

HIPERFRECUENTACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS DE SALUD MENTAL: ESTUDIO CASO-CONTROL

Patricia Guerra Mora (1), Rocío Bouza Fustes (2), Verónica Concha González (1), Cristina Ibáñez López (1)
y Margarita María López Noche (3)

(1) Hospital Universitario Central de Asturias. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Oviedo, España.

(2) Red de Salud Mental de Guipuzkoa. Centro de salud mental Ondarreta. Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. San Sebastián, España.

(3) Hospital Universitario de Cabueñes. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Gijón, España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: Para garantizar la eficiencia del funcionamiento del Servicio de Urgencias es necesario realizar estudios específicos de Salud Mental. El propósito del estudio fue identificar y cuantificar los factores sociodemográficos, clínicos y organizativos asociados con la hiperfrecuentación de las Urgencias Hospitalarias del Servicio de Salud Mental de las tres áreas sanitarias centrales de Asturias.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de tipo casos-contróles. Se registraron 110 hiperfrecuentadores en el año 2017, basándonos en una definición de cinco o más visitas al servicio de Urgencias. El grupo control lo compusieron 170 sujetos que acudieron en una sola ocasión. Además del análisis descriptivo, se utilizaron las pruebas Chi cuadrado y ANOVA para identificar diferencias entre ambos grupos. También se realizó un estudio multivariado mediante regresión logística binomial.

Resultados: Los usuarios hiperfrecuentadores eran más probablemente adultos jóvenes (30-44 años), solteros, convivientes con la familia de origen e inactivos laboralmente. Los diagnósticos más prevalentes para estos usuarios eran: “*Trastorno de la personalidad y el comportamiento*” (F60-69) y “*Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes*” (F20-29). El motivo de consulta más frecuente era “*Síntomas de ansiedad/depresión/somatizaciones*”. El destino de la urgencia más frecuente fue “*Continuar seguimiento en citas programadas*” y la mayor parte de las consultas se realizaron en horario de mañana y en días laborables.

Conclusiones: Los usuarios hiperfrecuentadores continúan demandando atención a pesar de tener asignados uno o varios dispositivos de la red de salud mental. Conocer sus necesidades ayudaría a mejorar la atención sanitaria y a utilizar los recursos de manera más eficiente y eficaz.

Palabras clave: Hiperfrecuentación, Usuarios frecuentes, Emergencias psiquiátricas, Salud mental, Intervención en crisis, Urgencias Hospitalarias de Salud Mental, Superutilizadores, Estudio caso-control.

ABSTRACT

Hiperfrequency in mental health hospital emergencies: case-control study

Background: To ensure the efficiency of the operation of the Emergency Department, specific mental health studies are needed. The purpose of the study was to identify and quantify the sociodemographic, clinical and organizational factors associated with the hyperfrequency of hospital Mental Health emergency departments in the three central areas of Asturias.

Methods: A retrospective case-control study was carried out. A total of 110 hyperfrequenters were recorded in 2017, based on a definition of five or more visits to the emergency department. The control group was composed of 170 subjects who attended on one occasion. In addition to descriptive analysis, Chi-square and ANOVA tests were used to identify differences between the two groups. A multivariate study was also carried out using binomial logistic regression.

Results: Hyperfrequent users were more likely to be young adult (30-44 years old), single, living with their family of origin, and with no jobs. The most prevalent diagnoses for these users were “*Personality and Behavior Disorder*” (F60-69) and “*Schizophrenia, Schizotypal Disorders and Delusional Disorders*” (F20-29). The most frequent reason for consultation was “*anxiety/depression/somatization symptoms*”. The destination of the most frequent emergency was “*Continue follow-up at scheduled appointments*” and most consultations were made in the morning and on weekdays.

Conclusions: Hyperfrequent users continue to demand attention despite being assigned one or more devices. Knowing their needs would help to improve healthcare and use resources more efficiently and effectively.

Key words: Frequent uses, High utilizers, Emergency psychiatry, Mental Health, Crisis intervention, Mental health emergency department, Superutilizers, Case control-study.

INTRODUCCIÓN

Uno de los grandes desafíos para los Servicios de Salud Mental es el abordaje de los usuarios que acuden de forma reiterada a los dispositivos. Este fenómeno, más allá de suponer un incremento en el coste económico y en cuanto a recursos humanos, genera unos elevados niveles de frustración e insatisfacción, tanto en los profesionales como en los propios consultantes. Estos usuarios han sido denominados “hiperfrecuentadores” o repetidores. Los usuarios pueden frecuentar diferentes servicios, entre ellos, el servicio de Urgencias⁽¹⁾.

La Organización Mundial de la Salud define la “urgencia” como la aparición repentina, en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa dispar y gravedad diversa, que ocasiona la conciencia de una necesidad inmediata de atención por quien la sufre o su familia⁽²⁾. En los últimos años se ha producido un importante aumento de la demanda asistencial urgente, tanto a nivel hospitalario como pre-hospitalario⁽³⁾. Algunos estudios muestran que el mayor incremento se ha producido en las demandas de tipo psiquiátrico⁽⁴⁾.

La definición de “urgencia” en el ámbito de la Salud Mental, es muy imprecisa. La urgencia de Salud Mental implica valorar si existe riesgo vital para el usuario o terceros, pero también incluye actuaciones para evitar el sufrimiento psíquico, la angustia y las alteraciones de conducta. La intervención abarca resolver la inmediata necesidad, identificar el desencadenante, prevenir recaídas y vincular al usuario y a su familia con el equipo que continuará la atención⁽⁵⁾.

Se ha encontrado que un pequeño número de consultantes generan un alto número de visitas a Urgencias⁽⁶⁻¹⁵⁾. Hasta el momento, no existe una definición unánime del consultante hiperfrecuentador en el ámbito de Urgencias^(10,16,17). Algunos estudios señalan como criterio cinco o

más visitas al año^(1,18,19), mientras que otros utilizan como criterio acudir el doble o más veces que la media de usuarios, y en algunas investigaciones utilizan como umbral el percentil 75 en frecuencia de consultas al año⁽²⁰⁾.

