



ORIGINAL

Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias



Cesáreo Fernández Alonso^{a,*}, Juan Mariano Aguilar Mulet^b,
Rodolfo Romero Pareja^c, Aristides Rivas García^d, Manuel Enrique Fuentes Ferrer^e
y Juan Jorge González Armengol^a, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente
Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid[◇]

^a Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital La Princesa, Madrid, España

^c Servicio de Urgencias, Hospital de Getafe, Madrid, España

^d Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Gregorio Marañón, Madrid, España

^e Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 14 de julio de 2016; aceptado el 8 de febrero de 2017

Disponible en Internet el 10 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Factores predictores;
Hiperfrecuentación;
Urgencias
hospitalarias;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Identificar factores predictores de hiperfrecuentación en Atención Primaria (AP) en una muestra de pacientes hiperfrecuentadores (HF) en servicios de urgencias hospitalarios (SUH).

Diseño: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico.

Participantes: Se seleccionaron pacientes mayores de 14 años HF en el SUH entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Emplazamiento: se reclutaron pacientes atendidos en los SUH de 17 hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

Método: Se recogieron variables relativas a la visita índice del SUH. Se analizó la muestra en función de ser o no HF en AP. Se considera HF al paciente que realizó al menos 10 visitas en cada nivel asistencial durante un año.

Resultados: Se incluyeron 1.284 pacientes HF en SUH. Se analizaron 423 (32,9%) HF en AP con 16 visitas (RIC 12-25) frente a 861 (67,1%) pacientes no HF en AP con 4 visitas (RIC 2-6). Factores independientes predictores de HF en AP fueron la edad > 65 años (OR: 1,51; IC 95%: 1,07-2,13; p=0,019), el deterioro cognitivo (OR: 1,63; IC 95%: 1,01-2,65; p=0,049), el número de fármacos ≥ 3 (OR: 1,56; IC 95%: 1,06-2,30; p=0,025) y vivir en la comunidad frente a vivir institucionalizado o en la calle (OR: 3,05; IC 95%: 1,14-8,16; p=0,026).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cesareofa@hotmail.com (C. Fernández Alonso).

◇ Más información sobre los componentes del grupo en el [anexo A](#).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.011>

0212-6567/© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Conclusiones: En una muestra de pacientes HF en los SUH, el hecho de ser mayor de 65 años, tomar 3 o más fármacos, presentar deterioro cognitivo y vivir en la comunidad se consideran factores predictores de ser HF también en AP.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Predictors;
Frequent attendance;
Emergency
Department;
Primary Health Care

Frequent attenders in Primary Health Care Centres and frequent attenders in Emergency Departments

Abstract

Objective: To identify predictors of frequent attenders (HF) in Primary Health Care (PHC) centres in a sample of frequent attenders (HF) in Emergency Departments (ED).

Design: This was an observational, retrospective, multicentre cohort study.

Participants: The HF patients were selected from patients seen in the ED between January 1 and December 31, 2013. Setting Patients were recruited from 17 public hospitals of the Community of Madrid, Spain.

Method: Variables on the index visit to the ED were collected. The sample was analysed in terms of being or not being an HF user in PHC. An HF user is considered a patient who made at least 10 visits in each level of care for a year.

Results: A total of 1284 HF patients were included. An analysis was performed on 423 (32.9%) HF users in ED with 16 (12-25) visits to PHC vs. 861 (67.1%) non-HF users in ED, with 4 (2-6) visits to PHC. Independent predictors of HF in PHC: over 65 years (OR: 1.51; 95% CI: 1.07-2.13; $P=.019$), cognitive impairment (OR: 1.63; 95% CI: 1.01-2.65; $P=.049$), taking >3 drugs (OR: 1.56; 95% CI: 1.06-2.30; $P=.025$), and living in the community vs. nursing home or homeless (OR: 3.05; 95% CI: 1.14-8.16; $P=.026$).

Conclusions: Among HF patients in the ED, the fact that of being over 65 years, taking 3 or more drugs, suffering cognitive impairment, and living in the community, are also considered to be predictors of HF in PHC.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En tiempos de crisis económica como los actuales existe una gran preocupación en mantener de forma sostenible nuestro estado del bienestar, sin perder calidad, equidad y universalidad en nuestro sistema sanitario¹. La Atención Primaria (AP) y los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) juegan un papel determinante en el elevado nivel de eficacia y eficiencia de nuestra sanidad pública: destacamos que 7 de cada 10 ciudadanos reconocen haber consultado durante el año anterior en AP y 3 de cada 10 en urgencias².

