



Índice

Artículo:

- La hiperutilización de Servicios Sanitarios de Atención Primaria.

Noticias Breves:

- Patrones de Mortalidad en España, 2008.
- Brote por Escherichia coli O104:H4 en Alemania y Francia.

Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 13 a 16 de 2011.

La Hiperutilización de Servicios Sanitarios de Atención Primaria

Introducción

Existen poblaciones que, con un mismo número de habitantes, presentan incrementos en la demanda asistencial, lo que puede generar problemas de costos, demoras en la cobertura de servicios, desencuentro entre ofertas-expectativas, dudas sobre costo-efectividad, equidad, calidad de los servicios y alta presión asistencial, siendo la de España una de las más altas de Europa¹. Debido a esto, existen intentos por definir al usuario responsable del uso de una proporción de la oferta sanitaria dirigida a la población, destacando en estos trabajos que los motivos por los cuales una persona consulta a un médico de Atención Primaria van más allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo². A continuación intentamos describir el perfil de las personas que más utilizan los servicios sanitarios de Atención Primaria, en concreto la consulta del Médico de Familia.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo retrospectivo, con datos registrados durante el 2007. Para llevar a cabo el estudio se seleccionó una muestra de 218.968 personas mayores de 14 años, adscritas a 131 cupos médicos de Atención Primaria, distribuidos en zonas básicas de salud del Área 2 Cartagena (actualmente Área 2 y Área 8 de la Región de Murcia), realizándose un muestreo multietápico. A través del Departamento de Informática de la Gerencia de Atención Primaria de Cartagena, se recogieron los datos de la actividad asistencial de todo el año. El Departamento de Tarjeta sanitaria de la misma Gerencia facilitó los datos de población existente. El tamaño muestral es el 73,59% de la población total adscrita a los centros de salud del

Tabla 1. Datos de Población y nº de consultas, según edad, sexo y lugar de nacimiento.

	Nº. de personas con tarjeta sanitaria / %	Nº. Total de visitas realizadas / %	Nº Total de visitas realizadas por persona
Sexo			
Hombres	111.313 (50,84%)	416.660 (38,27%)	3,74
Mujeres	107.655 (49,16%)	671.479 (61,67%)	6,24
No registro		678 (0,06%)	
Sexo y Grupo Etario			
Hombres 14-65 años	95.485 (43,61%)	285.076 (26,18%)	2,99
Mujeres 14-65 años	87.021 (39,74%)	469.212 (43,09%)	5,39
Hombres ≥ 65 años	14.387 (6,57%)	131.397 (12,07%)	9,13
Mujeres ≥ 65 años	19.150 (8,75%)	201.988 (18,55%)	10,55
No registro edad hombres	1.441 (0,68%)		
No registro edad mujeres	1.484 (0,68%)		
No registro edad/sexo	2.925 (1,36%)	1.144 (0,11%)	
Lugar de Nacimiento			
Españoles	181.255 (82,78%)	949.507 (87,21%)	5,24
Inmigrantes	37.713 (17,22%)	133.097 (12,22%)	3,53
No registro	-	6.213 (0,57%)	

Tabla 2. Distribución de hiperutilizadores según sexo, edad y lugar de nacimiento.

	Nº de personas hiperutilizadoras/ % total hiperutilizadores	Población total	% hiperutilizadores respecto a población total
Hiperutilizadores por Sexo y Grupo Etario			
Hombres 14-65 años	825 (13%)	95.485	0,86%
Mujeres 14-65 años	2.320 (37%)	87.021	2,67%
Hombres ≥ 65 años	1.096 (18%)	14.387	7,62%
Mujeres ≥ 65 años	2.017 (32%)	19.150	10,53%
Lugar de Nacimiento			
Hombres Españoles	1825 (29%)	87.569	2,08%
Hombres Inmigrantes	97 (2%)	23.087	0,42%
Mujeres Españolas	4027 (64%)	93.686	4,30%
Mujeres Inmigrantes	310 (5%)	14.626	2,12%

