

ORIGINAL

Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios

Cesáreo Fernández Alonso¹, Rodolfo Romero Pareja², Aristides Rivas García³, Rosa Jiménez Gallego⁴, Yolanda Majo Carbajo⁵, Juan Mariano Aguilar Mulet⁶, en representación del Grupo de Trabajo del paciente Fidelizado del Plan estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid

Objetivos. Describir las características del paciente hiperfrecuentador (HF) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y analizar si existen diferencias en función de la distribución de revisitas durante el periodo de estudio.

Método. Estudio de cohorte retrospectivo que seleccionó a pacientes mayores de 14 años que frecuentaron el SUH al menos en 10 ocasiones en 2013. Se reclutaron pacientes de 17 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (CM). Se recogieron variables relativas a la visita índice y visitas sucesivas. Se analizó la muestra en función del número de trimestres (TM) en el que se reparten las revisitas.

Resultados. Se incluyeron 2.340 pacientes con una edad media de 54 (DE 21) años, 1.361 (58,2%) fueron mujeres, 1.160 (50,0%) no presentaban comorbilidad, 1.366 (58,2%) consumían tóxicos y 25 (1,1%) vivían en la calle. En la visita índice, 2.038 (87,1%) acudieron por un problema de salud reciente, 289 (12,4%) fueron hospitalizados, 60 (2,6%) concentraron sus revisitas en un solo TM, 335 (14,3%) en 2 TM, 914 (39,1%) las repartieron en 3 TM y 1.005 (42,9%) en 4 TM. En el grupo de pacientes cuyas revisitas se reparten en mayor número de TM observamos que aumenta la edad (> 65 años), la comorbilidad y la polifarmacia ($p < 0,001$), el deterioro cognitivo ($p = 0,039$) y la dependencia ($p = 0,007$), así como la hospitalización en la visita índice ($p < 0,001$). A medida que las revisitas se concentran en un menor número de TM, aumenta la proporción de mujeres ($p = 0,012$), determinados diagnósticos ($p < 0,001$) y la coincidencia entre el motivo de las revisitas y la visita índice ($p = 0,012$).

Conclusiones. El paciente HF tiene unas características determinadas y acude a urgencias de una forma homogénea a lo largo del año (fidelizado). A medida que las revisitas se dispersan más, se objetivan pacientes con mayor complejidad y que consumen más recursos en la visita índice.

Palabras clave: Paciente hiperfrecuentador. Fidelizado. Distribución. Complejidad. Urgencias hospitalarias.

Filiación de los autores:

¹Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

²Servicio de Urgencias, Hospital de Getafe, Madrid, España.

³Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España.

⁴Servicio de Urgencias, Hospital Rey Juan Carlos, Madrid, España.

⁵Servicio de Urgencias, Hospital Infanta Cristina, Madrid, España.

⁶Servicio de Urgencias, Hospital de La Princesa, Madrid, España. Coordinador del Grupo del Paciente Fidelizado dentro del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid.

Autor para correspondencia:

Cesáreo Fernández Alonso
Servicio de Urgencias
Hospital Clínico San Carlos
C/ Dr. Martín Lagos, s/n
Madrid, España

Correo electrónico:

cesareofa@hotmail.com

Información del artículo:

Recibido: 11-6-2015

Aceptado: 17-8-2015

Online: 2-12-2015

Loyal frequent users of hospital emergency departments: the FIDUR project

Objectives. To describe the characteristics of frequent users of hospital emergency departments and analyze whether characteristics varied in relation to how revisits were distributed over the course of the year studied.

Methods. Retrospective study of patients over the age of 14 years who were treated in a hospital emergency department at least 10 times in 2013. Patients were identified in 17 public hospitals in the Spanish autonomous community of Madrid. Data related to the first and successive visits were gathered and analyzed by quarter year.