En los países occidentales existe un interés creciente en analizar la frecuentación a los SUH³. En la literatura científica no existe una definición universal y unánime de paciente hiperfrecuentador (HF) y cualquier punto de corte resulta arbitrario. En Urgencias, se distinguen pacientes poco frecuentadores si visitan el SUH en menos de 4 ocasiones en un año e hiper- o superfrecuentadores si lo hacen al menos en 10 ocasiones^{4,5}.

Dentro del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid se creó un grupo específico para el estudio del Paciente Fidelizado en los SUH (Proyecto FIDUR) con vistas a poder implantar estrategias de mejora. En primer lugar se documentó que la hiperfrecuentación supone menos del 1% del total de los pacientes y hasta el 3% de las atenciones en los SUH: es más relevante este fenómeno a mayor complejidad del centro⁶.

En el ámbito de la AP tampoco existe una definición unánime de paciente HF. En cambio sí se ha publicado cómo se sienten los propios pacientes HF⁷ y la percepción que tienen de ellos los profesionales sanitarios⁸. Algunos autores sienten la necesidad de redefinir este concepto y prefieren hablar de sobreutilización cuando se produce por encima de la que se precisa para el perfil de riesgo del paciente⁹.

Hasta la fecha no se han referenciado estudios que caractericen al paciente HF en los SUH y además en AP. En este sentido, desde el Proyecto FIDUR nos planteamos un estudio con el objetivo de identificar factores predictores de hiperfrecuentación en AP en una muestra de pacientes HF en SUH.

Metodología

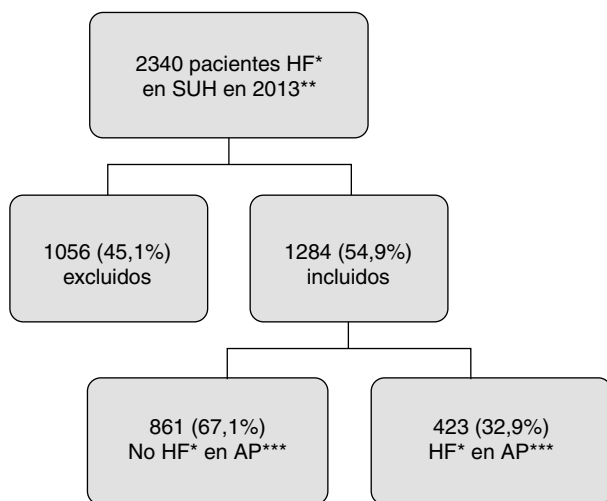
Se trata de un estudio observacional retrospectivo multicéntrico que seleccionó a pacientes HF en 17 SUH entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013 en los cuales se tuvo acceso al número de visitas a AP durante el período de estudio. Se definió paciente HF a aquel que consultó al menos en 10 ocasiones en un año^{4,5}. Se incluyó a pacientes HF de 17 SUH de la Comunidad de Madrid (H. 12 de Octubre, H. Puerta Hierro, H. de La Princesa, H. Gregorio Marañón, H. Clínico San Carlos, H. Getafe, H. Rey Juan Carlos, H. Leganés, H. Príncipe Asturias, H. F. Alcorcón, H. Fuenlabrada, H. Infanta Sofía, H. Infanta Leonor,

H. Henares, H. Sureste, H. Infanta Cristina y H. del Tajo). El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación de cada centro.

