

Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población del Bages

Trabajo final de grado

U MANRESA
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



U A B

**Universitat Autònoma
de Barcelona**

Cristina Vida Lucea

*Fundación Universitaria del Bages, 4º curso en Grado de enfermería
Tutora: Montserrat Soler | Manresa a 19 de Mayo de 2017*

**Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias
hospitalarios en la población del Bages**

UMANRESA
UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA



Agradecimientos

En primer lugar agradecer a Montse Soler por ser paciente conmigo, sobretodo en aquellos momentos en que estaba bastante perdida haciendo el estudio y ayudarme a enfocarlo para que tuviera sentido.

A mis padres y mis hermanas por escuchar mis quejas en momentos de estrés y ofrecerme su ayuda y su tiempo cuando se que están muy ocupados.

A Carme Llorens Concustell, diplomada en enfermería trabajadora en el servicio de urgencias en triaje, por dedicarme su tiempo y darme la información necesaria sobre el SUH del Bages.

A todos mis profesores y la universidad por darme la oportunidad de conocer fragmentos de esta profesión que desconocía.

Por último a mis compañeros y amigos de la universidad, amigos de mi Erasmus y a los de siempre por escucharme todas las veces que no podía parar de hablar sobre este estudio y ayudarme a tomar un respiro cuando estaba demasiado nerviosa.

Gracias.

Índice de contenido

Agradecimientos	I
Abreviaturas	IV
Resumen	V
Abstract	VI
1. Introducción	1
2. Justificación	3
3. Hipótesis y objetivos del estudio	4
3.1 Hipótesis	4
3.2 Objetivos del estudio	4
4. Marco teórico	5
4.1 Historia	5
4.2 Actualidad	5
4.3 Definición de conceptos	7
4.4 Cartera de servicios en el estado Español en relación a la atención de urgencia	8
4.5 Cartera de servicios en la CC.AA. de Cataluña en relación a la atención de urgencia	9
4.6.1 Triage	9
4.6.2 Modelos de triaje	10
4.6.3 Funcionamiento del triaje	10
4.6.4 Modelo MTS	10
4.6.5 Modelo SET	11
4.6.6 Modelo MAT	11
4.7 Funcionamiento de urgencias en el Hospital Sant Joan de Déu de Manresa	11
4.8 Geografía de la Comarca del Bages	12
4.9 Demografía del Bages	13
4.10.1 Centros asistenciales con urgencias en el Bages	14
4.10.2 Definición de los centros asistenciales	15
4.11 Población más habitual que utilizan los SUH	16
4.12 Estrategias de intervención en la población de Catalunya	16
5. Metodología	17
5.1 Tipo de diseño	17

5.2 Àmbito	17
5.3 Población y muestreo	17
5.4 Criterios de inclusión y exclusión	18
5.5 Descripción de variables	18
5.6 Instrumentos de recogida de datos.....	19
5.7 Análisis de los datos	19
5.8 Consideraciones éticas y legales	20
5.9 Procedimiento del estudio.....	21
5.10 Programa de educación para la salud.....	21
6. Limitaciones del estudio	24
7. Recursos	25
8.1 Cronograma del estudio.....	26
8.2 Cronograma del Programa de Salud.....	27
9. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados.....	28
10. Plan de difusión	28
11. Conclusiones.....	29
12. Bibliografía	30
ANEXO I.....	37
ANEXO II.....	38
ANEXO III.....	39
ANEXO IV	40
ANEXO V	42
ANEXO VI	43
ANEXO VII	44
ANEXO VIII	48

Abreviaturas

AMA	Asociación Médica Americana
AMPA	Asociación de Madres y Padres de Alumnos
APS	Atención Primaria de Salud
ATS	Australian Triage Scale (Escala de Triage Australiana)
BOE	Boletín Oficial del Estado
CAP	Centre d'Atenció Primària (Centro de Atención Primaria)
CC.AA.	Comunidad Autónoma
CE	Constitución Española
CEIC	Comité de Ética de Investigación Clínica
CER UVic – UCC	Comité de Ética de la Recerca de la Universitat de Vic- Central de Catalunya
CUAP	Centre d'Urgències d'Atenció Primària (Centro de Urgencias de Atención Primaria)
CTAS	Canadian Triage and Acuity Scale (escala de triaje y agudeza de Canadá)
ESI	Emergency Severity Index (Índice de Severidad de Emergencia)
LOPD	Ley Orgánica de Protección de Datos
MACA	Pacientes con enfermedad crónica avanzada
MAT	Model Andorrà de triatge (Modelo Andorrano de Triage)
MTS	Manchester Triage System (Escala de Triage de Manchester)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAC	Punts d'Atenció Continuada (Puntos de Atención Continuada)
PCC	Pacientes Crónicos Complejos
SEMES	Sociedad Española de Medicina de Urgencia y Emergencia
SET	Sistema Español de Triage
SNS	Sistema Nacional de Salud
SU	Servicio de Urgencias
SUH	Servicio de Urgencias Hospitalarias
SSC	Sistema Sanitari Català (Sistema Sanitario Catalán)
SEM	Servei d'Emergències Mèdiques (Servicio de Emergencias Médicas)

Resumen

Introducción: en la actualidad, los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) experimentan un sobreuso por parte de la población con casos no urgentes o urgencias menores, convirtiendo este servicio en la entrada al Sistema Sanitario, cuando existen otros mecanismos de entrada más eficientes, como los centros de atención primaria. En la población del Bages casi el 70% de los casos que se atienden en el Hospital Sant Joan de Déu de Manresa son de triaje IV y V, lo que implica una serie de consecuencias en este servicio que conlleva a un incorrecto uso de los recursos económicos, temporales, físicos y humanos.

Objetivo: crear un programa de educación para la salud en la población del Bages para una correcta utilización de los servicios de urgencias de los diferentes centros asistenciales durante un año, 2019.

Metodología: el propósito de este estudio es identificar a los usuarios que hacen un mal uso o sobreuso de los SUH y la razón por la que utilizan esta instalación y no otras. También llevar a cabo las actividades del programa de educación para la salud, donde se informará de los diferentes centros asistenciales y cuando utilizarlos. Al final se compararía la afluencia a este servicio antes y después del programa.