Results. We included 2340 patients with a mean (SD) age of 54 (21) years. A total of 1361 (58.%) were women, 1160 (50%) had no concomitant diseases, 1366 (58.2%) were substance abusers, and 25 (1.1%) were homeless. During the first visit, 2038 (87.1%) complained of a recent health problem, and 289 (12.4%) were admitted. Sixty (2.6%) patients concentrated their revisits in a single quarters 335 (14.3%) in 2 quarters, 914 (39.1%) in 3, and 1005 (42.9%) in 4. Patients whose revisits were distributed over more quarters were older (> 65 years), had more concomitant conditions, were on more medications ($P < .001$), showed cognitive impairment ($P = .039$), and were more functionally dependent ($P = .007$). They were also more likely to have been hospitalized on the first visit ($P < .001$). Patients whose revisits were concentrated in fewer quarters were more often women ($P = .012$) and more likely to have a specific diagnosis ($P < .001$) and revisit for a reason related to the initial visit ($P = .012$).

Conclusions. Our study shows that the frequent user has specific characteristics and loyally comes to the same emergency department over the course of a year. Patients whose revisits are dispersed over a longer period have more complex problems and use more resources during their initial visit.

Keywords: Frequent users. Loyal users. Health care seeking behavior. Complex conditions. Hospital emergency department.

Introducción

Los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) se han consolidado como uno de los enclaves más relevantes

dentro del Sistema de Salud. Su accesibilidad, asociada a una fuerte dotación de medios técnicos y humanos en una sociedad con un bienestar notable que demanda respuestas inmediatas a sus problemas, ha sido su

principal valedora¹. En décadas anteriores, los SUH vivieron momentos de colapso asistencial². Como consecuencia, desde los propios SUH se han ido tomando una serie de medidas encaminadas a paliar este problema e incluso a mejorar la calidad asistencial³. Según los datos del último barómetro sanitario, la frecuentación a urgencias ya no crece como en décadas anteriores, sino que tiende a estabilizarse⁴.

En la actualidad, existe un interés creciente en analizar el fenómeno de la hiperfrecuentación⁵ por el elevado gasto sanitario que lleva asociado⁶. En primer lugar, conviene resaltar que no existe una definición unánime de paciente frecuentador en el ámbito de urgencias y que todos los puntos de corte resultan arbitrarios. Algunos autores⁷ distinguen pacientes no frecuentadores (1 visita anual), poco frecuentadores (menos de 4 visitas en un año) e hiperfrecuentadores (más de 5 visitas al semestre o al año). Recientemente se habla de superfrecuentadores si registran al menos 10 visitas en un año⁸. En la literatura científica el fenómeno de la hiperfrecuentación está mucho más definido en la atención primaria⁹ que en los SUH¹⁰. Apenas existen estudios en España que describan las características reales de estos pacientes¹¹.

Siguiendo el interés generado, dentro del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid (CM), se ha creado un grupo específico para el estudio del fenómeno de la hiperfrecuentación en los SUH con vistas a poder implantar estrategias en el abordaje de este tipo de pacientes que mejoren la eficacia, la eficiencia y la calidad percibida. En una publicación reciente que aporta los primeros datos de este grupo de investigación, se ha descrito una ratio de 1,65 atenciones por paciente, menos del 1% de pacientes frecuentan al menos 10 veces al año el SUH, pero acaparan casi el 3% del total de atenciones, objetivándose mayor proporción de HF en centros de mayor complejidad¹². En el presente manuscrito se han planteado los siguientes objetivos: 1) describir las características del paciente hiperfrecuentador (HF) en los SUH de la CM; 2) medir si hay diferencias en función de la distribución de visitas durante el periodo del estudio.

Método

Estudio multicéntrico analítico observacional de cohorte retrospectivo. Se definió, por consenso de los investigadores tras la revisión bibliográfica, paciente HF como aquel que acudió al SUH en al menos diez ocasiones durante un año⁸. Se seleccionaron los pacientes hiperfrecuentadores mayores de 14 años que consultaron entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Se contactó con todos los hospitales públicos de la CM, excluyendo aquellos que no facilitaron los datos solicitados. El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética para la Investigación de los diferentes centros participantes.

Se incluyeron 17 hospitales públicos de la CM con diferentes grados de complejidad en función del número

de altas del hospital y de su cartera de servicios (ver anexo). Se reclutaron pacientes de los siguientes centros: 4 hospitales de nivel I (baja complejidad), 8 hospitales de nivel II (intermedia) y 5 hospitales de nivel III (alta).

