

ORIGINAL

Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación[☆]



R. González-Peredo^{a,b,*}, M.D. Prieto-Salceda^c, L. Campos-Caubet^{a,b},
F. Fernández-Díaz^{a,b}, Á. García-Lago-Sierra^{a,b} e I.M. Incera-Alvear^{a,b}

^a Servicio de Urgencias, Hospital Sierrallana-Tres Mares, Torrelavega, España

^b Grupo Epidemiología, Salud Pública y Urgencias (ESPU), Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Fundación Marqués de Valdecilla, Santander, España

^c Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Fundación Marqués de Valdecilla, Santander, España

Recibido el 4 de diciembre de 2017; aceptado el 5 de mayo de 2018

Disponible en Internet el 13 de octubre de 2018

PALABRAS CLAVE

Urgencias hospitalarias;
Frecuentación;
Hiperfrecuentadores;
Utilización de servicios sanitarios

Resumen

Objetivo: Describir la población que acude a Urgencias hospitalarias e identificar las causas de dichas visitas, así como describir el perfil de los que las visitan de forma repetitiva.

Método: Estudio descriptivo de visitas y personas que acudieron en 2013. Se han clasificado como infrecuentes si realizaron de una a 3 visitas al año, frecuentes si realizaron de 4 a 9, e hiperfrecuentadores 10 o más.

Resultados: En 2013 hubo 86.673 visitas. Se produjeron más visitas en verano y diciembre, y con más visitas en martes, lunes y domingo. El diagnóstico más frecuente fue «lesiones y envenenamientos» (24,3%) y el segundo fue «síntomas, signos y estados mal definidos» (17,1%). En la mayoría de las visitas el destino al alta fue el domicilio (90,6%). En 2013 visitaron urgencias 51.672 personas (50,8% mujeres y 10,2% menores de 15 años). Las personas entre 31 y 50 años y los mayores de 65 años acudieron frecuentemente. Las tasas de frecuentación eran mayores en las personas de zonas cercanas al hospital. Un total de 237 personas (0,5%) realizaron 10 o más visitas en el año. De ellas, 81 acudieron por causas no justificadas.

Conclusiones: Las visitas debidas a «estados mal definidos» no son despreciables, sería interesante profundizar en estas causas para establecer medidas. La distancia parece determinante a la hora de acudir al hospital. No se observa relación entre el nivel socioeconómico y frecuentación. La hiperfrecuentación aumentó con la edad y con patología crónica asociada, aunque los hiperfrecuentadores con visitas no justificadas eran más jóvenes.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] El trabajo es parte de una investigación llevada a cabo por el Grupo Epidemiología, Salud Pública y Urgencias (ESPU), perteneciente al Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Fundación Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: peredoreb@gmail.com (R. González-Peredo).

KEYWORDS

Emergency departments;
Frequency;
Hyper-frequency;
Health services/use

Characteristics of hospital emergency departments users. Frequent users**Abstract**

Objective: To present an assessment of the different profiles of patients that visit the emergency department, including a description of the illness leading to such visits, as well to describe the profiles of individuals who visit with high frequency.

Method: The study was carried out during 2013. Users were classified as infrequent if they made 1 to 3 visits per year, frequent if they made 4 to 9, and hyper-frequent if they visited at least 10 times.

Results: There were 86,673 visits in 2013. There were more visits in July, August and December. Tuesday, followed by Monday and Sunday, were the days that had the highest frequency of visits. The most frequent diagnosis at discharge was "injuries and poisonings" (24.3%), followed by "poorly defined signs, symptoms and status (17.1%) of the visits corresponded to poorly defined states. The discharge to home rate was 90.6%. Out of the 51,672 people who visited the hospital in 2013, 50.8% were female, and 10.2% were under 15 years. Those patients between The ages of 31 and 50, and those over 65 had the highest frequency rate. People living closer to the hospital had higher frequency rate. There were 237 people (0.5%) who made at least 10 visits, and among those, 81 people for no justifiable reason.

Conclusions: An in-depth analysis of the visits due to "poorly defined signs, symptoms and status" would be interesting. The distance to the hospital seems to be determining factor for frequent visits. There is no relationship between socioeconomic status and the number of visits. The frequency of visits increases with age and associated chronic disease, although the high-frequency users with unjustified visits were younger.

© 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La demanda urgente de asistencia sanitaria se ha incrementado en los últimos años, en Atención Primaria y en el sector hospitalario¹. En España, según estadísticas realizadas por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación² la frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH) ha aumentado desproporcionalmente en relación con el incremento poblacional. En 2005 se produjeron más de 24 millones de consultas, 11,1 millones de visitas más que en 1994, sin embargo, la población se incrementó en 5,8 millones de personas^{3,4}. La atención sanitaria en urgencias es uno de los elementos que mejor definen y caracterizan los servicios sanitarios de una comunidad¹, existiendo gran variabilidad en frecuentación e ingresos a través de urgencias⁵.

Varias pueden ser las causas de esta situación: mal funcionamiento de la asistencia primaria, incremento de las listas de espera, aumento de la esperanza de vida, escasa formación sanitaria e incremento de la demanda de tecnología médica⁶. Como consecuencia es preocupante el deterioro de la continuidad y calidad asistencial⁷ con demoras en la atención a enfermos verdaderamente graves y complejos, y sobrecarga de servicios centrales y de los profesionales con disminución de su productividad. Todo ello da lugar a un incremento del gasto sanitario y pérdida de oportunidad y del bienestar del paciente, que comprometen la funcionalidad y eficiencia del sistema^{3,8}.

La facilidad de acceso por parte de la población a los servicios de urgencias provoca que estos se encuentren sometidos a fluctuaciones periódicas. Estos cambios dependen más de factores sociales o coyunturales que de factores específicos de la propia enfermedad. Así, se ha relacionado la demanda de atención urgente con aspectos tales como la adecuación a los horarios laborales y escolares^{9,10} y con la retransmisión de actividades deportivas¹.

Una de las situaciones identificada en esta sobrecarga asistencial en los SUH es la hiperfrecuentación^{11,12} y la atención de casos inadecuados (no urgentes o controlables en Atención Primaria)¹³. Hay que diferenciar hiperfrecuentadores durante un tiempo limitado (que no necesariamente implican un mal uso de los servicios de urgencias, sino que se trata de consultas para la solución de un problema concreto o por complicaciones del mismo) de los que visitan repetitivamente, sobre todo de forma no justificada¹¹. Estos últimos son los que interesa analizar para establecer políticas con el objetivo de reducir la masificación en los SUH⁹.

Conocer las características clínico-epidemiológicas que presenta la población atendida supone un primer acercamiento al conocimiento de las necesidades reales y ayudará a la instauración de medidas que faciliten el proceso de atención¹.

El objetivo de este trabajo es describir las características de la población que acude al SUH e identificar la patología causante de dichas visitas. También se analiza el perfil de aquellos que visitaron urgencias de forma repetitiva.

Tabla 1 Servicios sanitarios y datos de población con TSI de las Áreas III y IV de Cantabria

Área	Zona Básica de Salud	Centros de salud	Consultorios	SUAP	Población*
III	Campoo-Los Valles	1	9	2	18.561
<i>Total III</i>			9	2	18.561
IV	Altamira	1	6	1	14.687
	Besaya	1	7	1	18.273
	Liébana	1	6	1	5.081
	Nansa	1	4	1	2.115
	Polanco	1	2	1	8.886
	Saja-Cabuérniga	1	7	1	14.269
	San Vicente	1	2	1	9.875
	Suances	1		1	7.899
	Torrelavega Centro Zapatón	1		1	19.628
	Torrelavega Norte-Dobra	1			16.793
	Torrelavega Sur-Cartes	1	1		11.739
	Torrelavega Sur-Covadonga	1			12.598
<i>Total IV</i>		12	35	9	141.841
<i>Total III + IV</i>		13	44	11	160.402
<i>Cantabria</i>		42	109	28	567.518

* Población media 2013.

Fuente: Cartera de servicios Gerencia Atención Primaria (Servicio Cántabro de Salud).

Material y métodos

Estudio descriptivo de las visitas realizadas a un SUH durante 2013.

El ámbito del estudio fue el área de influencia de los Servicios de Urgencias del Hospital de segundo nivel Sierrallana-Tres Mares de Cantabria formado por dos hospitales en localizaciones geográficas diferentes. Sierrallana es el hospital de referencia de Torrelavega y la comarca del Besaya. Tres Mares está ubicado en Reinosa y presta servicio a la comarca de Campoo-Los Valles. Sus actividades se orientan a satisfacer las necesidades de la población de las áreas de salud III y IV (Torrelavega y Reinosa); ambos hospitales pertenecen a la misma Gerencia y se encuentran los SUH de las dos áreas. Además estas áreas disponen de 11 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP).

La población en Cantabria (a 1 de enero de 2013) es de 591.888 personas. Las áreas sanitarias III y IV engloban el 28,3% de la población (167.535 personas). En la [tabla 1](#) se presentan los servicios sanitarios de las áreas sanitarias III y IV y los datos de tarjeta sanitaria individual (TSI).

A través de la base de datos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica de cada episodio de urgencias se obtuvo: edad y sexo, fecha de entrada, día de la semana, diagnóstico al alta y destino final. Posteriormente estos datos se cruzaron con la base de datos de TSI del Servicio Cántabro de Salud. Así se identificaron las personas con TSI de la Comunidad Autónoma y se obtuvo información socio-demográfica relativa al nivel socioeconómico, centro y zona básica de salud (ZBS). Se calculó la distancia de cada ZBS al hospital.

También, se calculó la tasa de frecuentación, dividiendo el número de personas con TSI que visitaron urgencias por ZBS entre la población con TSI de dicha zona.

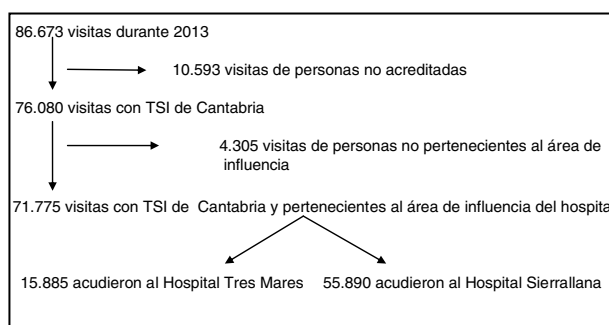


Figura 1 Diagrama de flujo de las visitas.

Siguiendo el modelo descrito por Vinton et al.¹⁴ se clasificaron los usuarios como infrecuentes (1-3 visitas/año), frecuentes (4-9 visitas), e hiperfrecuentadores (10 o más visitas). En los hiperfrecuentadores se realizó un análisis del perfil, las causas de consulta y la adecuación de visitas. Se valoró la adecuación revisando el diagnóstico final, la realización de pruebas complementarias y la presencia de patología crónica.

Para los cálculos se utilizó el paquete estadístico IBM-SPSS® v.19.0, considerándose un nivel de significación estadística $p < 0,05$. Se realizó análisis descriptivo de las visitas y personas incluidas en el estudio, resumiendo las variables categóricas con números absolutos y porcentajes, y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación típica, rango intercuartil). En el análisis bivalente se aplicó la prueba de la χ^2 para variables cualitativas y la prueba U de Man-Whitney o la de Kruskal-Wallis para las cuantitativas.

Tabla 2 Descripción de las visitas al Servicio de Urgencias Hospitalarias, 2013

Variables		N	%
Día de la semana	Lunes	13.144	15,2
	Martes	13.365	15,4
	Miércoles	11.805	13,6
	Jueves	11.438	13,2
	Viernes	11.622	13,4
	Sábado	12.208	14,1
	Domingo	13.091	15,1
	<i>Total</i>	<i>86.673</i>	<i>100</i>
Mes	Enero	6.936	8,0
	Febrero	6.081	7,0
	Marzo	7.687	8,9
	Abril	6.867	7,9
	Mayo	6.888	7,9
	Junio	6.979	8,1
	Julio	8.060	9,3
	Agosto	8.859	10,2
	Septiembre	7.062	8,1
	Octubre	7.189	8,3
	Noviembre	6.269	7,2
	Diciembre	7.796	9,0
	<i>Total</i>	<i>86.673</i>	<i>100</i>
Diagnósticos por grandes grupos (CIE 9 -MC)	Sin diagnóstico	1	0,0
	1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1.383	1,6
	2. Neoplasias	355	0,4
	3. Enfermedades endocrinas, de la nutrición y metabólicas y trastornos de la inmunidad	552	0,6
	4. Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	316	0,4
	5. Trastornos mentales	1.998	2,3
	6. Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos	5.745	6,6
	7. Enfermedades del sistema circulatorio	3.750	4,3
	8. Enfermedades del A. respiratorio	8.812	10,2
	9. Enfermedades del A. digestivo	5.893	6,8
	10. Enfermedades del A. genitourinario	4.246	4,9
	11. Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	387	0,4
	12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	2.197	2,5
	13. Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo	10.701	12,3
	14. Anomalías congénitas	9	0,0
	15. Ciertas enfermedades con origen en el periodo perinatal	1	0,0
	16. Síntomas, signos y estados mal definidos	14.826	17,1
	17. Lesiones y envenenamientos	21.072	24,3
	18. Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios	4.405	5,1
19. Causas externas de lesiones y envenenamientos	24	0,0	
<i>Total</i>	<i>86.673</i>	<i>100</i>	
Destino	Domicilio	78.503	90,6
	Éxitus	164	0,2
	Ingreso hospitalario	6.542	7,5
	Hospital de Día Sierrallana	4	0,0
	Hospital Valdecilla	669	0,8
	Otro centro	199	0,2
	Urgencias Sierrallana	236	0,3
	Urgencias Tres Mares	32	0,0
	Alta voluntaria	65	0,1
	Fuga	259	0,3
<i>Total</i>	<i>86.673</i>	<i>100</i>	

Resultados

Descripción de las visitas realizadas a los Servicios de Urgencias Hospitalarios

En 2013 hubo 86.673 visitas a los SUH de los Hospitales Sierrallana y Tres Mares (figura 1, diagrama de flujo). Tras cruzar los datos con TSI se objetivaron 76.080 visitas de personas con tarjeta acreditada de Cantabria. El 12,2% restante fueron realizadas por personas no acreditadas. El 82,8% de las visitas fueron realizadas por personas acreditadas de las áreas de influencia del hospital.

Como se observa en la tabla 2, se producen más visitas en los meses de verano y en diciembre, siendo el mes con menos visitas febrero. Los días de la semana con más visitas fueron: martes, lunes y domingo. Once diagnósticos concentran casi la cuarta parte de las visitas: «dolor abdominal sitio no especificado» (3,1% de las vistas producidas en el año), «otras enfermedades del aparato respiratorio, no clasificadas bajo otros conceptos» (2,7%), «infección del tracto urinario, sitio no especificado» (2,6%), «lumbago» (2,5%), «esguinces y torceduras de cuello» (2,2%), «otras gastroenteritis/colitis no infecciosas y gastroenteritis y colitis no infecciosas no especificadas» (2,0%), «esguinces y torceduras de tobillo» (1,6%), «cólico renal» (1,5%), «admisión para cambio o retirada de vendaje de herida no quirúrgica» (1,4%), «dolor torácico no especificado» (1,4%), y «dolor articular en pierna» (1,2%).

Utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a Revisión, Modificación Clínica (CIE 9-MC) (tabla 2) el capítulo más frecuente fue el 17: «lesiones y envenenamientos» (24,3%), en el que destacan los siguientes diagnósticos: «contusiones con superficie intacta», «esguinces y torceduras» (principalmente del cuello y tobillo), y «fracturas» que suponen un 6,4, 5,2 y 3,6% de todas las visitas realizadas, respectivamente. Un 17,1% de las visitas corresponden al capítulo 16: «síntomas, signos y estados mal definidos», destacando dentro del mismo: «dolor abdominal sitio inespecificado» (3,1%), «cólico renal» (1,5%), «dolor torácico no especificado» (1,4%), «síncope y colapso» (1,1%), «fiebre no especificada» (1,1%), y «vértigos y mareos» (1,1%). En la mayoría de las visitas el destino al alta fue el domicilio (90,6%). Requirieron ingreso un 7,5%.

Descripción del perfil de las personas que acudieron a urgencias

En 2013 visitaron los SUH 51.672 personas, de las cuales un 50,8% eran mujeres y un 9,3% eran menores de 14 años¹ (tabla 3). En este grupo de edad, con una frecuencia algo mayor acudieron más niños (54,4%) que niñas, sin embargo, a partir de los 14 años pasaron por el SUH más mujeres (51,3%) que hombres. En el análisis a partir de 14 años, las personas entre 31 y 50 años y los mayores de 65 años visitaron frecuentemente, representando más de la mitad de las personas que visitaron el SUH (31,3 y 28,4%, respectivamente).

La media de visitas fue de 1,68 (IC95%:1,66-1,69) veces al año, hay diferencias significativas entre la media en hombres 1,67 (IC95%:1,66-1,69) y la de mujeres 1,68 (IC95%:1,66-1,70) ($p=0,001$). La media de vistas fue significativamente menor en niños hasta los 14 años (1,39; IC95%:1,36-1,41) que en los mayores de 14 años (1,71; IC95%:1,69-1,72) ($p=0,000$).

No se observan diferencias significativas ($p=0,091$) en la media de visitas por personas al mes, con valores entre 1,16 (noviembre, agosto y octubre) y 1,18 visitas al mes (marzo, abril y enero).

Un 15,3% de las personas no eran acreditadas o eran de otras comunidades autónomas. Acudieron 43.757 personas (84,7%) con TSI de Cantabria, de las cuales un 7,2% pertenecen a otras áreas (Áreas I Santander o Área II Laredo). De media las personas del Área III Reinosa visitaron más frecuentemente que las personas del Área IV Torrelavega (2,18; IC95%:2,13-2,24 frente 1,67; IC95%:1,66-1,68; $p=0,000$).

Con respecto a la aportación farmacéutica en las personas con TSI (tabla 3), en primer lugar visitaron más frecuentemente usuarios activos que aportan un 40% de las recetas (42,1%), seguidos por pensionistas que aportan un 10% (31,7%). En total los pensionistas representan un 39,4% de las personas que acudieron.

Las tasas de frecuentación de las ZBS del área de influencia del hospital oscilan entre 11,5 por 100 habitantes de Liébana y 41,3 de Campoo-Los Valles. Las tasas correspondientes a las ZBS de otras áreas sanitarias no dependientes del hospital son muy reducidas, aunque cabe destacar las de las zonas Bajo y Alto Pas, Pisueña-Cayón y Nueva Montaña (fig. 2).

Hiperfrecuentación

Un total de 237 personas (0,5%) realizaron 10 o más visitas. De estas 111 personas presentaban patología crónica que podía justificar sus visitas, 45 personas no tenían patología crónica pero sus visitas estaban mayormente justificadas y 81 (aunque 16 presentan patología crónica) realizaron visitas por causas no justificadas en la mayoría de los casos (tabla 4). En las personas con visitas no justificadas un 50,6% fueron hombres, principalmente de dos grupos de edad: entre 32 y 50 (33,3%) o más de 65 años (27,2%), y sin diferencias en cuanto a la procedencia (Torrelavega o Reinosa).

El 35,8% de los hiperfrecuentadores son pensionistas. Entre los no justificados (tabla 4) el 38,7% son pensionistas con aportación del 10% y el 32,0% usuarios con aportación del 40%.

La mediana de edad de personas con 10 o más visitas (65 años, IQR²=36,5) es significativamente más elevada que la del resto de los grupos (1-3 visitas: 45 años, IQR 37 y 4-9 visitas: 56 años, IQR:45) como puede observarse en la figura 3a ($p=0,000$). Entre los hiperfrecuentadores podemos diferenciar cuatro subgrupos: a) todas las visitas están justificadas (79 personas), b) al menos el 60% de las visitas están justificadas (39 personas), c) personas que acuden por citas programadas (38 personas) y d) los que acuden principalmente por causas no

¹ En el 2013 se consideraba edad pediátrica en relación con las urgencias a los menores de 14 años.

² IQR: rango intercuartil.

Tabla 3 Descripción de las personas que acudieron al SUH, 2013

Sexo	Mujeres	26.248	50,8%
	Hombres	25.424	49,2%
	<i>Total</i>	51.672	100%
Grupos de edad	Menores de 14 años	4.831	9,3%
	14 a 17 años	1.606	3,1%
	18 a 30 años	7.733	15,0%
	31 a 50 años	14.661	28,4%
	51 a 65 años	9.526	18,4%
	Mayores de 65 años	13.315	25,8%
	<i>Total</i>	51.672	100%
< 14 años	Mujeres	2.203	45,6%
	Hombres	2.628	54,4%
	<i>Total</i>	5.245	100%
≥ 14 años	Mujeres	24.045	51,3%
	Hombres	22.796	48,7%
	<i>Total</i>	46.427	100%
Zona Básica Salud	Campoo-Los valles	7.658	17,5%
	Altamira	4.018	9,2%
	Besaya	3.927	9,0%
	Liébana	583	1,3%
	Nansa	362	0,8%
	Polanco	1.856	4,2%
	Saja	3.096	7,1%
	San Vicente	1.830	4,2%
	Suances	1.617	3,7%
	Torrelavega-Cartes	3.081	7,0%
	Torrelavega-centro	4.794	11,0%
	Torrelavega-norte	4.379	10,0%
	Torrelavega-sur	3.420	7,8%
	Zonas básicas de salud de las áreas I y II	3.136	7,2%
	<i>Total (personas con TSI de Cantabria)</i>	43.757	100%
Aportación	Embarazadas y < de 18 años extranjeros	10	0,0%
	Usuarios exentos de aportación	2.254	5,2%
	Usuarios con aportación de un 10%	11	0,0%
	Pensionista tope 1 con aportación de un 10%	13.850	31,7%
	Pensionista tope 2 con aportación de un 10%	3.391	7,7%
	Usuarios con aportación de un 40%	18.414	42,1%
	Usuarios con aportación de un 50%	5.573	12,7%
	Usuarios con aportación de un 60%	33	0,1%
	Pensionista tope 3 con aportación de un 60%	19	0,0%
	Farmacia no asegurados aportación 50%	3	0,0%
	Farmacia mutualidades	165	0,4%
	Convenio Especial para la Asistencia Sanitaria	34	0,1%
	<i>Total (personas con TSI de Cantabria)</i>	43.757	100%

justificadas (81 personas). Se observan diferencias en la edad entre dichos subgrupos ($p=0,000$), la de los hiperfrecuentadores no justificados es significativamente más baja que la de los otros subgrupos (fig. 3b). Por otro lado, el subgrupo de citas programadas presenta un número de visitas al año significativamente mayor (fig. 4). Las causas más frecuentes de las visitas entre los no justificados son «lesiones y enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo» (16,6%), «síntomas, signos y estados mal definidos» (15,2%) y «envenenamientos» (12,4%).

Discusión

La distribución de las visitas por mes y día de la semana es similar a la de otros estudios españoles^{1,6,10}, salvo el de Martín Rodríguez et al.¹⁵ con más visitas en febrero y marzo y los lunes los días de mayor demanda.

Los diagnósticos más frecuentes por capítulos son similares a los descritos en otros estudios^{6,10,16,17}. No se han podido comparar los diagnósticos incluidos en estos capítulos porque no se especifican. Las causas menos frecuentes de visitas son «complicaciones del embarazo, parto y puerperio»,

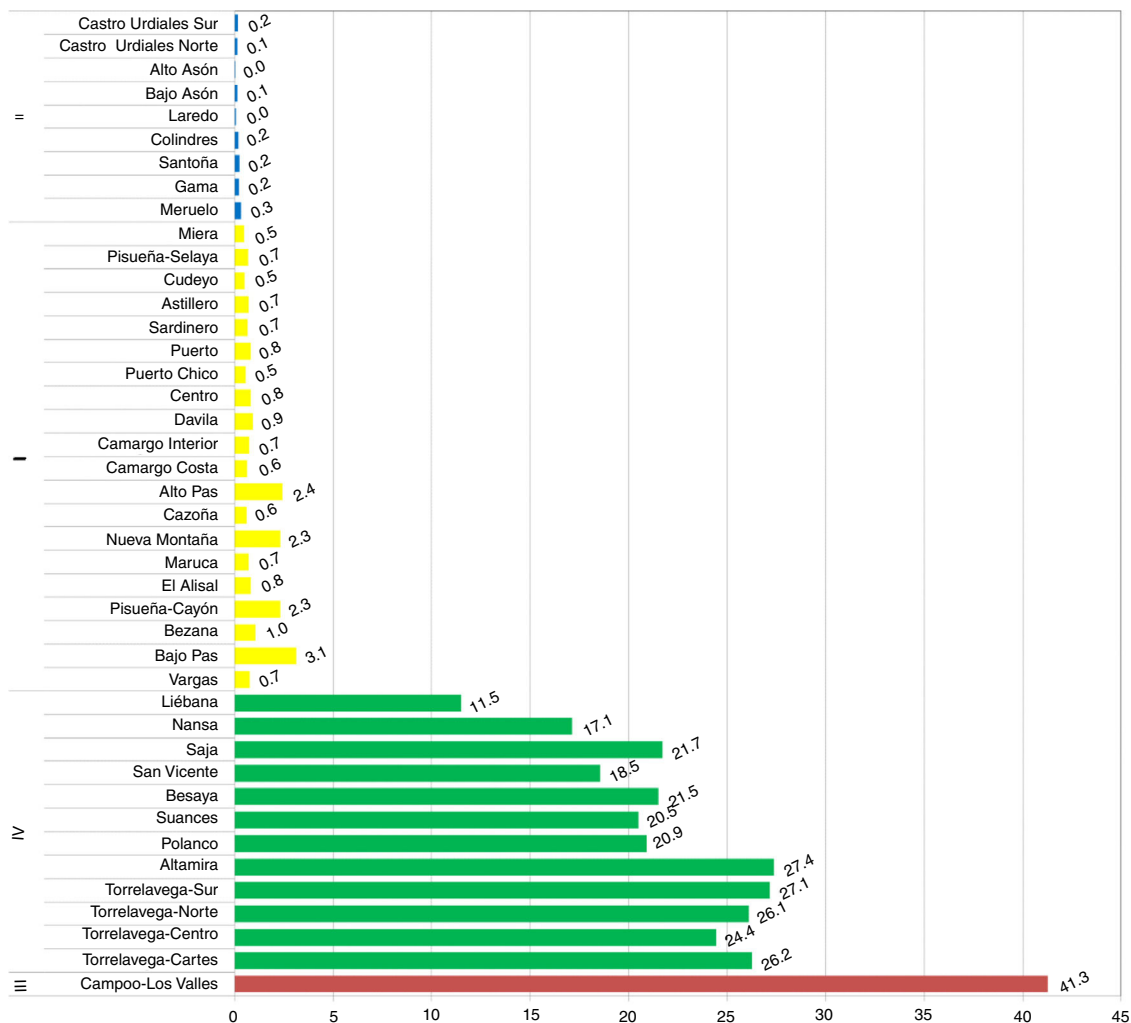


Figura 2 Tasa de frecuentación por 100 habitantes según área sanitaria y zona básica de salud. Ordenados por distancia al hospital.

resultado que se puede explicar porque no hay asistencia al parto.

En cuanto al destino al alta, el estudio de Atienza et al.⁶ presenta un menor porcentaje de altas y mayor de ingresos y traslados a hospital de 3.º nivel, probablemente debido a una diferencia de 23 años entre ambos estudios. En estudios más recientes, la proporción de ingresos también es mayor^{4,18}. Nuestra proporción de visitas que abandonó urgencias antes de recibir atención es menor que en el estudio realizado en Alicante¹⁰ (8% frente a un 0,3%).

Como en otros estudios^{5,10,13} no se observan diferencias en la distribución de las personas que acuden por sexo, únicamente se describe un mayor porcentaje de visitas realizadas por hombres en un estudio⁹.

Sin embargo, se observan diferencias con otros estudios^{6,16} en el perfil de edad, en los cuales son más frecuentes las visitas realizadas por mayores de 70 años. Sin embargo, son similares al estudio de Aranaz et al.¹⁰, en el que el 44% de las visitas correspondían a menores de 40 años. La frecuencia de visitas de menores de 10 años es menor que en otros estudios (6,4%¹⁶ y 19,0%⁶), pero esta

diferencia se explica porque en 2013 no existía Servicio de Urgencias Pediátricas en nuestro hospital.

Entre los usuarios activos acuden más los de rentas medias; sin embargo, entre los pensionistas son los de rentas más bajas los que más visitan, no observándose que acudan más las personas con rentas muy bajas o exentas de pago, ni las que tienen rentas muy altas. Estos datos reflejan la distribución de la renta en la población general. No se han encontrado estudios en España con los que comparar estos resultados, salvo el realizado también en Cantabria en el área de Santander¹⁹, que al igual que un estudio americano²⁰, obtuvieron una asociación entre hiperfrecuentación y nivel económico bajo pero utilizan indicadores del nivel socioeconómico no comparables.

Las tasas de frecuentación más bajas corresponden a Liébana y Nansa, probablemente debido a la distancia (100 km y 60 km al hospital, respectivamente). Las tasas de frecuentación de las ZBS de Torrelavega y Altamira, por encima de la media, pueden estar en relación con la proximidad al hospital (1-2 km). En las tasas de zonas fuera del área, se observa de nuevo una relación entre kilometraje y aumento de estas. Las más altas corresponden a áreas cercanas: Pisueña Cayón

Tabla 4 Distribución de las personas según frecuentación

		Hiperfrecuentadores									
		1-3 visitas		4-9 visitas		≥10 visitas justificadas		≥10 visitas no justificadas		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Mujeres	24.361	50,8	1.783	51,1	64	41,0	40	49,4	26.248	50,8
	Hombres	23.584	49,2	1.707	48,9	92	59,0	41	50,6	25.424	49,2
	<i>Total</i>	47.945	100	3.490	100	156	100	81	100	51.672	100
Grupos edad	Hasta 17	6.193	12,9	237	6,8	2	1,3	5	6,2	6.437	12,5
	18-30	7.218	15,1	496	14,2	6	3,8	13	16,0	7.733	15
	31-50	13.827	28,8	788	22,6	19	12,2	27	33,3	14.661	28,4
	51-65	8.903	18,6	574	16,4	35	22,4	14	17,3	9.526	18,4
	> 65	11.804	24,6	1.395	40,0	94	60,3	22	27,2	13.315	25,8
	<i>Total</i>	47.945	100	3.490	100	156	100	81	100	51.672	100
Aportación farmacéutica	Embarazadas y menores de 18 años extranjeros	10	0,0							10	0,0
	Usuarios exentos de aportación	1.971	4,9	53	7,8	12	8,1	19	25,3	2.255	5,2
	Usuarios con aportación de un 10%	11	0,0							11	0,0
	Pensionista tope 1 con aportación de un 10%	12.254	30,4	1.477	45,3	102	68,5	23	30,7	13.856	31,7
	Pensionista tope 2 con aportación de un 10%	3.121	7,7	253	7,8	11	7,4	6	8,0	3.391	7,7
	Usuarios con aportación de un 40%	17.329	43,0	1.048	32,2	21	14,1	24	32,0	18.422	42,1
	Usuarios con aportación de un 50%	5.350	13,3	220	6,8	3	2,0	3	4,0	5.576	12,7
	Usuarios con aportación de un 60%	33	0,1							33	0,1
	Pensionista tope 3 con aportación de un 60%	19	0,0							19	0,0
	Farmacia no asegurados aportación 50%	2	0,0	1	0,0					3	0,0
	Farmacia mutualidades	162	0,4	3	0,1					165	0,4
	Convenio Especial para la Asistencia Sanitaria	31	0,1	3	0,1					34	0,1
<i>Total</i>	40.293	100	3.258	100	149	100	75	100	43.775	100	
Áreas Salud	IV Torrelavega	30.636	76,1	2.223	68,3	68	45,6	36	48,0	32.963	75,3
	III Reinosa	6.607	16,4	936	28,7	77	51,7	38	50,7	7.658	17,5
	II Laredo	138	0,3	4	0,1	1	0,7			143	0,3
	I Santander	2.895	7,2	94	2,9	3	2,0	1	1,3	2.993	6,8
	<i>Total*</i>	40.276	100	3.257	100	149	100	75	100	43.757	100

* Personas con TSI de Cantabria.

Valores p : sexo $p=0,105$; grupos de edad, aportación y área de salud: $p=0,000$.

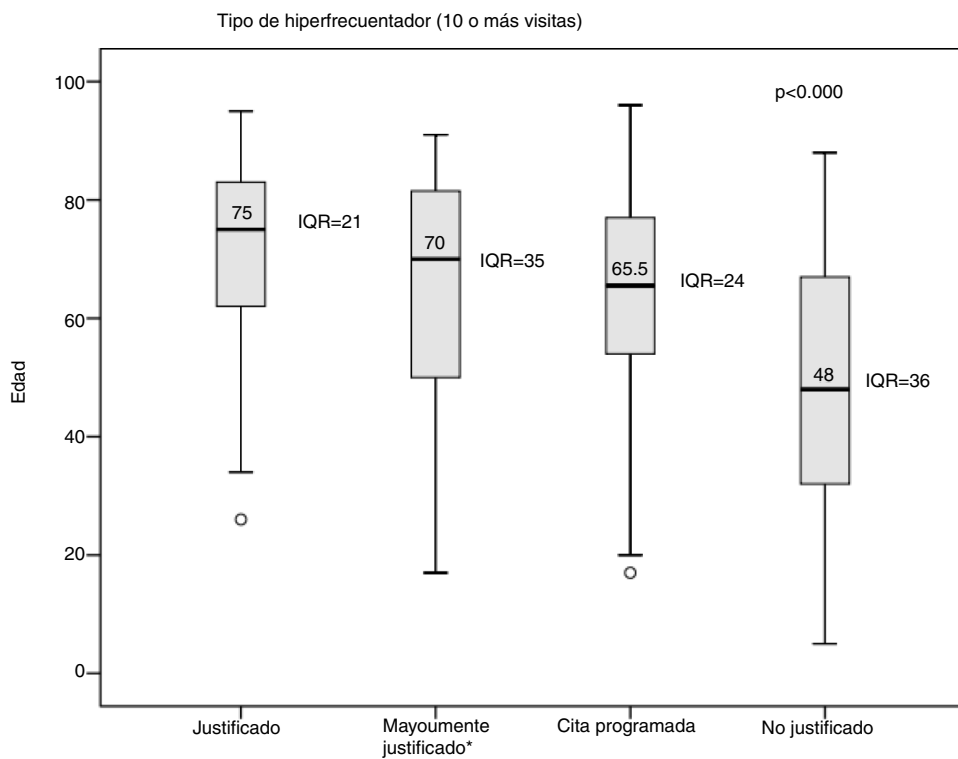
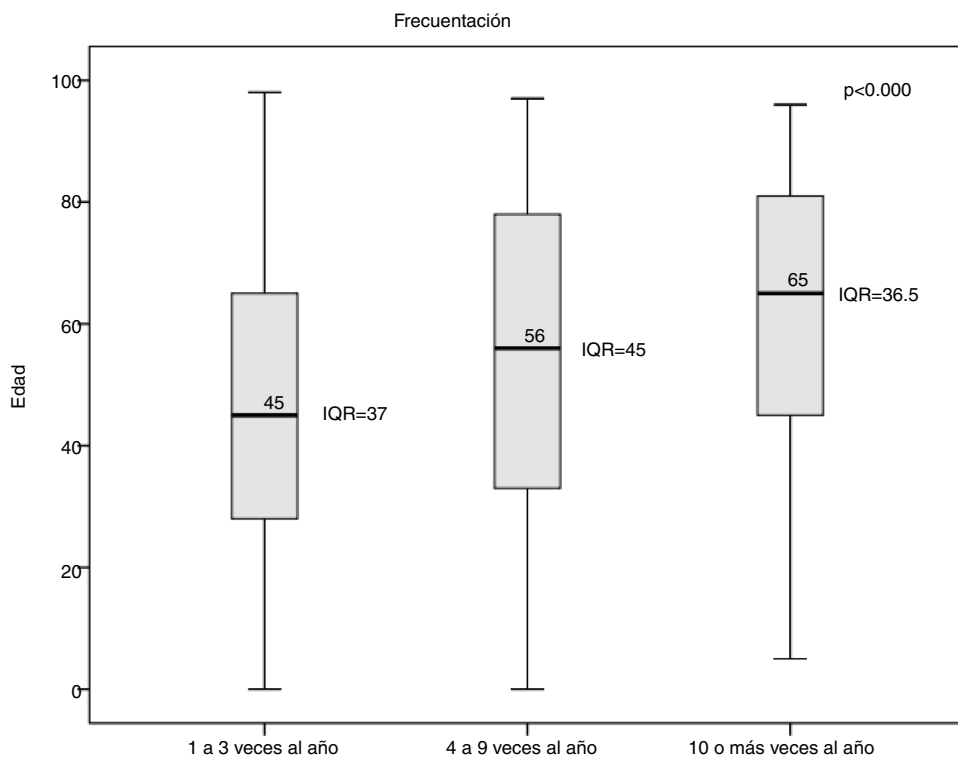


Figura 3 a y b) Distribución de la edad según frecuentación y tipo de hiperfrecuentadores.

IQR: rango intercuartil; p: Prueba de Kruskal-Wallis.

*: con al menos el 60% de los episodios justificados.

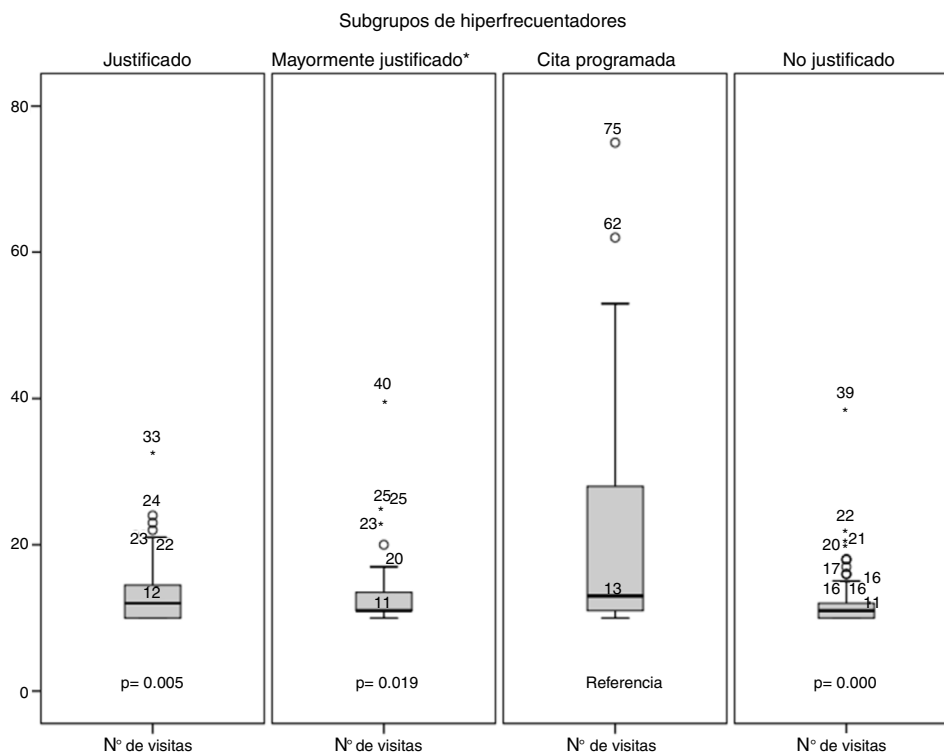


Figura 4 Número de visitas según tipos de hiperfrecuentadores.

P: prueba de U de Mann-Whitney.

* Con al menos el 60% de los episodios justificados.

(24 km), Ontaneda (27 km) y Bajo Pas (20 km) con distancia mayor o similar a su hospital de referencia. Resultados análogos se observan en el estudio de la Rioja²⁰; sin embargo, en el de Cataluña²¹ la accesibilidad geográfica queda en un segundo plano tras otros factores. Por otro lado, la tasa más alta es la de Campoo-Los Valles, probablemente debido a que el SUAP y SUH comparten el mismo espacio físico no existiendo entrada diferenciada, lo que dificulta el análisis por separado. Una evaluación del nivel asistencial a su llegada ayudaría a diferenciarlas, pero puede no coincidir con la intención del paciente.

En cuanto a hiperfrecuentación, el porcentaje encontrado es similar al estudio realizado en la Comunidad de Madrid (2013)¹² y en el estudio de Vinton et al.¹⁴. Otros autores consideran puntos de corte diferentes para clasificar al hiperfrecuentador^{9,11,22,23}. No se encuentran diferencias con estudios que utilizan como corte 4 visitas⁹ u 8 visitas²³. Utilizando 3 visitas al año²² la frecuencia encontrada es menor (3,7% frente a 14,7%), variaciones que pueden deberse a los diferentes ámbitos del estudio.

En cuanto al perfil de los hiperfrecuentadores, se trata principalmente de personas mayores de 65 años, resultado similar a los estudios de Madrid^{12,24}. La edad media disminuye en los hiperfrecuentadores no justificados, resultados análogos al estudio de Locker et al.²². En el análisis por sexo se observan diferencias con otros estudios que hiperfrecuentan más mujeres²⁴ o sin diferencias entre hombres y mujeres¹².

Existen diferentes métodos para definir la inadecuación^{13,16,25,26} como el uso de criterios clínicos (motivo de consulta, impresión de gravedad) o, el más utilizado habitualmente que considera inadecuadas aquellas asistencias que podrían haber sido atendidas en Atención Primaria. En nuestro estudio, se ha valorado la existencia de patología crónica asociada, observándose que más de la mitad de los hiperfrecuentadores la presentan, resultados similares a Moe et al.²³. En otros estudios que analizan la inadecuación de las visitas realizadas por todos los pacientes que acudieron^{10,13,27}, no únicamente en los hiperfrecuentadores, se observan porcentajes de inadecuación análogos a los encontrados en nuestro estudio (26,8, 30 y 38% frente a 34% en nuestro estudio).

En el Hospital Tres Mares la media de visitas es mayor como consecuencia de citas programadas debidas a la situación ya comentada del SUH debido a lo cual no se pueden contrastar con otros estudios. Teniendo en cuenta que la edad de los hiperfrecuentadores corresponde a la edad laboral, podrían ser interesantes las soluciones planteadas por Pasarín et al.²¹ como mejorar la accesibilidad de los servicios extrahospitalarios aumentando la disponibilidad de horarios, la accesibilidad a los profesionales y mejorando la coordinación entre servicios de tal forma que el tiempo de resolución de los problemas de salud en el entorno extrahospitalario sea lo menor posible. En la revisión de Moe et al.²⁸ se concluyó que las intervenciones dirigidas

a los hiperfrecuentadores eran efectivas y disminuían el número de visitas innecesarias a urgencias.

Conclusiones

- No se observa una relación entre el nivel socioeconómico y la frecuentación de urgencias.
- La segunda causa más frecuente de visitas es «estados mal definidos», sería interesante profundizar más en estas causas para establecer medidas.
- Según los resultados obtenidos en los hiperfrecuentadores, en el adulto joven es necesario plantear medidas educativas y mayor accesibilidad a Atención Primaria.
- Más de la mitad de los hiperfrecuentadores son pacientes de alto riesgo con patología crónica asociada. Sería útil implementar las estrategias de cronicidad para mejorar estos resultados.
- La distancia parece determinante en la decisión de acudir al SUH. Es necesario profundizar en el análisis de las visitas de zonas cercanas para establecer medidas: si son adecuadas o no, si son pacientes derivados o van por iniciativa propia y otras motivaciones que hacen que elijan ir al SUH.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Alberto Pajares Fernández. Facultativo Especialista de Área del Servicio de Admisión y Documentación Clínica (SADC) del Hospital Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud (SCS).

María Luisa Tato. Administradora de Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) en Cantabria. (SCS).

Bibliografía

1. Pérez-Ciordia I, Catalán Fabo F, Zalacain Nicolay F, Barriando Antoñanzas M, Solaegui Diaz de Guereñu R, Guillén Grima F. Perfil de la demanda urgente e influencia del fútbol televisado en un servicio extrahospitalario en la Zona Básica de Salud de Tafalla Navarra. *Rev. Esp. Salud Pública.* 2003;77:735-47.
2. 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.
3. Miró O. El usuario y su uso de las urgencias. *Anales Sis San Navarra.* 2009;32:311-6.
4. 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.
5. Peiró S, Libro J, Rido M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2010;24:6-12.
6. Atienza G, Arruti E, Ceinos E, Cobas J, Garrido M, Lahuerta A, et al. Estudio de la demanda asistencial en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 1993;5:11-4.
7. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. *Ann Emerg Med.* 2007;49:257-64.
8. Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of emergency department overcrowding: causes, effects and solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36.
9. Hunt K, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callanam ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med.* 2006;48:1-8.
10. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin.* 2004;123:615-8.
11. Santos Martín MD, Lumbreras García G, Álvarez Martín E, Bascuñana Morejón de Girón J. Los hiperfrecuentadores y la conducta hiperfrecuentadora. *Emergencias.* 1998;10:411-6.
12. Aguilar Mulet JM, Fernandez Alonso C, Fuentes Ferrer ME. Pacientes hiperfrecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit.* 2015;29:393-6.
13. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999;13:361-70.
14. Vinton D, 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.
15. Martín Rodríguez G, Cáceres Hernández JJ. Un método de obtención del patrón estacional de frecuentación de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Esp Salud Pública.* 2005;79:5-15.
16. Alonso Fernandez M, Hernández Mejía R, Del Busto Prado F, Cueto Espinar A. Utilización de un servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev San Hig Pub.* 1993;67:39-45.
17. Pérez-Ciordia I, Guillén Grima F. Urgencias hospitalarias y extra-hospitalarias en Navarra Razones que las motivan. *Anales Sis San Navarra.* 2009;32:371-84.
18. 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.
19. Braun T, García Castrillo-Riesgo L, Krafft T, Díaz-Regañón Vilches G. Frecuentación del servicio de urgencias y factores sociodemográficos. *Gac Sanit.* 2002;16:139-44.
20. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med.* 2003;10:320-8.
21. Pasarín MI, Fernandez de Sanmamed MJ, Calafell J. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20:91-100.
22. Locker TE, Baston S, Mason SM, Nicholl J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J.* 2007;24:398-401.
23. Moe J, Bailey AL, Oland R, Levesque L, Murray H. Defining, quantifying, and characterizing adult frequent users of a suburban Canadian emergency department. *CJEM.* 2013;15:214-26.
24. Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Rivas García A, Jiménez Gallego R, Majo Carbajo Y, Aguilar Mulet JM. Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2016;28:16-20.
25. Sánchez López J, Bueno Cabanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias.* 2005;17:138-44.
26. Márquez Cabeza JJ, Domínguez Quintero B, Méndez Sánchez J, Gómez Álvarez B, Toronjo Romero S, Del Río Morales E, et al. Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que

- acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias*. 2007;19:70-6.
27. Ochoa J, Ramalle-Gómara E, Villar A, Ruiz JI, Bragado L, Gimeno C. Visitas inapropiadas al servicio de urgencias de un hospital general. *Med Clin*. 2000;115:377-8.
28. Moe J, Kirkland SW, Rawe E, Ospina MB, Vandermeer B, Campbell S, et al. Effectiveness of interventions to decrease emergency department visits by adult frequent users: A systematic review. *Acad Emerg Med*. 2017;24:40-52.