o más contactos /año<sup>33</sup>. Al ser un estudio retrospectivo “**a 5 años**”, que no de 5 años, la hiperfrecuentación vendrá definida por el promedio de 8 o más contactos o consultas/año.

## ***HIPERFRECUENTACIÓN Y SALUD MENTAL:***

### ***TRASTORNOS DE PERSONALIDAD.***

Este estudio, nos puede ayudar a comprender algunas razones implicadas en el fenómeno de la hiperfrecuentación. Para ello he revisado estudios tanto de AP como de muestras clínicas en salud mental.

De manera principal, centramos nuestra atención en una de las características de los pacientes HFC que aparecen descritas en diversos trabajos: la salud mental de esta población y, en concreto con todas las limitaciones que expondré más adelante, los llamados Trastornos de Personalidad. Así para Llorente et al<sup>23</sup>, existe una relación entre elevada demanda de consulta y sexo femenino, para Fuertes et al, se trata de personas de mayor edad, mayores de 50 años<sup>23</sup> y con enfermedades crónicas y disfunciones psíquicas. Esta condición de trastorno psíquico comórbido a su demanda de atención sanitaria es nuestra área de estudio prioritaria, tras la descripción general de pacientes hiperfrecuentadores o no-hiperfrecuentadores.

Las patologías relacionadas con la salud mental – malestar psicológico o trastorno mental, suponen uno de los factores determinantes de alta frecuentación de visitas al servicio de Atención primaria<sup>34,35,36,37,38</sup>. Según Mancera et al, el 20,7% de las patologías de los HFC se corresponde con algún trastorno mental<sup>38</sup>. Sin embargo Rodríguez et al, concluyen que el 68% de los HFC son diagnosticables de algún trastorno mental<sup>12</sup> representando estos HFC la cuarta parte de los consultantes del médico de familia<sup>39</sup>. Hueston et al encuentran que el 70% de los HFC presentan trastornos de la personalidad<sup>28</sup>. Y con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad entre el 1,4-5,9%<sup>39</sup> de estos HFC.

En Atención Primaria es escasamente conocida la epidemiología de los trastornos de personalidad, así como su papel en la HFC, pero sabemos que:

“...los trastornos de la personalidad (T.P) están infradiagnosticados en la clínica diaria, mal validados como entidades independientes, los diagnósticos se solapan entre ellos y están conceptualizados de tal manera que ningún modelo actual prevalece sobre otro<sup>40,41,42</sup>. Sin embargo son causa de grave malestar personal y de deterioro familiar y social”; este último aspecto, sobre todo, para los trastorno límite de la personalidad (TLP)<sup>43</sup>.

Observamos que la variabilidad en los porcentajes de presentación de estos trastornos es muy grande, la incertidumbre es muy grande.

En población general, con estudios realizados entre 1997-2007 y con muestras mayores de 250 personas, se estima la prevalencia entre el 4,4% y el 19%<sup>44</sup>. Como dice *Torgersen*<sup>45</sup>, *los trastornos de la personalidad son prevalentes: más de 1 de cada 10 adultos padece un trastorno de la personalidad*. Cuando dichas estimaciones se realizan en población psiquiátrica, la prevalencia aumenta considerablemente y se sitúa entre el 10,8% y el 82%<sup>44</sup>.

Los resultados de estudios realizados sobre población clínica española sitúan la prevalencia entre 3,7% y 91%<sup>46</sup>.

Otros estudios nos dan en los TP una prevalencia entre el 0,5% y el 3% en la población general y entre el 3% y el 30% en los pacientes psiquiátricos y de tratamiento ambulatorio<sup>47</sup>.

Existen autores que afirman que los TP son el grupo de trastornos mentales que más frecuentemente atienden los psiquiatras<sup>48,49</sup>. Aunque no los diagnostiquemos en el trabajo diario.

Además, no existe una concordancia plena para conceptualizar los trastornos de la personalidad. Por ejemplo, el trastorno de la personalidad pasa a involucrar un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento, que se presenta en las áreas de

la cognición, de la afectividad, del control de impulsos o de la actividad interpersonal; y que desadapta en relación a las personas del entorno y en relación a la cultura del sujeto<sup>50</sup>.

O para Theodore Millon: “La personalidad patológica comprendería aquellos rasgos estables y conscientes que persisten inflexibles, son usados inapropiadamente y fomentan círculos viciosos que perpetúan e intensifican las dificultades del sujeto”<sup>51</sup>.

Además de estos dos factores, otros muchos influyen en la escasísima atención que se presta, tanto en el plano del diagnóstico a estos fenómenos como en el nivel asistencial. Probablemente debido a la complejidad y dificultad máxima incluso en su clasificación. **ANEXO I: CIE-9. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**<sup>52</sup>.

Todo ello hace que la infravaloración del diagnóstico de TP es máxima en Atención Primaria. Provoca que el porcentaje de pacientes diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) sea menor que el porcentaje estimado para la población general<sup>33</sup>. De hecho los diagnósticos de TLP en primaria están infraregistrados, son muy escasos, llegando a ver que, de una prevalencia esperada entre el 1,4% y el 5,9%, Aragonés et al solo encuentran registrada una prevalencia del 0,017%<sup>33</sup>.

Este caso es especialmente relevante, ya que el TLP es uno de los trastornos que más problemas de frecuencia elevada de contactos y de conflictividad presentan en el Sistema Nacional de Salud<sup>12</sup>.

Es importante enfatizar la evidencia empírica sobre la influencia de los TP en la evolución de las patologías psiquiátricas<sup>53,54</sup> y enfermedades médicas generales<sup>55,56,53</sup>, por ejemplo, se han señalado indicios de relación entre el TLP y la migraña crónica o la evolución de la placa aterosclerótica coronaria<sup>57,58</sup>. Así como de facilitar la Hiperfrecuentación médica.

## ***MOTIVOS PARA LA ATENCIÓN A TP.***

La alta prevalencia de los trastornos de la personalidad en la comunidad<sup>59,60</sup>, en atención primaria<sup>61</sup>, en los centros de salud mental<sup>48</sup> y la alta prevalencia y comorbilidad en pacientes hospitalizados señalada en un estudio andaluz reciente<sup>62</sup>, hacen que deban de ser considerados un problema sanitario importante a resolver, para el que de momento no hay una respuesta adecuada.

Las conductas de riesgo en los pacientes con trastornos de personalidad y específicamente en el trastorno límite, hace que el interés por un adecuado tratamiento sea prioritario. El elevado coste directo e indirecto<sup>63,64</sup>, y los riesgos específicos derivados de la psicopatología del TLP hacen que este trastorno deba considerarse una prioridad en la planificación sanitaria. La situación asistencial actual muestra que estamos muy lejos de lo que deseamos.

El suicidio y las conductas autolesivas han sido claramente establecida por la revisión meta-analítica, en el que el índice de mortalidad está altamente vinculado a la presencia de trastornos de personalidad<sup>65</sup>. Por otro lado, la asociación entre trastornos de personalidad y conductas autolesivas están claramente vinculadas como criterio diagnóstico del trastorno borderline (límite) y a su mantenimiento a lo largo del tiempo<sup>66</sup>. Los trastornos de personalidad por otro lado están vinculados a comportamientos impulsivos y peligrosos por los que la mortalidad y los accidentes en este tipo de pacientes son más elevados que en la población normal. Un ejemplo, los datos derivados de algunos estudios hablan de que la ratio de mortalidad por causas no naturales de fallecimiento es 4,3 veces superior a la población normal en el caso de trastorno psicopático de la personalidad<sup>67</sup>.

Por otro lado, la asociación entre la presencia de trastornos de la personalidad y el sufrimiento co-mórbido de otros trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, es

conocida en la literatura internacional. La influencia en el tratamiento de otros trastornos de eje I es muy relevante<sup>68</sup> y especialmente en el consumo y dependencia de sustancias y alcohol<sup>69</sup>.

En resumen, los Trastornos de la Personalidad están infratratados, son los nuevos habitantes de la puerta giratoria, los costes tanto directos como indirectos de la atención de este tipo de patología son muy elevados y necesitan para ser atendidos de programas terapéuticos muy complejos, con una dotación de personal y un equipo terapéutico que ha de tener un entrenamiento muy específico para el tratamiento de esta patología<sup>70</sup>.

Este estudio, por lo tanto nos puede ayudar a comprender mejor en cómo reducir la demora en AP y las listas de espera en Psiquiatría. Así como diagnosticar mejor los trastornos de la personalidad que están infradiagnosticados en ambos niveles asistenciales<sup>30</sup>.

Enunciamos la hipótesis de que los pacientes con problemas de salud mental diagnosticados, son más propensos a repetir demandas de asistencia por problemas orgánicos (somáticos) que los que no tienen trastornos psíquicos en el nivel de categoría diagnóstica. Queremos probar que ocurre así con nuestros pacientes hiperfrecuentadores en la Ribera, estudio hasta ahora nunca efectuado. Prestando atención específica a los trastornos de personalidad en su relación con los dispositivos de asistencia sanitaria, y sabiendo de su infradiagnóstico, tanto en AP como en Psiquiatría/Salud Mental, queremos probar si este trastorno también es más incidente en nuestros pacientes hiperfrecuentadores .

# **OBJETIVOS**

## **OBJETIVOS:**

El objetivo principal del estudio, va a ser, verificar si tienen más contacto con Psiquiatría los pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria del Departamento de la Ribera que los no HFC.

El objetivo secundario, comprobar si los pacientes hiperfrecuentadores del Departamento de la Ribera, van a presentar más Trastornos de la Personalidad (código 301 de CIE 9) (CIE: código internacional de enfermedades) que los no HFC. (a sabiendas del infradiagnóstico).

# **MATERIAL Y MÉTODOS**

## MATERIAL Y MÉTODOS:

### ÁMBITO DE ESTUDIO

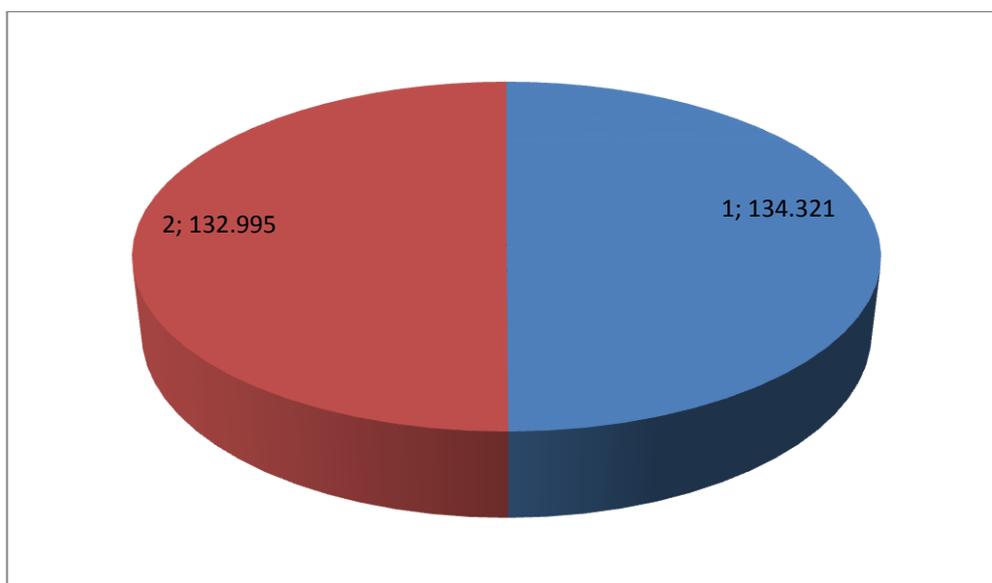
El presente estudio se ha llevado a cabo en el departamento de salud de la Ribera, situado al sur de la provincia de Valencia, en las comarcas de la Ribera, que atiende a la población de la Ribera Alta y Baja, número de habitantes 263.596 repartida a la largo de 39 núcleos de población (figura 1).



Figura 1. Departamento de salud de la Ribera

De las características de la población destaca, que de 270.688 habitantes del año 2009, al final del estudio en el 2013 tenemos una población de 263.596 habitantes, con una media poblacional de 267.316 h; que de 134.693 hombres en 2009 pasamos a 131.025 en 2013, con una media de 132.995 hombres. Y que de 135.995 mujeres en 2009, finalizamos en 2013 con 132.571, con una media de 134.321 mujeres. Por tanto

el promedio de hombres de 132.995 se corresponde con el 49,75% y las 134.321 mujeres se corresponden con el 50,25% del total (gráfica 1).



Gráfica 1: Relación mujeres (1) hombres (2)

La distribución poblacional por grupos etarios del 2009 al 2013, las tenemos en las tablas de la 1 a la 5. Donde podemos destacar un descenso poblacional en el grupo etario de 15-44 años de 117.380 en el 2009 a 106.469 en el 2013, que supone un descenso del 9,3%.