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos (CRD) electrónico que incluyó diferentes variables obtenidas a partir de los datos facilitados por los servicios de admisión y los recogidos en la historia clínica (HC) de cada paciente disponible en cada hospital. Se recogieron variables de la visita índice relacionadas con aspectos asistenciales, clínicos, funcionales, mentales y sociales. Además, se recogió el número de visitas y determinadas características de estas. Para conocer la distribución de las visitas se analizó la muestra en función del número de trimestres (TM) en el que se reparten estas, incluyendo variables independientes recogidas en la visita índice.

En el análisis estadístico las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se resumen con su media y desviación estándar (DE). Las cuantitativas que no se ajustan a una distribución normal se representan con la mediana y el rango intercuartílico (RIC). La comparación de las variables independientes cualitativas con la variable de resultado número de TM se realizó mediante la prueba de la ji cuadrado. Las comparaciones de variables cuantitativas que se ajustan a una distribución normal en función del TM se realizaron mediante el análisis de la varianza (ANOVA), para aquellas variables cuantitativas que no siguen dicha distribución se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Para todas las pruebas se aceptó un valor de significación del 5%. El procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS v.15.0.

Resultados

Se analizó una muestra de 2.340 pacientes con edad media de 54 (21) años, 1.361 (58,2%) mujeres y 979 (41,8%) hombres. En la Tabla 1 se describen los datos del número de pacientes y atenciones facilitados por los servicios de admisión de los hospitales que participaron y su grado de complejidad, así como los pacientes que finalmente fueron reclutados a tiempo en cada centro.

El análisis descriptivo de las variables más representativas recogidas en la visita índice se muestra en la Tabla 2. No se han incluido resultados de determinadas variables como situación funcional según escalas¹³ o aspectos sociales por ser mayoritariamente datos que no aparecen en la HC.

Se registró una mediana de 11 (10-13) visitas por paciente, 60 (2,6%) pacientes concentraron todas las visitas en un solo TM, 335 (14,3%) en dos TM, 914 (39,1%) repartieron sus visitas en tres TM y 1.005 (42,9%) a lo largo de los cuatro TM del año. El motivo principal del total de visitas de cada paciente fue: 1.508 (64,4%) cardiovascular/respiratorio, 305 (13,0%)

Tabla 1. Servicios de urgencias hospitalarios, grado de complejidad y aportación de pacientes en el año 2013

Nivel/Hospital	≥ 10 atenciones		
	Pacientes incluidos	Número pacientes	Número atenciones
Nivel 3			
H. 12 de Octubre	222	229	3.239
H. Puerta Hierro	114	126	1.547
H. de La Princesa	151	151	2.088
H. Gregorio Marañón	344	376	5.334
H. Clínico San Carlos	142	193	2.641
Nivel 2			
H. Getafe	108	112	1.612
H. Rey Juan Carlos	109	109	2.163
H. Leganés	107	111	1.511
H. Príncipe Asturias	29	263	3.651
H. F. Alcorcón	153	157	2.100
H. Fuenlabrada	244	244	3.063
H. Infanta Sofía	78	78	1.046
H. Infanta Leonor	138	187	2.467
Nivel 1			
H. Henares	116	127	1.753
H. Sureste	80	81	1.849
H. Infanta Cristina	146	146	1.849
H. Tajo	55	60	792
Total	2.340		

ginecológico/obstétrico, 49 (2,1%) digestivo, 39 (1,7%) psiquiátrico, 33 (1,4%) traumatológico/reumatológico, 30 (1,3%) otorrinolaringológico/oftalmológico/dermatológico, 20 (0,9%) urológico, 18 (0,8%) neurológico, 7 (0,3%) cirugía general, 7 (0,3%) intoxicaciones/drogas/fármacos y 324 (13,8%) otros. La mediana de visitas por el mismo motivo que la visita índice fue de 4 (1-8). En la última visita se registró que 129 (5,5%) pacientes habían fallecido.