Conclusión: en definitiva, se espera que con este programa los SUH obtengan mejor calidad, eficiencia y efectividad con la disminución de los usuarios con un nivel de triaje de IV y V.

Palabras clave: Servicio de Urgencias Hospitalario, uso adecuado, urgencias, sobreuso, triaje.

Abstract

Introduction: nowadays, the Emergency Department (ED) services are experimenting an overuse by a part of the population with non-urgent cases or minor emergencies, turning this resource into the entrance of the Health System, when other mechanisms are more efficient, such as the primary care centers. In the population of the Bages almost 70% of the cases that are treated in Hospital Sant Joan de Déu de Manresa are triage IV and V, which implies a series of consequences in this service that leads to an incorrect use of the economics, temporal, physical and human resources.

Objective: to create a health education program in the population of the Bages for a correct use of the emergency services of the different health centers for a year, 2019.

Methodology: the purpose of this study is to identify the users who make a misuse or overuse of the ED and the reason why they use this installation and not others. Also carry out the activities of the health education program, where you they will be informed of the different health centers and when to use them. In the end the influx to this service before and after the program would be compared.

Conclusion: in short, it is expected that with this program the ED will obtain better quality, efficiency and effectiveness with the decrease of users with a level of triage IV and V.

Key words: Emergency Department, correct use, emergency, non-urgent, overuse triage.

1. Introducció

Hace ya un tiempo que se instalaron en nuestro país los Sistemas de Urgencias médicas con el propósito de atender la patología aguda urgente. En un principio solo existían en los hospitales, pero a medida que fueron surgiendo más necesidades en la población, se fueron creando otros lugares y sistemas más complejos para la atención, un claro ejemplo podría ser el Servicio de Emergencias extrahospitalarias; en pocas palabras, a raíz de un problema, se crea una solución, en este caso los Servicios de Urgencias (SU).

Este trabajo constata un problema que ha surgido mundialmente en los Servicios de Urgencias, es decir, el uso inadecuado de los Servicios de Urgencias hospitalarios (SUH). En su mayoría durante las últimas décadas, los SUH cuentan con un incremento mayor de pacientes con un tipo de gravedad no urgente o quejas menores (1). Todo ello crea una serie de hechos que repercuten en este tipo de centros asistenciales, sobretodo en la necesidad de aumentar los recursos económicos, temporales, físicos y humanos. Asimismo, las verdaderas consecuencias se hacen visibles en los SUH, en los cuales se hace difícil garantizar el acceso a casos reales de emergencia, ya que están saturados de gente, por lo cual disminuye la disponibilidad de la atención y se producen largas listas de espera. Además, produce efectos negativos sobre la calidad de los servicios de emergencia y crea una alta carga de faena para el personal, por lo que al final hay una baja calidad en la atención y los costes son mayores(2)(3).

Aunque hay diversas teorías del porqué este hecho ocurre, diferentes estudios han determinado que las principales causas por las que las personas hacen un uso inapropiado de este Servicio serían: “deseo de recibir atención en el mismo día, posibilidad de ser atendido en un centro donde se le puedan hacer pruebas de laboratorio u otras, creencia de que estos servicios son capaces de resolver complejos problemas de salud”(4), “percibir una gran gravedad de los síntomas, disponibilidad de atención después de sus horas de trabajo, percepción de que serán atendidos por un especialista, y desconfianza hacia los médicos de atención primaria”(3). Todas estas causas hacen que los profesionales se pregunten porqué las personas tienen esta percepción.

Por otra parte, otro estudio marcó cuáles serían los motivos, según los profesionales en salud, del porqué se hacía un uso inadecuado. Sus resultados concluyentes fueron que los pacientes venían por: “conveniencia, falta de conocimiento por parte

del paciente y su comportamiento o estrategia para buscar ayuda, falta de conocimiento de estos u otros servicios, padres con hijos pequeños y falta de conocimiento de los servicios locales relacionados con las emergencias entre los profesionales de salud y los trabajadores sociales”(1).

Precisamente por estas razones, a todo problema se crea una solución. Puesto que este fenómeno viene ocurriendo hace tiempo, cada país o centro sanitario ha creado sus propios métodos. Un estudio reciente del Departamento de Urgencias del Hospital Calderdale Royal Hospital en Gran Bretaña, hizo una revisión bibliográfica para identificar estrategias basadas en la evidencia y así mejorar su Servicio. Sus conclusiones fueron claras, “el flujo de pacientes y la aglomeración pueden mejorarse mediante la implementación de nuevos patrones de trabajo y la introducción de nuevas tecnologías”(5).

Otro estudio hizo una simulación para mejorar el proceso de los pacientes que acudían por sí mismos a Urgencias. La simulación determinó que con solo mejorar tres de las características del servicio se podía llegar a reducir en un 73,2 % el tiempo medio de espera de los pacientes y también reducir el agotamiento del personal sanitario(6).

Sintetizando, este trabajo tiene como finalidad adecuar un programa de educación para la salud en la Comarca del Bages; porque aun haber muchos sistemas diferentes para atender una urgencia, aún hay ciertas poblaciones que se dirigen siempre al mismo sitio, el hospital.

2. Justificació

Hace tres años, cuando estaba en mi segundo año de carrera, empezamos una asignatura de Educación para la Salud. En esa asignatura nos hicieron crear un programa para promover la salud de un conjunto específico de personas. Una de las integrantes de mi grupo trabajaba como enfermera auxiliar en el Servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, ella fue la que conocía la temática y nos introdujo en la materia. Yo me quedé muy sorprendida al conocer el problema y la polémica que existía y que se generaba entorno a todo el conjunto hospitalario. Nunca me había planteado si funcionaba correctamente, ya que, en las pocas ocasiones que había acudido, había sido por emergencias de gravedad considerable, tanto propias como de familiares. Aunque obtuvimos muchos datos, ese no era el objetivo del trabajo por lo que solo vimos la “punta del iceberg”.

Accidentalmente, y como parte de mi carrera, durante mi tercer año de estudios pude hacer prácticas en ese mismo centro y servicio, en el turno de mañana, tanto en triaje como en la zona de exploración, diagnóstico y tratamiento. Durante mi estancia todas las observaciones y consecuencias redactadas en mi introducción, en mayor o menor grado y no todos los días, se fueron haciendo patentes, es más, por comentarios de mis otros compañeros de estudios en el mismo servicio, pero en diferente turno, ellos también observaban semejanzas. Mi curiosidad se vio incrementada. Fue entonces cuando establecí que esta cuestión me interesaba lo suficiente como para trabajarla en un estudio de final de grado.