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos electrónico que incluyó diferentes variables obtenidas a partir de los datos facilitados por los servicios de admisión, y los presentes en la historia clínica de cada paciente disponible de cada hospital y en la plataforma HORUS. Variables recogidas en la visita índice fueron edad en años, sexo, tarjeta sanitaria, fecha de atención, llegada al SUH, nivel de triaje urgente (I-II-III), pruebas complementarias, hospitalización, diagnóstico principal al alta, índice de comorbilidad de Charlson > 2, enfermedad psiquiátrica, consumo de tóxicos, deterioro cognitivo, consumo habitual de 3 o más fármacos (polifarmacia según la OMS), dependencia para las actividades básicas de la vida diaria e índice de Barthel <90 dicotómica S/N y vivir en la comunidad frente a vivir institucionalizado o no tener hogar. Además se registró el número de visitas al SUH y de visitas a AP por cualquier motivo.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se describen con números absolutos y su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen con su media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso de no ajustarse a una distribución normal. Se realizó un análisis univariado de las variables asociadas a HF en AP, identificando las variables con relación al momento de la visita índice al SUH. Para ello, en el análisis de las variables cualitativas se utilizó la chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher, si procedía. Se ajustó un modelo de regresión logística con el objetivo de identificar los factores que se asociaban de manera independiente con tener al menos 10 visitas en AP. Se incluyeron en el modelo los factores que en el análisis univariado presentaron un nivel de significación $p < 0,05$. Se presentan las *odds ratio* (OR) junto a sus intervalos de confianza al 95%. El análisis se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.



*HF: hiperfrecuentador si realiza al menos 10 visitas en un año.
 SUH: Servicios de urgencias hospitalarios. *AP: atención primaria

Esquema General del Estudio

Resultados

De los 838.317 pacientes que acudieron a los SUH en el período de estudio, 2.340 (0,3%) cumplían los criterios de HF. Estos pacientes habían requerido un total de 36.110 atenciones, lo que representa un 2,6% de las 1.387.480 visitas registradas en este período. Se excluyeron 1.056 (45,1%) por no tener registro de sus visitas a AP. Se analizó una muestra de 1.284 (54,9%) pacientes HF en SUH con registro conocido de visitas en AP. La edad media fue de 54 años (RIC 34-75), 727 (56,6%) fueron mujeres y 557 (43,4%) hombres. Se registró una mediana de 11 visitas (RIC 9-13) por paciente en el SUH y de 6 visitas (RIC 3-12) en AP. No eran HF en AP 861 (67,1%) pacientes, con una mediana de 4 visitas (RIC 2-6). Por el contrario, 423 (32,9%) pacientes eran HF en AP, con una mediana de visitas de 16 (RIC 12-25).

En la [tabla 1](#) se describen las características de los pacientes HF en SUH incluidos en el estudio y el análisis de las variables independientes recogidas en la visita índice al SUH en función de ser o no HF en AP. La edad > 65 años, el nivel de urgencia alto en el triaje, el diagnóstico principal, la alta comorbilidad (índice de Charlson > 2), la polifarmacia (consumo de ≥ 3 fármacos), la existencia de deterioro cognitivo y el hecho de vivir en la comunidad se asociaron a mayor riesgo de ser HF en AP.

La [tabla 2](#) refleja el efecto bruto y ajustado de las variables seleccionadas para incluir en el modelo. Las variables que se mantuvieron como factores independientes de tener HF en AP fueron: edad > 65 años (OR: 1,51; IC 95%: 1,07-2,13; $p = 0,019$), deterioro cognitivo (OR: 1,63; IC 95%: 1,01-2,65; $p = 0,049$), consumo habitual de 3 o más fármacos (OR: 1,56; IC 95%: 1,06-2,30; $p = 0,025$) y vivir en la comunidad (OR: 3,05; IC 95%: 1,14-8,16; $p = 0,026$).

Discusión

El presente estudio, según nuestro conocimiento, muestra por primera vez el perfil de pacientes HF en SUH y a la vez en AP en nuestro medio.

La edad > 65 de años, el consumo habitual de 3 o más fármacos, presentar deterioro cognitivo y vivir en la comunidad se comportan como factores predictores independientes de hiperfrecuentación en AP en una muestra de pacientes HF en SUH de la Comunidad de Madrid. Por el contrario se aprecia un perfil de pacientes más jóvenes sin comorbilidad, que consulta sobre todo de 15 a 8 h y por problemas menos urgentes en la visita índice, que son considerados HF en SUH, pero no en AP.