El fenómeno de la hiperfrecuentación puede suponer un uso inadecuado de los servicios de Urgencias y da lugar a costos sustanciales para el sistema de salud, así como a una disminución de la eficiencia del servicio. El hecho de no resolver correctamente la demanda asistencial de los usuarios que acuden a Urgencias incrementa su número de visitas^(21,22,23). La calidad de la atención recibida se ve mermada al resultar fragmentada, episódica y poco coordinada. Además, puede verse influida por sesgos de los profesionales sanitarios, quienes pueden llegar a percibir a los consultantes hiperfrecuentadores como inapropiados y no urgentes^(25,26). Estos usuarios optan por utilizar la urgencia para solucionar sus demandas pero, a pesar de ello, presentan indicadores bajos de salud tales como altas tasas de mortalidad^(12,25,26). La atención aguda no siempre satisface las necesidades específicas de los hiperfrecuentadores, ya que éstas suelen ser de tipo social o psicosocial^(12,22).

En el ámbito de la Salud Mental, los estudios que analizan los posibles factores sociodemográficos, clínicos y contextuales relacionados con la frecuentación en los Servicios de Urgencias Hospitalarias de Salud Mental (SUHSM), encuentran que el grupo de hiperfrecuentadores está formado en su mayoría por hombres^(10,12,13,14,27,28,29), jóvenes^(12,17,27,29,30,31), solteros^(10,12,14,17,27,29,32), desempleados^(12,14,17,27), sin hogar^(12,13,27,30,32) y que viven solos^(12,14,28), con un diagnóstico de esquizofrenia, otro trastorno psicótico o trastornos de la personalidad^(10,12,13,14,16,17,27,28,29,30,31).

Desde el punto de vista del sexo y de la edad, hay estudios que encuentran otros resultados⁽³⁰⁾. El motivo de consulta más frecuente en las

visitas realizadas por los hiperfrecuentadores de Salud Mental es “síntomas de ansiedad”⁽¹⁴⁾. Respecto a los patrones temporales (horario, día y mes de las visitas), los datos son contradictorios^(13,15). Por otra parte, los hiperfrecuentadores suelen residir más cerca del hospital^(13,21).

El objetivo de nuestro trabajo fue identificar y cuantificar aquellos factores asociados con la hiperfrecuentación en las Urgencias Hospitalarias del Servicio de Salud Mental de las tres áreas sanitarias centrales de Asturias. Nos interesó conocer los factores de carácter sociodemográfico, clínico y organizativo que estaban presentes en la muestra analizada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes. La población incluyó a todos los usuarios hiperfrecuentadores de las Urgencias Hospitalarias del servicio de Salud Mental (UHSM) de las tres áreas sanitarias centrales de Asturias: Avilés (Área III), Oviedo (Área IV) y Gijón (Área V) durante el periodo temporal comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2017. Los hospitales a los que acudían en las tres áreas sanitarias prestan atención sanitaria pública (Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Hospital Universitario Central de Asturias en Oviedo, Hospital de Cabueñes y Fundación Hospital de Jove en Gijón). Éste último presta servicios de forma concertada. Se definió como hiperfrecuentador a aquel usuario que acudió cinco o más veces al servicio de Urgencias Hospitalarias de Salud Mental en el periodo citado. Este fue el único criterio de inclusión. Como criterio de exclusión, no se recogieron aquellos usuarios menores de 14 años. El grupo control estuvo formado por una muestra aleatoria de sujetos que acudió tan solo en una ocasión a los mismos hospitales durante el mismo periodo temporal. La proporción casos-contróles fue de 1:1,5. Se optó por

esta razón de selección con la idea de ganar en eficiencia, obtener más precisión en los tests de hipótesis y en las estimaciones.

A través de las historias clínicas informatizadas se recogió la información para el estudio. Se revisaron un total de 283 historias clínicas, de las cuales se eliminaron tres participantes por ser menores de 14 años. En el Hospital de Cabueñes ningún sujeto cumplió las condiciones para ser hiperfrecuentador.

Se diferenciaron variables relacionadas con el sujeto y variables relacionadas con el episodio.

– Variables relacionadas con el sujeto:

- Área sanitaria: área sanitaria a la que pertenecía el sujeto.
- Total de urgencias anuales: número total de urgencias hospitalarias de Salud Mental realizadas a lo largo de 2017.
- Sexo: identidad sexual recogida en el programa informático en el momento de la primera urgencia.
- Edad: años cumplidos en el momento de la primera urgencia.
- Estado civil: situación civil o relacional registrada en el momento de la primera urgencia.
- Convivencia: características de los cohabitantes en el momento de la primera urgencia.
- Distancia de la residencia al hospital: distancia en kilómetros entre la residencia que figuraba en el programa informático (en el momento de la primera urgencia) y el hospital.

- Situación laboral: tipo de actividad laboral desempeñada en el momento de la primera urgencia.
 - Dispositivo asistencial: dispositivo de Salud Mental de referencia en el que realizaba seguimiento habitual en el momento de la primera urgencia o ausencia del mismo.
 - Profesionales que prestaban la atención: Facultativo Especialista de Área responsable de la intervención en el servicio de Salud Mental de referencia del usuario, si procedía.
 - Uso de otros recursos: tipo de recursos externos a la red de Salud Mental utilizados por el usuario en el momento de la primera urgencia.
 - Diagnósticos: diagnósticos psicopatológicos definidos como códigos F según criterios clínicos de la CIE 10 recogidos en la historia clínica del usuario. Se recogieron hasta tres diagnósticos. No se recogieron diagnósticos Z.
 - Dispositivo rehabilitador: refleja si el usuario acudía a un dispositivo de rehabilitación psicosocial.
 - Complicaciones severas: refleja si el sujeto había fallecido desde el momento de la primera urgencia hasta la recogida de datos.
- Variables relacionadas con los episodios:
- Motivo de consulta: motivo de consulta que refería el usuario a su llegada a Urgencias.
 - Intervención farmacológica: cambios en el tratamiento farmacológico habitual realizados en el momento de la urgencia. No se recogieron las intervenciones farmacológicas puntuales (por ejemplo, inyecciones intramusculares).
 - Destino de la urgencia: plan establecido por el profesional de Salud Mental al finalizar la evaluación.
 - Hora de la urgencia: hora en la que se registró la urgencia en el programa informático.
 - Mes: mes en el que se produjo la urgencia (posteriormente se agrupó en dos semestres).
 - Tipo de día: tipo de día en el que se produjo la urgencia en función de si era o no laborable.
 - Día de la semana: día de la semana en el que se produjo la visita al servicio de Urgencias.
 - Intervalo entre visitas: días que transcurrieron entre las diferencias visitas a Urgencias realizadas por un mismo sujeto.