Hasta cierto punto tenía una noción de lo que ocurría, pero cuando empecé a buscar información me quedé muy sorprendida al encontrar que no solo era una problemática en mi zona de residencia, sino que era una dificultad que afectaba globalmente. En consecuencia, me hizo pensar que debería haber alguna manera en que la gestión o la promoción de la salud ayudara y beneficiara a este tipo de Servicios.

3. Hipòtesis y objetivos del estudio

3.1 Hipòtesis

La hipótesis del estudio es: si se realiza un programa de educación para la salud dirigido a la población del Bages, el uso de los SUH del Bages mejorará.

3.2 Objetivos del estudio

Objetivos generales

- Crear un programa de educación para la salud en la población del Bages para una correcta utilización de los servicios de urgencias de los diferentes centros asistenciales durante un año, 2019.

Objetivos específicos

- Identificar las razones por las que la población utiliza más habitualmente los SUH que otras instalaciones en la población del Bages.
- Análisis de la afluencia a los servicios SUH.
- Informar sobre los servicios de urgencias de hospital, urgencias APS (CAP) y urgencias telefónicas.
- Comparar la asistencia a los SUH antes de la realización del programa de salud, con la asistencia a los SUH después del programa.

4. Marco teórico

4.1 Historia

Los Servicios de Urgencias han existido de diferentes formas a lo largo de la historia, aunque, en pocas palabras, la atención urgente en sus orígenes era extrahospitalaria. Por otra instancia, los hospitales existían como casas de acogida para enfermos y desamparados, más tarde, su utilización se fue extendiendo, junto con la evolución de la medicina. Con respecto al concepto de urgencia, este se hizo presente en los conflictos bélicos de los siglos XVIII y XIX cuando los heridos necesitaban atención urgente en el campo de batalla, por lo que, se hace patente la necesidad de llevar a los pacientes graves a los hospitales y se inventa un sistema de ambulancia a motor con equipos preparados para la asistencia inmediata. A lo largo del siglo XVII hasta el XX aparecen los hospitales tal y como los conocemos ahora. En España estos dos conceptos, urgencias y hospital, se unen en 1935 con la creación del primer servicio de urgencias médicas y quirúrgicas abierto 24 horas al día en el Hospital Clínico de Barcelona (7)(8)(9).

4.2 Actualidad

En la actualidad, en el Estado Español se puede contemplar como los ejemplos internacionales se pueden extrapolar. El derecho a una sanidad pública y gratuita está contemplado en la Constitución Española¹(10) por lo que es normal que las personas utilicen los SUH cuando son necesarios.

Del mismo modo, en que mundialmente los SUH tienen un uso inadecuado por parte de los pacientes, pasa exactamente lo mismo en este país. El SEMES definió que “este Servicio se había convertido en una red de seguridad para el resto del Sistema Sanitario”(11).

Un estudio de 2010 a nivel Estatal expresó que desde la década de los noventa hasta finalizarse el estudio, sobrevenía un crecimiento medio anual del 5 % en los SUH. Al tener datos, tanto de los centros públicos sanitarios como de los privados, de todas las Comunidades Autónomas (CC. AA.) pudo reparar en que no había tanta variabilidad entre cada CC. AA. Del mismo modo, aclara que esta variabilidad puede ser trascendental ya que, “un comportamiento u otro puede suponer millones de visitas a este Servicio”. Aun así, la variabilidad dentro de cada CC. AA. era más

¹ Artículo 50 de la Constitución Española

elevada, por lo que llegaron a la conclusión de que “las diferencias en su utilización respondían a patrones locales”, y así dedujo que “las diferentes poblaciones de las diversas áreas de salud hacen un uso diferencial de los SUH para los problemas de menor entidad”(12).

A pequeña escala, se razonaron los motivos por los cuales las personas se dirigían a estos Servicios. Los principales motivos son “la percepción de la salud y la carencia de educación para la salud”(13); “mala organización en otras áreas del Sistema Sanitario de la misma zona, como los centros de atención primaria; problemas sociales; y porque tienen más confianza en estos Servicios que en otros alternativos”(12).

De modo similar, sus consecuencias se hacen patentes y la utilización incorrecta de estos Servicios puede mermar la calidad, eficiencia, efectividad y equidad del Sistema de Salud. (12,13)

Considerando estos hechos, en nuestra sociedad han aparecido diferentes métodos tal como la atención de urgencia en los Centros de Atención Primaria (CAP), las Urgencias Extrahospitalarias y los servicios de atención telefónica como el 112 o el 061. Cada CC. AA. tiene sus propios métodos de utilización y servicios, pero en general todos tienen un mismo objetivo, mejorar el bienestar de las personas.

En Cataluña, el Sistema de Salud lo dirige la Generalitat de Cataluña a través del Sistema Sanitari Català (SSC). Dentro de sus recursos y con los dispositivos creados, abarcan la atención primaria urgente (CAP, CUAP, PAC), la hospitalaria, el Servei d’Emergències Mèdiques (SEM) y CatSalut Respon, un servicio de telefonía de urgencias con acceso directo para todo el territorio catalán las 24 horas del día, los 365 días al año(14). Este último existe con el objetivo principal de informar y asesorar a los ciudadanos en materia de salud, además de informar de los recursos existentes en los Servicios Sanitarios. En otras palabras, “organiza la información en diversos niveles de especialización y, dependiendo de la dificultad de la consulta, el ciudadano es atendido por diferentes perfiles de profesionales, ofreciendo una respuesta consensuada con profesionales de la salud”(15). Así mismo, los CUAP (Centre d’Urgència d’Atenció Primària) dan soporte a los equipos de atención primaria en las demandas urgentes, dotadas de profesionales especialistas y tecnología adecuada(16).