En un estudio anterior que analiza pacientes del Registro FIDUR ya se había visto que pacientes con mayor edad, comorbilidad y deterioro cognitivo hiperfrecuentan el SUH de manera más homogénea o regular a lo largo del año¹⁰. A diferencia de este estudio, no hemos objetivado que la dependencia sea factor de riesgo independiente de ser HF en SUH y AP. Recientemente se ha publicado una revisión sistemática en la que los autores concluyen que el hecho de ser HF en SUH se asocia a mayor riesgo de atención en consultas, ingreso hospitalario y mortalidad¹¹.

Como factores de riesgo de hiperfrecuentación en AP se han documentado una mayor edad y cronicidad física, enfermedad mental, conductas adictivas, estado civil no casado y

Tabla 1 Características de los pacientes hiperfrecuentadores en servicios de urgencias hospitalarios incluidos en el estudio y análisis de las variables independientes en función de ser o no hiperfrecuentador en Atención Primaria

Variables independientes		HF en SUH n (%)		HF en AP n (%)		p
		Total	No	Sí		
Visita índice al SUH		1.284	861 (66,7)	423 (32,3)		
Edad (años) n (%)	<65	795 (61,9)	574 (66,7)	221 (52,4)	<0,001	
	≥ 65	487 (37,9)	286 (33,3)	201 (47,6)		
Sexo n (%)	Mujer	727 (56,6)	484 (56,2)	243 (57,5)	0,719	
	Hombre	557 (43,4)	377 (43,8)	280 (42,6)		
Tarjeta sanitaria n (%)	Madrid	1.265 (98,5)	849 (98,6)	416 (98,3)	0,716	
	Otra	19 (1,5)	12 (1,4)	7 (1,7)		
Fecha de atención n (%)	Primer trimestre	1.039 (80,9)	687 (79,8)	352 (83,2)	0,095	
	Resto	245 (19,1)	174 (20,2)	71 (16,8)		
Llegada al SUH n (%)	A petición propia	1.055 (82,2)	708 (85,0)	347 (85,3)	0,902	
	Por orden facultativa	185 (14,4)	125 (15,0)	60 (14,7)		
Hora de llegada n (%)	8-15 h	536 (41,7)	349 (40,5)	187 (44,2)	0,429	
	15-8 h	748 (58,2)	512 (59,5)	236 (55,8)		
Nivel de triaje urgente (I-II-III) n (%)	Sí	543 (42,3)	345 (44,3)	198 (53,8)	0,003	
	No	603 (47,0)	433 (55,7)	170 (46,2)		
Pruebas complementarias n (%)	Sí	932 (72,6)	636 (74,0)	296 (70,1)	0,141	
	No	349 (27,2)	223 (26,0)	126 (29,9)		
Hospitalización n (%)	Sí	146 (11,4)	94 (10,9)	52 (12,3)	0,466	
	No	1.138 (88,6)	767 (89,1)	371 (87,7)		
Diagnóstico principal al alta n (%)	Médico	46 (35,1)	292 (34,3)	154 (37,0)	0,021	
	Reuma/Trauma	204 (16,1)	145 (17,0)	59 (14,2)		
	Ginecológico	122 (9,6)	95 (11,1)	27 (6,5)		
	Psiquiátrico	109 (8,6)	76 (8,9)	33 (7,9)		
	Otros	388 (30,6)	245 (28,7)	143 (34,4)		
Comorbilidad n (%)	Charlson ≤ 2	826 (64,8)	575 (67,4)	251 (59,6)	0,006	
	Charlson > 2	448 (35,2)	278 (32,6)	170 (40,4)		
Enfermedad psiquiátrica n (%)	Sí	377 (30,7)	249 (30,2)	128 (31,8)	0,554	
	No	850 (69,3)	576 (69,8)	274 (68,2)		
Consumo de tóxicos n (%)	Sí	374 (29,1)	248 (28,9)	126 (29,8)	0,768	
	No	910 (70,9)	613 (71,1)	297 (70,2)		
Deterioro cognitivo n (%)	Sí	98 (7,6)	55 (6,8)	43 (11,0)	0,012	
	No	1.103 (85,9)	756 (93,2)	347 (89,0)		
Fármacos ≥ 3 n (%)	Sí	572 (46,9)	356 (43,7)	216 (53,3)	0,001	
	No	648 (53,1)	459 (56,3)	189 (46,7)		
Dependencia para ABVD n (%)	Sí	156 (12,1)	97 (12,0)	59 (15,1)	0,130	
	No	1.046 (81,5)	714 (88,0)	332 (84,9)		
Vivir en la comunidad n (%)	Sí	1.062 (95,9)	719 (95,0)	343 (98,0)	0,018	
	No	45 (4,1)	38 (5,0)	7 (2,0)		