2009	0-3	4-6	7-14	15-44	45-64	65-74	>=75	Total
<b>Hombres</b>	6.179	4.317	10.456	61.016	32.415	10.891	9.419	<b>134.693</b>
<b>Mujeres</b>	5.976	4.176	10.304	56.364	32.166	12.507	14.502	<b>135.995</b>
<b>Total</b>	12.155	8.493	20.760	117.380	64.581	23.398	23.921	<b>270.688</b>

Tabla 1: Distribución poblacional por grupos etarios año 2009

2010	0-3	4-6	7-14	15-44	45-64	65-74	>=75	Total
<b>Hombres</b>	6.089	4.409	10.400	59.703	33.009	10.706	9.277	<b>133.593</b>
<b>Mujeres</b>	5.777	4.272	10.340	55.133	32.722	12.247	14.161	<b>134.652</b>
<b>Total</b>	11.866	8.681	20.740	114.836	65.731	22.953	23.438	<b>268.245</b>

Tabla 2: Distribución poblacional por grupos etarios año 2010

<b>2011</b>	<b>0-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-14</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>65-74</b>	<b>&gt;=75</b>	<b>Total</b>
<b>Hombres</b>	5.968	4.589	10.624	59.108	33.956	10.764	9.405	<b>134.414</b>
<b>Mujeres</b>	5.647	4.414	10.494	54.685	33.483	12.235	14.350	<b>135.308</b>
<b>Total</b>	11.615	9.003	21.118	113.793	67.439	22.999	23.755	<b>269.722</b>

Tabla 3: Distribución poblacional por grupos etarios año 2011

<b>2012</b>	<b>0-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-14</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>65-74</b>	<b>&gt;=75</b>	<b>Total</b>
<b>Hombres</b>	5.649	4.612	10.648	56.008	34.210	10.694	9.429	<b>131.250</b>
<b>Mujeres</b>	5.337	4.440	10.475	52.373	33.891	12.196	14.369	<b>133.081</b>
<b>Total</b>	10.986	9.052	21.123	108.381	68.101	22.890	23.798	<b>264.331</b>

Tabla 4: Distribución poblacional por grupos etarios año 2012

<b>2013</b>	<b>0-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-14</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>65-74</b>	<b>&gt;=75</b>	<b>Total</b>
<b>Hombres</b>	5.429	4.546	10.889	55.031	34.799	10.842	9.489	<b>131.025</b>
<b>Mujeres</b>	5.030	4.382	10.563	51.438	34.367	12.383	14.408	<b>132.571</b>
<b>Total</b>	10.459	8.928	21.452	106.469	69.166	23.225	23.897	<b>263.596</b>

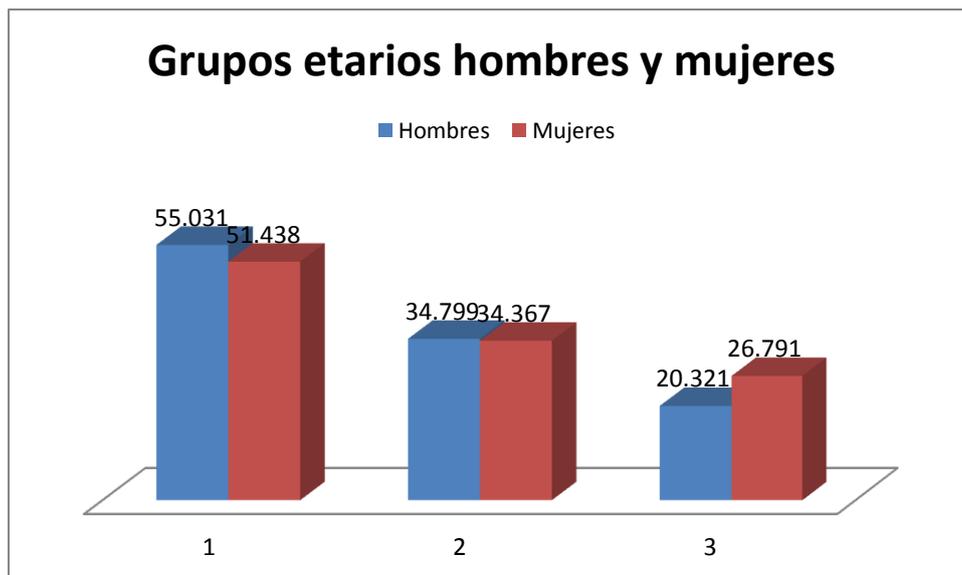
Tabla 5: Distribución poblacional por grupos etarios año 2013

El universo de la población diana lo distribuimos en grupos etarios (tabla 6) de hombres y mujeres de 15-44, de 45-64 y mayores de 65 años:

<b>2013</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt;65</b>
<b>Hombres</b>	55.031	34.799	20.321
<b>Mujeres</b>	51.438	34.367	26.791
<b>Total</b>	<b>106.469</b>	<b>69.166</b>	<b>47.122</b>

Tabla 6: Grupos etarios

En la gráfica 2 el grupo de 15-44 corresponde la serie uno a 55.031 hombres y a 51.438 mujeres; el grupo 2 de 45-64 años de la serie uno 34.799 hombres y 34.367 mujeres; el grupo 3 de mayores de 65 años la serie uno 20.321 hombres y 26.791 mujeres.



Gráfica 2: Grupos etarios hombres y mujeres

La piramide poblacional de estudio a lo largo de los 5 años queda reflejada en las tablas de la 7 a la 11.

2009	15-44	45-64	> 65
<b>Hombres</b>	61.016	32.415	20.310
<b>Mujeres</b>	56.364	32.166	27.009
<b>Total</b>	<b>117.380</b>	<b>64.581</b>	<b>47.319</b>

Tabla 7: Población estudio año 2009

2010	15-44	45-64	> 65
<b>Hombres</b>	59.703	33.009	19.983
<b>Mujeres</b>	55.133	32.722	26.408
<b>Total</b>	<b>114.836</b>	<b>65.731</b>	<b>46.391</b>

Tabla 8: Población estudio año 2010

2011	15-44	45-64	> 65
<b>Hombres</b>	59.108	33.956	20.169
<b>Mujeres</b>	54.685	33.483	26.585
<b>Total</b>	<b>113.793</b>	<b>67.439</b>	<b>46.754</b>

Tabla 9: Población estudio año 2011

<b>2012</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt; 65</b>
<b>Hombres</b>	56.008	34.210	20.123
<b>Mujeres</b>	52.373	33.891	26.565
<b>Total</b>	<b>108.381</b>	<b>68.101</b>	<b>46.688</b>

Tabla 10: Población estudio año 2012

<b>2013</b>	<b>15-44</b>	<b>45-64</b>	<b>&gt; 65</b>
<b>Hombres</b>	55.031	34.799	20.331
<b>Mujeres</b>	51.438	34.367	26.791
<b>Total</b>	<b>106.469</b>	<b>69.166</b>	<b>47.122</b>

Tabla 11: Población estudio año 2013

La población de estudio a lo largo de los 5 años sufre variaciones, en el grupo etario de 15-44 años se produce un descenso poblacional del 9,3%, mientras que para el grupo de 45-64 años se ha producido un aumento poblacional del 6,6%, permaneciendo los > de 65 sin cambios.

Este departamento de salud, depende de U.T.E Ribera-Salud y es un integrante de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, de gerencia única de los servicios sanitarios públicos. El hospital de referencia es el Hospital Universitario de la Ribera (figura 2), situado en la ciudad de Alzira, se trata de un hospital general con 277 camas; cuenta con una Cartera de Servicios:

ANESTESIOLOGÍA/REANIMACIÓN

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR

CIRUGÍA CARDÍACA

CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

CIRUGÍA PEDIÁTRICA

CIRUGÍA TORÁCICA  
CIRUGÍA PLÁSTICA  
DERMATOLOGÍA  
GINECOLOGÍA  
NEUROCIRUGÍA  
OFTALMOLOGÍA  
OTORRINOLARINGOLOGÍA  
ODONTO-ESTOMATOLOGÍA  
TRAUMA-CIRUGÍA ORTOPÉDICA  
UROLOGÍA  
UNIDAD DE MAMA  
UNIDAD DE RAQUIS  
ALERGOLOGÍA  
CARDIOLOGÍA  
ENDOCRINOLOGÍA  
GERIATRÍA  
MEDICINA DIGESTIVA  
MEDICINA INTERNA  
MEDICINA PREVENTIVA  
NEFROLOGÍA  
NEUMOLOGÍA  
NEUROLOGÍA  
ONCOLOGÍA  
PEDIATRÍA

PSIQUIATRÍA

REUMATOLOGÍA

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

MEDICINA INTENSIVA

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

REHABILITACIÓN

URGENCIAS

SERVICIOS CENTRALES:

ÁREA DE DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO:

ANATOMÍA PATOLÓGICA

MICROBIOLOGÍA

BIOQUÍMICA

HEMATOLOGÍA

ÁREA DE DIAGNÓSTICO POR LA IMAGEN:

RADIODIAGNÓSTICO

MEDICINA NUCLEAR

HEMODINÁMICA

ÁREA DE RADIOTERAPIA:

RADIOTERAPIA

ÁREA DE NEUROFISIOLOGÍA:

NEUROFISIOLOGÍA

RADIOFÍSICA

FARMACIA



Figura 2: Hospital de la Ribera

En la actualidad cuenta el departamento de salud con una red compuesta por 41 centros de salud, consultorios auxiliares y cuatro CSI (centros de salud integrados). Cuatro CSI ubicados estratégicamente a lo largo y ancho de la comarca: Benifaió, Carlet, Alzira y Sueca. Cuenta con 6 PAC (punto de atención continuada): Alberic, L'Alcudia, Algemesí, Alginet, Carcaixent y Cullera. En total el Departamento de Salud de la Ribera dispone, por tanto, de 10 puntos de atención de urgencias de Atención Primaria, que se amplían a 11 puntos en verano con la apertura del PAC de El Perelló.

Unidades de Salud Mental extrahospitalaria en CSI de Alzira, Carlet y Sueca. Y el Centro de Conductas Adictivas de Alzira (figura 3).

## DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA RIBERA



Figura 3: Centros Departamento de Salud de la Ribera

Además cuenta con algunas especialidades médico-quirúrgicas que realizan atención ordinaria en los centros de salud del departamento.

En el presente estudio se incluyó a la población mayor de 15 años atendida en el Departamento de Salud de la Ribera en todos los centros de salud y consultorios auxiliares de las zonas básicas, así como en las consultas de Psiquiatría, UCA (unidad de conducta adictiva), tanto en consulta ordinaria como urgente definidos como HFC y con trastorno de la personalidad; desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2013.

Se trata de un departamento de salud de la Comunidad Valenciana que atiende a una población de ámbito rural y urbano.

La muestra a estudiar se estableció como criterio de inclusión ser mayor de 15 años y haber sido visitado en alguna ocasión tanto en A.P. como en Psiquiatría, UCA

como urgencias de A.P u hospitalarias del 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre de 2013.

### ***DISEÑO Y MEDICIONES***

Se trata de un estudio observacional epidemiológico multi-céntrico descriptivo retrospectivo desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2013.

Los datos estudiados fueron extraídos de la Historia electrónica hospitalaria del hospital de la Ribera (nouSIS) herramienta informática de apoyo y colaboración a la gestión clínica integral, tanto a nivel operacional como táctico y estratégico contando con componentes que permiten una visualización a través de indicadores específicos para diferentes niveles de interés de la gestión y toma de decisiones, y del Sistema de Información Sanitaria Ambulatoria (SIA) de la Agencia Valenciana de Salud, que permite obtener los indicadores de gestión correspondientes a la actividad registrada en ABUCASIS (Sistema de Información para la Gestión de Atención Primaria: SIGAP), y que está integrado en ABUCASIS:

- Instauración de una historia clínica única por paciente atendido de manera ambulatoria en la Comunidad Valenciana.
- Acceso a la historia clínica desde cualquier puesto asistencial de la red de atención ambulatoria (centros de salud y consultas externas de los hospitales y centros de especialidades).
- Integración con otros sistemas de información ya existentes:

- SIP (Sistema de Información Poblacional)
- GAIA (Gestión de la Prestación Asistencial)
- RVN (Registro de Vacunas)
- IRIS / HIGIA (HIS hospitalarios)

□ Futuros sistemas (Metabolopatías, Higiene de los Alimentos...)

Los datos se obtuvieron de todo el periodo de estudio.