área, proporcionando una gran representatividad de la población. En este estudio coincidimos con algunos autores en definir al paciente hiperutilizador como toda persona que consulta, durante el periodo de estudio, dos desviaciones estándar por encima del promedio de consultas realizadas por persona^{3,4}. Los datos recogidos se analizaron obteniendo resultados de frecuencias y el promedio de consultas con la correspondiente desviación típica, ajustando mediante tasas a grupo poblacional. También se analizaron las diferencias de edades en los grupos, mediante análisis bivariante, ANOVA y t-student para muestras independientes con análisis post-hoc HSD de Tukey y Bonferroni.

Resultados

Se registraron 1.088.817 consultas en historia clínica informatizada durante el año 2007. Por tanto, cada persona realizó 4,97 consultas a lo largo del año. No obstante, 150.381 personas fueron las que realmente acudieron al menos una vez a consulta de su médico de atención primaria, es decir, el 69% de 218.968, total de población adscrita. De esto se deduce que, la población que realmente usó los servicios de consulta médica, lo hizo en 7,24 ocasiones por persona/año, con una desviación estándar de 7,15. Los hombres acudieron aproximadamente 40% menos que las mujeres; en la tabla 1 se pueden observar los datos de población

Situación regional de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2011 al 23 de abril de 2011). Distribución semanal

Enfermedades	Casos notificados												Casos acumulados		
	Semana 13			Semana 14			Semana 15			Semana 16			Semanas 13 a 16		
	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana	2011	2010	Mediana
Toxiinfecciones alimen.	0	3	3	6	2	2	0	0	0	10	0	3	16	5	10
Gripe	194	88	361	162	71	243	101	63	225	68	74	200	525	296	1034
Tuberculosis respiratoria	8	3	3	4	4	2	3	2	2	2	4	4	17	13	12
Otras tuberculosis	2	1	1	1	0	1	3	0	2	0	2	1	6	3	4
Enfermedad meningoco.	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2	1	1
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1
Otras meningitis	0	1	1	1	2	1	4	4	2	1	2	1	6	9	5
Parotiditis	2	0	1	1	2	2	3	0	0	1	3	0	7	5	5
Varicela	225	216	255	238	411	235	230	329	329	209	329	277	902	1285	1174
Tos ferina	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0
Infección gonocócica	3	1	1	0	0	2	1	1	0	1	0	0	5	2	3
Sífilis	1	1	0	3	1	1	1	1	1	1	0	1	6	3	3
Hepatitis A	1	0	0	1	1	1	3	2	0	1	1	0	6	4	2

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2011 al 23 de abril de 2011).

Enfermedades	Áreas de Salud												
	Murcia Oeste				Cartagena		Lorca		Noroeste				
	Población (Padrón 2009)	255.078	286.025	172.100	74.467	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.
Toxiinfecciones alimen.	6	13	0	4	3	5	0	0	0	0	0	0	0
Gripe	98	5371	46	3956	159	3715	61	2173	0	0	0	0	0
Tuberculosis respiratoria	8	18	3	8	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Otras tuberculosis	0	1	1	3	2	2	1	1	0	0	0	1	1
Enfermedad meningocócica	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Otras meningitis	0	4	0	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Parotiditis	4	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	157	445	149	332	97	431	35	86	0	0	0	0	0
Tos ferina	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Infección gonocócica	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Sífilis	0	2	4	6	1	3	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis A	0	3	1	2	1	4	2	2	0	0	0	2	2

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en año actual.

Patrones de Mortalidad en España, 2008

Se ha publicado en la página electrónica del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, el informe elaborado por el Instituto de Información Sanitaria "Patrones de mortalidad en España, 2008". El documento presenta los patrones de mortalidad general y por causa de muerte en la población residente en España, según el sexo, la edad y comunidad autónoma de residencia y la evolución de la mortalidad por las principales causas de muerte, así como la evolución de la mortalidad infantil. Para la realización del informe los datos se han obtenido de los ficheros de defunciones según la causa de muerte, que anualmente produce el Instituto Nacional de Estadística.