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AP: Atención Primaria; HF: hiperfrecuentadores; SUH: servicios de urgencias hospitalarios.

bajo nivel socioeconómico¹²⁻¹⁴. En nuestro estudio no hemos objetivado diferencias en cuanto a antecedentes psiquiátrico o consumo de tóxicos, si bien uno de cada 3 pacientes lo padecen en ambos grupos. No se ha documentado la situación familiar, relaciones ni recursos sociales, ni el nivel socioeconómico de los pacientes. En cambio, sí hemos objetivado que vivir institucionalizado o en la calle frente a vivir en la comunidad se asocian a menor riesgo de ser HF en AP.

La polifarmacia es un problema frecuente entre los pacientes HF en AP¹⁵. A su vez, recientemente se ha documentado que la polifarmacia, sobre todo el consumo de al menos 6 fármacos, se asocia a malos resultados al alta del SUH, incluyendo como tales la revisita y reingreso¹⁶.

En nuestro estudio destacamos que el consumo de 3 o más fármacos se asoció a HF en ambos niveles asistenciales.

Los resultados anteriores no permiten valorar si las visitas son adecuadas, ni si se está produciendo una sobreutilización o mal uso del sistema⁹. Es más, es posible que las visitas estén justificadas y que los pacientes considerados HF requieran estrecho seguimiento¹⁷. Tampoco podemos descartar que las vistas a AP fueran inducidas o solicitadas tras la visita al SUH. En cambio, sí destacamos que la mayoría de las visitas índice al SUH fueron a petición propia y no por orden facultativa. En nuestra sociedad del bienestar esta tendencia es difícil de cambiar¹⁸.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones inherentes a su diseño retrospectivo, entre las que destaca

Tabla 2 Análisis multivariable con los efectos crudos y ajustados de las variables seleccionadas

	OR bruto	IC 95%	p	OR ajustado	IC	p
<i>Edad > 65 años</i>	1,82	1,44-2,32	<0,001	1,51	1,07-2,13	0,019
<i>Triage urgente</i>	1,46	1,14-1,87	0,003	1,19	0,88-1,61	0,262
<i>D. ginecológico (ref)</i>						
Médico	1,86	1,16-2,97	0,010	0,79	0,42-1,51	0,490
Reuma/Trauma	1,43	0,85-2,42	0,179	0,87	0,44-1,73	0,698
Psiquiátrico	1,53	0,85-2,76	0,160	0,95	0,44-2,05	0,895
Otros	2,05	1,28-3,30	0,003	1,17	0,63-2,21	0,616
<i>Comorbilidad >2</i>	1,40	1,10-1,78	0,006	0,91	0,64-1,28	0,591
<i>Deterioro cognitivo</i>	1,70	1,12-2,59	0,013	1,63	1,01-2,65	0,049
<i>Fármacos ≥3</i>	1,77	1,37-2,29	<0,001	1,56	1,06-2,30	0,025
<i>Vivir en la comunidad</i>	2,59	1,14-5,86	0,022	3,05	1,14-8,16	0,026

la ausencia de validación interna y externa del modelo predictivo. A pesar de ello, estos resultados proporcionan una mayor evidencia sobre la posibilidad de predecir qué pacientes están siendo fidelizados en los SUH y, además, en AP.

Según lo anterior, es pertinente insistir en fomentar una serie de medidas que puedan contribuir a una mayor sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, como mejorar la coordinación e integración entre niveles asistenciales, especialmente entre SUH y AP¹. Además, se deberían impulsar estrategias dirigidas al paciente crónico¹⁹ y, sobre todo, frágil, vulnerable o con alto riesgo de presentar algún resultado adverso al alta de los SUH²⁰, reconociendo qué factores de riesgo de HF detectados en nuestro estudio como la edad, comorbilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia son dominios o precursores de fragilidad²¹.