Procedimiento. Previamente a la realización del estudio, se obtuvo la autorización del Comité de Ética de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y de los comités de cada una de las áreas sanitarias en las que se realizó este estudio. Posteriormente, los departamentos de informática elaboraron el listado de hiperfrecuentadores mediante el criterio solicitado y un listado de controles aleatorizado. Por último, se accedió a dichas historias clínicas para la recogida de la información.

Análisis de datos. Se utilizó el paquete estadístico SPSS-17. Se realizaron análisis descriptivos. También, se realizó un análisis bivariado para conocer si las diferencias entre ambos grupos eran estadísticamente significativas. Se utilizó un nivel de significación de 0,05. Se utilizaron las pruebas Chi cuadrado y ANOVA. Se analizaron aquellas variables relacionadas con los

episodios y las correspondientes a los sujetos. Se realizó un estudio multivariado a través de una regresión logística binomial para valorar qué factores podían tener impacto de forma independiente sobre la hiperfrecuentación en Urgencias. Se probaron distintas variables para ajustar un modelo óptimo y, para ello, se utilizó el criterio de máxima verosimilitud y el coeficiente de determinación de Nagelkerke.

RESULTADOS

Participaron 280 sujetos, de los cuáles el 39,2% (n=110) pertenecían al grupo de hiperfrecuentadores y el 60,7% (n=170) al grupo control. Los 110 sujetos hiperfrecuentadores realizaron un total de 916 visitas.

Características sociodemográficas de los sujetos.

El 56,4% (n=62) del grupo hiperfrecuentadores fueron mujeres, siendo este porcentaje del 55,3% (n=94) en el caso del grupo control. El rango de edad del grupo de hiperfrecuentadores fue de 15 y 77 años, y en el grupo control de 15 a 94 años. El tramo etario de casos más numeroso fue el comprendido entre los 30 y 44 años con un 40,9%. En el grupo hiperfrecuentadores destacó que el 55,7% estaban solteros. En el grupo control, un 35,8% estaban casados o tenían pareja de hecho. En el grupo de hiperfrecuentadores un 50,9% convivía con su familia de origen. En el control, un 28,8% convivía con su familia de origen y el porcentaje más alto, un 59%, con familia adquirida, solos, con amigos o con pareja. Con respecto a la situación laboral, el porcentaje más alto en el grupo de hiperfrecuentadores se correspondió con los que se encontraban jubilados o recibían algún tipo de pensión, con un 48%. Lo mismo ocurrió en el grupo control, con un 42,6%. La distancia media al hospital era superior en el grupo control, con una media de 16,1 km frente a 7,1 en el grupo de casos. Las diferencias fueron estadísticamente significativas para las variables edad, estado civil, convivencia y distancia al hospital. En la [tabla 1](#)

se presentan las características sociodemográficas para ambos grupos, así como las pruebas de significación estadística.

Características clínico-asistenciales de los sujetos.

Con respecto a los diagnósticos, el mayor porcentaje de hiperfrecuentadores se encontró en *F60-69. Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos*, con un 34,4%. De los controles, el 24,6% estaban diagnosticados de *F40-49. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos*. El 85,5% de los casos y el 54,7% de los controles tenían asignados algún dispositivo de referencia. Además, el 30,9% de los hiperfrecuentadores acudían a un dispositivo rehabilitador, frente a un 6,8% de los controles. El 12,7% del grupo hiperfrecuentadores y el 2,9% del grupo control comenzaron en estos dispositivos a lo largo del año 2017. En los centros de Salud Mental de adultos, los casos eran vistos por Psiquiatría en un 84,7% y los controles en un 79,2%. En los centros de Salud Mental infanto-juvenil el 100% (N=1) de los casos y el 75% de los controles eran atendidos por Psiquiatría. En los dispositivos de rehabilitación y de trastornos de la conducta alimentaria, el 66,7% de los casos fueron atendidos conjuntamente por Psiquiatría y Psicología clínica y el 100% de los controles por Psiquiatría. Dentro del grupo de casos, el 48,6% acudieron a profesionales privados y el 51,4% a organizaciones. El 7,3% del grupo de casos fallecieron, frente a un 3,1% de los controles. Un 3,6% del grupo de hiperfrecuentadores se suicidaron frente a un 0,6% en el grupo control. Los hiperfrecuentadores presentaron una *Odds Ratio* de 4,57 con respecto al grupo control (IC 95%: 0,71-29,52; No significativo). La *Odds Ratio* de fallecimiento fue 2,38 con respecto al grupo control (IC 95%: 0,79-7,18; No significativo). Las diferencias fueron estadísticamente significativas en las variables diagnóstico y dispositivo rehabilitador. En la [tabla 2](#) se presentan las variables clínico-asistenciales para ambos grupos, así como los test de significación estadística.

Tabla 1
Datos sociodemográficos para grupo casos y control.

