

Multidemanda en Atención Primaria

Multiple demands on Primary Care

AUTORAS

González Diez, Inés¹ ; de Paz Amoedo, Yaiza¹

¹Área Sanitaria A Coruña y Cee

Autora para correspondencia: Inés González Diez. Email: inesprioro@usal.es

Resumen

Título: Multidemanda en Atención Primaria

Objetivo: Conocer la proporción de visitas con varios motivos de consulta y la naturaleza de la demanda en sí.

Diseño: Observacional transversal.

Emplazamiento: Atención Primaria.

Método/Mediciones: Las variables que se recogen son: cualitativas (género, motivos de consulta siguiendo la clasificación CIAP-2, tipo de acto y tipo de atención) y cuantitativas (edad, número de días de espera para una cita a demanda, número de motivos de consulta y el tiempo de duración total de la consulta registrado en IANUS).

Resultados: La proporción total de multidemanda fue de 32,65% (IC95% 30,14-35,17) y se asocia a centros urbanos, profesionales con más años de experiencia, citas a demanda y presenciales en el centro. El tiempo medio de aumento de duración de la consulta cuando se registra multidemanda es de 3,45 minutos (IC95% 2,98- 3,91). Los grupos CIAP2 de motivos de consultas más frecuentes fueron A (generales e inespecíficos) con un 32,45% (IC95% 30,37-34,53) y L (aparato locomotor) con un 13,72% (IC95% 12,19-15,23)

Conclusiones: La proporción de multidemanda fue elevada, con un mínimo de 30,15%, siendo más prevalente en citas a demanda y presenciales en el centro. Esto supone un aumento mínimo del tiempo de visita de 2,98 minutos por cada motivo consultado a mayores. Se constató que a mayor tiempo de espera para conseguir una cita aumenta la multidemanda.

Palabras clave: *atención primaria, cita médica, necesidades y demandas.*

Abstract

Title: Multiple demands on Primary Care

Objectives: To acknowledge the percentage of consultation with multiple demands and the patients needs

Design: Cross-sectional observational

Site: Primary Care

Measurements/Methods: The variables to collect are: qualitative (gender, consultations according to CIAP-2 classification, act's nature, type of attention) and quantitative (age, number of waiting days for a consultation on demand, number of demands, total time of consultation in minutes registered in electronic clinical history)

Results: Total proportion of multiple demand was 32,65% (CI95% 30,14-35,17) associated to urban clinics, more-year-experienced professionals, consultations on demand and face-to-face appointments. When multiple demands were registered, mean increase in appointment duration was 3,45 minutes (CI95% 2,98- 3,91). Most frequent CIAP-2 classification groups were A (general and inespecific) with 32,45% (CI95% 30,37-34,53) and L (locomotor system) with 13,72% (CI95% 12,19-15,23)

Conclusions: Multiple demands proportion was elevated with a minimum of 30,15%, more frequent in appointments on demand and face-to-face. This implies a minimum increase in appointment duration of 2,98 minutes for each consultation above the first. It was shown that more waiting days for an appointment increase multiple demands

Keywords: *primary care, medical appointment, needs and demands*

INTRODUCCIÓN

El sistema de citación actual asigna un tiempo a cada visita médica en función de un único motivo (1), lo que en muchas ocasiones no se corresponde con la demanda real, ya que con frecuencia los usuarios consultan sobre varias cuestiones.

La agenda de citación es una forma de organizar el acceso a la atención médica y la duración de las consultas en función de las necesidades de los pacientes. La agenda de calidad debe permitir adaptar las citas a los tiempos necesarios de atención de las diferentes demandas (2).

La mayoría de publicaciones sobre los motivos de consulta en atención primaria no siguen una clasificación aceptada internacionalmente o no analizan la multidemanda (entendida como visita médica donde el paciente consulta más de un motivo) (3).

Varias publicaciones señalan que los motivos burocráticos llegan a representar entre el 40-60% de las visitas médicas (4, 5). Distintos expertos han propuesto mejoras en la gestión de la agenda del médico de atención primaria, tratando de adecuar el tiempo de atención a los usuarios, así como reducir o facilitar los trámites administrativos (4, 6, 7, 8). Sin embargo, no se han encontrado en la literatura publicaciones específicas sobre la frecuencia de la multidemanda y cuáles son los motivos de la misma; tampoco que analicen cómo influyen en el tiempo asignado a cada visita médica, por lo que decidimos realizar este trabajo de investigación.

MÉTODOS

Diseño del estudio: Estudio observacional transversal.

Ámbito de estudio: La población de estudio es aquella que figura en las agendas de atención primaria de 4 médicos especialistas en 6 centros de salud diferentes (Parga, Guitiriz, San José, Elviña, Carballo y Ponteceso), tanto rural como urbanos, de las áreas sanitarias de A Coruña y Lugo. Esta discordancia entre número de profesionales y cupos de pacientes es debido a que solo 2 de los facultativos contaban con plaza en propiedad, uno de ellos fue destinado a otro centro durante el desarrollo del estudio y otro cubría dos cupos, uno u otro en función del día de la semana.

Periodo de estudio: La recogida de datos se realizó entre el 29 de febrero y el 29 de abril de 2024.

Criterios de inclusión: Pacientes citados en los centros colaboradores durante los días de consulta seleccionados.

Población de estudio: Todas las citas atendidas en la agenda de estos seis cupos, que suman un total de 1420.