La transferencia de la información y continuidad de cuidados desde los SUH a la comunidad sigue siendo una asignatura pendiente en el nuevo milenio¹⁸, con un creciente interés en desarrollar un modelo asistencial más acorde con las necesidades de nuestros pacientes. La estratificación de la población en distintos niveles de complejidad, el uso de sistemas de información integrados, la existencia de personal de enlace y de planes conjuntos de actuación en la población de riesgo podrían mejorar los resultados y adecuar el consumo de recursos a las necesidades del paciente.

Lo conocido sobre el tema

Hasta el momento no existe una definición universal y unánime de paciente hiperfrecuentador, y cualquier punto de corte resulta arbitrario.

Se ha referenciado como paciente hiper- o superfrecuentador a aquel que presenta al menos 10 visitas al servicio de urgencias hospitalario en un año.

Se han descrito determinados factores de riesgo de hiperfrecuentación en Atención Primaria y en servicios de urgencias hospitalarios, pero no en ambos niveles asistenciales a la vez.

Qué aporta este estudio

La edad > 65 de años, el consumo habitual de 3 o más fármacos, padecer deterioro cognitivo y vivir en la comunidad frente a estar institucionalizado o vivir en la calle se comportan como factores predictores independientes de hiperfrecuentación en Atención Primaria, en una muestra de pacientes hiperfrecuentadores en los servicios de urgencias hospitalarios.

Financiación

El Proyecto FIDUR no ha recibido financiación pública ni privada.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de todos los profesionales que trabajan en los Servicios de Urgencias y contribuyen con su esfuerzo a su buen funcionamiento.

Anexo A. En representación del 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 C, Álvarez Carrillo R, Sanchís Ruiz A, García Álvarez M, Jurado Carmona JM, Fallos Marti 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 Esterrri 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: Jiménez Gallego R, 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 12 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, 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: Majo Carbajo Y, 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.

Bibliografía

- Urbanos-Garrido RM, López-Valcárcel BG. Sostenibilidad del sistema sanitario y contribución de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:197-202.
- 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.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- 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.
- 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.
- Castillo EM, Brennan JJ, Killeen JP, Chan TC. Identifying frequent users of emergency department resources. *Emerg Med J*. 2014;47:343-7.
- Aguilar Mulet JM, Fernandez Alonso C, Fuentes Ferrer ME, González-Armengol JJ. Pacientes frecuentadores en servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2015;29:394-6.
- Arillo A, Vilches C, Mayor M, Gurpegui JR, Arroyo C, Estremera V. Pacientes hiperfrecuentadores y difíciles: ¿cómo se sienten tratados por sus médicos? *An Sist Sanit Navar*. 2006;29:47-58.
- 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.
- Sarriá Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471-2.
- Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2016;28:16-20.
- 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: Aa systematic review. *Emerg Med J*. 2015;7:1-7.
- Muñoz Baragaño P, Blanco Suárez AM, García Lavandera LJ, Alonso Fernández M, Salvadores Rubio J, Alonso Arias PS. Estudio comparativo entre población normo- e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996;18:484-90.
- 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.
- Segovia Martínez A, Pérez Fuentes C, Torío Durántez J, García Tirado MC. Malestar psíquico y características sociodemográficas y familiares del hiperfrecuentador en atención primaria. *Aten Primaria*. 1998;22:562-9.
- Vedsted P, Sørensen HT, Mortensen JT. Drug prescription for adult frequent attenders in Danish general practice: A population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2004;13:717-24.
- Salvi F, Rossi L, Lattanzio F, Cherubini A. Is polypharmacy an independent risk factor for adverse outcomes after an emergency department visit? *Intern Emerg Med*. 2017;12:213-20.
- Luciano Devis JV, Serrano Blanco A, Grupo DASMA. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria*. 2008;40:631-2.
- Miró O. ¿Hacia dónde caminamos? Urgencias 2030. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33:229-35.
- González Armengol JJ, Busca Ostolaza P. Estrategia de atención al paciente crónico: papel de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2013;25:343-4.
- Fernández Alonso C, González Armengol JJ, Perdigonés J, Fuentes Ferrer ME, González Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. La utilidad de la escala *Identification of Seniors at Risk* (ISAR) para predecir los eventos adversos a corto plazo en los pacientes ancianos dados de alta desde una unidad de corta estancia. *Emergencias*. 2015;27:181-4.
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381:752-62.