Los patrones de mortalidad en 2008 muestran que la tasa de mortalidad ajustada por edad continúa su descenso y que el cáncer y las enfermedades del corazón siguen siendo las dos principales causas de muerte.

Entre los principales hallazgos encontramos que entre 2000 y 2008 las tasas de mortalidad ajustadas por edad por las causas de muerte atribuibles al tabaquismo ha descendido 7% en hombres y ha aumentado 44% en mujeres. En cambio, las tasas de mortalidad ajustadas por edad por las causas de muerte atribuibles al consumo de alcohol han permanecido estabilizadas.

El Informe puede ser consultado y descargado en:
<http://www.mspsi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/estadísticas/estMinisterio/mortalidad/mortalidad.htm>

Cobertura de declaración^(*) por municipios.

Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2011 al 23 de abril de 2011).

Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración	Municipios	% de declaración
Abanilla	100,0	Calasparra	25,0	Lorquí	100,0	Torre Pacheco	100,0
Abarán	100,0	Campos del Río	100,0	Mazarrón	100,0	Torres de Cotillas, Las	88,5
Águilas	86,5	Caravaca de la Cruz	100,0	Molina de Segura	88,3	Totana	84,1
Albudeite	100,0	Cartagena	100,0	Moratalla	84,4	Ulea	100,0
Alcantarilla	100,0	Cehegín	95,8	Mula	98,1	Unión, La	100,0
Aledo	75,0	Ceutí	100,0	Murcia	98,5	Villanueva del Río Segura	100,0
Alguazas	96,4	Cieza	100,0	Ojós	87,5	Yecla	80,4
Alhama de Murcia	100,0	Fortuna	100,0	Pliego	100,0	Santomera	100,0
Archena	97,1	Fuente Álamo de Murcia	100,0	Puerto Lumbreras	100,0	Alcázares, Los	100,0
Beniel	100,0	Jumilla	94,7	Ricote	100,0		
Blanca	100,0	Librilla	100,0	San Javier	100,0	Total Región	95,3
Bullas	90,0	Lorca	78,0	San Pedro del Pinatar	100,0		

(*) [Núm. partes de declaración numérica recibidos / Núm. de médicos de atención primaria en las cuatro semanas] x 100.

Distribución por áreas de salud de las Enfermedades de Declaración Obligatoria.

Semanas 13 a 16 (del 27 de marzo de 2011 al 23 de abril de 2011).

Áreas de Salud												
Altiplano		Vega Media		Murcia Este		Mar Menor		Vega Alta del Segura		TOTAL		
Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	Casos	Acumul.	
0	0	0	0	7	8	0	0	0	0	16	30	
31	1253	51	3532	30	4185	21	2086	28	929	525	27200	
0	0	1	5	3	13	1	6	1	4	17	57	
0	0	1	3	0	3	1	1	0	0	6	14	
0	0	2	3	0	0	0	1	0	0	2	5	
0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	
1	1	3	5	0	5	2	5	0	0	6	24	
0	0	0	3	1	3	2	3	0	0	7	17	
61	114	97	490	180	598	87	215	39	105	902	2816	
0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	4	
0	1	2	4	2	4	1	2	0	1	5	17	
0	1	0	7	1	1	0	0	0	0	6	20	
0	0	1	2	1	6	0	0	0	0	6	19	



Brote por Escherichia coli O104:H4 en Alemania y Francia

El 26 de julio de 2011, el Instituto Robert Koch (IRK) ha dado por finalizado el brote por Escherichia coli enterohemorrágica (ECHE) serotipo O104:H4 productor de Shigatoxina, notificado en mayo en el norte de Alemania.