### ***FUENTE DE INFORMACIÓN***

Para la recogida de datos se utilizaron el SIGAP de la Comunidad Valenciana, de los médicos de familia de los 41 centros de A.P. del Departamento de Salud de la Ribera. Los datos los facilitó el sistema de información de la asistencia ambulatoria de la Agencia Valenciana de Salud de Abucasis (SIA-Gaia) mediante solicitud oficial a PROSIGA (procedimiento de solicitud, tratamiento y cesión de datos de carácter sanitario del sistema de información de la asistencia ambulatoria de la Conselleria de Sanitat de Abucasis: SIA-Gaia).

Se obtuvieron los datos de nouSIS del hospital de la ribera, de las urgencias atendidas en los 6 PAC, los 4 CSI del departamento y en el hospital de la Ribera. Así como de los contactos con psiquiatría y de pacientes con código 301, desde dirección de sistemas del hospital.

Hasta la implantación de la Historia electrónica, la calidad de los sistemas de registro habían sido objeto de numerosos estudios<sup>71,72</sup>, a pesar de lo cual no se habían publicado muchos que permitiesen conocer la fiabilidad de los datos registrados<sup>73</sup>; en la actualidad la fiabilidad de los datos registrados, debido al uso de SIP (Sistema de Información Poblacional), además de la imposibilidad de eliminar registros de la historia electrónica pasadas 24 h. hacen que la fiabilidad sea mayor.

El Sistema de Información Poblacional (SIP) es el registro administrativo corporativo de la Conselleria de Sanitat que recoge y actualiza los datos de identificación, localización, asignación de recursos sanitarios (área, zona, centro y

médico) y derecho de las prestaciones sanitarias de las personas que residen en la Comunidad Valenciana o de desplazados que acceden al Sistema Sanitario Público.

El SIP se integra con los otros sistemas de información de la Conselleria de Sanitat de interés para la ciudadanía, como son las historias clínicas en atención primaria o especializada, registro de vacunas, etc., y con sistemas de información de interés para la gestión y control del gasto sanitario y de la prestación farmacéutica, entre otros<sup>74</sup>.

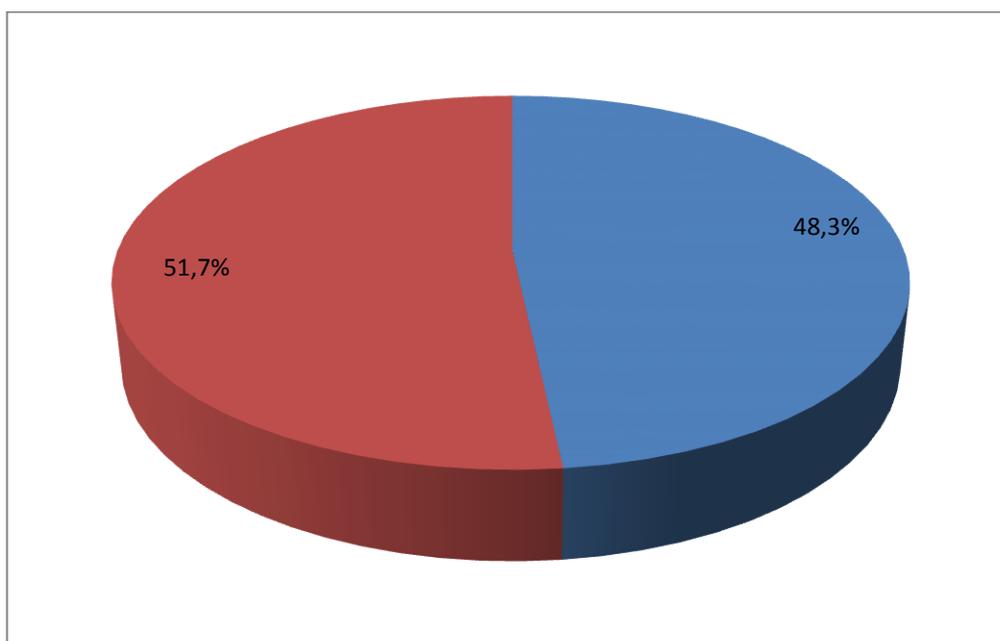
### ***POBLACIÓN DE ESTUDIO***

La población de estudio la constituyó el global de los pacientes que acudieron a la consulta ordinaria del médico de familia en todo el departamento de salud, en los 41 centros de A.P. así como a los P.A.C o C.S.I en visita urgente, o Urgencias del hospital de la Ribera. También a consulta de Psiquiatría tanto extra como hospitalaria, las consultas de U.C.A están integradas como psiquiatría extra-hospitalaria. Desde el 1 de enero de 2009 hasta el 31 de diciembre de 2013 y que ascendió a un total de 237.699.

Se excluyó del estudio a la población menor de 15 años, que no era atendida por los médicos de familia, sino por pediatría.

Excepción hecha de la población atendida en Psiquiatría Infantil de Sueca, que atiende a la población hasta los 18 años, lo que supone un sesgo no significativo.

De la población estudiada el 48,3% fueron hombres y el 51.7% mujeres (gráfica 3).



Gráfica 3: % hombres - mujeres

### ***VARIABLES DEL ESTUDIO***

Variable principal: Variable cuantitativa dicotómica descrita como el N° de pacientes que acuden  $\geq 8$  veces/año / no acuden  $\geq 8$  veces /año

Variables secundarias:

1) Demográficas:

- a) Edad, como variable cuantitativa policotómica, se transformó en cualitativa policotómica al agruparla en grupos etarios 15-44 años, 45-64 años y mayores de 65 años.
- b) Sexo, como variable cualitativa dicotómica, hombre/mujer.

2) Clínicas:

- a) Número de contactos con Atención Primaria ordinaria, cuantitativa discreta.
- b) Número de contactos con urgencias, cuantitativa discreta.

- c) Contacto con Psiquiatría SI/NO, cualitativa dicotómica.
- d) Número de contactos con Psiquiatría, cuantitativa discreta.
- e) Diagnóstico de trastorno de la personalidad SI/NO, cualitativa dicotómica.

### ***ESTUDIOS DESCRIPTIVO Y ANALÍTICO***

Se ha realizado un análisis descriptivo univariable de las variables edad y sexo, contacto con atención primaria ordinaria, contacto con urgencias, contacto con psiquiatría, diagnóstico de trastorno de la personalidad, con objeto de descubrir si los que acuden más a A.P. acuden más a salud mental. Análisis edad y urgencias, sexo y urgencias.

También un estudio agrupado de las variables citadas de dos en dos para valorar las características del HFC:

Edad y sexo.

Edad y contacto con Psiquiatría SI.

Edad y contacto con Psiquiatría NO.

Sexo y contacto con Psiquiatría SI.

Sexo y contacto con Psiquiatría NO.

Edad y trastorno de la personalidad SI.

Edad y trastorno de la personalidad NO.

Sexo y trastorno de la personalidad SI.

Sexo y trastorno de la personalidad NO.

Análisis cuantitativo: análisis estadístico descriptivo comparativo para las variables cualitativas empleo chi-cuadrado. Y análisis estadístico explicativo para las variables cuantitativas con medidas de posición y tendencia central (media, etc...), medidas de dispersión (desviación típica, etc.).

## *ANALISIS DE LAS VARIABLES*

En primer lugar se ha realizado un análisis descriptivo univariable de las variables:

edad, sexo del solicitante, contactos con A. P. ordinarios, contactos con urgencias, contactos con psiquiatría, así como diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Posteriormente se ha realizado un estudio para las variables citadas, para valorar las características de los HFC, agrupadas de dos en dos, tal como se muestra a continuación:

Edad y sexo

Edad y contacto con Psiquiatría

Sexo y contacto con Psiquiatría

Edad y trastorno de la personalidad

Sexo y trastorno de la personalidad

Y también el análisis cuantitativo: análisis estadístico descriptivo comparativo para las variables cualitativas, con empleo de chi-cuadrado. Y análisis estadístico explicativo para las variables cuantitativas con medidas de posición y tendencia central (media, etc.), medidas de dispersión (desviación típica, etc.).

Todos estos análisis se han realizado para los años 2009 hasta el 2013, para todo el Departamento de la Ribera.

Todos los análisis se efectuaron con el programa SPSS statistics 19.

# **RESULTADOS**

## RESULTADOS:

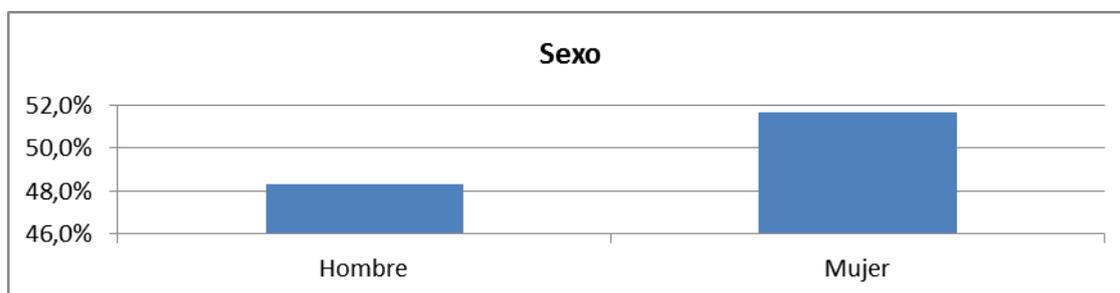
### VARIABLES DEMOGRÁFICAS:

La población objeto del estudio es de 237.699 pacientes, un 48,3% de hombres frente a un 51,7% de mujeres. (tabla 12).

Sexo				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Hombre	114.824	48,3%	48,3%
	Mujer	122.875	51,7%	100,0%
Total		237.699	100,0%	

Tabla 12: Población de estudio % por sexo

La frecuencia para hombres de 114.824, y para mujeres de 122.875. (gráfica 4).



Gráfica 4: Población de estudio por sexo

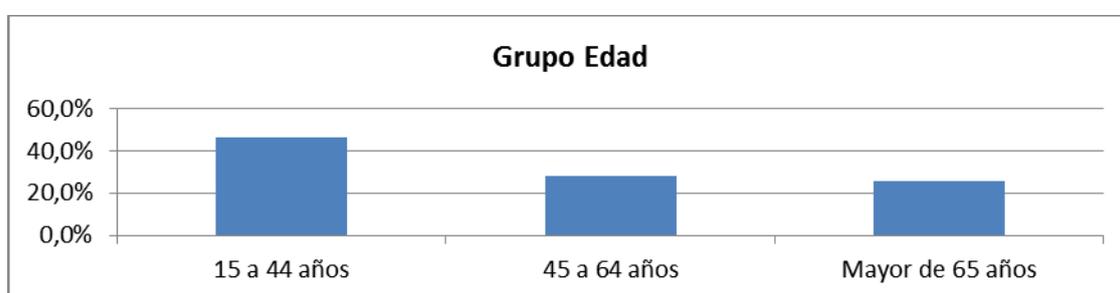
La frecuencia por grupos etarios: obtenemos una frecuencia para el grupo de 15 a 44 años de 109.452, que corresponde a un porcentaje del 46% y porcentaje acumulado del 46%; para el grupo de 45 a 64 años, la frecuencia es de 67.330, que corresponde a un porcentaje del 28.3% y el acumulado del 74.4%; para los mayores de 65 años, la frecuencia es de 60.917, con un porcentaje del 25.6%, el acumulado del 100% (tabla 13) (gráfica 5).

La Moda es “Mujer” con el 51,7%.

La Moda es “15-44 años” con el 46%.

Grupo Edad				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	15 a 44 años	109.452	46,0%	46,0%
	45 a 64 años	67.330	28,3%	74,4%
	Mayor de 65 años	60.917	25,6%	100,0%
Total		237.699	100,0%	

Tabla 13: Población de estudio por grupos etarios



Gráfica 5: Población de estudio por grupos etarios

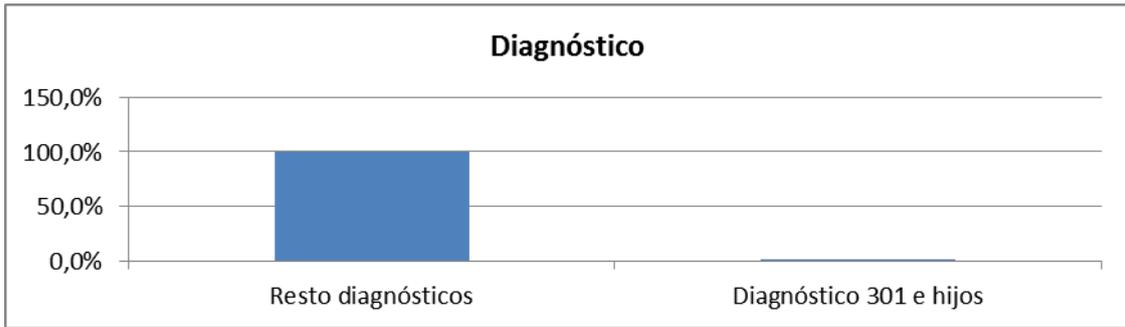
La población diagnosticada con Trastorno de la personalidad (diagnóstico 301 e hijos) supone un 0,4%, con un valor absoluto de 1.012 pacientes. (tabla 14).