Los resultados del análisis en función del TM en el que se reparten las visitas se muestran en la Tabla 3. A medida que las visitas se reparten en mayor número de TM observamos que aumenta la edad (mayores de 65 años), comorbilidad y polifarmacia ($p < 0,001$), deterioro cognitivo ($p = 0,039$), dependencia ($p = 0,007$), el diagnóstico médico, observación y hospitalización en visita índice ($p < 0,001$ para todas ellas). Por el contrario, descendiendo el sexo femenino ($p = 0,012$), el diagnóstico gineco-obstétrico ($p < 0,001$) y la visita por el mismo motivo que visita índice ($p = 0,012$).

Discusión

El paciente HF en una muestra representativa de SUH públicos en la CM es mayoritariamente un paciente adulto mayor de 65 años, mujer, sin alta comorbilidad ni dependencia que acude al SUH por un problema médico reciente no urgente a petición propia, resaltando un porcentaje de pacientes remitidos por orden facultativa mayor que en otras series⁴. El consumo habitual de tóxicos y el antecedente psiquiátrico son un problema frecuente que ya se había referenciado¹⁰. A diferencia de lo descrito en series americanas¹³, no hemos documentado que la situación social de riesgo sea un motivo frecuente de visita, si bien es cierto que no

Tabla 2. El estudio descriptivo de las variables recogidas en la visita índice

	N = 2.340 n (%)
Datos sociodemográficos	
Edad (años) [Mediana (RIC)]	52 (35-74)
Sexo mujer	1.361 (58,2)
Tarjeta Sanitaria Comunidad de Madrid	2.291 (97,9)
Lugar de residencia	
Domicilio	1.536 (65,6)
Institucionalizado	54 (2,3)
En la calle	25 (1,1)
Llegada a urgencias	
A petición propia	1.964 (83,9)
Orden Facultativa	312 (13,3)
Médico Atención Primaria	112 (35,8)*
Urgencias extrahospitalarias	100 (32,0)*
Otros facultativos	100 (32,0)*
Fecha de atención de visita índice	
En el primer trimestre de 2013	1.892 (80,9)
En el segundo trimestre de 2013	333 (14,2)
En el tercer trimestre de 2013	103 (4,4)
En el cuarto trimestre de 2013	12 (0,5)
Horario Llegada (horas) [Mediana (RIC)]	14 (11-18)
Motivo de consulta	
Problema de salud reciente < 4 y ≥ 4 semanas	2.038 (87,1)
Problema de salud no reciente > 4 semanas	237 (10,1)
Problema no médico (social u otros)	15 (0,6)
Triaje o clasificación	
Problema no urgente (nivel IV, V)	831 (35,5)
Problema urgente (nivel I, II, III)	680 (29,1)
Antecedentes personales	
Índice de Charlson (ICh)	
Sin comorbilidad (ICh = 0)	1.160 (50,0)
Baja comorbilidad (ICh = 1-2)	579 (24,9)
Alta comorbilidad (ICh > 3)	285 (25,1)
Consumo habitual de tóxicos (alcohol, tabaco y/o drogas de abuso)	1.366 (58,2)
Enfermedad Psiquiátrica	655 (28,0)
Demencia	155 (6,6)
Número de fármacos [Mediana (RIC)]	4 (1-8)
Situación funcional basal subjetiva	
Independiente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	1.907 (81,5)
Dependiente para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	250 (10,7)
Diagnóstico principal al alta	
Infeccioso	466 (19,9)
Cardiovascular/respiratorio	115 (4,9)
Digestivo	213 (9,1)
Traumatológico/reumatológico	362 (15,5)
Obstétrico /Ginecológico	289 (12,4)
Psiquiátrico	211 (9,0)
Neurológico	118 (5,0)
Urológico/Otorrinolaringológico/Oftalmo/Dermatológico	246 (10,5)
Cirugía general	87 (3,7)
Intoxicaciones/Drogas/Fármacos	85 (3,6)
Miscelánea	148 (6,4)
Recursos en urgencias	
Nº de pruebas diagnósticas [Mediana (RIC)]	4 (1-9)
Se solicitaron pruebas	1.674 (71,5)
Área de observación de urgencias	483 (20,6)
Hospitalización	289 (12,4)
Estancia (horas) [Mediana (RIC)]	3 (2-7)

RIC: rango intercuartílico. *% respecto a los pacientes con orden facultativa.

se registró este dato aproximadamente en uno de cada tres pacientes.