A pesar de todo, como viene haciendo referencia este trabajo, sigue apareciendo una demanda de sobreuso por parte de los pacientes con patologías no urgentes en los

Servicios de Urgencias Hospitalarios. En 2016, el informe sobre las actividades de urgencia por nivel de triaje de Catalunya explica que “el 52% de las urgencias hospitalarias se podrían haber resuelto en un CUAP” y que se trataban, en general, “de urgencias menores, sin ningún riesgo potencial para la vida del paciente o casos no urgentes programables sin ningún tipo de riesgo”, resultados muy parecidos a los años anteriores(17). Al final, lo que se consigue es la saturación de los hospitales y una peor calidad, al igual que no se puede garantizar una seguridad asistencial correcta(18–20).

Análogamente, estos datos se observan en el hospital de referencia de la comarca del Bages. “El 70% de las atenciones de las Urgencias de Sant Joan de Déu de Manresa fueron poco o no urgentes” durante el 2015 (21). “Desde el 2011, el primer año entero que funcionaron las nuevas instalaciones de urgencias de Sant Joan de Déu, hasta el 2014 las atenciones crecieron un 8% cada año”(22). Los responsables de este servicio y otros profesionales del centro han recalado a la población que tienen otros centros a los cuales asistir sin todos los inconvenientes que provoca la saturación de esta prestación, incluso hicieron pruebas piloto para redirigir la atención, aunque sin ningún tipo de resultado(21,23,24).

4.3 Definición de conceptos

En los Servicios de Urgencias hay ciertas palabras que han cobrado significado propio, en este caso urgencia y emergencia, los cuales son parecidos pero que comportan diferencias importantes a la hora de tratar a un paciente.

Emergencia está definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “aquel caso en que la falta de asistencia conducirá a la muerte en minutos” y la Asociación Médica Americana (AMA) como “aquella situación urgente que pone en peligro inmediato la vida del paciente y la función de un órgano”(25), así mismo también está descrito como “situaciones en las que existe un riesgo inmediato de que el paciente pierda la vida o su integridad física o funcional, donde lo más importante es salvar la vida, seguido de la integridad física y por último la función”(8).

Urgencia está definido por la OMS como “problema o patología cuya evolución es lenta y no necesariamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de seis horas” (26), y la AMA lo define como “toda condición que en opinión del paciente, familia o quien sea que asume la responsabilidad de la demanda, requiere una atención inmediata”(8).

Es decir, que aun siendo palabras utilizadas en el vocabulario común como sinónimos, para los profesionales sanitarios la diferencia reside en la gravedad del estado funcional de la persona y el riesgo vital que comporta para la vida.

Otra definición necesaria es la del uso adecuado de los SUH.

Un uso adecuado sería aquel en el que la utilización de un servicio es apropiado, ajustado y conforme a las condiciones o necesidades de un usuario, teniendo en cuenta la aplicación específica y práctica a la que esté destinado este servicio, sin abusar de este para que su finalidad propia no se convierta en perjuicio ajeno. Además para que los SUH sean factibles y aptos han de ofrecer un servicio orientado al paciente que cubra sus necesidades y expectativas en el tiempo adecuado, al mínimo coste posible y cumpliendo con los objetivos para lo que ha sido creado(27–30).

4.4 Cartera de servicios en el estado Español en relación a la atención de urgencia

En el estado Español la atención sanitaria inmediata está reglamentada en las prestaciones sanitarias², esto implica que “se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente y la atención in situ, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica e enfermera y con la colaboración de otros profesionales”(31). Por consiguiente, las administraciones sanitarias competentes crean procedimientos y modelos organizativos de actuación para la realización de la atención sanitaria inmediata. Entre ellas destacan:

- La atención telefónica, que asigna la respuesta más adecuada a cada urgencia u ofrece información, orientación y/o consejo sanitario.
- La evaluación inicial e inmediata para determinar los riesgos para su salud y su vida.
- La realización de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
- La monitorización, observación y reevaluación de los pacientes.
- El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, según se requiera por la situación clínica.

² Prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y farmacéuticos, dirigidos a preservar, conservar o restablecer la salud de los beneficiarios.(70)

- La información y asesoramiento de los pacientes o acompañantes sobre la atención prestada.
- La alta del paciente o su derivación al nivel asistencial más adecuado.
- La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran.

4.5 Cartera de servicios en la CC.AA. de Cataluña en relación a la atención de urgencia

En relación a la cartera de servicios en la CC.AA. de Cataluña de acuerdo con la atención de urgencia son(32):

- Resolver consultas telefónicas y/o orientar la demanda hacia el dispositivo más adecuado.
- Atender y resolver las demandas de atención inmediata no complejas en el caso de los CAP, PAC, CUAP o SEM, tanto en un centro como en un domicilio.
- Atender y derivar las urgencias que requieran un nivel de resolución superior en el caso de los CAP o PAC, CUAP o SEM, tanto en un centro como en un domicilio.
- Asegurar la continuidad de la atención al ciudadano una vez ya ha recibido atención urgente en cualquier dispositivo.
- Atender y resolver consultas derivadas de Sanitat Respon o el SEM en el caso de los CAP o PAC.
- Activar, movilizar y gestionar los recursos de atención a las emergencias y de transporte sanitario, en el caso de Sanitat Respon o SEM.
- Atender y resolver las demandas de atención inmediata que se derivan a los SUH.
- En el caso de derivar a pacientes a centros de alta complejidad se deberá planificar con la región sanitaria correspondiente.

4.6.1 Triage

El triaje es una herramienta para poner orden al inicio de la cadena asistencial en un centro o unidad sanitaria, en el cual se categoriza a los pacientes según su gravedad y pronóstico vital para determinar la prioridad de tratamiento(33). Según Mediuris® es “la acción o proceso realizado por personal sanitario cualificado conducente a la clasificación de pacientes que demandan una atención sanitaria de urgencia, tanto

hospitalaria como extrahospitalaria, con el fin de brindar en el menor tiempo posible la mejor atención sanitaria a cada paciente, priorizando al paciente que presente mayor gravedad”(34), por lo tanto, el plazo terapéutico tendrá un gran valor, ya que a menor plazo terapéutico mayor prioridad para el tratamiento.

4.6.2 Modelos de triaje

Aunque existen muchos tipos de triaje, actualmente se reconocen 5 modelos: el Australian Triage Scale (ATS), el Manchester Triage System (MTS), el Emergency Severity Index (ESI), el Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), y el Sistema Español de triaje (SET), este último creado a partir del Model Andorrà de Triatge (MAT)(35).