Selección de la muestra: Del total de días laborables de los 3 meses seleccionados para el estudio, desde febrero hasta abril de 2024 se asignaron de forma aleatoria 11 jornadas siguiendo la metodología de un estudio previo (9). Se utilizó el programa OpenEpi Random (<https://openepi.com/Random/Random.htm>) del paquete estadístico BioStatFloss de la Consellería de Sanidade para la selección aleatoria de los días.

Tamaño de la muestra: Inicialmente se estimó un tamaño de la muestra para una población indeterminada con una proporción esperada del 50% con un nivel de confianza del 95% y una precisión de un 5%, resultando necesario recoger datos de 384 casos para conocer la proporción de visitas en las que hay varios motivos de consulta. Contando con pérdida de casos de un 15%, n=452.

Variabes: Las variables cualitativas recogidas son género (mujer o varón), motivos de consulta siguiendo la clasificación CIAP-2, tipo de acto (recetas, ecografía, cirugía menor, consulta de enfermedad a demanda o programada), tipo de atención (en el centro, telefónica, domicilio u otros, como por ejemplo correo electrónico o mensajería instantánea) y si la cita es ordinaria o no (forzada no urgente, urgente, sobrecarga). Como variables cuantitativas se recogieron: edad en años, número de días de espera para una cita, número total de motivos de consulta y el tiempo de duración total de la consulta en minutos registrado en IANUS (desde que se llama al paciente hasta la publicación del curso clínico). Cada día seleccionado para el estudio se registraron en una tabla las variables descritas.

Respecto a los motivos, dada su amplia variabilidad, se utilizó validez de criterio acordado entre los profesionales implicados en el estudio para definir la codificación que aparece recogida en el anexo I.

Análisis de datos: Para el análisis estadístico se usó el programa SPSS Statistics 29 y Epidat 4.2. Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio. Las variables cuantitativas se expresaron como media, mediana y rango. Las variables cualitativas se expresaron como frecuencia (n) y porcentaje con la estimación del correspondiente intervalo de confianza del 95 %. La comparación de medias entre dos grupos se realizó mediante la prueba T de Student o test de Mann-Whitney según procedía. La comparación de medias entre más de dos grupos se realizó mediante la prueba ANOVA o test Kruskal-Wallis según procedía tras la comprobación de normalidad utilizando el test de Kolmogorov-Smirnov. La asociación entre variables cualitativas se estimó por medio del test estadístico Chi-cuadrado o test de Fisher. Para determinar las variables que influyen en la duración de las consultas se emplearon modelos de regresión lineal.

Aspectos éticos: El estudio fue evaluado positivamente por la gerencia del área sanitaria de salud en junio 2023: "relacionado directamente con la mejora de la actividad asistencial en la Atención Primaria y está conforme con el análisis a efectuar y la posterior publicación de los resultados obtenidos, sin incluir ningún dato de carácter personal de pacientes". Los datos fueron recogidos de forma anónima por los profesionales que atendían a los usuarios, sin datos identificativos de los pacientes, eliminando cualquier posibilidad de identificación del usuario a través de los datos. El tratamiento analítico se realiza en el conjunto de toda la muestra, de forma anonimizada.

RESULTADOS

Se analizó la multidemanda en un total de 1372 pacientes (n) atendidos, con una mediana de edad de 63 años (RIQ 47-75). Los pacientes registrados fueron un 60,92% mujeres (IC95% 58,32-63,46) y un 39,09% varones (IC 95% 36,54-41,68).

Durante el periodo de recogida del total de 1420 pacientes registrados se perdieron 48 citas: un 3,38% (IC95%: 2,4-4,3) de los pacientes no acudieron a su cita presencial y 2,15% (IC95%: 0,87-3,84) no respondió a la llamada telefónica. La mediana de edad de los pacientes que no acudieron a su cita o no respondieron a las llamadas fue de 46 años (RIQ 32-71,5), siendo esta inferior significativamente al grupo de estudio. No se encontraron diferencias a este respecto en función del género.

Globalmente, es decir, teniendo en cuenta todas las consultas registradas (tanto con como sin multidemanda), el 71,5% (IC95% 69,05-73,82) de las citas son a demanda, el 16,6% (IC95% 14,72-18,66) corresponde a recetas, el 6,3% (IC95% 5,06-7,66) programadas clínicas, el 3,4% (IC95% 2,5-4,46) ecografías, el 0,4% (IC95% 0,11-0,82) cirugías y el 1,9% (IC95%1,26- 2,75) a otro tipo de consultas (por correo electrónico, pacientes sin cita...). En relación al tipo de atención, el 61,2% (IC95% 58,62-63,76) es presencial en el centro, el 33,2% (IC95% 30,77-35,73) corresponde a la atención telefónica, el 0,6% (IC95% 0,29-1,2) a domicilio y un 4,9% (IC95% 3,87-6,2) otro tipo de atención como correo electrónico o mensajería instantánea.

Respecto al tipo de citas: ordinaria 82,47% (IC95% 80,45-84,48) y no ordinaria 17,53% (IC95% 15,52-19,5). Dentro de la no ordinaria la distribución fue: forzadas 49,78% (IC 95% 43,39-56,21), urgentes 24,9% (IC95% 19,33-30,47) y sobrecarga 25,3% (IC95% 19,7-30,9). Las consultas previsibles (ordinarias y sobrecargas) fueron el 86,9% (IC95% 85,11-88,69). Las citas imprevisibles (forzadas no urgentes y urgentes) supusieron un 13,1% (IC95% 11,31-14,89), porcentaje que aumenta al 18,32% (IC95% 15,9- 20,74) si las analizamos respecto al total de las citas a demanda.