En la mayoría de pacientes se emplearon recursos asistenciales (pruebas complementarias, estancia en ob-

Tabla 3. Análisis de variables en función del número de trimestres en el que se reparten las revisitas

Variables n (%)	Número de trimestres en el que se reparten las revisitas a Urgencias en 2013 n (%)				p
	1 60 (2,6)	2 335 (14,3)	3 915 (39,1)	4 1.005 (42,9)	
Edad (años)					< 0,001
< 65	49 (81,7)	239 (71,3)	567 (62,0)	612 (61,0)	
≥ 65	11 (18,3)	96 (28,7)	347 (38,0)	391 (39,0)	
Sexo					0,012
Mujer	47 (78,3)	197 (58,8)	519 (56,7)	579 (57,6)	
Hombre	13 (21,7)	138 (41,2)	396 (43,3)	426 (42,4)	
Tarjeta sanitaria					0,084
Madrid	60 (100)	331 (98,8)	900 (98,4)	976 (97,1)	
Otros	0 (0)	4 (1,2)	15 (1,6)	29 (2,9)	
Vivienda					0,313
Domicilio	35 (97,2)	231 (97,5)	590 (94,2)	666 (95,1)	
Institucionalizado	0 (0)	3 (1,3)	27 (4,3)	22 (3,1)	
Sin techo	1 (2,8)	3 (1,3)	9 (1,4)	12 (1,7)	
Comorbilidad					< 0,001
No (Charlson = 0)	47 (79,7)	198 (60)	461 (50,7)	441 (44,1)	
Baja (Charlson 1-2)	7 (11,9)	69 (20,9)	215 (23,7)	280 (28)	
Alta (Charlson ≥ 3)	5 (8,5)	63 (19,1)	233 (25,6)	278 (27,8)	
Número de fármacos					< 0,001
0-5	50 (93)	225 (73)	538 (62)	549 (57)	
> 5	4 (7)	81 (27)	242 (28)	409 (43)	
Consumo habitual de tóxicos					0,293
Sí	16 (32,7)	102 (35,7)	242 (30,3)	306 (35)	
No	33 (67,3)	184 (64,3)	557 (69,7)	569 (65)	
Enfermedad psiquiátrica					< 0,001
Sí	10 (18,2%)	82 (25,6)	226 (26,2)	333 (35,4)	
No	45 (81,8%)	238 (74,4)	638 (73,8)	608 (64,6)	
Deterioro cognitivo					0,039
Sí	2 (3,8)	18 (5,7)	51 (6)	82 (9,1)	
No	51 (96,2)	299 (94,3)	793 (94)	823 (90,9)	
Situación funcional basal					0,007
Independiente	52 (98,1)	294 (93,3)	744 (88,6)	795 (86)	
Dependiente	1 (1,9)	29 (6,7)	96 (11,4)	129 (14)	
Pruebas en visita índice					0,664
Sí	40 (67,7)	236 (71,3)	662 (73,1)	727 (72,8)	
No	20 (33,3)	95 (28,7)	243 (26,9)	272 (27,2)	
Observación en visita índice					< 0,001
Sí	4 (6,7)	54 (16,1)	190 (20,9)	231 (23,2)	
No	56 (93,3)	281 (83,9)	718 (79,1)	764 (76,8)	
Hospitalización en visita índice					< 0,001
Sí	4 (6,7)	24 (7,2)	119 (13,0)	139 (13,8)	
No	56 (93,3)	311 (92,8)	796 (87,0)	866 (86,2)	
Diagnóstico principal visita índice					< 0,001
Problema médico	25 (41,8)	124 (38,4)	463 (52,7)	530 (54,7)	
Ginecológico/obstétrico	20 (33,3)	75 (23,2)	116 (13,2)	75 (7,7)	
Psiquiátrico	4 (6,7)	29 (9)	73 (8,3)	103 (10,6)	
Otro	11 (18,3)	95 (29,4)	227 (25,8)	263 (27,1)	
Revisita por mismo motivo					0,012
Sí	30 (57,7)	109 (37,2)	270 (34,5)	305 (36,4)	
No	22 (42,3)	184 (62,8)	512 (65,5)	534 (63,6)	

servación y necesidad de hospitalización) similares a lo referenciado por Mandelberg *et al.*¹⁰. Llama la atención los diagnósticos psiquiátricos y ginecológicos al alta, pudiendo estar incluso infraestimados al existir centros en los que no existe asistencia urgente diferenciada para estos problemas de salud. El motivo más repetido en las revisitas es la descompensación de enfermedades crónicas, similar al de otros estudios¹⁰.