Los más difundidos en España son el MAT, el SET y el MTS.

4.6.3 Funcionamiento del triaje

Estos modelos establecen niveles de priorización y determinan el tiempo óptimo entre la llegada y la atención. Hay 5 niveles (36):

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora, situaciones de riesgo vital inmediato.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital alto, inestabilidad fisiológica o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos, puede existir riesgo vital inmediato.
- Nivel III: urgente, pero estable hemodinámicamente, con potencial riesgo vital que probablemente exige o requiera pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgente. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de 240 minutos (36,37).

Por lo tanto, el orden de la atención en los SUH se rige en base a la gravedad de los pacientes, no al orden de llegada(38).

4.6.4 Modelo MTS

El Manchester Triage System valora al paciente a la llegada al SU basándose en función de la queja del paciente y unas preguntas definidas, estandarizadas y jerarquizadas. Al final se le asigna al paciente un nivel de prioridad, el cual se representa con un color(39).

4.6.5 Modelo SET

El modelo Sistema Español de Triage valora al paciente a la llegada al SU basándose en una escala de síntomas y diagnósticos centinela, es entonces cuando se determina la urgencia del problema y se asigna el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado(36).

4.6.6 Modelo MAT

El modelo andorrano de triaje valora al paciente a la llegada al SU basándose en “unas categorías sintomáticas o de presentación, con discriminantes clave y con algoritmos clínicos en un formato electrónico”(40). *Ver ilustración 1, ANEXO I.*

4.7 Funcionamiento de urgencias en el Hospital Sant Joan de Déu de Manresa

Acorde con lo mencionado anteriormente, el funcionamiento del Servicio de Urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, empieza siempre con la llegada de un paciente al servicio tanto si viene por sí mismo, por su propio pie, como si viene por orden de otro profesional de salud, o con el SEM.

En un principio, todos los pacientes pasan por triaje el cual es realizado por enfermeras con experiencia en este servicio. El sistema de triaje utilizado es el modelo MAT. Después de realizar una serie de preguntas y observar los signos y síntomas definitorios, las enfermeras deciden que recurso utilizar del hospital, es decir, dejarlos entrar al servicio de urgencias o enviar al paciente a otro de los servicios del hospital. Estos servicios pueden ser: hospital de día de crónicos, oncología, neumología y vascular.

Si el paciente entra al servicio de urgencias las enfermeras lo trasladaran a uno de los cuatro bloques existentes (del A al D). Cada bloque trata con diferentes niveles del triaje y también depende de los signos y síntomas descritos por el paciente. De esta manera en el Bloque A se atiende pacientes con triaje nivel IV o V y sintomatología no urgente o banal. El bloque B trata a los pacientes pediátricos de cualquier nivel de triaje. El bloque C trata a pacientes con triaje nivel I, II, III con sintomatología crítica, cirugía compleja y medicina general. El último Bloque, el D, trata a pacientes con triaje II o III que presentan sintomatología de traumatismos leves y cirugía no compleja.

El Bloque A está formada por una serie de consultas, tanto para médicos como enfermeras, que atienden a los pacientes durante el horario diurno (de 9:30am a 9:30pm).

Los Bloques del B al D están abiertos las 24h, constan de una serie de boxes con el material necesario para atender a los pacientes y tratarlos, también hay una zona común para los profesionales donde se guarda el instrumental para diagnosticar y tratar.

Por la alta afluencia que existe, este hospital ha creado una serie de guías para poder enviar a algunos pacientes a otras unidades del centro, siempre y cuando no haya riesgo vital.

Las unidades, ya comentadas, aceptan a los pacientes que de por sí ya asisten de manera regular a las unidades de oncología, neumología y hospital de día de crónicos. Se debe agregar que aquellos pacientes que no estén censados pero que cumplan con una serie de requisitos son también aceptados, así como pacientes con 80 años o más, pacientes crónicos complejos (PCC) y pacientes con enfermedad crónica avanzada (MACA).

En el caso de la Unidad de Vascular solo aceptan al paciente con sospecha o con el diagnóstico de su médico de cabecera de trombosis.

Además de estas guías, el personal de urgencias y de triaje de este centro han creado lo que llaman el triángulo de evaluación geriátrica, donde se tiene en cuenta la dependencia, el delirium y el domicilio de la persona. Si cumple con una serie de requisitos y, sobretodo, no es un paciente agudo, sino que existe una cronicidad, se envía a otra unidad para poder realizar un tratamiento de choque y remitir al paciente a su domicilio actual. En ningún caso se enviará a este tipo de pacientes a otra unidad si existe verdadero riesgo vital.

Estas unidades sirven para poder ayudar y reducir el número de usuarios en los SUH.³

4.8 Geografía de la Comarca del Bages

La Comarca del Bages está situada en el centro de la Cataluña Central y tiene una superficie de 1.092,3 km². Rodeada por los ríos Llobregat y Cardener, que son sus principales afluentes, los cuales conforman su estructura hidrográfica básica. En cuanto a la orografía, está protegida por el Pre-pirineo al norte, la Sierra Litoral al sureste y el Macizo de Montserrat al sur. Las tierras planas que rodean la ciudad de Manresa, su capital, configuran el Pla del Bages. Sus alrededores están llenos de

³ Esta información ha sido proporcionada por la Diplomada en Enfermería Carme Llorens Concustell, trabajadora en el Servicio de Urgencias y en triaje del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

altiplanos y sierras. La mayor parte del territorio corresponde a bosques o conreos por lo que la superficie urbanizable es del 6% (41).

Al estar en el centro de Cataluña forma parte de un nudo importante de comunicaciones y ha jugado siempre un papel muy destacado a lo largo de la historia por ser una comarca central. Las principales vías de acceso a la ciudad son: la C-16/E-9, autopista que comunica Barcelona, Terrassa y Manresa y que continua como autovía hasta el Pirineo y el túnel del Cadí; la C-37 de Manresa a Igualada también conocida como Eix Diagonal; la C-55 de Barcelona a Manresa y Solsona; la C-25 o autopista Ap-7 de Girona a Manresa y Vic, también conocida como Eix Transversal; Autopista A-2 / C-25 que conecta Manresa con Lleida; otras carreteras locales comunican el centro comarcal con los diversos alrededores del Bages y sus poblaciones (42).