Variable		Casos	Controles	Sig.
Sexo	Mujeres	62 (56,4%)	94 (55,3%)	$X^2=,031$; gl=1; p.=0,86
	Hombres	48 (43,6%)	76 (44,7%)	
	Total	110 (100%)	170 (100%)	
Edad	Media (DT)	40,8 (13,1)	47,2 (17,8)	$F=10,48$; p.=0,01
	Grupo 1 (15-29)	23 (20,9%)	26 (15,3%)	
	Grupo 2 (30-44)	45 (40,9%)	55 (32,4%)	
	Grupo 3 (45-59)	34 (30,9%)	53 (31,2%)	
	Grupo 4 (60 y más)	8 (7,3%)	36 (21,2%)	
	Total	110 (100%)	170 (100%)	
Estado civil	Soltero	59 (55,7%)	44 (29,1%)	$X^2=27,5$; gl=4; p.=0,001
	Pareja sin convivencia	10 (9,4%)	8 (5,3%)	
	Casado/pareja hecho/convivencia	19 (17,9%)	54 (35,8%)	
	Separado/Divorciado	17(16%)	31 (20,5%)	
	Viudo	1 (0,9%)	14 (9,3%)	
	Total	106 (100%)	151 (100%)	
Convivencia	Familia de origen	55 (50,9%)	45 (28,8%)	$X^2=17,1$; gl=3; p.=0,001
	Familia de origen y adquirida	4 (3,7%)	7 (4,5%)	
	Adquirida, solo, amigos y pareja	37 (34,3%)	92 (59%)	
	Institucionalizados y otras situaciones	12 (11,1%)	12 (7,7%)	
	Total	108 (100,0%)	156 (100%)	
Situación laboral	Estudiante	5 (4,9%)	12 (8,5%)	$X^2=7,46$; gl=5; p.=0,18
	Parado	24 (23,5%)	21 (14,9)	
	ILT	5 (4,9%)	8 (5,7%)	
	Activo	12 (11,8%)	31 (22,0%)	
	Jubilado/pensionado	49 (48%)	60 (42,6%)	
	Otros (ama de casa...)	7 (6,9%)	9 (6,4%)	
	Total	102 (100%)	141 (100%)	
Distancia al hospital	Media (Error típ.)	7,1 (1,0)	16,1 (1,9)	$F=13,51$; p.=0,001
	Media recortada al 5%	5,5	12,6	
	Mediana	4,7	5,9	
	Desv. típ.	10,7	24,1	
	Mínimo-Máximo	1,0-89,2	1,0-110	

Nota: en negrita se señalan las variables en las que las diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 2
Datos clínico-asistenciales para grupo casos y control.

Variable	Casos	Controles	Sig.	
Diagnóstico principal	F10-F19. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos	7 (6,8%)	16 (14%)	X²=14,03; gl=5; p.=0,02
	F20-29. Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	26 (25,2%)	18 (15,8%)	
	F30-39. Trastornos del humor-afectivos	15 (14,6%)	22 (19,3%)	
	F40-49. Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	13 (12,6%)	28 (24,6%)	
	F60-69. Trastornos de la personalidad y el comportamiento en adultos	32 (31,1%)	20 (17,5%)	
	Resto de categorías (F00;F70;F80;F90;F99)	10 (9,7%)	10 (8,8%)	
	Total	103 (100,0%)	114 (100%)	
Dispositivo de referencia	Centro de salud mental de adultos	72 (65,5%)	66 (35,3%)	-
	Centro de salud mental infanto-juvenil	1 (0,9%)	4 (2,5%)	
	Dispositivos de rehabilitación	9 (8,2%)	2 (1,3%)	
	UTT	10 (9,1%)	3 (1,8%)	
	TCA	0 (0%)	1 (0,7%)	
	Ninguno	16 (14,5%)	77 (45,3%)	
	Otras situaciones (otra comunidad autónoma, otra área sanitaria, etc.)	2 (1,8%)	17 (10%)	
Total	110 (100%)	170 (100%)		
Dispositivo rehabilitador	Sí	34 (30,9%)	11 (6,8%)	X²=27,36; gl=1; p.=0,001
	No	76 (69,1%)	150 (93,2%)	
	Total	110 (100%)	161 (100%)	
Profesionales que prestan atención en CSM Adultos	Psiquiatría	61 (84,7%)	57 (79,2%)	-
	Psicología Clínica	2 (2,8%)	1 (1,4%)	
	Psiquiatría y Psicología Clínica	9 (12,5%)	14 (19,4%)	
	Total	72 (100%)	72 (100%)	
Profesionales que prestan atención en CSM Infanto-juvenil	Psiquiatría	1 (100%)	3 (75%)	-
	Psicología Clínica	0 (0%)	1 (25%)	
	Total	1 (100%)	4 (100%)	
Profesionales que prestan atención en Rehabilitación y TCA	Psiquiatría	3 (33,3%)	3 (100%)	-
	Psiquiatría y Psicología Clínica	6 (66,7%)	0 (0%)	
	Total	9 (100%)	3 (100%)	
Uso de otros recursos	Otros profesionales sanitarios privados	18 (48,6%)	19 (61,3%)	X²=1,09; gl=1; p.=0,30
	Organizaciones	19 (51,4%)	12 (38,7%)	
	Total	37 (100%)	31 (100%)	
Complicaciones severas	Mortalidad	8 (7,3%)	5 (3,1%)	X²=2,56; gl=1; p.=0,11
	No mortalidad	102 (92,7%)	158 (96,9%)	
	Total	110 (100%)	163 (100%)	

Nota: en negrita se señalan las variables en las que las diferencias son estadísticamente significativas.