La proporción total de multidemanda fue de 32,65% (IC95% 30,14-35,17), siendo significativamente mayor en los centros urbanos (Elviña, San José y Carballo) con un porcentaje de 35,45% (IC95% 32,42-38,57), frente al 26,15% (IC95% 21,97-30,67) en los centros más rurales (Guitiriz, Parga y Ponteceso). El porcentaje de multidemanda fue significativamente más elevado ($p < 0,001$) cuando los facultativos tenían más de 30 años de experiencia trabajando en atención primaria.

Dentro de los pacientes con multidemanda, la mediana de edad fue de 63 años (RIQ 47-74 años). El 62,72% (IC95%: 58,13-67,31) fueron mujeres y el 37,28 % (IC95%: 32,69-41,87) varones. Al comparar los pacientes con multidemanda con los que consultaron por un motivo único, no se apreciaron diferencias significativas por género ni por edad.

El tipo de cita más frecuente con multidemanda fue la denominada a demanda con un 85,49% (IC95%: 82,12-88,86) de las consultas, y el tipo de atención la presencial en el centro con un 82,14% (IC95%: 78,49-85,8).

La proporción de multidemanda es significativamente superior en los actos a demanda con un porcentaje de 39,2% (IC95% 36,09-42,30) y la agrupación de los restantes (programados, ecografías, cirugía y otros) con el 30,6% (IC95% 23,59-38,39), frente a recetas con el 6,8% (IC95% 3,96-10,87) (Tabla1).

Tabla 1. Multidemanda según tipo de acto

			Demanda	Recetas	Resto*	Total
MULTIDEMANDA	no	Recuento	595	218	111	924
		% dentro de MULTIDEMANDA	64,4%	23,6%	12,0%	100,0%
		% dentro de Acto_Agrupado_Dem_Rec_Resto	60,8%	93,2%	69,4%	67,3%
	si	Recuento	383	16	49	448
		% dentro de MULTIDEMANDA	85,5%	3,6%	10,9%	100,0%
		% dentro de Acto_Agrupado_Dem_Rec_Resto	39,2%	6,8%	30,6%	32,7%
Total	Recuento	978	234	160	1372	
	% dentro de MULTIDEMANDA	71,3%	17,1%	11,7%	100,0%	
	% dentro de Acto_Agrupado_Dem_Rec_Resto	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

*Resto: Programadas, ECO, Cirugía, Otras

La proporción de casos con multidemanda es significativamente superior ($P < 0,001$) en el grupo de casos de atención presencial, con un valor de 44,2% (IC95% 40,77-47,63) frente al 16,8% (IC 95% 13,28-20,35) en citas telefónicas y 3,8% (IC95% 0,79-10,7) en otras como correo electrónico, mensajería instantánea o domicilio, en el que el registro fue de 0 casos para esta última categoría (Tabla 2).

Tabla 2. Tipo de atención

		Centro	Telefónica	Otros (domicilio, correo, whatsapp)	Total	
MULTIDEMANDA	no	Recuento	465	381	76	922
		% dentro de MULTIDEMANDA	50,4%	41,3%	8,2%	100,0%
		% dentro de Atención_Agrupada	55,8%	83,2%	96,2%	67,3%
	si	Recuento	368	77	3	448
		% dentro de MULTIDEMANDA	82,1%	17,2%	0,7%	100,0%
		% dentro de Atención_Agrupada	44,2%	16,8%	3,8%	32,7%
Total	Recuento	833	458	79	1370	
	% dentro de MULTIDEMANDA	60,8%	33,4%	5,8%	100,0%	
	% dentro de Atención_Agrupada	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Respecto al tipo de citas para los pacientes que consultaron 2 ó más motivos la distribución fue: ordinaria 88,62% (IC95% 85,56-91,67) y no ordinaria (forzadas, urgentes o sobrecargas) 11,48% (IC95% 8,33-14,44).

La mediana del número total de motivos fue de 1 (RIQ 1-2) en el global del estudio, aumentando a 2 (RIQ 2-3) si analizamos exclusivamente las consultas con multidemanda.

El 69,2% (IC95% 64,81-73,58) de los pacientes con multidemanda consultaron un total de 2 motivos, el 22,54% (IC95% 18,56-26,53) 3 motivos y el 8,26% (IC95% 5,6-10,92) 4 ó más motivos (Figura 1).

Figura 1. Porcentaje de motivos de consulta en los casos con multidemanda



La duración media de la consulta cuando el motivo de la cita era único fue de 7,89 minutos (IC95% 7,43-8,35), aumentando a 12,39 (IC95% 11,81-12,97%) cuando se registró multidemanda, siendo esta diferencia significativa.

El tiempo medio de aumento de duración de la consulta cuando se registra multidemanda es de 3,45 minutos (IC95% 2,98- 3,91) por cada motivo que se suma al primero. Se propone la siguiente fórmula para estimar la duración de la consulta justificada en la Tabla 3:

$$\text{Duración consulta (min)} \sim 4,338 + 3,45 \times n^{\circ} \text{ de motivos.}$$

Tabla 3. Estimación de la duración de la consulta

Estimaciones de parámetro							
Parámetro	B	Error estándar	95% de intervalo de confianza de Wald		Contraste de hipótesis		
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.
(Intersección)	4,338	0,3893	3,575	5,101	124,157	1	0,000
TOTAL DE MOTIVOS	3,450	0,2376	2,985	3,916	210,827	1	0,000
(Escala)	43,764 ^a	1,6740	40,603	47,171			
Variable dependiente: DURACION.min							
Modelo: (Intersección), TOTAL DE MOTIVOS							
a. Estimación de máxima verosimilitud.							