4.9 Demografía del Bages

La Comarca del Bages la forman 30 Municipios con una población total de 174.604 personas. Casi el 45% de la población está concentrada en la capital del Bages, Manresa, así como la actividad económica de la zona (41). *Ver tabla 1, ANEXO II*, Sus mayores poblaciones son: Manresa, Sant Joan de Vilatorrada y Sant Vicenç de Castellet, el resto cuanto más se alejan de la capital, menos habitantes tienen, debido a ello es importante que haya una buena red de comunicaciones y vías de acceso ya que se hace evidente la necesidad del uso de transporte propio o público para desplazarse por la Comarca. Manresa centraliza todo el sector de servicios de la zona con un 63%, el cual, por otra parte, se ha convertido en los últimos años en la principal fuente económica y de trabajo en toda el área. Le siguen la industria con un 32,7%, la construcción con un 5% y la agricultura con un 0,5%. El Bages se sigue considerando una zona industrializada por su industria textil, la minería, la metalurgia, la industria manufacturera y la industria alimentaria(43).

En lo referente a la edad desde 2015, se identifican 4 grupos de edad. El primero, de 0 a 14 años; el segundo, de 15 a 64 años; el tercero, de 65 a 84 años; y el último de 85 años o más. *Ver tabla 2, ANEXO III*.

Con respecto a la población activa, los últimos datos conocidos de 2011 refieren que hay un población activa de 97.625, de la cual, 72.169 tiene una ocupación y el resto está en situación de paro; asimismo tiene una población inactiva de 86.455 (44).

En cuanto al nivel de educación, también conocido del 2011, 16.011 no tienen ninguna titulación; 23.419 tienen educación primaria (primer grado); 90.161 tienen

educación secundaria (segundo grado); y 23.642 tienen título universitario (enseñanza universitaria)(44).

Por otro lado, la población del Bages cuenta con 156.703 personas de nacionalidad española y 17.901 personas con nacionalidad extranjera(44).

La diferencia de datos poblacionales recogida en algunos casos, como el nivel de educación y la población total, viene dada por la disgregación de 5 municipios que pertenecían a la Comarca del Bages y que ahora pertenecen a la Comarca del Moianès. A efectos sobre la utilización de los servicios sanitarios, la población de estos 5 municipios siguen recurriendo a la Comarca del Bages.

En deferencia a los dos grupos de edad a partir de los 65 años con un total de 34.021 habitantes, se ha de decir que, a causa del aumento de la esperanza de vida de los países desarrollados, se originan una serie de problemas de salud como el aumento de las enfermedades crónicas y la aparición de síndromes geriátricos, lo cual conduce a mayor discapacidad y menor autonomía para la persona(45). Relacionado con los SUH, generalmente este tipo de pacientes pueden llegar a necesitar del servicio cuando tienen una recaída y necesitar más recursos de los disponibles en los SUH, sobretodo temporales y físicos.

4.10.1 Centros asistenciales con urgencias en el Bages

Según el BOE en el Real Decreto 137/1984 explicita que la población estará protegida por una zona de salud que podrá oscilar entre 5.000 y 25.000 habitantes, tanto en el medio rural como en el medio urbano(46).

En el Bages hay 21 centros asistenciales repartidos entre 14 municipios de los 30 existentes. Ver tabla 3, ANEXO IV,. Tres de ellos son hospitales y están situados en Manresa, el resto de estos centros son Centros de Atención Primaria (CAP), excepto uno, en Balsareny, que es un consultorio local. Todos ellos, tienen un horario de apertura de 8h a 21h y pueden atender urgencias menores o no urgentes. Fuera de este horario 10 de ellos se mantienen abiertos como PACs (Punts d'Atenció Continuada) en horario diurno en días no lectivos y solo 5 de ellos abren en horario nocturno; en el Bages solo existe un CUAP en el CAP Bages abierto las 24h (47). Por la información obtenida a través de profesionales trabajando en el sector se sabe que este CUAP trabaja como PAC.

Al respecto de los tres hospitales, el Centre Hospitalari no atiende urgencias de ningún tipo. El hospital Sant Joan de Déu de Manresa y la Clínica Sant Josep atienden urgencias medico quirúrgicas, de traumatología, de obstetricia, de ginecología, de pediatría y de salud mental, aunque el primero es el de referencia

para la mayoría de la población del Bages y atiende también a las urgencias derivadas de las Comarcas del Berguedà y el Solsonés(48). Ver *tabla 3*, ANEXO IV.

4.10.2 Definición de los centros asistenciales

- CAP: centro especializado en la atención primaria del usuario. Es el primer punto de acceso al SSC donde se puede consultar por problemas de salud o se quiere prevenir alguna enfermedad. Ofrece “diagnóstico y atención a los principales problemas de salud, asistencia sanitaria y social, servicios de promoción de la salud, atención preventiva, curativa y rehabilitadora, servicios de atención a domicilio, atención urgente y/o continuada, y por último, atención a la salud sexual y reproductiva”(49). Estos centros cuentan con todo el material necesario para poder atender cualquier necesidad. Los más grandes tienen laboratorio propio y sala de rayos X para hacer radiografías. Su horario de apertura es de 8h a 21h.
- CUAP: centro de urgencias en atención primaria situado en el mismo CAP. Ofrecen diagnóstico y atención a problemas de salud poco graves o no urgentes pero que necesitan de la atención especializada de un profesional sanitario. Disponen de los mismos recursos que el CAP donde están localizados y están abiertos 24h.
- PAC: puntos de atención continuada, parecidos al CAP y con la misma función que el CUAP, pero con menos personal y menos recursos que los dos anteriores. Su horario de apertura varía. Normalmente abren en horario diurno en días no lectivos o fines de semana. Pocos de ellos quedan abiertos durante el horario nocturno.
- Consultorio local: centro parecido al CAP con las mismas funciones pero con horario de apertura variable. Se sitúan en todas aquellas localidades donde no se hallé un CAP(50).
- Hospital general: centro de atención con múltiples especialidades que ofrece, entre otros, los SUH. Este servicio ofrece atención continuada 24h con todas las prestaciones que tiene según su nivel de asistencia. Existen tres niveles:
 - Nivel 1: hospital comarcal de medicina general con poca tecnología .
 - Nivel 2: hospital con más dotación tecnológica y más especialidades.
 - Nivel 3: hospitales con una gran dotación de tecnología y especializados en tratamientos (50,51).