Características de los episodios de hiperfrecuentación. El rango de visitas al SUHSM del grupo hiperfrecuentadores fue de 5-48. La media de la media fue de 22,49 días y la media de la mediana de 32,54. Para este grupo, las visitas anuales se dividieron en cuatro rangos: 1 (cinco visitas); 2 (seis-diez); 3 (once-veinte) y 4 (veintiuno y más). El motivo de consulta más frecuente tanto para el grupo de hiperfrecuentadores como control fue “*síntomas de ansiedad/depresión/somatizaciones*”, seguido de “*idea-ción o intento autolítico*” y de “*alteraciones del comportamiento*”. Al 60,3% de las visitas del grupo de hiperfrecuentadores se le indicó continuar seguimiento o citas programadas (n=549), seguido de un 25,7% de episodios en los que se produjo ingreso en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP) (n=234). En el grupo control, al 26% (n=44) se le indicó continuar seguimiento o citas programadas, el 26% (n=44) ingresó en la UHP, el 21,9% (n=37) fueron dados de alta sin derivación y el 14,2% (n=24) retornó al dispositivo de origen. Se realizó intervención farmacológica en el grupo de hiperfrecuentadores en el 47% (n=307) y en el grupo control en el 62,5% (n=75). El grupo de casos realizó el 46,4% de las visitas por la mañana y el grupo control en un 48,8% por la tarde. El grupo hiperfrecuentadores efectuó las visitas en un 56,9% (n=521) en el primer semestre y en un 43,1% en el segundo (n=395); el grupo control un 51,2% (n=87) en el primer semestre y un 48,8% (n=83) en el segundo. Las visitas en días laborables se produjeron en el 69,8% (n=639) de los episodios del grupo hiperfrecuentadores y en el 72,9% (n=124) del grupo control. El lunes fue el día más frecuentado en el grupo de casos (17,6%) y el miércoles en el grupo control (19,4%). En las variables destino de la urgencia, intervención farmacológica y tramo horario las diferencias fueron estadísticamente significativas. En la **tabla 3** se presentan los resultados.

Teniendo en cuenta únicamente los datos de la población hiperfrecuentadora (n=110), se exponen seguidamente las relaciones entre algunas variables cuyos resultados resultaron estadísticamente significativa con el grupo control. Con respecto a la relación entre el número de urgencias anuales y el destino de la urgencia, las personas que realizaron veintiuna o más visitas (rango 4) continuaron seguimiento programado en un 80,5% de las ocasiones. Este destino se dio en un 72,8% de las visitas en el rango 3 (once-veinte visitas). El destino ingreso se produjo en un 33,1% para las personas que visitaron cinco veces. Si tenemos en cuenta el destino en función del intervalo entre visitas (se tuvo en cuenta a los hiperfrecuentadores que realizaron hasta veinte visitas anuales), se realizó la prueba Anova con la media de visitas (F=9,45; Sig.=000) y con la mediana (F=13,06; Sig.=000). En las comparaciones múltiples (Tukey) las diferencias estaban entre ingreso (media más alta en media y mediana) y continuar seguimiento y retorno (media más baja en media y mediana) (**tabla 4**).

Si valoramos el rango de urgencias anuales en relación con la intervención farmacológica, aquellos que visitaron veintiuna o más veces no recibieron ajuste en un 83,5%. A los que realizaron cinco visitas se les ajustó en el 63,1% de las ocasiones. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ($X^2=80,38$; gl=3; Sig.=0,001).

Análisis multivariante. En la **tabla 5** se presentan los resultados de las variables, tanto en la regresión logística univariada sin ajustar, como los resultados de las variables seleccionadas en el modelo ajustado. Se incluyeron en el modelo ajustado las variables edad, convivencia, diagnóstico, situación laboral y estado civil (las dos últimas, no significativas). En este modelo, $R^2=0,21$ y el logaritmo de la verosimilitud fue de 267,79.

Tabla 3
Datos de los episodios para grupo casos y control.

Variable	Casos	Controles	Sig.
Rango de visitas anual	1 (5 visitas)	212 (23,1%)	-
	2 (6-10 visitas)	366 (40%)	
	3 (11-20 visitas)	179 (19,5%)	
	4 (21 y más)	159 (17,4%)	
	Total	916 (100%)	
Motivo de consulta	Síntomas de ansiedad/depresión/somatizaciones	372 (40,7%)	51 (30%)
	Ideación o intento autolítico	164 (17,9%)	43 (25,3%)
	Alteraciones del comportamiento	120 (13,1%)	24 (14,1%)
	Otros	80 (8,8%)	8 (4,7%)
	Descompensación en trastorno mental grave	67 (7,3%)	8 (4,7%)
	Insomnio programado	34 (3,7%)	13 (7,6%)
	Problemas relacionales	33 (6,6%)	8 (4,7%)
	Problemas con el abuso o adicciones con/sin sustancia	26 (2,8%)	10 (5,9%)
	Insomnio	18 (2%)	2 (1,2%)
Total	881 (100%)	162 (100%)	-
Destino de la urgencia	Ingreso en Unidad de Hospitalización	234 (25,7%)	44 (26%)
	Derivación nuevo dispositivo	14 (1,5%)	15 (8,9%)
	Retorno dispositivo de origen	50 (5,5%)	24 (14,2%)
	Continuar seguimiento o citas programadas	549 (60,3%)	44 (26%)
	Alta sin derivación	31 (3,4%)	37 (21,9%)
	Otros destinos	32 (3,5%)	5 (3%)
Total	910 (100%)	169 (100%)	$X^2=152,23$; $gl=5$; $p.=0,001$
Intervención farmacológica	Sí	307 (47%)	75 (62,5%)
	No	346 (53%)	45 (37,5%)
	Total	653 (100%)	120 (100%)
Tramo Horario	00 a 8	137 (15%)	30 (17,6%)
	9 a 15	425 (46,4%)	57 (33,5%)
	16 a 23	354 (38,6%)	83 (48,8%)
	Total	916 (100%)	170 (100%)
Día de la semana	Lunes	161 (17,6%)	22 (12,9%)
	Martes	121 (13,2%)	21 (12,4%)
	Miércoles	313 (14,3%)	33 (19,4%)
	Jueves	128 (14%)	26 (15,3%)
	Viernes	135 (14,7%)	27 (15,9%)
	Sábado	126 (13,8%)	18 (10,6%)
	Domingo	114 (12,4%)	23 (13,5%)
Total	916 (100%)	170 (100%)	$X^2=5,84$; $gl=6$; $p.=0,44$
Tipo de día	Laborable	639 (69,8%)	124 (72,9%)
	Fin de semana/Festivo	277 (30,2%)	46 (27,1%)
	Total	916 (100%)	170 (100%)
Semestre	Primer semestre	521 (56,9%)	87 (51,2%)
	Segundo semestre	395 (43,1%)	83 (48,8%)
	Total	916 (100%)	170 (100%)

Nota: en negrita se señalan las variables en las que las diferencias son estadísticamente significativas.