La mediana de días de espera para la cita cuando el motivo era único fue de 3 (RIQ: 0-7) frente a una mediana de 7 días de espera (RIQ: 3-10) cuando hubo multidemanda, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Según la clasificación internacional CIAP-2 y su agrupación por aparatos, los motivos de consulta más frecuentes en nuestro estudio fueron los correspondientes al apartado A (Problemas generales e inespecíficos, donde se incluyeron las citas de recetas y los trámites burocráticos (ver anexo I)), con una frecuencia de 32,45% (IC95% 30,37-.34,53).

En la siguiente tabla, se registran los motivos de consulta con una frecuencia superior al 5% en el global del estudio y las diferencias según su asociación o no a multidemanda (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución de motivos de consulta agrupados según la clasificación CIAP2

	Frecuencia global	Frecuencia sin multidemanda	Frecuencia con multidemanda
A (Problemas generales e inespecíficos)	32,45% (IC95% 30,37-34,53)	41,67% (IC95% 38,43-44,90)	24,51% (IC95% 21,89-27,13)
D (Aparato Digestivo)	7,16% (IC95% 6,01-8,32)	7,58% (IC95% 5,82-9,34)	6,8% (IC95% 5,25-8,36)
L (aparato Locomotor)	13,72% (IC95% 12,19-15,23)	12,99% (IC95% 10,77-15,21)	14,35% (IC95% 12,21-16,5)
K (aparato Circulatorio)	6,56% (IC95% 5,45-7,67)	3,03% (IC95% 1,87-4,19)	9,60% (IC95% 7,79-11,41)
R (Aparato respiratorio)	7,86% (IC95% 6,66-9,07)	8,44% (IC95% 6,6-10,29)	7,36% (IC95% 5,75-8,97)
S (Piel y faneras)	6,76% (IC95% 5,63-7,89)	5,63% (IC95% 4,09-7,17)	7,74% (IC95% 6,09-9,38)
T (Aparato endocrino, metabólico y nutrición)	6,96% (IC95% 5,82-8,10)	4,11% (IC95% 2,78-5,45)	9,41% (IC95% 7,62-11,21)

Cuando el motivo de consulta fue único, las citas para recetas y trámites burocráticos supusieron a su vez un 34,31% (IC95% 31,19-37,42) de las citas sin multidemanda. Correspondiendo el 27,49% (IC95% 24,56-30,42) a recetas y el 6,82% (IC95% 5,14-8,5) a trámites burocráticos.

Si valoramos los trámites burocráticos cuando existe multidemanda el porcentaje asciende a 13,62% (IC95% 10,33-16,9).

Si se agrupan por el total de motivos registrados para cada grupo de la clasificación CIAP-2, se aprecian diferencias significativas para el grupo A (problemas generales e inespecíficos; n=648), con unas frecuencias de 59,41% (IC95% 55,56-63,27) sin multidemanda frente a 40,58% (IC95% 36,72-44,44) con multidemanda. También para el grupo L (aparato locomotor; n= 274) con 43,79% (IC95% 37,74-49,85) sin multidemanda frente al 56,2% (IC95% 50,15-62,26) con multidemanda. Estas diferencias, aunque con menor tamaño muestral, se dan en el grupo K (aparato circulatorio; n= 131) donde se registró el 21,37% (IC95% 13,97-28,78) sin multidemanda frente a 78,62% (IC95% 71,22-86,03) con multidemanda. También para el grupo S (piel y faneras; n= 135) con una frecuencia de 38,25% (IC95% 29,94-47,1) sin multidemanda frente a 61,48% (IC95% 52,9-70,06) con multidemanda;

y para el grupo T (aparato endocrino, metabolismo y nutrición) con 27,34% (IC95% 19,57-35,11) sin multidemanda frente a 72,66% (IC95% 64,89-80,43) con multidemanda.

Dentro de los grupos D (aparato digestivo; n=143) y R (aparato respiratorio; n=157) no se encontraron diferencias significativas respecto a las consultas sin y con multidemanda, con unas proporciones de 48,95% (IC95% 40,41-57,49) y 51,05% (IC95% 42,51-59,59) para el grupo D y 49,68% (IC95% 41,54-57,82) y 50,32% (IC95% 42,18-58,46) para el grupo R. Tampoco hubo diferencias para los trámites burocráticos (agrupados bajo el epígrafe A62; n=124), con unas proporciones de 50,81% (IC95% 41,6-60,01) sin multidemanda y 49,19% (IC95% 39,99-58,4) con multidemanda.

Desglosando las agrupaciones con mayor frecuencia cuando no hay multidemanda en motivos más específicos los más frecuentes fueron:

- En la agrupación A (generales e inespecíficos):
 - Recetas con un 65,97% (IC95% 61,11-70,84).
 - Motivos burocráticos con una 16,36% (IC95% 12,54-20,19).
- En la agrupación D (trastornos digestivos):
 - Dispepsia con un 18,57% (IC95% 8,75-28,4).
- En la agrupación L (aparato locomotor):
 - Signos/ síntomas lumbares con/sin irradiación del dolor con un 20% (IC95% 12,45-27,57).
 - Signos/ síntomas de rodilla con un 8,33% (IC95% 2,97-13,7).
- En la agrupación R (aparato respiratorio) el más frecuente fue:
 - Infección respiratoria de vía aérea superior con un 35,9% (IC95% 24,61-47,18).