Diagnóstico				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	Resto diagnósticos	236.687	99,6%	99,6%
	Diagnóstico 301 e hijos	1.012	0,4%	100,0%
Total		237.699	100,0%	

Tabla 14: Diagnóstico de Trastorno de la personalidad

La frecuencia para los pacientes sin este diagnóstico es de 236.687, con un porcentaje del 99.6%. (gráfica 6).

La Moda es “Resto diagnósticos” con el 99,6%.



Gráfica 6: Diagnóstico de trastorno de la personalidad

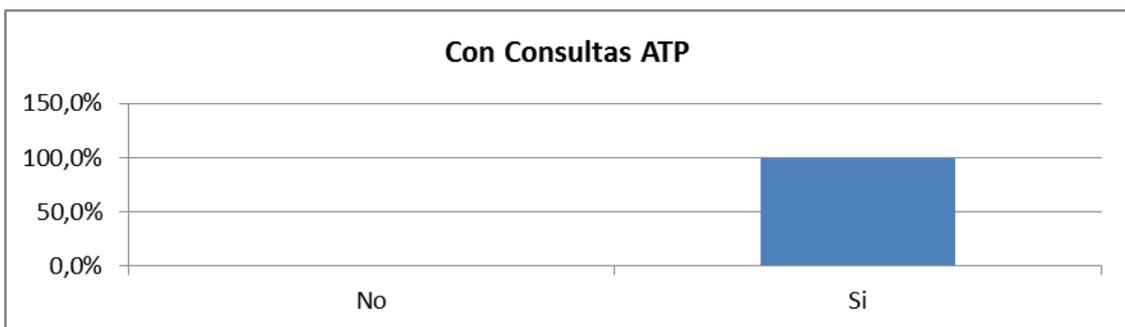
Pacientes válidos para consultas de Atención primaria 237.315, suponen el 99,8%, por el contrario pacientes no válidos el 0,2%, es decir 384, de un total de 237.699. (tabla 15).

Con Consultas ATP				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	384	0,2%	0,2%
	Si	237.315	99,8%	100,0%
	Total	237.699	100,0%	

Tabla 15: Pacientes con consulta en Atención Primaria

El porcentaje acumulado 0,2% de no válidos. (gráfica 7).

La Moda es “Válidos” con el 99,8%.



Gráfica 7: Pacientes con consulta en Atención primaria

Pacientes válidos con consulta en psiquiatría. Válidos 17.266 y no Válidos 220.433. (tabla 16).

Con Consultas PSI				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	220.433	92,7%	92,7%
	Si	17.266	7,3%	100,0%
	Total	237.699	100,0%	

Tabla 16: Pacientes con consulta en psiquiatría

El porcentaje de válidos es del 7,3%, siendo del 92.7% los que no han tenido consulta, no válidos. (gráfica 8).



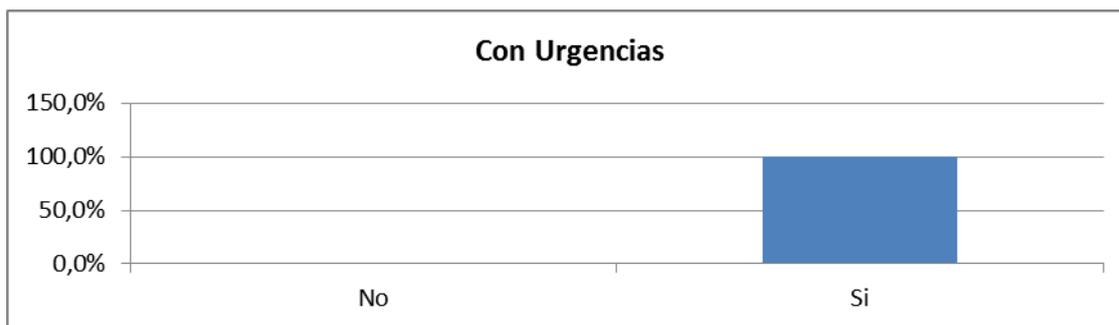
Gráfica 8: % pacientes con consulta en psiquiatría

La Moda es “No válidos” con el 92,7%.

En cuanto a las urgencias realizadas en el departamento, suponen válidos 183.162 con el 100%.(tabla 17). Gráfica 9 porcentaje de pacientes con urgencias.

Con Urgencias					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Moda
Válidos	No				
	Si	183.062	100,0%	100,0%	-
	Total	183.062	100,0%		

Tabla 17: Pacientes con urgencias



Gráfica 9: % pacientes con urgencias

**VARIABLES CLÍNICAS:**

Si tomamos las consultas de atención primaria, obtenemos un máximo de 176 consultas, con una media de 8, mediana de 5 y desviación típica de 8,6. (tabla 18).

Consultas Atención Primaria								
	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Desv. Típica
Válidos	237.699	0	176	8	5	2	11	8,6
Perdidos	-							
Total	237.699							

Tabla 18: Consultas Atención Primaria

Para consultas en psiquiatría obtenemos, mínimo de “0”, máximo de 118, desviación típica de 2,3. (tabla 19).

Consultas PSI								
	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Desv. Típica
Válidos	237.699	0	118	0	0	0	0	2,3
Perdidos	-							
Total	237.699							

Tabla 19: Consultas Psiquiatría

Mientras que en consultas a urgencias el mínimo 1, el máximo 3, la media 3, desviación típica 0,4. (tabla 20).

Urgencias								
	N	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Desv. Típica
Válidos	-	1	3	2	2	2	2	0,4
Perdidos	-							
Total	-							

Tabla 20: Consultas urgencias

Las consultas a urgencias por grupos etarios y sexo (tabla 21), la mayor frecuentación se produjo en mujeres de 14 a 44 años con 39.672.

Urgencias									
Sexo	Grupo Edad	Pacientes	Mínimo	Máximo	Media	Mediana	Percentil 25	Percentil 75	Desv. Típica
Hombre	15 a 44 años	35.865,00	2	2	2	2	2	2	0,0
	45 a 64 años	16.661,00	2	2	2	2	2	2	0,1
	Mayor de 65 años	13.305,00	1	3	2	2	2	3	0,5
Mujer	15 a 44 años	39.672,00	2	2	2	2	2	2	0,1
	45 a 64 años	18.915,00	2	2	2	2	2	2	0,0
	Mayor de 65 años	17.799,00	1	3	2	2	2	2	0,4
Indefinido	15 a 44 años	10,00	1	3	2	2	2	2	0,4
	45 a 64 años	1,00	1	3	2	2	1	2	0,5
	Mayor de 65 años	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabla 21: Sexo/edad/urgencias

La menor frecuentación se dio en hombres mayores de 65 años con 13.305.

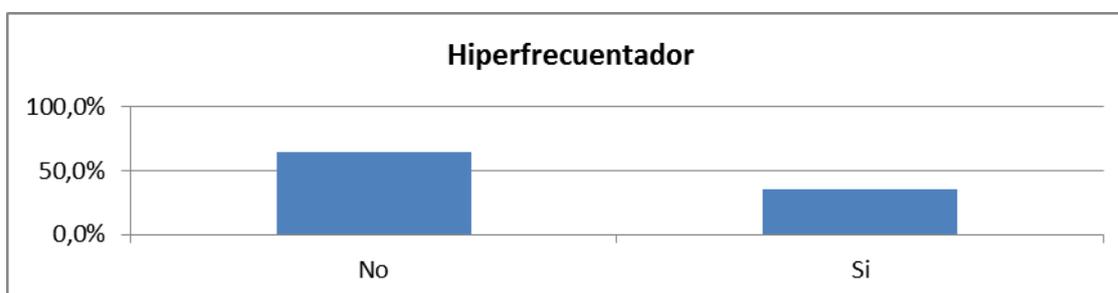
### **VARIABLES OBJETIVO:**

La tabla 22 nos muestra a los hiperfrecuentadores tomándolos como pacientes que acuden 8 o más veces a consultas de atención primaria/año, nos encontramos con 83.862 hiperfrecuentadores, lo que supone un 35,3%.

<b>Hiperfrecuentador</b>				
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	No	153.837	64,7%	64,7%
	Si	83.862	35,3%	100,0%
Total		237.699	100,0%	

Tabla 22: Hiperfrecuentador

Siendo los no hiperfrecuentadores 153.837, lo que representa al 64,7% del total lo vemos en la gráfica 10 en porcentaje.



Gráfica 10: % hiperfrecuentador

Las características del hiperfrecuentador, al analizar las características por grupos etarios, no encontramos que de 15 a 44 años son hiperfrecuentadores 14.139 pacientes, lo que representa el 16,9% ; de 45 a 64 años 26.484 pacientes lo que supone el 31,6% y en grupo de mayores de 65 años con un total de 43.239 es decir el 51,6%. Por el contrario los no hiperfrecuentadores suponen 153.837 pacientes, distribuidos en 95.313 de 15 a 44 años, el 62% del total, de 45 a 64 con 40.846 son el 26,6% y los mayores de 65 años con 17.678 pacientes con el 11,5%.

El total de los pacientes de 15 a 44 años suponen el 46% con un total de 109.452, de 45 a 64 con el 28,3% y 67.330 y los mayores de 65 años con 60.917 es decir el 25,6%. (tabla 23).

	Hiperfrecuentador		No Hiperfrecuentador		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
15 a 44 años	14.139	16,9%	95.313	62,0%	109.452	46,0%
45 a 64 años	26.484	31,6%	40.846	26,6%	67.330	28,3%
Mayores de 65 años	43.239	51,6%	17.678	11,5%	60.917	25,6%
<b>Total</b>	<b>83.862</b>	<b>100,0%</b>	<b>153.837</b>	<b>100,0%</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 23: Características por grupos etarios del hiperfrecuentador

Al analizar las características por sexo de los hiperfrecuentadores nos encontramos que son hombres el 40,2% de los pacientes hiperfrecuentadores con 33.707 y mujeres con 50.155 son el 59,8%. Mientras los no hiperfrecuentadores son 81.117 hombres con el 52,7% y mujeres 72.720 con el 47,3% del total. (tabla 24)

	Hiperfrecuentador		No Hiperfrecuentador		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Hombre	33.707	40,2%	81.117	52,7%	114.824	48,3%
Mujer	50.155	59,8%	72.720	47,3%	122.875	51,7%
<b>Total</b>	<b>83.862</b>	<b>100,0%</b>	<b>153.837</b>	<b>100,0%</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 24: Características por sexo del hiperfrecuentador

Tanto los HFC como los no hiperfrecuentadores en total son 114.824 hombres con el 48,3% y 122.875 mujeres con el 51,7%.

En cuanto a las consultas en psiquiatría de los hiperfrecuentadores, nos encontramos son HFC 10.120, el 12,1% de los que han tenido consulta con psiquiatría y no han tenido contacto con psiquiatría 73.742, el 87,9%; mientras que para los no hiperfrecuentadores obtenemos que 7.146 si han tenido consulta con psiquiatría, representa al 4,6% y no la han tenido 146.691 pacientes, el 95,4%. Del total de pacientes si han tenido contacto con psiquiatría 17.266 lo que representa al 7,3% y no han tenido dicho contacto 220.433, el 92,7%. (tabla 25).

	Hiperfrecuentador		No Hiperfrecuentador		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
Con consulta PSI	10.120	12,1%	7.146	4,6%	17.266	7,3%
Sin consulta PSI	73.742	87,9%	146.691	95,4%	220.433	92,7%
<b>Total</b>	<b>83.862</b>	<b>100,0%</b>	<b>153.837</b>	<b>100,0%</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 25: Consulta con psiquiatría del hiperfrecuentador

En cuanto al resultado del análisis del paciente hiperfrecuentador respecto al trastorno de personalidad (código 301 e hijos), destacamos que son HFC 679 pacientes el 0,8%; sin trastorno de personalidad 83.183, es decir el 99,2%. Mientras que para los no hiperfrecuentadores obtenemos que 333 lo que es lo mismo el 0,2% tiene el diagnóstico de trastorno de personalidad, sin embargo 153.504, el 99,8% tiene otro diagnóstico. Y del total tenemos con diagnóstico de trastorno de la personalidad 1.012 que representa el 0,4% y 236.687, el 99,6% que no lo tienen. (tabla 26).

	Hiperfrecuentador		No Hiperfrecuentador		Total	
	Pacientes	%	Pacientes	%	Pacientes	%
301 e hijos	679	0,8%	333	0,2%	1.012	0,4%
Resto diagnósticos	83.183	99,2%	153.504	99,8%	236.687	99,6%
<b>Total</b>	<b>83.862</b>	<b>100,0%</b>	<b>153.837</b>	<b>100,0%</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 26: Hiperfrecuentador con trastorno de personalidad

Al realizar el análisis descriptivo por años (tabla 27), nos encontramos que el número total de pacientes en el año 2009 fue de 177.603, lo que correspondió al 74,7% del total; en el año 2010 el número de pacientes fue de 192.940 que supone el 81,2%; en el 2011 fueron 194.944 lo que equivale al 82%; en el 2012 con 188.954 pacientes y el 79,5%; en el 2013 con 172.178 con el 72,4% del total de 237.699 pacientes.

	Pacientes		Consultas ATP		Urgencias Totales	
	Número de	%	Número de	%	Número de	%
2009	177.603	74,7%	1.642.957	19,5%	282.652	21,0%
2010	192.940	81,2%	1.744.300	20,7%	266.773	19,8%
2011	194.944	82,0%	1.651.877	19,6%	265.570	19,7%
2012	188.954	79,5%	1.768.373	21,0%	268.297	19,9%
2013	172.178	72,4%	1.632.477	19,3%	262.536	19,5%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>8.439.984</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.345.828</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 27: Análisis descriptivo por años

En cuanto el análisis del número de consultas por años, nos muestra la tabla 27 que en el año 2009 fueron 1.642.957 que correspondió al 19,5%; en el 2010 con 1.744.300 y el 20,7% del total; mientras en 2011 se obtuvieron 1.651.877 representando el 19,6%; para el 2012 con el 21% de consultas que fueron 1.768.373; en el 2013 con 1.632.477 igual al 19,3%.

El número total de consultas en Atención Primaria en este periodo de 5 años fue de 8.439.984, con una media de 1.687.997 consultas al año, siendo la media por paciente de 8,1 consultas al año.

Las urgencias que se atendieron durante este periodo de 5 años en todo el departamento fue de 1.345.828. Con una media de 269.165 anuales.

El número total de urgencias que se atendieron en el 2009 fue de 282.652 que se correspondió con el 21%, en el 2010 el total de 266.773 con el 19,8%, el 2011 con 265.570 con el 19,7%, el 2012 con 268.297 con el 19,9% y el 2013 con 262.536 con el 19,5%.

En el análisis descriptivo observado por zonas básicas (tabla 28), nos llamó la atención que aparecieron 599 pacientes el 0,3%, con un promedio de consultas en A.P/año de 366 sin asignación de zona.

El número de pacientes de Alberic fue de 15.183 con el 6,4% y el promedio de consultas de atención primaria/año 149.098 el 7,7%.

Para Alzira con 38.866 con el 16,4% con promedio de consultas de 280.031 con el 14,4% de atención primaria/año.

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año	
	Número de	%	Número de	%
Desconocida	599	0,3%	366	0,0%
Alberic	15.183	6,4%	149.098	7,7%
Alzira	38.866	16,4%	280.031	14,5%
Corberá	4.138	1,7%	48.736	2,5%
L'Alcudia	15.937	6,7%	136.383	7,1%
Algemesí I	27.299	11,5%	218.060	11,3%
Alginet	12.351	5,2%	88.589	4,6%
Benifaio	23.155	9,7%	187.842	9,7%
Carcaixent	17.847	7,5%	160.717	8,3%
Carlet	21.880	9,2%	181.351	9,4%
Cullera	29.232	12,3%	213.073	11,1%
Sueca	31.212	13,1%	263.008	13,6%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 28: Análisis descriptivo por zonas básicas

Corbera con 4.138 pacientes con el 1,7% con un promedio de 48.736 con el 2,5%.

L'Alcudia con 15.937 con el 6,7% y un promedio de 136.383 consultas para el 7,1%.

Algemesi se obtuvieron los siguientes registros, con 27.299 pacientes con el 11,5% con un promedio de consultas de 218.060 el 11,3%.

Los números de Alginet resultaron ser: 12.351 el 5,2% de pacientes, 88.589 el 4,6% de promedio de consultas de atención primaria/año.

Los resultados de Benifaio fueron de 23.155 el 9,7% de pacientes, 187.842 el 9,7% de promedio de consultas de atención primaria/año.

Carcaixent, sus pacientes han sido 17.847 el 7,5%, como promedio de consultas en atención primaria/año 160.717 el 8,3.

El descriptivo de Carlet, 21.880 el 9,2% de pacientes, 181.351 el 9,4% de promedio para las consultas de atención primaria/año.

Para Cullera se obtuvieron los registros que se detallan a continuación, 29.232 el 12,3% de pacientes, 213.073 el 11,1% de promedio de consultas de atención primaria/año.

Finalizo con datos de Sueca, 31.212 el 13,1% de los pacientes, 263.008 el 13,6% de promedio de consultas de atención primaria/año.

En la tabla 31, se ha realizado el análisis descriptivo por grupos etarios.

El promedio de consultas de atención primaria en todo el departamento de la Ribera fue de 1.927.253/año.

Por último, el promedio de urgencias en atención primaria del departamento fue de 269.166/año.

El análisis descriptivo por grupos etarios, observando la tabla 29, nos dice que el número de paciente de 15 a 44 años fue de 109.452 el 46% del total, acudieron un promedio de consultas atención primaria/año de 470.959 el 24,4%, el promedio de urgencias totales/año de 139.419 el 51,8%.

Para el grupo de edad de 45 a 64 años, los datos fueron 67.330 el 28,3% de los pacientes, con 569.535 el 29,6% de promedio de consultas de atención primaria/año, de 63.790 el 23,7% promedio de urgencias totales/año.

Para el grupo de mayores de 65 años, promedio de consultas de atención primaria por año fue de 886.760 con el 46%, para el promedio de urgencias totales/año se obtuvo 65.957 con el 24,5%.

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año		Promedio Urgencias Totales/año	
	Número de	%	Número de	%	Número de	%
15 a 44 años	109.452	46,0%	470.959	24,4%	139.419	51,8%
45 a 64 años	67.330	28,3%	569.535	29,6%	63.790	23,7%
Mayores de 65 años	60.917	25,6%	886.760	46,0%	65.957	24,5%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>	<b>269.166</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 29: Análisis descriptivo por grupos etarios

Destacó que con el 25,6% de pacientes Mayores de 65 años se obtuviera un promedio del 46% de consultas en primaria; mientras que para las urgencias el mayor promedio se dio en el grupo de 15 a 44 años con el 51,8%.

El número medio de pacientes que han acudido a urgencias ha sido de 183.162.

El descriptivo en función del sexo nos mostró, que el 48,3% de los 237.699 pacientes eran hombres, con 114.824, mujeres 122.875 el 51,7%; que el promedio de consultas en primaria/año fue de 803.744 hombres con el 41,7% y de 1.123.510 el 58,3% para las mujeres, para el promedio de urgencias totales/año se produjeron 121.818 el 45,3% hombres y 147.345 el 54,7% mujeres (tabla 30).

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año		Promedio Urgencias Totales/año	
	Número de	%	Número de	%	Número de	%
Hombre	114.824	48,3%	803.744	41,7%	121.818	45,3%
Mujer	122.875	51,7%	1.123.510	58,3%	147.345	54,7%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>	<b>269.163</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 30: Análisis descriptivo por sexo

Siguiendo con el análisis descriptivo, nos encontramos que correspondieron al diagnóstico de Trastorno de la Personalidad (código 301 e hijos) 1.012 pacientes es decir el 0,4%, mientras para el resto de diagnósticos fueron 236.687 que se correspondió con el 99,6% de estos.(tabla 31).

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año	
	Número de	%	Número de	%
301 e hijos	1.012	0,4%	15.599	0,8%
Resto diagnósticos	236.687	99,6%	1.911.655	99,2%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 31: Análisis descriptivo por diagnóstico

Estos pacientes con trastorno de personalidad realizaron un promedio de consultas en atención primaria/año de 15.599 el 0,8% y el resto de diagnósticos con 1.911.655 con el 99,2% del total de las consultas.

El análisis descriptivo de los pacientes hiperfrecuentadores, nos mostró los siguientes datos: (tabla 32) con 83.862 pacientes hiperfrecuentadores el 35,3%, pero 153.837 el 64,7% de no hiperfrecuentadores, el promedio de consultas/ año en atención primaria fue de 1.411.529 con el 73,2%, mientras que solo el 26,8% con 515.724 para los no hiperfrecuentadores;

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año	
	Número de	%	Número de	%
Hiperfrecuentador	83.862	35,3%	1.411.529	73,2%
No hiperfrecuentador	153.837	64,7%	515.724	26,8%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 32: Análisis descriptivo hiperfrecuentador

Siguiendo con el análisis descriptivo de pacientes con consulta en psiquiatría, se obtuvieron los siguientes datos que quedan reflejados en la tabla 33.

Del total de pacientes tuvieron consulta con psiquiatría 17.266 el 7,3% y no lo tuvieron el contacto con psiquiatría 220.433 el 92,7%; el promedio de pacientes con consulta en atención primaria/año si fueron a psiquiatría en 223.837 ocasiones el 11,6% y no acudieron a psiquiatría 1.703.417 el 88,4% de los mismos

	Pacientes		Promedio Consultas A.Prim./año	
	Número de	%	Número de	%
Con Consulta PSI	17.266	7,3%	223.837	11,6%
Sin Consulta PSI	220.433	92,7%	1.703.417	88,4%
<b>Total</b>	<b>237.699</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.927.253</b>	<b>100,0%</b>

Tabla 33: Análisis descriptivo consulta con psiquiatría

En cuanto al análisis de los objetivos del estudio, los resultados nos mostraron los siguientes datos: (tablas 34 a 37).

		Con Consulta PSI		Total	
		No	Si		
Hiperfrecuentador	No	Recuento	146.691	7.146	153.837
		Frecuencia esperada	142.663	11.174	153.837
		% Hiperfrecuentador	95,4%	4,6%	100,0%
		% Consulta PSI	66,5%	41,4%	64,7%
	Si	Recuento	73.742	10.120	83.862
		Frecuencia esperada	77.770	6.092	83.862
		% Hiperfrecuentador	87,9%	12,1%	100,0%
		% Consulta PSI	33,5%	58,6%	35,3%
Total		Recuento	220433	17266	237699
		Frecuencia esperada	220433,0	17266,0	237699,0
		% Hiperfrecuentador	92,7%	7,3%	100,0%
		% Consulta PSI	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 34: **Tabla de contingencia Hiperfrecuentador \* Con Consulta PSI**

El 58,6% de los pacientes que tienen contacto con Psiquiatría son hiperfrecuentadores, frente al 33,5% de los pacientes que no tienen contacto con Psiquiatría y son hiperfrecuentadores, tal como vemos en la tabla 34.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4.438,73	1	,000
Corrección por continuidad	4.437,62	1	,000
Razón de verosimilitudes	4.209,43	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
N de casos válidos	237.699		

Tabla 35: **Pruebas de chi-cuadrado**

El test chi-cuadrado de Pearson demuestra que existe significatividad estadística suficiente para afirmar que: **los hiperfrecuentadores de Atención Primaria tienen más contacto con Psiquiatría** como podemos observar en la tabla 35.

		Diagnóstico		Total	
		No	Si		
Hiperfrecuentador	No	Recuento	153.504	333	153.837
		Frecuencia esperada	153.182	655	153.837
		% Hiperfrecuentador	99,8%	0,2%	100,0%
		% Diagnóstico	64,9%	32,9%	64,7%
Si		Recuento	83.183	679	83.862
		Frecuencia esperada	83.505	357	83.862
		% Hiperfrecuentador	99,2%	0,8%	100,0%
		% Diagnóstico	35,1%	67,1%	35,3%
Total		Recuento	236687	1012	237699
		Frecuencia esperada	236687,0	1012,0	237699,0
		% Hiperfrecuentador	99,6%	0,4%	100,0%
		% Diagnóstico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 36: **Tabla de contingencia Hiperfrecuentador \* Diagnostico 301**

El 67,1% de los pacientes con diagnóstico 301, con Trastorno de la personalidad, son hiperfrecuentadores, frente al 35,1% de los pacientes sin diagnóstico 301 que son hiperfrecuentadores, como nos muestra la tabla 36.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	450,51	1	,000
Corrección por continuidad	449,11	1	,000
Razón de verosimilitudes	424,30	1	,000
Estadístico exacto de Fisher			
N de casos válidos	237.699		

Tabla 37: **Pruebas de chi-cuadrado**

El test chi-cuadrado de Pearson demuestra que existe significatividad estadística suficiente para afirmar que: **los hiperfrecuentadores de Atención Primaria presentan más trastornos de la personalidad.** Tal como queda establecido en la tabla 37.

# **DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN:

Aunque la demora “0” que se pretende desde la Conselleria de Sanitat en los contratos de gestión desde el año 2000 no es realista<sup>8,75</sup> el objetivo de los médicos que trabajamos en A.P, así como el de todo el departamento de la Ribera es el de reducir la demora y mejorar la accesibilidad del usuario, tanto en atención ordinaria como urgente, también reducir las listas de espera en psiquiatría, y al conocer la prevalencia de los pacientes con trastorno de personalidad de nuestro departamento así como de hiperfrecuentadores, observar cómo modificar nuestras estructuras asistenciales para adaptarlas a la realidad clínica, puesto que con ello mejoramos la calidad asistencial.

Ya en el estudio realizado por Cano et al<sup>11</sup> en el 2004, se plantea algunas soluciones para reducir la demora, entre ellas la informatización de los registros, como una de las más importantes; en nuestro estudio todos los registros se han obtenido de fuentes informatizadas de la Historia electrónica hospitalaria del hospital de la Ribera (nouSIS) para los datos de contactos con urgencias y psiquiatría; mientras que para los contactos con Atención Primaria y diagnóstico de Trastorno de Personalidad se han obtenido del Sistema de Información Sanitaria Ambulatoria (SIA) de la Agencia Valenciana de Salud.

Por esto la posibilidad de sesgos en la obtención de datos está minimizado, aunque nos encontramos con el 0,2% de pacientes con consulta en A.P no válidos por no tener definido el sexo. Lo mismo ocurre con un 0,3% que no tienen asignada una zona básica en el departamento. Finalmente el 0,006% de los pacientes de urgencias tampoco tiene definido el sexo. Estos sesgos no afectan al resultado del estudio. Y nos va a permitir además mejorar el control sobre la demanda de consultas.

Son muchos los estudios que encontramos sobre accesibilidad de los servicios sanitarios, satisfacción del usuario y de incumplimiento de las citas<sup>76,77,11</sup>.

Al ser un estudio retrospectivo a 5 años, nos encontramos que durante este periodo, la población del departamento ha sufrido variaciones, encontramos que en el año 2009 había 270.688 habitantes y sin embargo en el 2013 tenemos una disminución a solo 263.596; en cuanto al sexo si en el 2009 había 134.693 hombres, pasamos a 131.025 en el 2013, para las mujeres también tenemos una disminución en el número, de 135.995 mujeres en el 2009 se reduce su número a 132.571 en el 2013. Para realizar el estudio a cinco años lo que se ha hecho es utilizar la media poblacional de estos 5 años, obteniendo una población de 267.316 habitantes con 132.995 hombres y 134.321 mujeres.

Al definir a nuestro paciente hiperfrecuentador como aquel que acude a consulta en 8 o más ocasiones/año, teniendo en cuenta que nuestro estudio es a 5 años, estamos utilizando el promedio de este periodo, porque de lo contrario estaríamos haciendo 5 estudios anuales. Basándonos en el estudio de Aragonés et al<sup>33</sup>, con un criterio aleatorio, coincide casualmente con la media de las consultas de nuestros pacientes en Atención Primaria. Aunque si hubiéramos utilizado el percentil 75 en la frecuencia de consultas/año como Luciano et al<sup>34</sup> o como Llorente et al<sup>30</sup> para definir a nuestro HFC el número de consultas/año tendría que ser de 11 consultas/año, todavía por debajo de las 12 que nos impone la Conselleria de Sanitat en los Objetivos del 2013, para nuestro departamento<sup>32</sup>. Que por otra parte es la cifra que se está estandarizando en nuestro país dada la hiperfrecuentación generalizada que se observa.

Es muy importante el porcentaje de pacientes Hiperfrecuentadores que encontramos en nuestra investigación, es decir, de aquellos usuarios que sobre-utilizan en nuestro departamento el derecho a “demora 0” en A.P. Son 83.862 pacientes, que

representan **el 35,3%** de los mismos y que **ocasionan el 73,2% de consultas**, mayores que los obtenidos en otros estudios como los de Gill et al o Scaife et al con el 30-40% de consultas originada por el 10% de HFC<sup>13,14</sup>.

El estudio se ha efectuado en la población demandante de cita ordinaria del médico de familia en todo el departamento de salud, en los 41 centros de A.P. así como a los P.A.C o C.S.I en visita urgente, o Urgencias del hospital de la Ribera. También a consulta de psiquiatría tanto extra como hospitalaria, las consultas de U.C.A en el periodo de 5 años para las variables del estudio; pese a que la calidad de los sistemas de registro se han puesto en duda y ha sido objeto de numerosos estudios<sup>70, 71</sup> no hay demasiados sobre su fiabilidad<sup>72</sup>. No creo que haya sesgos de tiempo, ni en la selección de la población ya que es adecuada según la metodología de calidad para las conclusiones obtenidas, y aunque es una muestra poblacional importante, 237.699 sujetos, las conclusiones, tal vez no sean aplicables a toda la población<sup>78</sup> de la comunidad valenciana ni de la población española. Pero la cifra está ahí:

Tal como han descrito diversos autores, no existe un perfil definido para el paciente hiperfrecuentador en general. En este estudio el perfil de HFC sería mayoritariamente con el 59,8% mujer, y con el 51,6% de 65 años o más, por lo tanto hablamos de HFC como una mujer mayor de 65 años. Coincide este perfil con el encontrado por Rodríguez Muñoz et al en que predomina el sexo femenino en el 63,8% de los casos, pero difiriendo en la edad, ellos encuentran una media de edad de 53 años<sup>12</sup>. Para Llorente et al también se da la relación entre hiperfrecuentación y sexo femenino<sup>26</sup>. Pero en contraposición con los resultados encontrados por Ortega et al, que se trata de varones en el 50,9% de los casos con una edad media de 50 años<sup>36</sup> y que también encuentran Fuertes et al en su estudio<sup>23</sup>, personas mayores de 50 años pero que además presentan enfermedades crónicas y disfunciones Psíquicas.

En nuestro estudio encontramos que el 7,3% de los pacientes han ido a salud mental/Psiquiatría, mientras que para Gamero et al se derivaría solo el 0,6% de los pacientes de A.P<sup>79</sup>.

Pero los HFC acuden más a salud mental: han tenido consulta con Psiquiatría el 12,1% de los hiperfrecuentadores, frente al 4,6% de los no hiperfrecuentadores.

El test chi-cuadrado de Pearson demuestra que existe significatividad estadística suficiente para afirmar que: **los pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria tienen más contacto con Salud Mental/Psiquiatría en el Departamento de Salud de la Ribera.**

Las repercusiones para el gestor sanitario son obvias si se quiere mejorar la calidad asistencial reduciendo los contactos realmente no urgentes.

Nosotros lo exponemos en forma de interrogación, bajo la forma de hipótesis de trabajo para futuras investigaciones: ¿para cuantas personas es la hiperfrecuentación un epifenómeno de su estado mental?. Ídem teniendo en cuenta, además, el periodo de crisis económica y social que estos años reflejan.

Ya hemos comentado como los TP presentan mayor hiperfrecuentación por su elevada capacidad para generar auto o heteroagresiones, por su impulsividad o, a la inversa, por su extrema pasividad ante eventos sobre los que hay que actuar, como una intención en la educación o el cuidado de los hijos, o de su educación, por ejemplo. Hay muchos más rasgos de personalidad, llamados desadaptativos, que componen un complejo sistema de creencias no cuestionadas, mal estar emocional y conductas de riesgo.

En este estudio hemos encontrado que el 0,8% de los HFC están diagnosticados de trastorno de personalidad, frente a solo el 0,2% de los no hiperfrecuentadores. El análisis realizado muestra diferencia estadísticamente significativa: los pacientes HFC

de nuestro departamento presentan más TP que los no-HFC. Y ello a pesar del gran sesgo en los dispositivos psiquiátricos en toda España: el infradiagnóstico de estas patologías mentales.

Conceptualizadas como trastornos, no como enfermedades. Difíciles de diagnosticar en AP y también en Psiquiatría, por razones diversas, como la necesidad de observar longitudinalmente, en el tiempo, el complejo cogniciones-emociones-conductas de dichas personas, lo que hace poco atractivo para el clínico en un contexto asistencial saturado, con poco tiempo de consulta, tanto en AP como en Psiquiatría. O por la egosintonía de los síntomas: el paciente tiene una conciencia muy vaga de su trastorno, es el entorno familiar quién suele nombrar las disfunciones del sujeto al profesional.

El total de pacientes con trastorno de personalidad es de 1.012 que representa al 0,4% del total de los pacientes. Nuestra prevalencia coincide con los resultados hallados por autores como Bagladi<sup>47</sup> que la sitúan entre el 0,5% y el 3% en la población general española. Sin embargo estamos muy por debajo de los hallazgos de Chiclana et al que estiman una prevalencia entre el 4,4% y el 19%<sup>44</sup>. Como dice Torgersen, los trastornos de la personalidad son prevalentes en más del 10% de los adultos<sup>45</sup>, pero insistimos en que no existen estudios españoles que lo evalúen en muestras amplias, no clínicas.

En nuestro estudio coincidimos con los resultados de Rodriguez et al. Concluyen que el 68% de los HFC son diagnosticables de algún trastorno mental<sup>12</sup>, representando estos HFC la cuarta parte de los consultantes del médico de familia<sup>38</sup> y Hueston et al concluyen que el 70% de los HFC presentan trastornos de la personalidad<sup>28</sup>. Y trastorno límite de la personalidad entre el 1.4- 5.9%<sup>33</sup>.

Nosotros hemos obtenido los resultados siguientes: el 58,6% de los pacientes que acuden a psiquiatría son HFC, además que el 67,1% de los pacientes con trastorno de la personalidad es hiperfrecuentador.

En cuanto al resultado de las urgencias atendidas en nuestro estudio a lo largo de los 5 años, nos muestra una media de 269.165 urgencias/año con una reducción de las mismas del 21% del 2009 al 19,5% en el 2013 del total de urgencias.

Por lo tanto el aumento de urgencias hospitalarias del 4% anual<sup>19,20</sup> de García et al y Roldan et al es contrario a nuestros resultados en los que obtenemos una reducción promedio del 6,1% de las urgencias del departamento, resultado que coincide con los de Tarazona et al, que desde la apertura de los CSI en el 2003 hasta el 2005 obtiene una reducción del 6,1%<sup>80</sup>.

El perfil de nuestro paciente en urgencias, sería el de ser una mujer de 15-44 años. Coincidimos con los resultados obtenidos por Riba et al<sup>22</sup>. Llama la atención sin duda los resultados que hemos obtenido en la frecuentación de nuestro departamento, en urgencias con un promedio máximo para los 5 años de 3 consultas/año, que nos está diciendo que durante este periodo de estudio, no tenemos pacientes hiperfrecuentadores en urgencias. Estos datos contrastan con los resultados de diferentes estudios donde se observan porcentajes de HFC comprendidos entre el 3,9% de Mandelberg et al<sup>18</sup> y el 4,3% de Hansagi et al<sup>15</sup>, aunque otros estudios nos dan una cifra bastante más baja como el Riba et al con solo un 1,6%<sup>22</sup> para los hiperfrecuentadores. Esta diferencia podría explicarse en parte por el uso los criterios de selección diferentes en estos estudios, el temporal es el más evidente, nuestro estudio comprende un largo periodo de 5 años, mientras que el de Riba se extiende a lo largo de 24 meses, o un año de Mandelberg. También la diferente dispersión geográfica o la diferencia poblacional pueden tener su peso sustancial en la diversidad de los resultados encontrados. Y como

no, puede haber, como ya he explicado con anterioridad problemas en la calidad de los sistemas de registro<sup>71,72</sup>, aunque no hay muchos estudios sobre la fiabilidad de los datos registrados en los Sistemas de Información Sanitaria<sup>73</sup>, que pueden justificar este resultado. Por último, existen variables no tangibles que pueden explicar el bajo contacto con urgencias de nuestros pacientes hiperfrecuentadores, tal como el hecho de que en horario laboral una urgencia en un CSI es asignada a su médico de Atención Primaria, por lo que no aparece como registro de urgencia. O a que algunos de nuestros pacientes, los que presentan por cierto una demanda urgente para ellos, acuden a su médico de AP sin cita, dato que no queda en muchas ocasiones, recogido en ningún registro.

La prevalencia de los trastornos de la personalidad en nuestro estudio del 0,4% lo que se asemeja tal y como hemos comentado anteriormente a los encontrados por Bagladi<sup>47</sup> en la población general española, pero muy por debajo de los resultados de Chiclana et al<sup>44</sup> o de los de Torgersen<sup>45</sup>. Hay que tener en cuenta además que no hay coincidencia en los T.P en las dos clasificaciones nosológicas psiquiátricas el DSM-IV y CIE-10. Todo esto además de la dificultad diagnóstica y que la mayoría de los estudios realizados no son representativos de la población general, nos hace tener prudencia con los datos<sup>81</sup> obtenidos.

Para mejorar la accesibilidad, mejorar la efectividad y la calidad asistencial, debemos reducir la frecuentación, opinamos igual que Llorente et al<sup>82</sup>; reducir el elevado número de pacientes hiperfrecuentadores. Y esto no pasa por aumentar el número de consultas/año para definirlos tal como está haciendo la Conselleria de Sanitat<sup>32</sup>, sino por mejorar el diagnóstico y tratamiento de algunas patologías. Como las de Salud Mental/Psiquiatría clásicas y las de los trastornos de personalidad en general.

En el caso que nos ocupa, el 7,3% de los pacientes con consulta en Psiquiatría supone el 11,6% de promedio de las consultas de AP. El grupo de pacientes con trastorno de la personalidad que suponen el 0,4% de los pacientes y que suponen el 0,8% de las consultas en A.P/año, tiene mayor trascendencia por el más que probable infradiagnóstico y la gravedad de la patología, además del coste económico, sufrimiento personal y del entorno, influencia en la evolución de enfermedades médicas generales, prevención de suicidio u otras formas prematuras de muerte (sobredosis etc...) <sup>55,65,67,83</sup>.

Nuestros HFC acuden una media de 17 veces al año a A.P, frente a 3 veces al año los no HFC. Esto significa que acuden 5 veces más los HFC al C.S que el resto de la población. Teniendo en cuenta que los HFC suponen el 35,3% de la población de estudio, si tuvieran un comportamiento no hiperfrecuentador, el número de consultas anual pasaría de 1.927.253 a 796.864, esto quiere decir que las consultas en atención primaria se reducirían en un 41,3%.

Todo esto supone una grandísima carga económica para la administración, para los usuarios con mayor consumo de medicación <sup>84,85</sup> y una enorme carga laboral para los profesionales de atención primaria, coincidimos en esto con Rodríguez<sup>21</sup>.

Un objetivo de la Conselleria de Sanitat es el de mejorar la calidad asistencial reduciendo la hiperfrecuentación, además de otras medidas. Para ello y a la luz de los resultados encontrados en este estudio, sería eficaz el facilitar la asistencia psicológica y psiquiátrica específica de las personas que más hiperfrecuentan, valga la redundancia. Insistimos en que no nos parece válida la medida de aumentar el punto de corte para considerar hiperfrecuentación de 8 a 12 consultas/año. Parece más racional y humano el posibilitar la formación, entrenamiento, supervisión y creación de dispositivos asistenciales específicos para aquellas personas que hiperfrecuentan como epifenómeno de su personalidad *trastornada*, de su malestar emocional, de su desadaptación a la

realidad en la que se encuentran y que, de manera recíproca, contribuyen a mantener distorsionada, dado el carácter egosintónico de sus propias emociones-cogniciones y conductas patológicas, como como la auto o la heteroagresión tras un abandono real o imaginado, una ruptura sentimental, la retirada de la custodia de los hijos, o incluso una discusión banal con su familia ejemplo, clásico en los Trastornos Límite de la Personalidad.

# **CONCLUSIONES**

## **CONCLUSIONES:**

En relación con los objetivos marcados se han obtenido las siguientes conclusiones:

### Principal:

Los pacientes hiperfrecuentadores de Atención Primaria del Departamento de la Ribera tienen más contacto con Psiquiatría que los no hiperfrecuentadores.

### Secundaria:

Los pacientes hiperfrecuentadores del Departamento de la Ribera presentan más Trastornos de la Personalidad que los no hiperfrecuentadores.

# **BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Davins J, Avellana E. Mejora de la calidad de los servicios de Atención Primaria. Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. Barcelona: Italfármaco, 1994.
2. Martín A, Cano JF. Compendio de Atención Primaria. Madrid: Harcourt, 2000.
3. Fernández MI, Lopez M, Perez L, Millán R. Accesibilidad del usuario a la citación de los equipos de atención primaria de un area sanitaria. Medifarm 1996; 6:84-91.
4. Saturno PJ. Tratado de calidad asistencial en Atención Primaria. Madrid: DuPhont Pharma, 1997.
5. Alastrué JI. El programa de cita previa: ¿Qué se esperaba y qué se ha conseguido?. Aten Primaria 1993; 11:211-212.
6. Casajuana J. Organización del trabajo en los equipos de Atención Primaria. Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. Barcelona: Italfarmaco, 1994.
7. Fernández MI, Asenjo M, Fernández E, Martinez M, Molina G, Moreno A. Efectividad de medidas organizativas en la mejora de la gestión del programa de Cita Previa. Aten Primaria 1997; 20: 287-292.
8. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanidad. Subsecretaria para la Agencia Valenciana de la Salud. Contrato de Gestión en Atención Primaria. Año 2000.
9. Sacket D, Snow JC. The magnitude of compliance and non compliance. En: Autores compliance in Health Care. Baltimore: Johns Hopkins University Press 1979; 11-12.

10. Casajuana J. Organización del trabajo en los equipos de Atención Primaria.  
Cuadernos para el equipo de Atención Primaria. Barcelona: Italfarmaco, 1994.
11. Cano M, Gallego V, Presencia J, Rosell T. Demora: ¿usuario también culpable!.  
XXVII Congreso Nacional de SEMERGEN. Bilbao 2005. Semergen: 2005; 31  
(Extra.1): 78.
12. Rodríguez Muñoz C, Cebrià Andreu J, Corbella Santomá S, Segura Bernal J,  
Sobrequés Soriano J. Rasgos de personalidad y malestar psíquico asociados a  
los pacientes hiperfrecuentadores de consultas de Atención Primaria.  
MEDIFAM. 2003; 13:143-150.
13. Gill D, Sharpe M. Frequent consulters in general practice: A systematic review  
of studies of prevalence, associations and outcome. J Psychosom Res. 1999;  
47:115-30.
14. Scaife B, Gill P, Heywood P. Socio-economic Characteristics of adult frequent  
attenders in general practice: secondary analysis of data. Fam Pract. 2000;  
17:298-304.
15. Hangasi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent Use of the  
Hospital Emergency Department is Indicative of High Use of Other Health Care  
Services. Annals of Emergency Medicine. 2001; 37(6):561-7.
16. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in General Practice Care: A  
Literature Review with Special Reference to Methodological Considerations.  
Public Health. 2005; 119(2):118-37.
17. Williams ERL, Guthrie E, Mackway-Jones K, James M, Tomenson B, Eastham  
J, et al. Psychiatric Status Somatisation, and Health Care Utilization of Frequent  
Attenders at the Emergency Department: A Comparison with Routine  
Attenders. Journal of Psychosomatic Research. 2001; 50(3):161-67.

18. Mandelberg JH, Khun RE, Khon MA. Epimiologic Analysis of an urban, public emergency departement´s frequent users. Acad Emerg Med 2000; 7:637-46.
19. Garcia P, Minguez J, Ruiz JL, Milán J, Trescolí C, Tarazona E. Gestión integral del área de urgencias y coordinación con Atención Primaria. Emergencias 2008; 20:8-14.
20. Roldan R, Machín S, Sánchez J. Frecuentadores del Servicio de Urgencias de un hospital del Grupo I. Emergencias 1999; 11:192-196.
21. Rodríguez-López MR. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios de atención primaria: un acercamiento desde la teoría. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia). 2012; 11(22):43-55.
22. Riba D, Rodriguez-Rosich A, Gázquez M, Buti M. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. Emergencias 2004; 16:178-183.
23. Fuertes MC, Álvarez E, García de la Noeda MD, et al. Características del paciente hiperfrecuentador en las consultas de demanda de medicina general. Aten Primaria. 1994; 14:809-814.
24. Alameda A, et al. Investigación cualitativa sobre la conceptualización de la hiperfrecuentación por parte del personal médico de Atención Primaria. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83:863-875.
25. Jiwa M. Frequent attenders in general practice: An Attempt to reduce attendance. Fam Pract. 2000; 17(3):248-251.
26. Arroyo E, Auquer F, Buñuel JC, Rubio MI, et al. Hiperfrecuentación en atención primaria: estudio de los factores psicosociales. Aten Primaria. 1998; 22(10):627-630.

27. Llorente S, López T, García LJ, Alonso P, et al. Perfil del hiperfrecuentador de un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996; 17(2):100-107.
28. Hueston W, Mainous A, Schilling R. Patients with Personality Disorders: Funcional Status, Health Care Utilization and Satisfaccion with Care. *J Fam Pract*. 1996; 42:54-60.
29. Hodgson P, Smith P, Brown T, Dowrick C. Stories from frequent attenders: a qualitative study in primary care. *Ann Fam Med*. 2005; 3(4):318-323.
30. Mancera J, Muñoz F, Paniagua F, Fernández C, Fernández MC, Blanca FJ. Problemas de salud y factores determinantes del número de visitas a demanda en pacientes hiperutilizadores de un centro de salud. *Aten Primaria*. 2001; 27(9):96-104.
31. Sarría A, Timoner J, Sandín M. Frecuentación en Atención Primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005; 36:471-2.
32. Objetivos 2013 – Generalitat Valenciana.[Citado 29 nov 2014]. Disponible en:<http://cuidados20.san.gva.es/documents/504963/508166/Objetivos+2013+acuerdos+de+gesti3n> (acuerdos de gestión).
33. Aragónés E, Salvador-Carrulla L, López-Muntaner J, Ferrer M, Piñol JLI. Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Gac Sanit*. 2013; 27(2):171-4.
34. Luciano JV, Serrano A, Grupo DASMAR. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008; 40(12):631-2.
35. Ford JD, Trestman RL, Steinberg K, Tennen H, Allen S. Prospective association of anxiety, depressive, and addictive disorders with high utilization

- of primary, specialty and emergency medical care. *Soc Sci Med.* 2004; 58:2145-8.
36. Segovia A, Pérez C, Torío J, Garcia MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria.* 1998; 22:562-9.
37. Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Jurado JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de los servicios sanitarios. *Aten Primaria.* 2004; 33(2):78-85.
38. Ferreras JM, Sanjuán R, Elías MP, Sánchez C, Blasco M, Yagüe MM. Evaluación de las derivaciones a un centro de Salud Mental desde Atención Primaria. *Fml.* 2011; 15(4):1-5.
39. Buitrago R, Ciurana R, Chocron L, Fernández C, García J, Montón C, et al. Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria.* 1999; 24:133-6.
40. Vallejo J, Baca E, Leal C. Modelos conceptuales en la psiquiatría actual. En : Vallejo Ruiloba j, Leal Cercós C (eds.). *Tratado de Psiquiatría (2ª edición).* Ars Medica: Barcelona, 2010.p.63-78.
41. Mirapeix C. De la Multicausalidad bio-psico-social a una concepción integradora de la psicoterapia. *Archivos de Neurobiología,* 1993.
42. Bernardo Arroyo M, Roca Benassar, M. *Trastornos de la Personalidad. Evaluación y Tratamiento.* Barcelona: Masson SA, 1998.
43. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, Zanarini MC, Yen S, Markowitz JC, Sanislow C, Ansell E, Pinto A, Skodol AE. Ten-years course of borderline personality disorder: *Psychopathology and*

- Function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Arch Gen Psychiatry. 2011; 68(8):827-37.
44. Chiclana C, Rodríguez T, Aubá E. Trastornos de Personalidad. En: Ortuño F editor. Lecciones de Psiquiatría. 1ª ed. Madrid: Panamericana; 2010.p. 257-284.
  45. Torgersen S. Epidemiología. En: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, directores. Tratado de los Trastornos de la Personalidad. 1ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2007.p. 131-143.
  46. Chiclana C. Trastornos de la Personalidad: expresión dimensional del diagnóstico categorial [Tesis Doctoral]. Pamplona: Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra; 2010.
  47. Bagladi V. Trastornos de la Personalidad y Psicoterapia Integrativa en Opazo R, Fernandez-Alvarez H. La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico. Barcelona: Paidós; 2004.
  48. Zimmerman M, Rothschild L, Chelmisky I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. Am J Psychiatry. 2005; 162: 1911-1918.
  49. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. The frequency of personality disorders in psychiatric patients. Psychiatr Clin North Am. 2008; 31(3):405-420.
  50. American Psychiatric Association: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona: Masson, 1995.
  51. Millon T. Trastornos de la Personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.
  52. Ministerio de Sanidad y Consumo. Clasificación Internacional de las Enfermedades, 9.ª revisión modificación clínica. Subdirección General de

Información y Estadísticas Sanitarias. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1994.[citado 28 dic 2014][disponible en:

[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=1938835&pid=S0213-9111201100040000900017&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=1938835&pid=S0213-9111201100040000900017&lng=en)