Tabla 4
Relación entre destino e intervalo entre visitas en grupo casos.

Destino	Media (D.T)	Mediana (D.T)	Sig.
Ingreso Unidad Hospitalización	36,7 (18,2)	28,3 (21)	p<0.05
Continuar seguimiento programado	29,9 (16,8)	19,9 (15)	-
Ingreso Unidad Hospitalización	36,7 (18,2)	28,3 (21)	p<0.05
Retorno	30,5 (18,3)	18,4 (15,7)	-

Tabla 5
Modelo no ajustado y ajustado.

Variables	Modelo no ajustado		Modelo ajustado	
	OR (IC)	Sig.	OR (IC)	Sig.
Edad	0,98 (0,96-0,99)	0,00	0,98 (0,96-0,99)	0,05
Convivencia	2,84 (1,71-4,71)	0,00	2,17 (1,09-4,30)	0,02
Situación laboral	1,90 (1,07-3,36)	0,03	1,99 (0,98-4,05)	0,06
Diagnóstico	3,87 (2,30-6,52)	0,00	3,17 (1,71-5,86)	0,00
Estado civil	1,85 (1,08-3,16)	0,03	0,88 (0,44-1,76)	0,73
Sexo	1,04 (0,64-1,70)		0,86	No incluida
Distancia	0,99 (0,93-1,07)		0,98	No incluida
Área (Oviedo referencia)			No incluida	
Avilés	1,04 (0,54-1,98)		0,92	
Gijón	1,12 (0,58-2,15)		0,74	

DISCUSIÓN

En este estudio se han intentado identificar y cuantificar aquellos factores sociodemográficos, clínicos y organizativos, asociados a la hiperfrecuentación del servicio de Urgencias Hospitalarias de Salud Mental.

Los resultados de nuestro estudio van en congruencia con la literatura revisada en lo que respecta a los factores sociodemográficos^(12,14,17,27,29,30). El grupo de hiperfrecuentadores está formado por adultos jóvenes (30-44 años), solteros, convivientes con la familia de origen e inactivos laboralmente. Sin embargo, como contrapunto en nuestro estudio, no encontramos las diferencias significativas entre sexos que arrojan otros^(10,12,13,14,17,27,28,29).

Los resultados del análisis multivariante apuntan en esta misma dirección. Las variables significativas en el modelo definitivo son el diagnóstico, la convivencia y la edad, ordenadas de mayor a menor capacidad explicativa. También se incluyen el estado civil y la situación laboral, no resultando significativas. Este modelo explica el 20% de la variabilidad. El área sanitaria no es una variable relevante. Otra discrepancia encontrada es que entre nuestros usuarios no aparece un alto porcentaje de personas sin hogar^(12,13,27,30,32). Las diferencias podrían explicarse por la cobertura social o las características culturales.

Como hipótesis explicativa de la menor edad de los hiperfrecuentadores se plantea que los trastornos psicóticos y los trastornos de personalidad debutan en la juventud y, por lo general, no llegan a estabilizarse hasta la edad adulta. Esto concuerda con el planteamiento de Sirotich *et al*⁽³¹⁾, quienes además sugieren que a medida que envejeczan, disminuirán sus visitas a Urgencias. En cuanto a la convivencia, algunos estudios plantean que los hiperfrecuentadores viven solos^(12,14,28).

Tras agrupar esta variable, se encuentra en nuestro estudio que la mayoría residen con la familia de origen, mientras que los usuarios del grupo control están independizados. Nuestra hipótesis al respecto es que independizarse, formar una familia o vivir solo implican una mayor capacidad de adaptación y búsqueda de apoyos informales, con lo que no necesitarían acudir con tanta frecuencia a los servicios sanitarios. Asimismo, puede que los usuarios hiperfrecuentadores provengan o convivan con familias más vulnerables o con menos capacidad de regulación emocional. Atendiendo a la situación laboral, que no existan diferencias entre casos y controles contrasta con lo hallado en otros estudios^(12,14,17,27). Por otro lado, parece que la cercanía y accesibilidad física al hospital puede ser un factor facilitador de hiperfrecuentación.

En relación a las variables clínicas, tener un diagnóstico de trastorno mental grave podría implicar mayor probabilidad de ser hiperfrecuentador del SUHSM, tal y como se plantea en otros estudios^(10,12,13,14,17,27,28,29,30,32). Una posible explicación sería que la atención ambulatoria no cubre las necesidades de este tipo de usuarios, puesto que la mayoría están en seguimiento por parte de la red de Salud Mental y acuden más a dispositivos de rehabilitación psicosocial (Centro de tratamiento integral, Hospital de día y Comunidad terapéutica) que el resto de usuarios. Atendiendo a las complicaciones severas, la estimación puntual de la *Odds Ratio* para el fallecimiento en el grupo de casos es dos veces mayor, mientras que el riesgo puntual de suicidio en hiperfrecuentadores es cuatro veces mayor que en controles. Dado que nuestro número de efectivos con complicaciones en ambas categorías es pequeño es difícil encontrar niveles de significación aceptables.