Para un único motivo de consulta la mediana de duración de la visita fue de 7 minutos (RIQ 4-10).

Cuando se registraron 10 o más casos, las medianas de duración de la consulta según la agrupación por motivos se describe en la Tabla 5.

Tabla 5. Medianas de duración de la visita según motivos de consulta

Intervalos de tiempo (min)	Grupo CIAP-2	Mediana (min)	RIQ
<5	A (Generales e inespecíficos)	4	2-5
	D (Aparato digestivo)	8,5	5-13
5-10	F (Ojos y anejos)	7	5-10
	N (Sistema nervioso)	8	5-15
	P (Problemas psicológicos)	9	5-17
	R (Aparato respiratorio)	8,5	5-12
	S (Piel y faneras)	8	5-12,5
	T (Aparato endocrino-metabólico y nutrición)	6	4-10
	U (Aparato urinario)	6	4-8
	X (Aparato genital femenino y mamas)	7	5-13
	>10	B (Sangre, inmunitario)	10,5
K (Aparato circulatorio)		10	5,5-14,5
L (Aparato locomotor)		10	7-12

DISCUSIÓN

La proporción total de multidemanda fue de 32,65%, significativamente mayor en núcleos urbanos y cuando los especialistas contaban con más años de experiencia ($p < 0.001$). En nuestro estudio los médicos con más años de experiencia trabajaban en centros urbanos con el mismo cupo de pacientes desde hace años, por lo que no podemos asegurar que la diferencia sea exclusivamente por las características del centro y no tenga relación con los años de experiencia del facultativo y la relación médico-paciente establecida a lo largo del tiempo. No se encontraron diferencias significativas respecto al género o edad del paciente.

En la literatura no se han encontrado artículos que analicen específicamente la multidemanda, aunque en varios estudios nombran el número de citas y de motivos de consulta, siendo en todos los casos mayor este último (10,11). En el estudio SyNPC sobre la gestión clínica de la consulta publicado en 2004, el 40% de los pacientes consultó por más de 1 motivo, siendo este porcentaje similar al recogido en nuestro estudio (12).

Un artículo publicado hace décadas en España registró una duración media por problema atendido de 7,4 minutos (10). Otros más recientes la sitúan en 6,7 minutos (12). La duración de la visita médica varía entre 5,38 y 9 minutos en estudios españoles (10,12) frente a los norteamericanos con una media entre 16,3 y 20,8 minutos (13, 14). En nuestro estudio, la duración media de la visita médica cuando el motivo de consulta era único fue de 7,89 minutos. Cuando se consultaron 2 ó más motivos, la media de duración aumentó a 12,39 minutos por consulta. Estimamos que, por cada motivo de

consulta que se suma al primero, el tiempo medio de visita aumenta entre 2,9 y 3,9 minutos, proponiéndose la siguiente fórmula para calcular la duración media de la visita médica según el número de motivos que el paciente desee consultar: Duración consulta (min) $\sim 4,338 + 3,45 \times n^{\circ}$ de motivos.

La mediana del total de motivos para el global del estudio es 1, no siguiendo una distribución normal. Cuando hubo multidemanda la mediana fueron 2 motivos, que supusieron un 69,2% (IC95% 64,81-73,58) de las citas con multidemanda. Cabe destacar que respecto al total de citas, los pacientes que consultaron 3 o más motivos supusieron un 10,06% (IC95% 8,43-11,68), lo que según la fórmula propuesta para estimar la duración de la consulta supone un tiempo aproximado de 14,7 min para cada visita en 1 de cada 10 pacientes. Esto supone más tiempo del asignado actualmente para una cita a demanda (entre 8 y 10 minutos). (2)

Hace años el Observatorio Europeo de Sistemas de Cuidados de la Salud (Oficina Regional de la OMS para Europa), reflejaba que, en España, sólo se esperaba de media entre 0-1 días para el médico de familia (13, 15). Si se lograra reorganizar la atención primaria de tal manera que disminuyese el tiempo de espera para lograr una cita, quizá el porcentaje de multidemanda se vería reducido, ya que en este estudio se demuestra que, a mayor tiempo de espera para la cita, mayor porcentaje de multidemanda (siendo la mediana de días de espera 3 cuando el motivo es único y 7 cuando son varios).

La media de edad global en este estudio fue 60 años, similar a publicaciones previas con 56 (11, 12). El 60,92% fueron mujeres, un valor algo mayor que en otros estudios con porcentajes entre 53,4-57,5% (10, 12), sin demostrarse diferencias significativas entre género respecto a la multidemanda.

El tipo de acto más prevalente fue a demanda (71,5%), parecido a estudios previos donde los porcentajes oscilan entre el 74,4-79% (11, 12). En el total de las citas solicitadas por el propio paciente (actos a demanda) el 39,2% presentaron multidemanda.

En relación al tipo de atención, los datos aportan que las visitas en el centro fueron las más frecuentes con un 61,2%, porcentaje menor que en artículos de la época pre-Covid (93,1%) (11). El 44,2% de los pacientes que acudieron al centro (atención presencial) consultaron 2 ó más motivos. Casi un tercio del total de consultas fueron telefónicas, porcentaje mayor que el 10,7% registrado en 2018 en Galicia (16) y estando estas prácticamente ausentes en estudios previos (5,4%) (11, 12).