4.11 Población más habitual que utilizan los SUH

Los diferentes grupos de personas que utilizan los SUH y los motivos principales son:(11,17)

- Menores de 15 años que vienen a urgencias por: infecciones respiratorias de vía alta; lesiones y/o contusiones; y fiebre de origen desconocido.
- En el grupo de 15 a 64 años: lesiones y/o contusiones; dolor de espalda; y dolor abdominal.
- En mayores de 64 años: además de las incluidas en el grupo anterior también estarían las infecciones urinarias.
- Entre los pacientes híper frecuentadores existen:
 - o Los menores de 6 años por consultas respiratorias
 - o Mujeres en edad fértil por embarazo y parto
 - o Mayores de 69 años con patologías respiratorias.
- Un 25% de la población mayor de 65 años acude por enfermedades crónicas en descompensación.
- Por último, existen los usuarios que acuden a las urgencias hospitalarias por iniciativa propia y de forma directa sin consultar con un profesional de salud y sin una patología concreta de poca gravedad o nula.

4.12 Estrategias de intervención en la población de Catalunya

Con el objetivo de mejorar y descongestionar los SUH el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya ha creado una campaña desde febrero de 2017. Esta campaña consta de publicidad en televisión con un anuncio de 20 segundos, dos cuñas radiofónicas de 30 segundos, cartelera publicitaria y anuncios en prensa escrita(52). Su finalidad consiste en que las personas no acudan a los servicios SUH sin antes consultar a especialistas de Sanitat Respon, tanto médicos como enfermeras, llamando al 061. De esta manera se pretende “orientar a los ciudadanos sobre el mejor centro al que acudir en caso de un problema de salud” y “asesorar y proporcionar una respuesta adecuada al problema de salud planteado”. Ver *ilustración 2, ANEXO V.*

5. Metodología

5.1 Tipo de diseño

Estudio de un ensayo comunitario con comparación pre-post sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios.

5.2 Ámbito

Este estudio va dirigido a las personas residentes en la Comarca del Bages que utilizan los servicios de urgencias hospitalarios durante la realización del programa de salud desde Junio de 2017 hasta Junio de 2018. La población ya ha sido descrita en apartados anteriores del marco teórico como la demografía del Bages o población más habitual que utilizan los SUH.

5.3 Población y muestreo

La población de referencia a la cual se extrapolaran los resultados será toda la población del Bages.

Para hacer el estudio se escogerán a aquellas personas descritas en el marco teórico que forman parte de la población del Bages y que utilizan los SUH, que según el artículo “La informació als usuaris d’urgències de les esperes no fa que marxïn als CAP”, son un 70% de la población que utilizan los SUH y que su nivel de triaje es de IV o V, o lo que es lo mismo, poco o no urgentes(21).

A partir de los datos proporcionados por la página web de la Generalitat de Catalunya se conoce que al día se atienden 9.500 personas en los servicios de urgencias hospitalarios (53).

Si existe 9.500 urgencias al día y se divide por el total de la población de Cataluña, 7.522.596 (54), y se multiplica por la población del Bages, 174.381 (54), se obtiene el número de urgencias que el hospital Sant Joan de Déu del Bages atiende 220,2. Este resultado es muy parecido al mencionado en el artículo “Sant Joan de Déu atén 200 urgències més que l’any passat” en el que especifica que habitualmente llegan a atender unas 300 urgencias diarias (55), si se hace el 70% de las urgencias poco o no urgentes se obtiene 210 urgencias.

$$n = \frac{9.500}{7.522.596} \times 174.381 = 220,2 \text{ urgencias en el Bages}$$

$$n = 300 \times \frac{70}{100} = 210 \text{ urgencias poco o no urgentes}$$

Si se multiplica este resultado por 365 días, que es el periodo en el cual se van a recoger datos, obtenemos que existirán 80.373 usuarios a los que poder hacer la intervención.

$$n = 220,2 \times 365 = 80.373 \text{ usuarios atendidos en un año con nivel IV o V}$$

El plan de muestreo se hará con un muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia, es decir, que las personas escogidas serán aquellas que cumplan con los criterios en el Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

Las personas incluidas en este estudio serán aquellas que:

- Utilicen el Servicio de Urgencias hospitalario.
- Pacientes con un nivel de triaje de IV o V.
- Pacientes que se presentan en los SUH con enfermedades o lesiones que pueden ser atendidas en un CAP.
- Pacientes que acudan a urgencias por su propia iniciativa.
- Residir en la zona del Bages

Las personas excluidas serán:

- Aquellos pacientes que vengan referidos por otros profesionales de la salud.
- Pacientes con un nivel de triaje de I, II o III.
- Pacientes que necesiten resucitación, intervención urgente o un rápido diagnóstico y/o tratamiento.

5.5 Descripción de variables

Este estudio cuenta con dos tipos de variables: las sociodemográficas y las referidas a salud. Ver tabla 4, ANEXO VI.

Las sociodemográficas serían: género, edad, dónde residen, nivel de educación, situación laboral, fecha, día de la semana y hora de la consulta.

Las variables referidas a salud serían: nivel de triaje y si son personas autónomas.

Las variables cualitativas son: género, situación laboral, lugar de residencia, autonomía del usuario.

Las variables cualitativas con orden son: nivel de educación, fecha de consulta y día de la semana.

Las variables cuantitativas discretas son: edad y nivel de triaje.

La única variable cuantitativa continua es la hora de consulta.

Las variables ya descritas en el marco teórico son: lugar de residencia (Ver tabla 1, ANEXO II) y nivel de triaje (4.6.3 Funcionamiento del triaje).

Hay dos variables universales: género y edad.

- Género: “conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes”(56), en este caso, el sexo “condición orgánica, masculina o femenina”(57).