En cuanto a los episodios de urgencias, el motivo de consulta más frecuente en ambos grupos es “*síntomas de ansiedad/depresión*”

somatizaciones”. Esto va en la línea de lo encontrado por Schmoll *et al*⁽¹⁴⁾. Desde un modelo médico asistencial se puede entender este resultado, dado que en ocasiones se prioriza la exploración y diagnóstico de los síntomas y no el contexto relacional en el que se presentan. La intervención psicofarmacológica, definida como un ajuste de la medicación habitual, es más frecuente en el grupo control. Dentro del grupo de casos, la probabilidad de que se realice un ajuste farmacológico en la urgencia disminuye a medida que aumenta el número de visitas anuales. Es posible que los profesionales estén tratando de evitar que el usuario utilice el servicio urgente únicamente con este fin. A pesar de ello, los usuarios siguen acudiendo de manera repetida, lo que nos hace plantearnos si eso es realmente lo que busca un hiperfrecuentador cuando visita el SUHSM o si existen otras motivaciones. En la bibliografía revisada se plantea que estos usuarios tienden a compensar la falta de fuentes de apoyo social buscando el contacto humano en los servicios de salud⁽²⁸⁾. En cuanto al destino de la urgencia, los hiperfrecuentadores no ingresan más en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental a pesar de tener diagnósticos de mayor gravedad y motivos de consulta similares a los usuarios del grupo control. De hecho, se produce un ingreso con mayor probabilidad en aquellos que realizan un menor número de visitas a lo largo del año. El destino de la urgencia más frecuente para los hiperfrecuentadores suele ser “Continuar seguimiento en citas programadas”, y la probabilidad de que sea éste el destino aumenta progresivamente a medida que aumenta el número de episodios de urgencia. Esto puede estar relacionado con que a los usuarios hiperfrecuentadores, conocidos por los profesionales, se les atiende de forma sesgada. Esto ya ha sido comentado previamente por otros autores^(23,24). Los resultados obtenidos al analizar el intervalo entre visitas apoyan esta hipótesis, ya que aquellos usuarios en los que el intervalo entre visitas es mayor tienen más probabilidades de ingresar. Con respecto al

patrón temporal de la demanda, la distribución encontrada en las visitas de hiperfrecuentadores (tardes y laborables) nos hace preguntarnos si éstos comparten una sensación de ausencia o inadecuación de respuesta a sus necesidades desde su dispositivo de referencia, buscando otras alternativas de solución. En esta línea, Hernández *et al*⁽³³⁾ plantean que cuanto mayor es la calidad de la red asistencial, menor es el número de demandas urgentes.

La principal limitación teórica de nuestro estudio es que no existe una definición unánime de hiperfrecuentación. Esto es compartido por todos los estudios acerca de este tema. A nivel metodológico, una de las limitaciones es que se trata de un estudio retrospectivo y transversal.

Como recomendación futura, se plantea un estudio cualitativo mediante entrevistas a los sujetos hiperfrecuentadores, para conocer así sus necesidades y su satisfacción con la asistencia recibida. Conocer el para qué de sus visitas ayudaría a mejorar la atención sanitaria de este grupo de usuarios y a utilizar los recursos de manera más eficiente y eficaz. Coincidimos con Fernández Alonso *et al*⁽³⁴⁾ en la necesidad de generar un continuo asistencial más eficiente, evitando duplicidades que conlleven un elevado coste sanitario, mayor iatrogenia y peores resultados. Una alternativa terapéutica de cara a favorecer la continuidad de los cuidados, y no los cuidados continuados, es el abordaje desde el modelo de *Case Management*. Este modelo tiene en cuenta las necesidades del usuario en todas las esferas de su vida que puedan estar influyendo en su salud mental^(22,35). Nos parece muy interesante el modelo sugerido por Johnstone *et al*⁽³⁶⁾. Este plantea las dificultades que el modelo imperante, basado en el diagnóstico, conlleva para los usuarios de Salud Mental. Defiende la utilización de un modelo integral que, en lugar de perpetuar los síntomas y el estigma, potencie las fortalezas y genere una narrativa más esperanzadora y de cambio.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a Julio César Alonso (Técnico de Salud Pública) por el apoyo metodológico prestado.

BIBLIOGRAFÍA

- Toledo Muñoz LM. Las urgencias psiquiátricas hospitalarias: Análisis del contexto clínico, sociodemográfico y económico. Murcia: Departamento de Ciencias Sociosanitarias; 2015.
- Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Rapport sur la réunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse: Organisation mondiale de la sante, Bureau regional de l'Europe; 1981.
- Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Fernández Blanco V, Rodríguez Álvarez A y Peiró S. Urgencias hospitalarias y de atención primaria en Asturias: variaciones entre áreas sanitarias y evolución desde 1994 hasta 2001. *Gac Sanit.* 2007; 21(4): 316-20. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000400009
- Guzmán-Parra J, Martínez-García A, Guillén-Benítez C, Castro-Zamudio S, Jiménez-Hernández M, Moreno-Küstner B. Factores asociados a las demandas psiquiátricas a los servicios de urgencias prehospitalarios de Málaga (España). *Salud mental.* 2016;39(6):287-294. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2016.033
- Nieto R, Iribarne C, Droguett M, Brucher R, Fuentes C, Oliva P. Urgencias psiquiátricas en el hospital general. *Rdo. Medicina. Clin. C.* 2017;28(6): 914-922. doi: 10.1016/j.rm-clc.2017.09.004
- Arfken C, Lackman Zeman L, Yeager L, Mischel E, Amirsadri A. Frequent Visitors to Psychiatric Emergency Services. *J Behav Health Serv Res.* 2002;29(4):490-496. doi: 10.1176/appi.ps.55.3.295
- Chaput Y, Lebel M. An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection. *Psychiatr. Serv.* 2007;7(1): 335-341. doi: 10.1186/1471-244X-7-60
- Delcher C, Yang C, Ranka S, Tyndall J, Vogel B, Shenkman E. Variation in outpatient emergency department utilization in Texas Medicaid: a state-level framework for finding "superutilizers". *Int J Emerg Med.* 2017;10(1):31. doi: 10.1186/s12245-017-0157-4
- Ellison J, Blum N, Barsky A. Repeat Visitors in the Psychiatric Emergency Service: A Critical Review of the Data. *Hosp Community Psychiatry.* 1986;37(1):37-41. doi: 10.1176/ps.37.1.37
- Fleury M, Grenier G, Bamvita J, Caron J. Mental Health Service Utilization Among Patients with Severe Mental Disorders. *Community Ment Health J.* 2010;47(4):365-377. doi: 10.1007/s10597-010-9320-6
- Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High Utilizers of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):678-684. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.678
- Schmidt M. Frequent visitors at the psychiatric emergency room – A literature review. *Psychiatr Q.* 2017;89(1):11-32. doi: 10.1007/s11126-017-9509-8
- Schmidt M, Ekstrand J, Bengtsson Tops A. Clinical profiles and temporal patterns of psychiatric emergency room visitors in Sweden. *Nord J Psychiatry.* 2017;72(3):197-204. doi: 10.1080/08039488.2017.1417477
- Schmoll S, Boyer L, Henry J, Belzeaux R. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *Encéphale.* 2015;41(2):123-129. doi: 10.1016/j.encep.2013.01.002
- Wooden M, Air T, Schrader G, Wieland B, Goldney R. Frequent attenders with mental disorders at a general hospital emergency department. *Emerg Med Australas.* 2009;21(3):191-195. doi: 10.1111/j.1742-6723.2009.01181.x
- Boyer L, Dassa D, Belzeaux R, Henry J, Samuelian J, Baumstarck-Barrau K *et al.* Frequent Visits to a French Psychiatric Emergency Service: Diagnostic Variability