Con los datos anteriormente citados reflejamos que las citas presenciales solicitadas por el propio paciente son las que representan una mayor carga en nuestras consultas, siendo además difíciles de prever para la organización de la misma dada su asociación con la multidemanda.

En las agendas analizadas en este estudio las citas ordinarias supusieron una carga del 82,47% y las no ordinarias el 17,53% (dato similar a un estudio previo que refleja un porcentaje de 16,48%) (17), siendo este llamativamente inferior al 34% de visitas realizadas sin cita previa en el estudio SyNPC (12).

Un consenso de expertos tratando de mejorar el programa de citación, acordó que para asegurar la calidad asistencial el número de consultas forzadas no debe ser mayor del 5% de las consultas a demanda (18), cuando en nuestro estudio supone un 18,32% (contando con forzadas no urgentes y urgentes respecto al total de las citas a demanda).

En cuanto a los motivos específicos de consulta, en este estudio, la agrupación de la CIAP2 más frecuente fue la A (problemas generales e inespecíficos con un 32,45%), seguido de L (aparato locomotor con el 13,72%) y R (aparato respiratorio con un 7,86%). En otras publicaciones el motivo de consulta más frecuente fue infección respiratoria de vías altas (4) o sospecha COVID-19 (17).

Cuando hubo multidemanda, los problemas generales e inespecíficos siguen siendo la categoría más prevalente, aunque su porcentaje se ve reducido al 24,51%, esto puede deberse a que en dicho grupo se engloban las prescripciones médicas. También es destacable un aumento del porcentaje de consultas por aparato circulatorio y aparato endocrino, que puede estar en relación a que muchas patologías de estos subgrupos suelen ser concomitantes y tener un seguimiento conjunto (diabetes, hipertensión, alteraciones del metabolismo lipídico o alteraciones tiroideas...).

Los problemas burocráticos (partes de incapacidad temporal, realización de informes, comprobación de citas...) ocuparon un 6,82% del total de citas sin multidemanda, aumentando al 13,62% cuando existen 2 o más motivos de consulta. Estos porcentajes son menores que en otras publicaciones donde oscilan entre el 17- 18,4% (10, 11), llegando incluso al 50% en el estudio SyNPC, donde también se incluían las recetas bajo este epígrafe (12), lo que podría justificar las diferencias con nuestro estudio donde son una categoría aparte.

Las agrupaciones CIAP2 cuya mediana de duración fue más de 10 min para un único motivo fueron B, K y L, lo que se corresponde con sangre y sistema inmune, aparato circulatorio y locomotor, encontrándose estos dos últimos entre los grupos más frecuentemente consultados en las citas con multidemanda.

Un posible sesgo respecto a la duración de los motivos de la agrupación A, con una mediana inferior a 5 minutos, pudiera estar en relación a que en dicho grupo se incluyeron las citas exclusivas para renovación de recetas, que por lo general conllevan menor tiempo de consulta en la práctica diaria. A pesar de requerir una revisión de la adecuación de la prescripción, buena tolerancia y correcta toma, además de valorar la actualización controles clínicos y/o analíticos pertinentes, en muchos casos no eran pacientes polimedificados o presentaban buena adherencia y un correcto seguimiento, facilitando así la resolución de su demanda principal.

En nuestro estudio, como limitación, no contábamos con observador externo que pudiese contabilizar de manera precisa el tiempo empleado con cada motivo cuando existía multidemanda, por lo que una posible mejora de cara a futuras investigaciones sería analizar la duración de cada motivo para hacer un mejor ajuste de los tiempos.

Desde hace tiempo se viene apreciando un aumento del número de consultas y de las demandas impropias (11, 19), como reflejaba el informe precursor del sistema XIDE (20). Todo ello conlleva el detrimento de partes fundamentales de nuestra especialidad como son la medicina comunitaria, la docencia y la investigación (2, 7, 16, 21).

Llama la atención que, pese a que la multidemanda es una queja constante entre los especialistas de medicina familiar y comunitaria, no se han encontrado estudios específicos sobre dicho tema. Quizá por este motivo no se ha tenido esta variable en cuenta a la hora de diseñar programas para la gestión de la demanda como es el XIDE, que da por hecho que cada cita corresponde a un único motivo de consulta (1), asignando un tiempo de visita estándar que como se ha demostrado no siempre es suficiente para una atención de calidad.

Sería deseable una gestión de agendas que permita un manejo adecuado de la demanda real (1, 17, 22, 23, 24), de acuerdo con los estándares de calidad de la OMS, beneficiando así, tanto a usuarios como a los profesionales, que cada vez achacan más burnout como consecuencia de unas agendas que no se ajustan a los requerimientos reales de la consulta. Dados los resultados de este estudio, creemos que se podría considerar ampliar las líneas de investigación a este respecto, para lograr una gestión de la consulta con tiempos adecuados a las necesidades de pacientes y facultativos.

Conflictos de interés: Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

Financiación: La presente investigación no recibió ayudas específicas de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro

Contribución de las autoras: todas las autoras han participado conjuntamente en: diseño del estudio, recogida y análisis de datos, redacción y revisión crítica del artículo.