Se ha observado diferencias en función de la distribución de revisitas. La mayoría de pacientes de forma regular a lo largo del año, por lo que podríamos hablar de pacientes fidelizados en los SUH. A medida que las revisitas se dispersan más objetivamos pacientes con

mayor complejidad, que consumen más recursos en la visita índice. Por el contrario, los pacientes que más concentran sus revisitas son más jóvenes, sobre todo mujeres, que consultan por problema médico o ginecológico, consumen menos recursos en la visita índice y revisitan más por el mismo motivo.

A la luz de los resultados, recomendamos implantar estrategias de mejora en el paciente crónico¹⁴ y sobre todo anciano frágil¹⁵. Por otro lado, recomendamos estrategias de mejora en pacientes más jóvenes de bajo riesgo, como la reevaluación precoz al alta del SUH en consulta de atención primaria, ginecología/obstetricia y psiquiatría.

Aún sigue vigente la pregunta de si debemos adaptar los SUH a la demanda social y de si es pertinente establecer patrones de frecuentación inadecuados¹⁶. Según nuestros resultados no podemos responder a esta pregunta, pero sí consideramos que es necesario generar un continuo asistencial más eficiente que evite duplicidades que conlleven un elevado coste sanitario, mayor iatrogenia y peores resultados. En una revisión sistemática reciente¹⁷, los pacientes frecuentadores presentan mayor hospitalización, necesidad de atención especializada y mortalidad.

Antes de finalizar no podemos obviar las limitaciones de este estudio, las cuales son acordes a la de cualquier estudio retrospectivo. Destacan el posible sesgo de selección al no incluir pacientes con igual tiempo de seguimiento y la ausencia de grupo control con pacientes no frecuentadores, aunque destacamos el carácter multicéntrico y el gran tamaño muestral. En un futuro se deberían diseñar estudios prospectivos que permitan conocer mejor los factores asociados a la hiperfrecuentación, permitiendo adecuar los recursos y protocolos asistenciales a esta realidad.

Agradecimientos

Al Dr. Antonio Burgueño Carbonell, exdirector general de Hospitales de la Comunidad de Madrid, por su iniciativa y haber facilitado la realización de este proyecto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Adenda

Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid: Hospital Gregorio Marañón: Martínez Larrull E, Gargallo García E, Macías Bou B, Díez Romero P, Castrillón Rodríguez D, Demelo Rodríguez P. Hospital de Getafe: Aznar E, González González C, Bordell Sánchez A, Montesinos Díaz JL, García Peláez A. Hospital del Henares: Morante Calvo C, Rodríguez Leal CM, Chica Benayas AV, Mao Martín L, Alvarado Springer C, Díez Luperena J. Hospital Severo Ochoa: Martín Laso MA, Cuesta Espinosa MA, Agudo Villa MT, Siles Cangas M. Hospital Infanta Leonor: Carrasco Vidoz CC, Álvarez Carrillo R, Sanchís Ruiz A, García Álvarez M, Jurado Carmona JM, Fallos Martí R, Fernández Palacios C. Hospital Príncipe de Asturias: Jiménez Díaz G, Briega Iglesias C, Aguilar Andrea C, Uribe Mathews A. Hospital Infanta Sofía: Díez Domínguez L, Fortuny Esterri I, Alonso Esteban R, Bielza R. Hospital Puerta de Hierro: Bermejo Boixareu C, Alonso Blas C, García Madero R, Núñez González A, Anula Morales A. Hospital Rey Juan Carlos: Guerrero Ruso S, Jiménez Merino MR, de Peralta García P, Rodríguez Miranda B. Hospital del Tajo: Lorca Serralta MT, Marí Silva MC, Batalarean R, Pérez Antón S. Hospital Doce de Octubre: Castro Arias ML, Franco Sánchez-Horneros R, Barbosa Requena R, Vázquez Rodríguez LT. Hospital Fundación Alcorcón: Fariña García R, Dévora Ruano O, Beneyto de Arana MI, Rosado López M. Hospital de Fuenlabrada: Sánchez Amo L, Domínguez García MJ, Leco Gil N, Fer-

