

¿Puedes llamar hiperfrecuentadores a los pacientes por su alta frecuentación?



Could we call frequent attenders to patients because of their high frequency of attendance?

Sr. Editor:

Hemos leído con atención el artículo publicado por Fernández Alonso et al.¹. Estamos de acuerdo con los autores en la relevancia de mejorar el conocimiento sobre la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). La elevada utilización de los mismos es una realidad internacional, independientemente del modelo de sistema de salud. La situación en España es equiparable a la internacional: elevada utilización en el marco de una elevada demanda general de servicios sanitarios, que además es creciente en el tiempo.

Según la Encuesta Nacional de Salud, de 1987 a 2014 el porcentaje de personas con al menos una visita a los SUH ha pasado del 12 al 28% de la población adulta. En 2015 los servicios hospitalarios del SNS atendieron 21,7 millones de urgencias².

Se ha señalado también, que alrededor del 30-40% de las visitas en los SUH serían inapropiadas³, y se ha podido determinar cómo el copago en entornos sanitarios con similares características al sistema español (modelo Beveridge, cuyo sistema de atención primaria [AP] se organiza en centros de salud) podría reducir un 20% la demanda de los SUH⁴. El problema con la inclusión de este tipo de copago es que no garantiza que solo se reduzca la utilización inapropiada⁵.

El modelo de Andersen es uno de los más aceptados para estudiar la utilización de los servicios de salud⁶. Este modelo propone que la utilización de servicios se explica como la combinación de factores predisponentes, facilitadores y de «necesidad». En un sistema de salud público debe preocupar que exista inequidad en el acceso a los servicios, definida en este modelo como la excesiva variabilidad en el uso de servicios ligada a las diferencias en factores ambientales como la estructura social o las creencias en salud, o en factores

facilitadores individuales como la renta. En nuestro entorno no parece que haya problemas de inequidad en acceso a los SUH⁷, ni de AP⁸.

La existencia de una frecuentación no apropiada es un problema importante en los SUH, ya que se asocia con la saturación de estos servicios y con la baja calidad, que hace pertinente caracterizar el perfil del usuario frecuente de urgencias, el que los autores denominan hiperfrecuentador (HF), pero creemos que no se corresponde con el presentado.

Los HF que identifican los autores presentaron enfermedades más complejas y graves, por lo que estas visitas al SUH no deben llamarse «visitas inadecuadas»⁹. Se trata de pacientes más complejos, con edad avanzada, dependencia funcional y mayor índice de Charlson, que requieren mayor intensidad asistencial y de cuidados, y que tienen una mayor probabilidad de ingresar al acudir a los SUH¹⁰.

Uno de los problemas conceptuales que se plantean los autores es la falta de una definición de HF. Clasificar a un paciente como HF a partir de un determinado valor, como la media de visitas, cuando su nivel de complejidad es también superior a la media posiblemente sea poco apropiado: simplemente puede estar utilizando los servicios de salud de acuerdo a su nivel de necesidad¹¹.

Resulta muy interesante en el trabajo de Fernández Alonso et al. el análisis de la continuidad asistencial en AP en estos pacientes. Se ha comprobado también, cómo los pacientes con mayor presencia de cronicidad, peor estado de salud y capacidad funcional, y más consumo de fármacos¹², son pacientes cuyo mayor grado de necesidad se correlaciona con una mayor utilización tanto en AP como en los SUH. Insistimos en que considerar a esos pacientes como HF simplemente por su elevada utilización nos parece un tanto limitado.

Bibliografía

1. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ, en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado del Plan Estratégico de Urgencias de la Comunidad de Madrid. Frequent attenders in Primary Health Care Centres and frequent attenders in Emergency Departments [Article in Spanish]. *Aten Primaria*. 2018;50:222-7.

2. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/portada/home.htm> [consultado 4 Abr 2018].
3. Aranaz J, Martínez R, Rodrigo V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en los servicios de urgencia hospitalarios. *Med Clin*. 2004;123:615–8.
4. Navarro García C. La utilización de los servicios de urgencias y la Tragedia de los Comunes. 2015. Tesis Doctoral UNED.
5. Urbanos-Garrido RM, López-Valcárcel BG. Sostenibilidad del sistema sanitario y contribución de los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:197–202.
6. Andersen RM. National Health Surveys and the behavioral Model of Health Services Use. *Med Care*. 2008;46:647–53.
7. Aguilar-Palacio I, Carrera Lasfuentes P, Solsona S, Sartolo MT, Rabanaque MJ. Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social. *Aten Primaria*. 2016;48:235–43.
8. Martín-Fernández J, Gómez-Gascón T, Cura-González MI, Tomás-García N, Vargas-Machuca C, Rodríguez-Martínez G. La calidad de vida relacionada con la salud como factor explicativo de la utilización de la consulta de medicina de familia: un estudio bajo el modelo conductual. *Rev Esp Salud Publica*. 2010;84:309–19.
9. Fernández Alonso C, Romero Pareja R, Aguilar Mulet JM, Martín-Sánchez FJ. Hyperfrequent users of Spanish Hospital Emergency Departments. *Euro J Emerg Med*. 2016;23:236–7.
10. Virto A. Servicio de urgencias hospitalarias: influencia de la caracterización de los pacientes y su proceso asistencial durante su tiempo de permanencia. 2017. Tesis Doctoral UAM.
11. Sarría Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Sobrefrecuentación. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36:471.
12. Sarría Santamera A, Prado Galbarro J, Quintana Díaz M, Martínez Virto A. Determinantes de la utilización de los servicios de urgencias en España. *Aten Primaria*. 2015;47:386–8.

Antonio Sarría-Santamera^{a,b,c,d,*}, Ana Martínez-Virto^{e,f}, Manuel Quintana-Díez^{f,g,h} y Jesús Martín-Fernández^{i,j}

^a *Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España*

^b *IMIENS-UNED*

^c *Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, Madrid, España*

^d *REDISSEC*

^e *Servicio de Urgencias, Hospital La Paz, Madrid, España*

^f *IdiPAZ, Madrid, España*

^g *Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital La Paz, Madrid, España*

^h *Universidad Autónoma de Madrid, Ciudad Universitaria de Cantoblanco, Madrid, España*

ⁱ *Consultorio Local Villamanta, Centro de Salud Navalcarnero, Villamanta, Madrid, España*

^j *Universidad Rey Juan Carlos, Móstoles, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asarria@isciii.es (A. Sarría-Santamera).

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.007>
0212-6567/

© 2018 Los Autores. Publicado por 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/>).

Podemos llamar hiperfrecuentadores a los pacientes con mayor número de atenciones en urgencias y atención primaria



We can call hiper frequent users to the patients with the highest number of attention in emergencies and primary care

Sr. Editor:

Hemos leído con agrado y especial atención la carta enviada por Sarría-Santamera A et al.¹ con relación a nuestro artículo sobre la hiperfrecuentación (HF) en atención primaria (AP) y servicios de urgencias (SU) hospitalarias publicado en su revista². En la misma se mezclan, en nuestro criterio, varios conceptos: el de la sobrecarga asistencial de los SU, el de la adecuación o no de la utilización de estos y el de los pacientes frecuentadores.

Es conocida la tendencia al aumento progresivo de la utilización de estos recursos asistenciales². Según los datos del Barómetro Sanitario 2017³ existe un ascenso en el uso de los SU por parte de la población española, llegando al 31,9% del total. A su vez, se puede comprobar en la literatura como los pacientes frecuentadores suponen un porcentaje de asistencias muy superior al de la población que representan, y

este porcentaje va en aumento⁴, y continúa existiendo interés en conocer la adecuación en el uso tanto de los SU como de AP por parte de estos⁵.

El concepto de HF en el sistema sanitario es universal cualquiera que sea su modelo⁶. Aunque hay autores que propugnan definir la HF en función de los criterios como la superación de un determinado percentil o desviación estándar sobre lo que supone la media de visitas, o tomando como referencia más que el número de visitas el intervalo entre ellas⁷. La mayor parte de los autores continúan estableciendo un determinado número de visitas como elemento definitorio sin existir consenso en donde establecer el punto de corte⁸.

En el registro FIDUR se optó por centrarnos en un grupo de pacientes que se han definido como superfrecuentadores o HF, aquellos que consultan al menos en 10 ocasiones a lo largo de un año⁹. Nuestro estudio² se ha centrado en la identificación del perfil del paciente que hiperfrecuenta los SU hospitalarios y además la AP, dejando claro que los resultados no permiten valorar la adecuación de las visitas ni del uso del sistema. Admitiendo todas las limitaciones ya comunicadas tanto en este estudio como en otro anterior sobre FIDUR¹⁰, hemos podido identificar a una población con mayor edad y complejidad que acude de forma regular y frecuente en ambos niveles asistenciales frente a una población más joven y de menor complejidad que frecuenta de manera irregular los SU y no hiperfrecuenta la AP. No hemos pretendido hablar de «sobrecapacidad» por encima de la que se precisa