Agradecimientos: Agradecemos la colaboración, tanto en el diseño del estudio como en la recogida de datos a los doctores especialistas en medicina familiar y comunitaria: Jesús Manuel Caeiro Castelao, Patricia Añón Varela, Manuel Fernández Rivas y en especial a Ramón Veras Castro, quien consiguió contagiarnos su entusiasmo por la investigación clínica. Sin su ayuda no sería posible realizar este trabajo. Agradecemos asimismo el asesoramiento en el análisis de datos a Vanesa Balboa Barreiro e Inmaculada Gómez Besteiro, de la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario de A Coruña.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo do Informe sobre o deseño e avaliación do sistema de citación XIDE. Informe sobre o deseño e avaliación do sistema de citación XIDE (Xestión Integral da Demanda en Equipo) no Servizo Galego de Saúde e os resultados da súa implementación. Santiago de Compostela: ACIS, Unidade de Asesoramento Científico-Técnico, Avaliat; 2023. [consultado 22 julio 2024]. Disponible en: https://runa.sergas.es/xmlui/bitstream/handle/20.500.11940/18221/INFORME_XIDE_2023.pdf?sequence=1
2. Servizo de Atención Primaria, Subdirección Xeral de Atención Primaria, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Criterios de calidade das axendas dos/das médicos/as de Familia de Atención Primaria. Santiago de Compostela. 2021.
3. Borrell i Carrió. Entrevista clínica. Barcelona: Semfyc; 2004 [citado 21 jul 2023]. Disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf
4. Paz M, De la Casa J, Rami C, Schüffelmann M. Abordaje del motivo más frecuente de consulta en Atención Primaria en el Centro de Salud de Tres Cantos. *Semergen*. 2009[consultado 19 jun 2023]; 36: 59-60. doi:10.1016/j.semerg.2009.09.003
5. Pedrera Carbonell V, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D, Prieto Erades I, Schwarz Chavarri G, Moya García I. Características de la demanda sanitaria en las consultas de medicina de familia de un área de salud de la Comunidad Valenciana. *Aten Primaria*. 2005 [consultado 10 jul 2023];35:82-8. doi: 10.1157/13071914
6. Dios del Valle R. La gestión de la demanda en Atención Primaria: un reto por resolver. *J Healthc Qual Res*. 2023 May-Jun[consultado 16 jun 2023];38(3):131-2. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.11.008
7. López-Pardo Prado ME, Repesas Carrera FJ, Bustelo Cerqueiras V, Rego Romero E, Pérez Dalí A, Rodríguez Abellón MJ et al. Sistema inteligente para la gestión de la demanda en atención primaria. *J Healthc Qual Res*. 2023 May-Jun[consultado 16 jun 2023];38(3):144-151. doi: 10.1016/j.jhqr.2022.10.003.
8. Bellón Saameño JA. Algunas claves en la gestión de la demanda en Atención Primaria. *Semergen* 2004[consultado 8 jul 2023];30(Supl. 1):17-24. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-algunas-claves-gestion-demanda-atencion-13066280>
9. López Ruiz A, Esnaola Suquia S, Guinea Martín J, Carmen Gómez Corral M. Limitaciones del muestreo en estudios de atención primaria: comparación de cuatro diseños muestrales. *Gac Sanit*. Enero 1992; 6(28): 19-24. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(92\)71087-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(92)71087-5)
10. Seguí Díaz M, Linares Pou L, Blanco López W, Ramos Aleixades J, Torretñ Quetglas M. Tiempos durante la visita médica en atención primaria. *Aten Primaria* 2004[citado 23 ago 2023];33(9):496-502. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-tiempos-durante-visita-medica-atencion-13061607>
11. Millas Ros J, Otegui Recio A, Pérez Gil S, Arzuaga Arambarri MJ, Martínez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria*. 2011[consultado 22 jun 2023];43(10):516-23. doi:10.1016/j.aprim.2010.09.021
12. Orozco Beltrán D, Pedrera Carbonell V, Gil Guillen V, Prieto Erades I, Rivera Montés MC, Martínez Cánovas P. Gestión clínica de la consulta: previsibilidad y contenido clínico (estudio SyNPC). *Aten Primaria*. 2004; 33(1): 69-77. DOI: [org/10.1016/S0212-6567\(04\)78875-7](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78875-7)
13. Blumenthal, D et al. The duration of ambulatory visits to physicians. *JFP* vol. 48,4 (1999): 264-71. PMID: 10229250. [consultado 2 feb 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10229250/>
14. Chen LM, Farwell WR, Jha AK. Primary Care Visit Duration and Quality: Does Good Care Take Longer? *Arch Intern Med* vol. 169, 20 (2009): 1866-1872. DOI: 10.1001/archinternmed.2009.341
15. Ogando Díaz B, Giménez Vázquez A, De Andrés Núñez ME, et al. ¿Cuánto tiempo le dedica a sus pacientes? Estudio del contenido de las consultas médicas según su duración. *Aten primaria* 1995; 15 (5): 290-6. PMID: 7734686

16. Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria. Plan Galego Atención Primaria 2019-2021. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2019. [consultado 25 mayo 2024]. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/gal/Publicaciones/Docs/AtPrimaria/PDF-2760-ga.pdf>.
17. Rodríguez Rivera A, López González M, Castillo Riera AC, Romanos Castineira MJ. Análisis del sistema XIDE en la gestión de la sobredemanda asistencial. *Med Familia*. 2023; 49(4). <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101931>
18. Ballesteros Pérez AM, García González AL, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F, Pérez-Crespo C, Alcázar Manzanera F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Aten Primaria* vol. 31, 6 (2003): 377-381. DOI.org/10.1016/S0212-6567(03)70702-1.
19. Fernández Rivas M, Añón Varela P, Veras Castro R. 29-30 septiembre 2023. Demanda impropia en atención primaria. [Comunicación oral]. XXVI Xornadas AGAMFEC (SEMFYC). Vigo.
20. Abarca B, Armenteros del Olmo L, Carreras Viñas M, Clavería A, Domínguez-Sardiña M, Dono Días MA, et al. Por unha atención primaria vertebradora do sistema de saúde. Documento estratéxico e de xestión. Santiago de Compostela; 2019. [consultado 28 agosto 2024]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1154/Por_unha_atención_primaria_vertebradora_do_sistema_saúde.pdf.
21. Adaptación de la Atención Primaria a las necesidades actuales de la población española. Informe final. Resumen ejecutivo. Abril 2023. Ministerio de Sanidad. [consultado 4 agosto 2024]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Adapting_PC_Spain_Informe_Final_ES_vf.pdf
22. Barragán Brun N et al. Estrategias para gestionar el tiempo en la consulta de atención primaria. *FMC*. 2008;15(4):207-16
23. Remedios Martín, La transformación de la Atención Primaria pasa por un nuevo modelo organizativo y de gestión. *Aten Primaria* 2023; 55(4). doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102609.
24. Jakab M, Dedeu T, Cerezo-Cerezo J. Estudio de caso sobre la Atención Primaria de Salud en España. *REV CLÍN MED FAM* 2024; 17 (1): 9-10. doi.org/10.55783/rcmf.17102

PUNTOS CLAVE

Lo conocido sobre el tema

- *En la práctica clínica de las médicas de familia es frecuente encontrar pacientes que consultan varios motivos en la misma cita*
- *Los estudios publicados sobre la demanda en atención primaria no analizaron la multidemanda, entendida como las citas médicas donde se consultan dos o más motivos.*

Qué aporta este estudio

- *La proporción de multidemanda es elevada en nuestras consultas, un 32,65%, con un mínimo de 30,15% con una confianza al 95%. Se asocia más a los centros urbanos, a los facultativos con más años de experiencia, las citas presenciales y solicitadas por el propio paciente. A mayor tiempo de espera para conseguir una cita mayor porcentaje de multidemanda.*
- *La duración media de la consulta por un único motivo fue de 7,89 minutos, aumentando una media de 3,45 minutos por cada motivo consultado a mayores.*
- *Los motivos de visita más frecuentes en nuestras consultas se corresponden con las agrupaciones A (generales e inespecíficos), L (aparato locomotor) y R (aparato respiratorio) de la clasificación CIAP2.*

ANEXO I**PROPUESTA AGRUPACIÓN MOTIVOS DE CONSULTA SEGÚN CLASIFICACIÓN CIAP-2**

Letra inicial: A para problemas generales o cuando se trata de pluripatología (por ej. paciente diabético, dislipémico, que toma ahorradores de K y acude por resultado de analítica) o en función de sistema afectado cuando se pueda concretar (B sangre, D digestivo, F ojos, H oído, K circulatorio, L locomotor, N nervioso, P psicológico, R respiratorio, S piel, T endocrino, U urológico, W obstetricia, X gen fem, Y gen masc, Z social)

- Procedimiento administrativo = (A)62. Se incluirían IT (incapacidad temporal), consultas sobre hora/lugar/estado de citas pendientes así como solicitud de analítica/informes radiológicos y cualquier otro trámite administrativo.
 - En las bajas, si es el primer parte, se clasificará en el episodio del motivo inicial (si es parte de confirmación será (A)62).
 - En la columna de observaciones se indicará si es una baja, solicitud de un informe médico, impresión de otros informes...
- Solicitud analítica (para simplificar se propone clasificar, independientemente de que incluya sangre/orina/heces y del estado del paciente): Decidimos codificarlo como el motivo principal por el que se solicita (DM, HTA....).
 - (A)34 (analítica de sangre): lo usaremos en pacientes sanos que solicitan “analítica de control”, pacientes sin patologías crónicas.
- Resultados análisis:
 - Patología conocida/seguimiento crónicos: se clasificará como el motivo principal por el que solicitó la pruebas (DM, HTA....) pero entre paréntesis anotaremos (A)60 para saber que es el resultado de una prueba. Si son varios los motivos del análisis (diabético, hipertenso, dislipémico...) se seleccionará el episodio al que se asoció la solicitud.
 - (A)60 se usará para clasificar los resultados de los pacientes que no tengan patologías previas (los que al solicitar el análisis se clasifican sólo como (A)34).
- Recetas
 - Pautadas por nosotros: (A)50 = Medicación/prescripción/renovación/inyectables.
- Cuando se produzca algún hallazgo casual en consulta que requiera actuación médica (p.ej lesión melanocítica sospechosa), se clasificará como el hallazgo o como el problema que hemos iniciado (p. e. nevus, fallecimiento familiar...), pero entre paréntesis indicaremos (A)64 = consulta/problema iniciado por profesional (entendiendo que el profesional es el que realiza la consulta)
- Pacientes derivados desde enfermería/otro profesional de atención primaria: se meterá en el problema por el que se solicite (p.e. vaginitis, úlcera...)
- Dudas medicación: (A)58 = consejo/escucha terapéutica.
- Cuando un paciente citado no acude y entramos a la historia a revisar, ese tiempo no lo contabilizaremos porque no es tiempo consumido por ninguna demanda del paciente.