nández Fernández S. Hospital La Princesa: Del Arco Galán C, Santiago Poveda C, Von Wernitz Teleki A, Val de Santos J, Alen Barja L, Rey Ubago A, Guerra Molina I, López Isidro I, González del Val S, Contreras Murillo E. Hospital Clínico San Carlos: Petrova Y, Fuentes Ferrer ME, Elvira C. Hospital del Sureste: Valencia Dutor A, Paniagua Gutiérrez E, Rodríguez Ramírez C, Ruiz de la Fuente A, Montes Andújar L. Hospital Infanta Cristina: Ramírez Sánchez P, Forero de la Sotilla A, Villanueva Martínez J. Gerencia de Atención Primaria: Monedo Pérez O. Dirección de Continuidad Asistencial del Hospital de la Princesa: Sebastián Palomino A. Coordinación Plan Estratégico Urgencias Comunidad de Madrid: González Armengol JJ.

Bibliografía

- 1 Pasarin MI, Fernández de Sanmamed MJ, Calafell J, Borrel C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20:91-100.
- 2 Zaragoza Fernández M, Calvo Fernández C, Saad Saad T, Morán Portero FJ, San José Pizarro S, Hernández Arenillas P. Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2009;21:339-45.
- 3 Busca P, Ortiz E, Alba L, Avilés J, Marcellán C, Miró O. Efecto de una estrategia de mejora de la calidad asistencial basada en la medición sistemática de indicadores en tres procesos clínicos de alta prevalencia en urgencias y comunicación de los resultados a los profesionales. *Emergencias.* 2014;26:179-87.
- 4 Barómetro sanitario. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. [Internet] (Consultado 6 Mayo 2015). Disponible en <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- 5 La Calle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med.* 2010;56:42-8.
- 6 Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: Implications for health policy. *Acad Emerg Med.* 2004;11:1311-7.
- 7 Locker TE, Baston S, Mason SM, Nichol J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J.* 2007;24:398-401.
- 8 Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J.* 2014;31:526-32.
- 9 Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre su definición, motivos, situaciones y la relación con los pacientes hiperfrecuentadores. *Rev Calid Asist.* 2010;25:21-7.
- 10 Mandelberg JH, Kuhn RE, Kohn MA. Epidemiologic analysis of an urban, public emergency department's frequent users. *Acad Emerg Med.* 2000;7:637-46.
- 11 Riba Torrecillas D, Rodríguez-Rosich A, Gázquez Pons M, Buti Solé M. Pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias. Estudio descriptivo en un hospital de segundo nivel. *Emergencias.* 2004;16:178-83.
- 12 Aguilar Mulet JM, Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, González-Armengol JJ. Pacientes frecuentadores en servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit.* 2015. Jun 4. pii: S0213-9111(15)00096-5. doi: 10.1016/j.gaceta.2015.04.013.
- 13 Ku BS, Fiedls JM, Santana A, Asserman D, Borman L, Scott KC. The urban homeless: super-users of the emergency department. *Popul Health Manag.* 2014;17:361-71.
- 14 González Armengol JJ, Busca Ostolaza P. Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias.* 2013;25:343-4.
- 15 Martín-Sánchez FJ, Fernández Alonso C, Gil Gregorio P. Puntos clave en la asistencia al anciano frágil en Urgencias. *Med Clin (Barc).* 2013;140:24-9.
- 16 Moreno Millán E. ¿Y si adaptáramos los servicios hospitalarios de urgencias a la demanda social y no a las necesidades de salud?. *Emergencias.* 2008;20:276-84.
- 17 Moe J, Kirkland S, Ospina MB, Campbell S, Long R, Davidson A, et al. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J.* 2015;7:1-7.