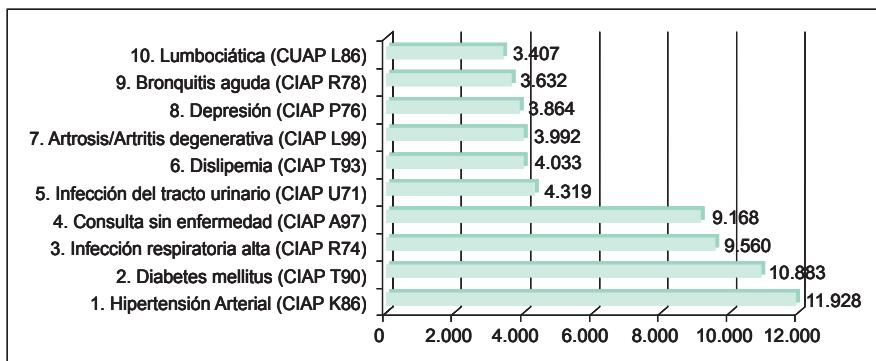
Del 1 de mayo al 4 de julio, fecha de inicio de síntomas del último caso, 4.321 casos fueron notificados del IRK, incluyendo 3.469 casos de Enfermedad enterohemorrágica (ECHE) y 852 casos de Síndrome Hemolítico-Urémico (SHU). Fallecieron 50 personas, 18 por ECHE y 32 por SHU. Según los ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), en otros países de la Unión Europea, 76 casos de EHE y 49 casos de SHU se relacionaron con este brote. De forma inusual se afectaron principalmente mayores de 20 años de edad y mujeres.

El patógeno implicado, ECHE O104:H4, se caracterizó por ser una cepa poco frecuente, virulenta, con resistencia de amplio espectro a beta-lactamasas y presencia de dos genes que le conferían el carácter agresivo responsables del SÚH y de la forma enterohemorrágica.

En Francia se detectó un brote de EHEC por la misma cepa en el mes de junio y la investigación epidemiológica realizada por el ECDC y EFSA (European Food Safety Authority) de los dos brotes permitió relacionar el origen de los brotes con semillas de fenogreco consumidas germinadas y crudas, procedentes de Egipto.

http://www.rki.de/EN/Home/homepage__node.html
http://www.rki.de/cl_153/nn_217400/EN/Home/EHEC_Report,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EHEC_Report.pdf

Figura 1. Principales motivos de consulta de paciente hiperutilizador: nº de consultas según código CIAP* realizadas por los pacientes hiperutilizadores.



*CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria)

y el número de visitas realizadas por cada grupo poblacional según edad, sexo y lugar de nacimiento.

Perfil del paciente hiperutilizador: considerando los datos anteriores, definimos como paciente hiperutilizador aquél que registra un número de consultas por encima de 21,54 consultas/año, lo que supone estar dos desviaciones estándar por encima del promedio de consultas de la población. Según este concepto, en el área de salud de Cartagena existieron 6.259 pacientes hiperutilizadores, 2,86% del total de la población adscrita mediante tarjeta sanitaria, que generaron 204.291 consultas, el 18,76% del total de consultas efectuadas. De estas, 4.337 (69,29%) fueron mujeres. Considerando el total de población, 4,03% de las 107.665 de mujeres incluidas en el estudio fueron hiperutilizadoras (tabla 2). El número de hombres hiperutilizadores no superó el 1,73% de los 111.313 incluidos en el estudio. La edad media del paciente hiperutilizador fue de 62,34 (62,30-62,38) años. Observamos diferencias significativas ($p<0,001$) en la edad de las mujeres hiperutilizadoras, 61,09 (61,04-61,14) años, frente a la edad del hombre que es de 65,10 (65,04-65,16) años. Los principales motivos de consulta se recogen en la figura 1. Una peculiaridad de este trabajo es el estudio de los distintos registros teniendo en cuenta el factor lugar de nacimiento. Así, 3,22% (5.852/181.255) de la población autóctona adscrita al área de Cartagena son pacientes hiperutilizadores, alcanzando 1,07% (405/37.713) en la población inmigrante.