53. Frankenburg FR, Zanarini MC. Personality disorders and medical comorbidity. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:428-431
54. Montejo González AL, Sánchez García JM, Ginés Llorca R. Estudio del estado de salud, comorbilidad depresiva y rasgos de personalidad en pacientes en hemodiálisis renal crónica. *Psiquiatr Biol*. 2006; 13(2):67-70.
55. Chiclana C, Lahortiga F. Trastornos de la personalidad: Tratar o hacer la vista gorda. En *Psiquiatría.com*. 2011; 15:50. [citado 21 dic 2014]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/4746>
56. Navarro R, Quintero J, Jiménez MA, Fernández del Moral A, Sevilla J, Botillo C, López J, Negueruela M, Baca E. Uso de los recursos sanitarios en Trastornos de Personalidad. X Congreso Nacional de Psiquiatría. Sevilla 2006. [citado 20 jul 2014]. Disponible en: <http://www.sepb.es/psiquiatriasevilla06/programa3-posters.php-posters=17.htm>
57. Muñoz I, Toribio-Díaz E, Carod-Artal FJ, Peñas-Martínez ML, Domínguez E, et al. Rasgos de la personalidad en pacientes migrañosos: estudio multicéntrico utilizando el cuestionario de cribado Salamanca. *Rev Neurol*. 2013; 57:529-534.
58. Suarez-Bagnasco M, Ganum G, Cerda M. Trastornos de personalidad y placa aterosclerótica coronaria. *Rev argent cardiol [Internet]*. 2013 [citado 4 Oct 2014]; 81(1): p.39-44. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1850-37482013000100007&lng=pt](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1850-37482013000100007&lng=pt)

59. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *Br J Psychiatry Suppl* 2003 Feb;44:S3-10.
60. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58(6):590-6.
61. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(1):52-7.
62. Pena-Andreu JM, Fontalba A, Carrera M, Martinez JL, Rodriguez MI. Refining the personality disorder diagnosis 41. *Am J Psychiatry*. 2005; 162(5):1030-1.
63. Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S. The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003; 45(1):5-14.
64. Rendu A, Moran P, Patel A, Knapp M, Mann A. Economic impact of personality disorders in UK primary care attenders. *Br J Psychiatry*. 2002; 181:62-6.
65. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:205-28.
66. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: a pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*. 2002; 43(3):215-8.
67. Rydelius PA. The development of antisocial behaviour and sudden violent death. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 77(4):398-403.

68. Reich J. The effect of Axis II disorders on the outcome of treatment of anxiety and unipolar depressive disorders: a review. *J Personal Disord* 2003; 17(5): 387-405.
69. Goeb JL, Coste J, Bigot T, Ferrand I. [Prospective study of favorable factors in follow-up of drug addicted patients--apropos of 257 patients of the Cassini Center in Paris]. *Encephale*. 2000; 26(6):11-20.
70. NIMH (E). Personality disorders: no longer a diagnostic of exclusion. [www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf](http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/05/42/30/04054230.pdf) . 2003. Ref Type: Serial (Book,Monograph)
71. Gené J, Jimenez J, Martin A. Historia clínica, sistemas de registro e información. En: Martin ZurroA,ed. Atención Primaria. Conceptos, organización y su práctica clínica, 3ª ed. Barcelona: Mosby/Doyma;1994. p.141-157.
72. Delgado A, Sánchez MR, Taboada P, Sánchez JA, Castillo R. Evaluación de un registro de morbilidad en atención primaria. *Atención Primaria* 1990; 7(7): 531-532.
73. Díez MA, Miguel F, Merino A. La codificación en SICAP: Algunos problemas a resolver. *Centro de Salud* 1994; 2(5): 410-413.
74. Sistema de Información Poblacional de la Consellería de Sanitat. Generalitat Valenciana. [Citado 29 nov 2014]. Disponible en : <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/sistema-de-informacion-poblacional-sip->
75. Borrell F. Agendas para disfrutarlas. Diez minutos por paciente en agendas flexibles. *Aten Primaria* 2001; 27(5): 343-345.

76. Villarreal E, González J, Salinas AM, Garza ME, Núñez G, Uribe MG.  
Evaluación de la accesibilidad en los servicios de salud. *Aten Primaria* 2000;  
25: 475-78.
77. Piñero F, Gil V, Pastor R, Merino J. El incumplimiento de las citas  
programadas en los pacientes hipertensos: perfil del incumplidor. *Rev Clin Esp*  
1998; 198: 669-672.
78. Ballesteros AM, Garcia AL, Fontcuberta J, Sánchez F, Pérez-Crespo C, Alcázar  
F. La demora en la consulta de Atención Primaria: ¿se puede mejorar?. *Aten  
Primaria* 2003; 31(6): 377-381.
79. Gamero Samino MJ et al. Derivaciones de médicos de Atención Primaria a una  
unidad de salud mental. *Aten Primaria* 1996; 17(7): 445-448.
80. Tarazona E, De Rosa A, Marín M. La experiencia del “Modelo Alzira” del  
hospital de La Ribera a la Ribera-área 10 de Salud: la consolidación del modelo.  
*Rev Adm Sanit* 2005; 3: 83-98.
81. Pérez Urdániz A. Epidemiología. En : *Trastornos de la Personalidad*. Barcelona:  
Masson; 2004. p.184-200.
82. Llorente Álvarez S, Alonso Fernández M, Buznego Álvarez B. Papel de la  
Atención Primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital  
comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18: 243-247.
83. Hummelen B, Wilberg T, Pedersen G, Karterud S An investigation of the  
valisity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth  
Edition avoidant personality disorder construct as a prototype category and the  
psychometric properties of the diagnostic criteria. *Compr Psychiatry*. 2006; 47:  
376-383.

84. Sherbourne CD, Asch SM, Shugarman LR, Goebel JR, Lanto AB, Rubenstein LV, et al. Early Identification of Co-Occurring Pain, Depression and Anxiety. *Journal of General Internal Medicine*. 2009; 24(5): 620-25.
85. Tafur LA. La salud en el Sistema general de seguridad social en Colombia. Segunda edición. 2001. Cali: Centro Editorial Catorce; 2001.

# **ACRÓNIMOS**

## **ACRÓNIMOS:**

CS: Centro de Salud.

AP o ATP: Atención Primaria.

HFC: Hiperfrecuentadores.

TP: Trastorno de la Personalidad.

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

CIE: Código Internacional de Enfermedades.

CSI: Centro de Salud Integrado

PAC: Punto de Atención Continuada.

UCA: Unidad de Conducta Aditiva.

SIGAP: Sistema de Información y Gestión de Atención Primaria.

SIP: Sistema de Información Poblacional.

Gaia: Gestión de la Prestación Asistencial.

ABUCASIS: Programa de gestión de citas en atención primaria y especializada, y de prestaciones farmacéuticas.

nouSIS: Historia Clínica Electrónica del Hospital de la Ribera.

DSM-IV: Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. 4ª edición revisada.

PROSIGA: Procedimiento de solicitud, tratamiento y cesión de datos de ABUCASIS (SIA-Gaia).

PSI: Psiquiatría.

# **TABLAS**

## **TABLAS:**

Tabla 1: Distribución poblacional por grupos etarios año 2009.	Pág 19
Tabla 2: Distribución poblacional por grupos etarios año 2010.	19
Tabla 3: Distribución poblacional por grupos etarios año 2011.	20
Tabla 4: Distribución poblacional por grupos etarios año 2012.	20
Tabla 5: Distribución poblacional por grupos etarios año 2013.	20
Tabla 6: Grupos etarios.	20
Tabla 7: Población estudio año 2009.	21
Tabla 8: Población estudio año 2010.	21
Tabla 9: Población estudio año 2011.	21
Tabla 10: Población estudio año 2012.	22
Tabla 11: Población estudio año 2013.	22
Tabla 12: Población de estudio % por sexo.	34
Tabla 13: Población de estudio por grupos etarios.	35
Tabla 14: Diagnóstico de Trastorno de Personalidad.	35
Tabla 15: Pacientes con consulta en Atención Primaria.	36
Tabla 16: Pacientes con consulta en Psiquiatría.	37
Tabla 17: Pacientes con Urgencias.	37
Tabla 18: Consultas Atención Primaria.	38
Tabla 19: Consultas Psiquiatría.	38
Tabla 20: Consultas Urgencias.	39
Tabla 21: sexo/edad/urgencias.	39
Tabla 22: Hiperfrecuentador.	40
Tabla 23: Características por grupos etarios del Hiperfrecuentador.	41
Tabla 24: Características por sexo del Hiperfrecuentador.	41

Tabla 25: Consulta con Psiquiatría del Hiperfrecuentador.	42
Tabla 26: Hiperfrecuentador con Trastorno de Personalidad.	42
Tabla 27: Análisis descriptivo por años.	43
Tabla 28: Análisis descriptivo por zonas básicas.	44
Tabla 29: Análisis descriptivo por grupos etarios.	46
Tabla 30: Análisis descriptivo por sexo.	46
Tabla 31: Análisis descriptivo por diagnóstico.	47
Tabla 32: Análisis descriptivo Hiperfrecuentador.	48
Tabla 33: Análisis descriptivo consulta con Psiquiatría.	48
Tabla 34: Tabla de contingencia Hiperfrecuentador * con consulta PSI.	49
Tabla 35: Pruebas de chi-cuadrado.	49
Tabla 36: Tabla de contingencia Hiperfrecuentador * Diagnóstico 301.	50
Tabla 37: Pruebas de chi-cuadrado.	50

# **GRÁFICAS**

## **GRÁFICAS:**

Gráfica 1: Relación mujeres (1) hombres (2).	Pág 19
Gráfica 2: Grupos etarios hombres y mujeres.	21
Gráfica 3: % hombres-mujeres.	30
Gráfica 4: Población de estudio por sexo.	34
Gráfica 5: Población de estudio por grupos etarios.	35
Gráfica 6: Diagnóstico de Trastorno de la Personalidad.	36
Gráfica 7: Pacientes con consulta en Atención Primaria.	36
Gráfica 8: % pacientes con consulta en Psiquiatría.	37
Gráfica 9: % pacientes con Urgencias.	38
Gráfica 10: % Hiperfrecuentador.	40

# **FIGURAS**

## **FIGURAS:**

Figura 1: Departamento de salud de la Ribera.	Pág 18
Figura 2: Hospital de la Ribera.	25
Figura 3: Centros del Departamento de salud de la Ribera.	26

# **ANEXO**

## ANEXO:

### **CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES: CIE-9-MC:**

que dentro de los TRASTORNOS MENTALES ( 290 - 319 ) los códigos 301 e hijos corresponde a los Trastornos de la Personalidad (T.P):

#### 301. Trastornos de la personalidad

Incluye: neurosis de carácter

#### 301.0 Trastorno paranoide de la personalidad

Personalidad fanática

Personalidad paranoide

Tendencias paranoides

#### 301.1 Trastorno afectivo de la personalidad

301.10 Trastorno afectivo de la personalidad, no especificado

301.11 Trastorno hipomaniaco crónico e la personalidad

Personalidad hipomaniaca

Trastorno hipomaniaco crónico

301.12 Trastorno depresivo crónico de la personalidad

Carácter o personalidad depresiva

Trastorno depresivo crónico

301.13 Trastorno ciclotímico

Ciclotimia

Personalidad cicloide

Personalidad ciclotímica

301.2 Trastorno esquizoide de la personalidad

301.20 Trastorno esquizoide de la personalidad, no especificado

301.21 Personalidad introvertida

301.22 Trastorno esquizotípico de la personalidad

301.3 Trastorno explosivo de la personalidad

Agresividad

Emotividad patológica

Inestabilidad emocional (excesiva)

Irascibilidad

Personalidad agresiva

Reacción agresiva

301.4 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Personalidad anancástica

Personalidad obsesiva

301.5 Trastorno histriónico de la personalidad

301.50 Trastorno histriónico de la personalidad, no especificado

Personalidad histérica

301.51 enfermedad ficticia crónica con síntomas físicos

Síndrome de adicción a los hospitales

Síndrome de múltiples operaciones

Síndrome de Münchausen

301.59 Otro trastorno histriónico de la personalidad

Personalidad: emocionalmente inestable, lábil, psicoinfantil

### 301.6 Trastorno dependiente de la personalidad

Personalidad asténica

Personalidad inadecuada

Personalidad pasiva

### 301.7 Trastorno insociable de la personalidad

Personalidad amoral

Personalidad disocial

Personalidad insociable

Trastorno de la personalidad con manifestación predominantemente sociopática o asocial

### 301.8 Otros trastornos de la personalidad

301.81 Trastorno narcisista de la personalidad

301.82 Trastorno huidizo de la personalidad

301.83 Trastorno límite de la personalidad

301.84 Personalidad pasivo-agresiva

301.89 Otros

Personalidad: excéntrica, inmadura, masoquista, psiconeurótica , tipo “haltlose”

### 301.9 Trastorno de la personalidad no especificado

Estado constitucional

Personalidad patológica

Personalidad (trastorno) psicopática

Trastorno de la personalidad.