- in Psychotic Disorders. *Psychiatr Serv.* 2011;62(8). doi: 10.1176/ps.62.8.pss6208_0966
17. Okorie E, McDonald C, Dineen B. Patients repeatedly attending accident and emergency departments seeking psychiatric care. *The Psychiatrist.* 2011;35(02):60-62. doi: 10.1192/PB.BP.108.024455
18. Bodenmann P, Baggio S, Iglesias K, Althaus F, Velonaki V, Stucki S *et al.* Characterizing the vulnerability of frequent emergency department users by applying a conceptual framework: a controlled, cross-sectional study. *Int J Equity Health.* 2015;14(1): 146. doi: 10.1186/s12939-015-0277-5
19. Poremski D, Harris D, Kahan D, Pauly D, Leszcz M, O'Campo P *et al.* Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;11(12): 55-59. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2016.01.004.
20. Cano M. Pacientes hiperfrecuentadores en atención primaria y contactos en salud mental. Estudio retrospectivo a cinco años en el departamento de la ribera. [Tesis Doctoral]. [Valencia]: Universidad Cardenal Herrera CEU; 2015.
21. Aagaard J, Aagaard A, Buus N. Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(7):1003-1013. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.11.002
22. Iglesias K, Baggio S, Moschetti K, Wasserfallen J, Hugli O, Daepfen J *et al.* Using case management in a universal health coverage system to improve quality of life of frequent Emergency Department users: a randomized controlled trial. *Qual Life Res.* 2017;27(2):503-513. doi: 10.1007/s11136-017-1739-6
23. Wise-Harris D, Pauly D, Kahan D, Tan de Bibiana J, Hwang S, Stergiopoulos V. "Hospital was the Only Option": Experiences of Frequent Emergency Department Users in Mental Health. *Adm Policy Ment Health.* 2016;44(3):405-412. doi: 10.1007/s10488-016-0728-3
24. Krieg C, Hudon C, Chouinard M, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Serv Res.* 2016;16 (1): 525. doi: 10.1186/s12913-016-1852-1
25. Moe J, Kirkland S, Ospina M, Campbell S, Long R, Davidson A *et al.* Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J.* 2015;33(3):230-236. doi: 10.1136/emermed-2014-204496
26. Springer A, Condon J, Li S, Guthridge S. Frequent use of hospital inpatient services during a nine year period: a retrospective cohort study. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):348. doi: 10.1186/s12913-017-2285-1
27. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 2006;41(2):115-121. doi: 10.1007/s00127-005-0010-6
28. Saarento O, Kastrup M, Hansson L. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study. *Eur Psychiatry.* 1998;13(1):35-40. doi: 10.1016/S0924-9338(97)86749-1
29. Sullivan P, Bulik C, Forman S, Mezzich J. Characteristics of Repeat Users of a Psychiatric Emergency Service. *Hosp Community Psychiatric.* 1993;44(4):376-380. doi: 10.1176/ps.44.4.376
30. Lindamer L, Liu L, Sommerfeld D, Folsom D, Hawthorne W, Garcia P *et al.* Predisposing, Enabling, and Need Factors Associated with High Service Use in a Public Mental Health System. *Adm Policy Ment Health.* 2011;39(3):200-209. doi: 10.1007/s10488-011-0350-3
31. Sirotych F, Durbin A, Durbin J. Examining the need profiles of patients with multiple emergency department visits for mental health reasons: a cross-sectional study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(5):777-786. doi: 10.1007/s00127-016-1188-5

32. Boyer L, Dassa D, Belzeaux R, Henry J, Samuelian J, Baumstarck-Barrau K *et al.* Frequent Visits to a French Psychiatric Emergency Service: Diagnostic Variability in Psychotic Disorders. *Psychiatr Serv.* 2011;62(8):966-970. doi: 10.1176/ps.62.8.pss6208_0966
33. Hernández JL, Santamarina S, Domper J. Urgencias Psiquiátricas en un Hospital General. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 1998; 18 (67): 435-456.
34. Fernández C, Romero R, Rivas A, Jiménez R., Majo Y, Aguilar JM *et al.* Proyecto FIDUR: pacientes hiperfrecuentadores fidelizados en servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias.* 2016; 28:16-20. doi: 10.1176/appi.ps.55.3.295
35. Hudon C, Chouinard M, Lambert M, Dufour I, Krieg C. Effectiveness of case management interventions for frequent users of healthcare services: a scoping review. *BMJ Open.* 2016;6(9):e012353. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012353
36. Johnstone L, Boyle M *et al.* El marco del poder, amenaza y significado [Internet]. 1st ed. Leicester: British Psychological Society; 2018 [consultado 3 de enero de 2019]. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>