La edad media de población autóctona hiperutilizadora es de 63,40 (63,37-63,44) años, superior a la de la población inmigrante, 46,28 (46,13-46,43) años. La diferencia de edad encontrada entre estos dos grupos es estadísticamente significativa, $p<0,001$. Sin embargo, la población inmigrante procedente de Europa tiene una edad media superior a la del resto de población inmigrante: 60,00 (59,71-60,28) años.

Discusión

Analizando los resultados obtenidos, el promedio de consultas por persona es similar a la encontrada por otros autores nacionales e internacionales: El Valle (Jaén) 4,84; INSALUD 5,2; Francia 4,7, Estados Unidos 4,8 y España 6,1⁵.

El perfil del paciente hiperutilizador de nuestra área de Salud podría describirse como paciente mujer, de edad media alta (61 años), de nacionalidad española, que consulta mayoritariamente por Hipertensión Arterial, seguido de Diabetes e Infección Respiratoria Alta. El perfil descrito coincide con resultados encontrados en trabajos de otros autores^{3,4}, aunque la edad y el promedio de consultas es ligeramente superior. Es de destacar que entre los principales motivos de consulta predomina la existencia de enfermedades crónicas.

Podemos decir que la "necesidad de salud" sí es un factor a considerar en el uso de los servicios sanitarios. Es de destacar que son más las mujeres jóvenes las que utilizan la consulta,

motivo de análisis como puede ser estudio de factores laborales y culturales. La población inmigrante hiperutilizadora es proporcionalmente inferior a la población autóctona, influido por la inferior edad media (se realizó ajuste de tasas mediante estandarización indirecta que confirmó este dato), así como otros factores no analizados en este estudio.

El análisis de los pacientes que más utilizan los servicios sanitarios puede permitir una planificación más ajustada de la oferta sanitaria, así como una posible intervención sobre este tipo de población, por esto en este trabajo no se seleccionaron los pacientes atendiendo características de tipo de consulta, edad, así como algunos factores que tienen en cuenta otros autores.

Bibliografía

- 1-Gervas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que un buen trabajo clínico. *Med Clin (Barc)* 2007; 128(14): 540-544.
- 2-Mendoza-Sassi R, Humberto J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Pública* 2001; 17(4):819-832.
- 3-Bellón JA, Delgado A, Luna JD, et al. Influencia de la edad y el sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995; 51:343-6.
- 4-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.
- 5-Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Disponible en: <http://www.mspes.es/organizacion/sns/librosSNS.htm>.

Autores

Alfonso Miguel Muñoz Ureña¹, José Jesús Guillén Pérez², Julio Fontcuberta Martínez¹, Ruth Manrique Medina¹, Francisco Pérez Aguilar¹.

¹Unidad docente de Medicina Familiar y Comunitaria Cartagena-San Javier.

²Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Edita:
Servicio de Epidemiología.
Consejería de Sanidad y Política Social.
D. G. de Salud Pública.
Ronda de Levante 11. 30008 Murcia.
Tel.: 968 36 20 39 Fax: 968 36 66 56
bolepi@carm.es
<http://www.murciasalud.es/bem>

Comité Editorial:
Lluís Cirera, M.^a Dolores Chirlaque, Juan Francisco Correa, Visitación García, Ana María García-Fulgueiras, José Jesús Guillén, Olga Monteagudo, Carmen Navarro, Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste, M.^a José Tormo.

Coordinadora de Edición:
Carmen Santiuste de Pablos.
Coordinador Administrativo:
José Luis García Fernández.
Suscripción: Envío Gratuito.
Solicitudes: bolepi@carm.es
e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia