

ORIGINAL

Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan?



Aristides Rivas García^{a,*}, Gema Manrique Martín^a, Laura Butragueño Laiseca^a, Sofía Mesa García^b, Alfonso Campos Segura^c, Vanessa Fernández Iglesia^d, Rubén Moreno Sánchez^e y Juan Mariano Aguilar Mulet^f, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado Pediátrico de la Comunidad de Madrid¹

^a Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^b Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, España

^c Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^d Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

^e Hospital Universitario del Tajo, Aranjuez, Madrid, España

^f Hospital Universitario La Princesa, Madrid, España

Recibido el 4 de diciembre de 2015; aceptado el 7 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 16 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Hiperfrecuentador;
Urgencias de
pediatría;
Reconsulta

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de hiperfrecuentadores en urgencias y analizar sus características, comparando secundariamente las primeras consultas y las reconsultas.

Método: Estudio multicéntrico de cohorte retrospectivo. Se cuantifican las visitas a urgencias de pediatría de 5 hospitales públicos entre el 1 de enero y 31 de diciembre de 2013 y se seleccionan los pacientes con 10 o más visitas realizadas. Se recogen variables demográficas y clínicas y se analiza cada visita en función de si se trata de una primera consulta o una reconsulta.

Resultados: Los pacientes hiperfrecuentadores constituyeron el 0,60% (IC 95%: 0,56-0,64%) de los usuarios de urgencias y generaron el 3,93% (IC 95%: 3,47-4,39%) de las consultas. Los menores de 2 años fueron el grupo de edad más numeroso (66,6%). Distribuyeron sus consultas durante los 4 trimestres (62,3%; $p < 0,001$) y no presentaron patología de base relacionada con el motivo de consulta (86,4%; $p < 0,001$). La mayoría se clasificaron como poco urgentes (3.186 vs. 1.812; $p < 0,001$) y habitualmente no precisaron intervenciones en forma de pruebas complementarias (79,4%) u observación/tratamiento (60%). La tasa de ingreso fue similar a la de la población general pediátrica (5,3%). Las reconsultas representaron el 27% de las visitas de estos pacientes, el 13,82% de ellos consultó en atención primaria antes de las siguientes visitas y fueron justificadas preferentemente por persistencia de los síntomas (56,34%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arisrivas@hotmail.com (A. Rivas García).

¹ Los miembros del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado Pediátrico de la Comunidad de Madrid se presentan en el Anexo 1.

KEYWORDS

Frequent user;
Paediatric emergency
department;
Re-consultation

Conclusiones: El hiperfrecuentador pediátrico consulta en urgencias como primera opción por procesos generalmente poco urgentes que no requieren intervenciones diagnóstico-terapéuticas de forma sistemática. Las reconsultas constituyen un número importante de visitas, se caracterizan por precisar más intervenciones y se indican más ingresos hospitalarios.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult?

Abstract

Objective: To determine the prevalence of frequent Paediatric Emergency Departments users and to analyse their characteristics, comparing initial consultations and re-consultations.

Methods: This is a multicentre retrospective cohort study of all patients who made 10 or more visits to the Paediatric Emergency Departments of 5 public hospitals between 1 January 2013 and 31 December 2013. An analysis was performed on the patient demographics and clinical data of the first consultation and consecutive re-consultations.

Results: Frequent users represented 0.60% (95% CI: 0.56-0.64%) of Emergency Department users, and accounted for 3.93% (95% CI: 3.47-4.39%) of all visits. The most numerous age group consisted of children under 2 years old (66.6%). Frequent users distributed their visits throughout the year (62.3%; $P < .001$), and did not have a chronic condition associated with their chief complaint (86.4%; $P < .001$). They were usually classified as non-urgent or less urgent in triage (3,186 vs. 1,812; $P < .001$), and often did not require any intervention, such as complementary tests (79.4%) or observation/treatment (60%). Admission rate was similar to the general paediatric population (5.3%). Re-consultations represented 27% of these patient visits, mostly related to persistence of symptoms (56.3%), with 13.8% of them consulting their Primary Care physician before seeking successive medical attention in the Paediatric Emergency Department.

Conclusions: Paediatric frequent users often ask for medical care in the Emergency Department before consulting their Primary Care physician. They present with less urgent processes and do not systematically need diagnostic or therapeutic interventions. Re-consultations make up a significant number of visits, in which more interventions are done and more children are admitted.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde el punto de vista puramente semántico podemos definir al hiperfrecuentador como aquel que acude a un lugar en exceso, más de lo que se considera normal. El problema surge cuando queremos aplicar esa terminología al ámbito sanitario, queriendo identificar a un grupo de pacientes que acuden a las consultas médicas (urgencias hospitalarias, atención primaria, consultas especializadas) más de lo normal. En ocasiones se identifica lo normal con lo necesario, por lo que el término acaba adquiriendo un significado peyorativo¹.

La Organización Mundial de la Salud define la urgencia sanitaria como la aparición de un problema de salud de gravedad variable que genera la conciencia de necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia². Partiendo de esa base, todas las visitas realizadas a los servicios de urgencias (SU) tienen carácter necesario y el paciente hiperfrecuentador sería aquel que percibe esa necesidad de asistencia de forma muy repetida.

La hiperfrecuentación dependerá, por tanto, de diversos factores que pueden influir en esa percepción, como los relacionados con los propios SU hospitalarios (accesibilidad, disponibilidad horaria, conocimiento por la población...), el sistema sanitario (promoción y disponibilidad de hospitales), el paciente (enfermedades de base, seguimiento en consultas...) y el nivel socioeconómico y cultural³⁻⁵.

Existe la concepción generalizada de que existe un pequeño grupo de pacientes que generan un importante consumo de recursos y una sobrecarga asistencial⁶ que puede repercutir negativamente tanto en los mismos SU como en el paciente (valoración por distintos profesionales, repetición de pruebas complementarias, peor seguimiento...). El interés por reducir el impacto de la frecuentación es creciente y ha llevado a diseñar múltiples estudios en población adulta^{7,8}.

A la hora de analizar la hiperfrecuentación, en la literatura disponible se ha tratado de poner un punto de corte según el número de visitas generadas en un periodo de tiempo (entre 3-12 visitas/año)⁸, no existiendo un consenso

en este punto. Así como algunos autores proponen un número fijo de visitas que varía entre los distintos estudios, otros lo hacen en función de conceptos estadísticos según si se supera un determinado percentil⁹.

En el ámbito de urgencias pediátricas, la magnitud de la hiperfrecuentación no está bien definida. Además no conocemos el grado de frecuentación en los SU de pediatría de nuestro medio. El primer paso para optimizar el manejo de estos hiperfrecuentadores es conocer sus características y necesidades, para trabajar posteriormente en planes de actuación que posibiliten una mayor eficiencia en términos de salud para estos pacientes.

Los objetivos de este estudio son determinar el grado de frecuentación y la prevalencia de hiperfrecuentadores en los SU de pediatría de la Comunidad de Madrid y analizar las características demográficas y clínicas de los mismos. Secundariamente evaluaremos las diferencias entre las consultas aisladas y las segundas consultas o reconsultas realizadas.

Material y métodos

Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte retrospectivo, descriptivo y analítico, en el que se incluyeron todos los pacientes que consultaron en los SU de pediatría de 5 hospitales de la Comunidad de Madrid entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2013.

Población de estudio

Se seleccionaron los pacientes con 10 o más visitas a urgencias durante el periodo de estudio de los hospitales participantes en los que la edad máxima de atención pediátrica varió entre los 14 y los 15 años.

Los centros participantes fueron hospitales universitarios de alta complejidad: Gregorio Marañón, Doce de Octubre; y de media y baja complejidad: Getafe, Infanta Cristina y del Tajo.

Fueron excluidos los episodios de urgencias de los que no constan datos en los registros empleados y aquellos hospitales cuya información aportada no contiene al menos el 80% de los episodios.

Recogida de datos

Se elaboró un cuaderno de recogida de datos en el que se incluyeron variables demográficas, relacionadas con antecedentes personales, atención previa, motivo de consulta alegado, clasificación según grado de urgencia (prioridad en triaje), procedimientos diagnóstico-terapéuticos y destino al alta. Se realizó un análisis de cada visita en función de si se trataba de una primera consulta o una reconsulta.

Cada consulta fue codificada con un número de 5 cifras correspondiente al hospital, número de paciente y número de consulta. La base de datos fue custodiada por el investigador principal, quien asignó un número de orden al código original para garantizar la confidencialidad.

Para la obtención de estos datos se utilizaron los registros informatizados de las historias clínicas de cada hospital y de la Comunidad de Madrid.

El estudio fue aprobado por el comité de ética e investigación clínica correspondiente al investigador principal (H. Gregorio Marañón).

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresan en forma de frecuencias absolutas y porcentajes, mientras que las cuantitativas lo hacen según media y desviación estándar (DE) para las distribuciones normales, o mediana e intervalo intercuartílico para las no normales.

La comparación de medias de 2 o más grupos se realiza mediante las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis respectivamente. El test de χ^2 de Pearson es el utilizado para estudiar la asociación entre variables categóricas. Se considera significativo un valor de $p < 0,05$.

Definiciones

- *Frecuentador*: aquel que realiza más consultas que la media. Al menos 2 visitas al año en nuestro estudio¹⁰.
- *Hiperfrecuentador*: paciente que presenta 10 o más consultas en urgencias hospitalarias durante el periodo de estudio¹⁰⁻¹².
- *Hiperfrecuentador en atención primaria*: paciente que presenta 10 o más consultas en atención primaria durante el periodo de estudio.
- *Edad*: para las variables demográficas se toma la edad en el momento de la primera consulta, mientras que para analizar las relacionadas con las consultas tomaremos la edad en el momento en que tiene lugar cada una de ellas.
- *Turno asistencial*: mañana de 8 a 15 h. Tarde de 15-22 h. Noche de 22-8 h.
- *Niveles de prioridad*: clasificación en triaje (1: resucitación, 2: emergente, 3: urgente, 4: poco urgente, 5: no urgente)¹³.
- *Patología aguda recurrente*: aquella que ha provocado otra consulta por el mismo motivo en los 3 meses anteriores.
- *Reconsulta*: aquella que ha provocado otra consulta en urgencias por el mismo motivo en los 7 días anteriores¹⁴.
- *Hospital que corresponde a un paciente*: hospital asignado próximo al domicilio según la distribución del área sanitaria.
- *Complejidad hospitalaria*: los hospitales se clasifican en alta, media y baja complejidad según criterio del Servicio Madrileño de Salud¹⁵.

Resultados

Tras aplicar los criterios de exclusión se contabilizaron 173.445 consultas correspondientes a 92.253 pacientes, con una media de 1,88 consultas/paciente. Las fracciones de frecuentación por pacientes y consultas se exponen en las [figuras 1 y 2](#). Los hospitales participantes fueron homogéneos en cuanto a la media de visitas/paciente y porcentajes de frecuentación ([tabla 1](#)).

Tabla 1 Distribución de todos los pacientes y sus consultas en urgencias de pediatría en el año 2013

	No frecuentadores (1 visita/año)		Frecuentadores (2-9 visitas/año)		Hiperfrecuentadores (10 o más visitas/año)		Total pacientes/año	Total consultas/año	Visitas/ paciente/año	Población pediátrica de referencia
	Pacientes atendidos	Consultas generadas	Pacientes atendidos	Consultas generadas	Pacientes atendidos	Consultas generadas				
H. Doce de Octubre	18.324 (61,72%)	18.324 (34,21%)	11.205 (37,74%)	33.288 (62,14%)	160 (0,54%)	1.957 (3,65%)	29.689 (100%)	53.569 (100%)	1,80	65.741
H. Gregorio Marañón	16.287 (58,57%)	16.287 (30,57%)	11.209 (40,45%)	34.287 (64,36%)	218 (0,79%)	2.696 (5,06%)	27.714 (100%)	53.270 (100%)	1,92	44.027
H. Getafe	7.954 (57,28%)	7.954 (30,44%)	5.868 (42,26%)	17.430 (66,72%)	64 (0,46%)	742 (2,84%)	13.886 (100%)	26.126 (100%)	1,88	32.926
H. Infanta Cristina	7.775 (56,80%)	7.775 (29,39%)	5.834 (42,62%)	17.726 (67,00%)	80 (0,58%)	956 (3,61%)	13.689 (100%)	26.457 (100%)	1,93	29.763
H. del Tajo	4.183 (57,50%)	4.183 (29,83%)	3.056 (42,01%)	9.367 (66,80%)	36 (0,49%)	473 (3,37%)	7.275 (100%)	14.023 (100%)	1,93	12.549
Conjunto de hospitales	54.523 (59,10%)	54.523 (31,44%)	37.172 (40,29%)	112.098 (64,63%)	558 (0,60%)	6.824 (3,93%)	92.253 (100%)	173.445 (100%)	1,88	185.006

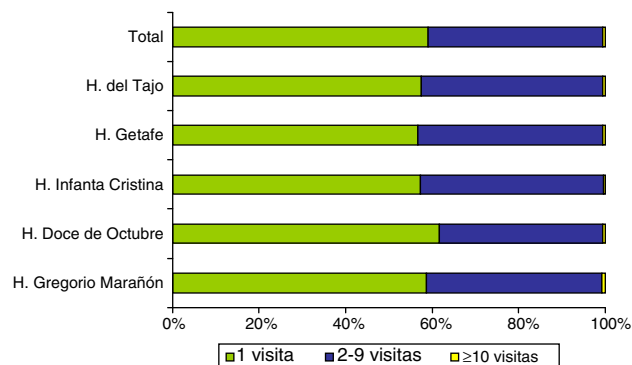


Figura 1 Distribución de los pacientes que consultan en urgencias de pediatría en el año 2013. Porcentaje de pacientes que realizan 1 visita, de 2 a 9 visitas y 10 o más visitas en los hospitales participantes.

Análisis de la hiperfrecuentación

Se incluyeron 558 pacientes hiperfrecuentadores que acudieron a urgencias en 6.813 ocasiones (fig. 3), lo que permite estimar una prevalencia del 0,60% (IC 95%: 0,56-0,64%) de los usuarios de urgencias de nuestro medio. Este grupo genera el 3,93% (IC 95%: 3,47-4,39%) de las consultas globales. Se obtuvo una mediana de 11 visitas/paciente (10-13), sin que existieran diferencias entre hospitales ($p = 0,827$).

La media de edad fue de 2,06 años (DE: 2,55), mediana de 1,5 años (0,5-2,5) sin que tampoco existieran diferencias entre hospitales ($p = 0,919$).

El mayor volumen de demanda asistencial dentro de este grupo lo presentaron los niños menores de 2 años (66,6% de los niños que originaron el 60,9% de las consultas); especialmente los menores de un año (48,7 y 34,5%), seguidos del grupo entre 1-2 años (17,7 y 26,4%). Sin embargo, fueron estos últimos los que tuvieron un mayor nivel de frecuentación con 18 visitas/paciente (tabla 2).

Se registraron más varones que mujeres (60 vs. 40%; $p < 0,001$) sin diferencias entre las consultas medias de ambos (media 12,40 años, DE 3,68 vs. media 12 años, DE 2,72; $p = 0,468$).

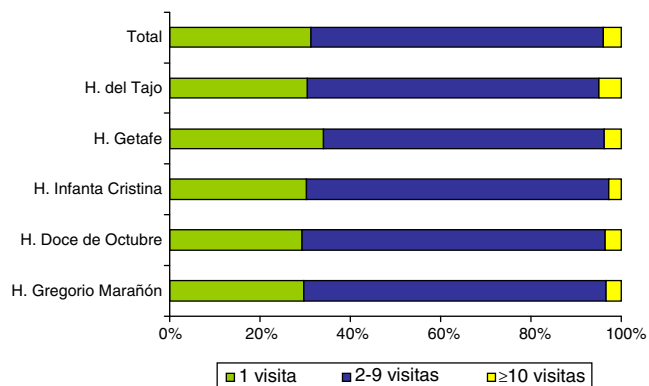


Figura 2 Distribución de las consultas totales realizadas en urgencias de pediatría en el año 2013. Porcentaje de consultas realizadas por los pacientes que acuden 1 vez, de 2 a 9 veces y 10 o más veces a los hospitales participantes.

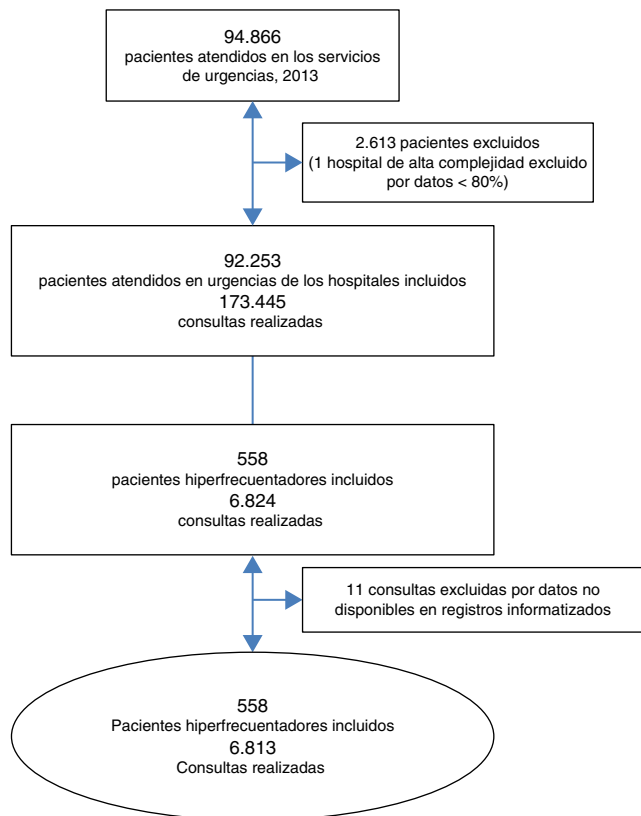


Figura 3 Diagrama de selección de pacientes hiperfrecuentadores para el análisis.

Los niños hiperfrecuentadores acudieron a su pediatra en el centro de salud entre 0-67 ocasiones con una mediana de 10 visitas/paciente (5-17). No existió un predominio importante de los hiperfrecuentadores en atención primaria respecto a los que realizaron menos visitas (230 vs. 204 niños).

La mayor parte de los niños distribuyeron sus consultas durante 4 trimestres (62,3%) o 3 trimestres (32,5%), mientras que el 4,8% las concentraron en 2 trimestres y el 0,4% lo hicieron en un trimestre ($p < 0,001$). La afluencia fue similar durante los meses del año a excepción de un descenso en los meses de julio y agosto (482 y 368 urgencias

Tabla 2 Número de hiperfrecuentadores registrados y consultas generadas por rango de edad

Edad (años)	Niños		Consultas		Consultas/número
	n	%	n	%	
0	272	48,7	2.351	34,5	8,6
1	99	17,7	1.798	26,4	18,2
2	66	11,8	921	13,5	14,0
3	57	10,2	860	12,6	15,1
4	15	2,7	265	3,9	17,7
5	13	2,3	166	2,4	12,8
6	5	0,9	81	1,2	16,2
7	3	0,5	40	0,6	13,3
8	4	0,7	29	0,4	7,3
9	4	0,7	79	1,2	19,8
10	7	1,3	53	0,8	7,6
11	4	0,7	45	0,7	11,3
12	5	0,9	63	0,9	12,6
13	3	0,5	51	0,7	17,0
14	0	0	0	0	0
15	1	0,2	11	0,2	11,0
Total	558	100	6.813	100	

respectivamente) y un aumento en los últimos 3 meses (631, 647 y 750 urgencias) ($p < 0,001$). El turno de tarde fue el más elegido (42,5% de las visitas), siendo similares el de mañana (29,6%) y noche (27,9%) ($p < 0,001$).

Respecto a las consultas realizadas en hospitales que no corresponden al paciente por área geográfica, se realizaron preferentemente en hospitales de alta complejidad frente a los de baja complejidad (79,8 vs. 20,2%; $p < 0,001$). De igual forma, los pacientes que acudieron a hospitales de baja complejidad tienden a pertenecer a la misma área geográfica (69,3%; $p < 0,001$), mientras que los que lo hicieron a hospitales de alta complejidad pertenecen a diferentes áreas, aunque la diferencia no es tan acusada (53,3 vs. 45,6%; $p < 0,001$).

En cuanto a los antecedentes personales, en el 13,6% de las ocasiones se seguía al paciente por una patología relacionada con el motivo de consulta. Al 30,5% le seguían por causas no relacionadas y el 56% no tenía ningún tipo de seguimiento hospitalario ($p < 0,001$).

Tabla 3 Motivo de consulta y diagnóstico final de las visitas realizadas por los pacientes hiperfrecuentadores

Motivo de consulta	n	%	Diagnósticos al alta	n	%
Respiratorio	2.354	34,6	Infección respiratoria de vías altas	1.558	22,9
Infecioso/ fiebre	1.656	24,3	Bronquiolitis/broncoespasmo	1.193	17,5
Digestivo	981	14,4	Vómitos/GEA	752	11,0
ORL	400	5,9	OMA/faringoamigdalitis	707	10,4
Cirugía/trauma	396	5,8	Síndrome febril	411	6,0
Dermatológico	390	5,7	Lesiones en piel	371	5,4
Neurológico	265	3,9	Contusión/fractura/herida	367	5,4
Genitourinario	141	2,1	Laringitis	333	4,9
Otros	208	3,1	No patología urgente	124	1,8
Desconocido	22	0,3	Neumonía	117	1,7
			Otros	853	12,5

GEA: gastroenteritis aguda; OMA: otitis media aguda; ORL: otorrinolaringológico.

La mayoría de las consultas fueron clasificadas en triaje como poco urgentes o no urgentes (nivel ≥ 4 : 3.186 y nivel ≤ 3 : 1.812; $p < 0,001$). Aunque en el 27% se desconoce el nivel de prioridad a expensas de hospitales de baja complejidad (93,2% de las pérdidas).

El motivo de consulta más frecuente fue el respiratorio (34,6%), seguido del infeccioso (24,3%), siendo los diagnósticos más repetidos la infección respiratoria de vías altas (22,9%) seguido del de bronquiolitis/broncoespasmo (17,5%) (tabla 3).

En más de la mitad de las consultas no se realizó ninguna intervención en forma de pruebas complementarias u observación/tratamiento en urgencias (54,5%). Las exploraciones complementarias más solicitadas fueron las radiológicas en el 8,2% de las ocasiones, analítica de sangre en el 7,1% y de orina en el 5,7%. El alta a domicilio fue el destino final más indicado (tabla 4).

Las reconsultas constituyeron el 27% de las visitas, alegando persistencia de los síntomas en el 56,3% de los casos y empeoramiento en el 32,3%; en el 11,1% de las ocasiones fueron derivadas de nuevo desde atención primaria o indicadas desde la propia urgencia o consulta hospitalaria. El 13,8% había acudido a su centro de salud previamente y en el 79,5% de las ocasiones únicamente había consultado en la misma urgencia hospitalaria. Las primeras visitas significaron el 73% restante. El 67% de ellas se refirieron a patología aguda aislada, mientras que el 26,6% lo formaron consultas por patología aguda recurrente, y el 6,4% se relacionó con patología crónica.

No se encontraron diferencias en la media de edad de los que realizaron reconsultas respecto a los que no ($p = 0,063$).

Las diferencias entre las características de las primeras visitas y las reconsultas se exponen en la tabla 5.

Discusión

Se trata del primer estudio multicéntrico realizado en población pediátrica durante un periodo de tiempo prolongado en el que se incluyen las reconsultas realizadas.

El estudio se desarrolla en la Comunidad de Madrid, donde existe un sistema sanitario público, de acceso universal y gratuito tanto a nivel hospitalario como en atención primaria. En los estudios previos se evidencia una mayor frecuentación entre los usuarios de sanidad pública respecto a los que poseen seguros privados o sin seguro^{16,17}, por lo que es esperable que en nuestro medio la población hiperfrecuentadora sea mayor a la descrita. No podemos compararlo con estudios pediátricos, ya que siendo estos muy escasos^{4,16,17,18}, no se ha elegido el mismo punto de corte para definir al paciente hiperfrecuentador. Podemos decir que el número de hiperfrecuentadores obtenido es discretamente superior al reportado en población adulta (0,4% de la población, 2,6% de las consultas)¹⁰⁻¹².

A pesar de la gran variabilidad en su definición, hemos decidido utilizar la referida en la bibliografía como superfrecuentadores¹² por tratarse del grupo que más visitas condiciona y porque es el analizado por el grupo de trabajo del paciente hiperfrecuentador en población adulta de nuestra comunidad^{10,11}.

El periodo de seguimiento utilizado difiere en los estudios publicados. Establecer un corte de tiempo delimitado

Tabla 4 Características de las consultas realizadas por los hiperfrecuentadores

	n	%
<i>Hospital al que acude</i>		
El que le corresponde	3.620	53,1
Otro	3.101	45,5
Desconocido	92	1,4
<i>Atención previa</i>		
No	5.433	86,9
Sí	822	13,1
<i>Procedencia</i>		
Domicilio	6.620	97,2
Atención primaria	149	2,2
Hospital propio	17	0,2
Otro centro sanitario	5	0,1
Servicios de emergencias extrahospitalarias	16	0,2
Desconocido	6	0,1
<i>Tipo de consulta</i>		
Enfermedad común	6.422	94,3
Accidente casual	346	5,1
Accidente de tráfico	9	0,1
Accidente deportivo	11	0,2
Otros	13	0,2
Desconocido	12	0,2
<i>Nivel de prioridad</i>		
1	12	0,2
2	187	2,7
3	1.613	23,7
4	3.137	46,0
5	49	0,7
Desconocido	1.815	26,6
<i>Intervención en urgencias</i>		
No	3.714	54,5
Sí	3.099	45,5
<i>Pruebas complementarias</i>		
No	5.410	79,4
Sí	1.403	20,6
<i>Observación/tratamiento</i>		
No	4.563	67,0
Sí	2.250	33,0
<i>Destino final</i>		
Alta	3.614	53,0
Ingreso	361	5,3
Acudir de nuevo	187	2,7
Control en atención primaria	2.346	34,4
Derivación a consulta hospitalaria	267	3,9

es lo más usado por los investigadores^{6,19,20}; en otros casos proponen un seguimiento a partir de la primera consulta realizada¹⁶.

Coincidimos con los estudios pediátricos en que el mayor volumen de hiperfrecuentadores se encuentra en los menores de un año^{16,17}, aunque no se pueden contrastar las visitas generadas por cada rango de edad, ya que esto no ha sido

Tabla 5 Análisis de las características de las primeras consultas y reconsultas realizadas por los hiperfrecuentadores

	1. ^a consulta		Reconsulta		
	n	%	n	%	
<i>Antecedentes personales</i>					
Seguimiento por causa NO relacionada con la consulta	1.557	31,3	519	28,3	p = 0,008
Seguimiento por causa relacionada	644	12,9	281	15,3	
No seguimiento	2.775	55,8	1.037	56,5	
<i>Hospital al que acude</i>					
El que corresponde	2.687	54,0	933	50,8	p = 0,022
Otro	2.217	44,6	884	48,1	
<i>Atención previa</i>					
No	3.973	88,1	1.460	83,7	p < 0,001
Sí	538	11,9	284	16,3	
<i>Tipo de consulta</i>					
Enfermedad común	4.630	93,0	1.792	97,6	p < 0,001
Accidente	326	6,6	40	2,2	
Otros	8	0,2	5	0,3	
<i>Nivel de prioridad (más o menos urgente)</i>					
≥ 4	2.382	47,9	804	43,8	p < 0,001
≤ 3	1.213	24,4	599	32,6	
<i>Intervención en urgencias</i>					
Sí	2.153	43,3	946	51,5	p < 0,001
No	2.823	56,7	891	48,5	
<i>Solicitud de pruebas complementarias</i>					
No	4.014	80,7	1.396	76,0	p < 0,001
Sí	962	19,3	441	24,0	
<i>Observación/tratamiento</i>					
No	3.430	68,9	1.133	61,7	p < 0,001
Sí	1.546	31,1	704	38,3	
<i>Motivo de consulta</i>					
Cirugía/trauma	342	6,9	54	2,9	p < 0,001
Dermatológico	313	6,3	77	4,2	
Digestivo	690	13,9	291	15,8	
Infeccioso/fiebre	1.202	24,2	454	24,7	
Genitourinario	111	2,2	30	1,6	
Neurológico	219	4,4	46	2,5	
ORL	325	6,5	75	4,1	
Respiratorio	1.607	32,3	747	40,7	
Otros	148	3,0	60	3,3	
<i>Diagnósticos al alta</i>					
Bronquiolitis/broncoespasmo	768	15,4	425	23,1	p < 0,001
Contusión/fractura/herida	318	6,4	49	2,7	
Infección respiratoria de vías altas	1.191	23,9	367	20,0	
Laringitis	234	4,7	99	5,4	
Lesiones en piel	304	6,1	67	3,6	
Neumonía	34	0,7	83	4,5	
OMA/faringoamigdalitis	511	10,3	196	10,7	
Síndrome febril	318	6,4	93	5,1	
Vómitos/GEA	530	10,7	222	12,1	
No patología urgente	112	2,3	12	0,7	
Otros	634	12,7	219	11,9	
<i>Destino final</i>					
Alta	2.749	55,2	865	47,1	p < 0,001
Ingreso	188	3,8	173	9,4	
Acudir de nuevo	85	1,7	102	5,6	
Control en atención primaria	1.729	34,7	617	33,6	
Derivación a consulta hospitalaria	194	3,9	73	4,0	

En **negrita**: grupo de consultas significativamente mayor.

GEA: gastroenteritis aguda; OMA: otitis media aguda; ORL: otorrinolaringológico.

referido hasta ahora. El hecho de que sean los más pequeños los que más hiperfrecuentan podría explicarse por la inexperiencia de los padres, la recurrencia de procesos infecciosos a estas edades y la ansiedad que genera la enfermedad en los padres de niños pequeños²¹.

En nuestra serie se evidencian diferentes niveles de frecuentación en atención primaria, por lo que no se puede concluir que exista un perfil concreto en este aspecto. Tampoco permite afirmar, como se ha postulado, que una correcta atención primaria sea uno de los factores para disminuir la sobreutilización de los SU^{4,8}.

La distribución de las consultas a lo largo de todo el año apoya la calificación de estos pacientes como fidelizados¹¹. Esta fidelización, unida a la independencia respecto a la frecuentación en atención primaria, parece revelar que no solo la accesibilidad geográfica y temporal²² al medio hospitalario, sino también la inmediatez en la asistencia, los recursos existentes y la buena opinión que la población parece tener de los SU²³ pueden contribuir a la conducta hiperfrecuentadora^{1,5,18}.

A pesar de que la condición de crónico parece relacionarse con una mayor frecuentación en los estudios publicados¹⁶, en nuestra serie la proporción de niños en seguimiento por patologías relacionadas con su motivo de consulta es relativamente baja.

No existe un claro predominio en cuanto a la necesidad o no de pruebas complementarias o tratamiento, aunque al igual que en la literatura, encontramos sobre todo procesos poco urgentes, al menos en los hospitales de alta complejidad, en los que no es necesario ningún tipo de intervención^{14,16}. Sin embargo sí que podemos ver una mayor indicación de intervenciones en aquellos niños que consultan por segunda vez o sucesivas. La prioridad en triaje no ha sido recogida sistemáticamente en hospitales de baja complejidad, por lo que las conclusiones no pueden extrapolarse al conjunto de la población.

Los diagnósticos al alta coinciden con los descritos^{16,17,24}, correspondiendo los procesos de teórico curso evolutivo más prolongado como bronquiolitis y broncoespasmo con los más identificados entre los que realizan reconsultas. Los pacientes hiperfrecuentadores no requirieron más ingresos que la población pediátrica general de nuestro entorno²⁵, aunque sí lo hizo el subgrupo de las reconsultas.

La proporción de reconsultas en los hiperfrecuentadores constituye casi el doble de lo encontrado en la población pediátrica general¹⁴. Sin embargo, y a pesar de que el motivo de las mismas es mayoritariamente la persistencia de los síntomas, las consultas en atención primaria previas a la reconsulta son mucho menores que las descritas en otros trabajos²⁶.

Por todo lo anterior, aunque la mayoría de las atenciones que demandan los pacientes hiperfrecuentadores son poco urgentes y no requieren intervenciones, en muchos casos no es posible predecir el curso evolutivo y pueden requerir asistencia urgente en algún momento del proceso de la enfermedad. Podría ser necesario fomentar la educación sanitaria, incentivar las consultas en los centros de atención primaria, explicar detalladamente la evolución posible de las enfermedades que acontecen y comprobar la adecuada comprensión de los signos de alarma y las situaciones en las que se requiere una valoración urgente. Con una adecuada información y el aumento de la disponibilidad de pediatras

de atención primaria en turno de tarde podría disminuir la ansiedad relacionada con la enfermedad que puedan experimentar los padres y, como resultado, una disminución de la demanda de asistencia urgente.

A pesar de la dificultad que supone identificar de forma prospectiva a los pacientes hiperfrecuentadores, serían necesarios nuevos estudios en los que se incluyan no solo parámetros clínicos sino también socioculturales para ayudar a establecer de forma más completa las causas del comportamiento hiperfrecuentador.

Limitaciones

Por tratarse de un periodo de estudio acotado encontramos dificultades para interpretar los parámetros referidos a las edades de los pacientes. Mientras que los datos de las consultas son fieles, las variables demográficas se refieren a la edad presente en el momento de la primera consulta. Además, cambian de franja de edad durante el tiempo establecido, por lo que encontramos un sesgo de selección especialmente en lo referido a los menores de un año. Este grupo, aun siendo el que más hiperfrecuenta, probablemente esté infraestimado.

Las conclusiones obtenidas son difícilmente comparables con los escasos estudios existentes en población pediátrica ya que el número de consultas utilizado para definir al hiperfrecuentador es muy variable.

Se realiza un análisis descriptivo de la población hiperfrecuentadora, no siendo posible identificar sus características como diferentes al resto de la población.

Por tratarse de un estudio retrospectivo, algunos de los datos analizados no están disponibles en todos los registros.

Conclusiones

El perfil característico del paciente hiperfrecuentador en nuestro estudio es el de un varón de corta edad (menor de 2 años), que distribuye sus visitas a lo largo de todo el año, consulta en turno de tarde en el hospital más próximo a su domicilio y cuando no lo hace elige un hospital de alta complejidad, por una patología aguda por la que no ha consultado previamente en su centro de salud, no precisa pruebas complementarias ni tratamientos urgentes de forma sistemática y recibe el alta a domicilio o se le indica control en atención primaria.

Las reconsultas constituyen una cifra importante de visitas a urgencias entre los hiperfrecuentadores, y sus características son algo diferentes a las de las primeras consultas. Entre ellas podemos significar que se motivan mayoritariamente por persistencia de los síntomas, presentan más frecuentemente procesos que requieren atención urgente, precisan más intervenciones en forma de pruebas complementarias, observación o tratamiento y se les indica más ingresos hospitalarios.

Financiación

Este estudio no va a ser remunerado. Ninguno de los investigadores principales ni los investigadores colaboradores percibirán ningún salario por participar activamente en

la elaboración, recogida de datos y procesamiento de los mismos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses con relación a este estudio.

ANEXO 1. Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado Pediátrico de la Comunidad de Madrid

Hospital Gregorio Marañón: Vázquez López P, Marañón Pardillo R, Míguez Navarro MC, Mora Capín A, Lorente Romero J.

Hospital Universitario Doce de Octubre: Martínez Sobrino I, Espinós Martínez A, García Cárdbaba LM.

Hospital Universitario de Getafe: González Arias M, Sánchez Rodríguez I.

Hospital Universitario del Tajo: García de Diego I.

Hospital Universitario Infanta Leonor: Muñoz López MC.

Hospital Universitario Ramón y Cajal: Vázquez Ordóñez C.

Hospital Universitario Clínico San Carlos: Gil López C.

Bibliografía

- Cubero González P, Gálvez Cañamaque E, Salinero Fort M, Abando Varela I, Ayerbe Mateo-Sagasta MC. Uso injustificado del servicio de urgencias de un hospital general. *Medifam*. 1984;4:16-22.
- Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *An Pediatr (Barc)*. 2004;60:569-80.
- Sandín-Vázquez M, Conde-Espejo P, Grupo de Investigación sobre Utilización de Servicios en Atención Primaria. Hiperfrecuentación: percepción de los profesionales de atención primaria sobre la influencia de factores sociales y de organización del entorno sanitario. *Rev Calid Asist*. 2011;26:256-63.
- Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas procedentes de un Área Básica de Salud. *An Esp Pediatr*. 1996;44:97-104.
- Martínez Sánchez J, Portella Argelaguet E, Pascual Mettler M. Razones del usuario en la utilización de un servicio de urgencias hospitalario. *Rev Clin Esp*. 1992;191:494-9.
- 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.
- Pines JM, Asplin BR, Kaji AH, Lowe RA, Magid DJ, Raven M, et al. Frequent users of emergency department services: Gaps in knowledge and a proposed research agenda. *Acad Emerg Med*. 2011;18:64-9.
- LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: The myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med*. 2010;56:42-8.
- Santamera AS, Aguilar JT, Vázquez MS. Frequency of attendance at primary care clinics. A new conceptual framework. *Aten Primaria*. 2005;36:471.
- Aguilar Mulet JM, Fernández Alonso C, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Pacientes frecuentadores/as en servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2015;29:394-6.
- 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.
- 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.
- Rivas García A, Garrido Conde B. Sistemas de triage hospitalario. En: Míguez Navarro MC, Guerrero Márquez G, Ignacio Cerro MC, editores. *Manual de clasificación y triage del paciente pediátrico en Urgencias*. Madrid: Ergon; 2015. p. 25-48.
- Mintegui Raso S, Benito Fernández J, Vázquez Ronco MA, Ortiz Andrés A, Capapé Zache S, Fernández Landaluce A. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2000;52:542-7.
- Indicadores de hospitales. Observatorio de resultados del Servicio madrileño de salud [consultado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGeneralesTabla.aspx?ID=85>
- Neuman MI, Alpern ER, Matt H, Kharbanda AB, Shah SS, Freedman SB, et al. Characteristics of recurrent utilization in pediatric emergency departments. *Pediatrics*. 2014;134:1025-31.
- Alpern ER, Clark AE, Alessandrini EA, Gorelick MH, Kittick M, Stanley RM, et al. Recurrent and high-frequency use of the emergency department by pediatric patients. *Acad Emerg Med*. 2014;21:365-73.
- Sansa Pérez L, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr*. 1996;44:105-8.
- Locker TE, Baston S, Mason SM, Nicholl J. Defining frequent user of an urban emergency department. *Emerg Med J*. 2007;24:398-401.
- Blank FS, Li H, Henneman PL, Smithline HA, Santoro JS, Provost D, et al. A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. *J Emerg Nurs*. 2005;31:139-44.
- Igual Rosado R, Castro Nicolau E, Alonso Martínez I, Terradas Corominas M, de Frutos Gallego E, Cebrià Andreu J. Hiperfrecuentación en las consultas: ¿hay relación con la personalidad de la madre? *An Pediatr (Barc)*. 2003;58:29-33.
- 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.
- Barómetro sanitario. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013 [consultado 6 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>
- LeDuc K, Rosebrook H, Rannie M, Gao D. Pediatric emergency department recidivism: Demographic characteristics and diagnostic predictors. *J Emerg Nurs*. 2006;32:131-8.
- Urgencias de Pediatría del Hospital Gregorio Marañón de Madrid [portal en Internet]. Servicio madrileño de salud [consultado 6 Oct 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1354301521870&language=es&pagename=HospitalGregorioMaranon%2FFPage%2FHGMA_contenidoFinal
- Ali AB, Place R, Howell J, Malubay SM. Early pediatric emergency department return visits: A prospective patient-centric assessment. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012;51:651-8.