- Edad: “tiempo que ha vivido una persona” y “cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana”(58).
- Nivel de educación: “instrucción por medio de la acción docente”(59) que se le otorga un rango a las diferentes enseñanzas.
- Fecha de consulta: referido a los meses del año. Serie de 12 meses consecutivos, de Enero a Diciembre.
- Día de la semana: “serie de siete días naturales consecutivos, del lunes al domingo”(60).
- Hora de la consulta: “momento preciso del día en que ha ocurrido”(61).
- Autonomía: “condición de quien no depende de nadie”(62).
- Situación laboral: “acción y efecto de trabajar”(63), esta definición incluye a los menores que por legislación aún no pueden trabajar y también aquellas personas jubiladas, “persona que, cumplido el ciclo laboral establecido para ello, deja de trabajar por su edad”(64).

5.6 Instrumentos de recogida de datos

Los datos se recogerán con los informes del programa de triaje de urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa durante un año a partir del inicio del estudio. De estos informes se pretende extraer las variables mencionadas en el apartado anterior.

5.7 Análisis de los datos

Los datos se recogerán y se almacenarán en el programa G-STAT, creando una tabla que contenga toda la información referida de cada usuario seleccionado. A cada usuario se le dará un número de codificación para preservar el anonimato de sus datos. Se tendrá en cuenta la falta de información en los informes como un missing de usuario⁴ o aquellos usuarios que regresan más de una vez al SUH. En el caso de que no se pudiera recoger la información de los partes de los informes del programa de triaje se recogería la información de los informes de urgencias del mismo centro. Se realizará primero un análisis univariante de cada variable recogida. Para todas las variables cualitativas se recogerán cada una con una tabla de frecuencia y un diagrama de sectores; las variables cuantitativas discretas con sus respectivas tablas de frecuencia y diagrama de barras; por último, las variables cuantitativas continuas

⁴ Missing de usuario: valor que no se sabe o no se contesta.

tendrán su tabla de frecuencia y su histograma. En cada tabla de frecuencia se tendrá en cuenta la moda⁵. En las variables cuantitativas discretas se calculará los cuartiles⁶. Más adelante, se ejecutará el mismo procedimiento pero con análisis bivariante o trivariante entre las variables recogidas utilizando tablas de contingencia y correlaciones. Estas correlaciones serán:

- Comparar cada una de las variables con el nivel de triaje.
- Examinar cual es la población que más proviene a los SUH comparando las variables género y edad
- Comparar las variables fecha de consulta, día de la semana y hora de consulta.
- Diferenciar los resultados anteriores con la situación laboral de los usuarios.
- Cotejar las variables edad con población donde residen los usuarios.
- Equiparar la población donde residen los usuarios con los centros asistenciales de la zona.
- Examinar la fecha de consulta y la hora de consulta con el horario laboral de los centros asistenciales de la zona.

5.8 Consideraciones éticas y legales

Según la Declaración de Helsinki de 1964 hay una serie de principios éticos a tener en cuenta cuando se hace una investigación médica en seres humanos, en este caso con información identificable (65). Según estos principios este estudio garantiza la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Se enviará una carta de permiso al comité de Ética de la Recerca de la Universidad de Vic- Central de Cataluña (CER UVic – UCC) y otra al Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC). Se informará a la institución participante sobre el estudio y sus objetivos. Se pedirá a la institución Sant Joan de Déu de Manresa, a través de un permiso, el acceso a los informes del programa de triaje de los usuarios incluidos en los criterios de inclusión. Si deciden aceptar, se les entregará un resumen por escrito especificando que los datos aportados solo serán utilizados para este estudio y que se codificarán para mantener la confidencialidad de los usuarios. También se manifestará que este estudio no comportará ningún riesgo para los usuarios. *Ver permiso, ANEXO VII.*

⁵ Moda: valor que se repite más veces en la tabla de frecuencia.

⁶ Cuartiles: muestran la variación de los datos.

Todos los datos recogidos estarán sometidos a la legislación vigente “Ley Orgánica de Protección de Datos” (LODP) ley 15/1999, de 13 de diciembre y ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica(66).

5.9 Procedimiento del estudio

Después de recibir la aprobación de los diferentes comités éticos para la realización del estudio este empezará en Junio de 2017. Los datos serán recogidos durante un año hasta Junio de 2018. Se dejará 6 meses para evaluar las variables y obtener los resultados. Según los resultados observados se realizará el programa de salud dirigido a la población del Bages durante un año, 2019. Con los resultados obtenidos el programa incidirá, sobretodo, en aquella población que hace un uso incorrecto, pero también se creará una campaña de publicidad para la totalidad de la población del Bages, de esta manera se aumentará los conocimientos y se asegura que la población esté informada sobre los recursos existentes. Al finalizar el programa se repetirá todo el proceso y se volverán a recoger los mismos datos sobre la utilización de los SUH en el Hospital Sant Joan de Déu de Manresa durante un año de Junio de 2020 a Diciembre de 2021. Al final, después de 4 meses de evaluación y obtención de resultados, se compararan los resultados de las dos muestras y se comprobará si ha sido efectivo el programa realizado.

5.10 Programa de educación para la salud

La duración del programa será de un año, durante el 2019, y estará formado por 6 actividades diferentes.

Los destinatarios de las actividades son toda la población, aunque se hará hincapié en aquellos usuarios que utilicen incorrectamente los SUH.

Los lugares de acceso a la comunidad serán el correo postal, los centros sanitarios del Bages, las escuelas e institutos del Bages, la radio y el periódico de la zona.

Este programa está destinado a crear y ofrecer una serie de actitudes, habilidades y conocimientos a la población del Bages.

Carta

Se enviará una carta a los usuarios del SNS de la población del Bages con la siguiente información y un imán de nevera durante los tres primeros meses des del inicio del programa de educación.

- Dar a conocer los servicios del CAP y Sanitat Respon.
- Diferencia entre una urgencia y una emergencia.

- Recordar que los CAP son la entrada principal a los servicios de salud y que horarios de apertura tienen.
- Informar sobre los CAP que están abiertos en la zona durante los días no lectivos y en horario diurno.

El imán de nevera se crearía a través del cartel publicitario “Creus que has d’anar a urgències? Truca al 061” en el cual se vería la imagen y el título principal.

Publicidad

Utilizar la publicidad creada por el CatSalut Respon y la Generalitat de Catalunya.

- Colgar los carteles publicitarios en los CAP y en los SUH durante un año.
- Publicar en el periódico local Regió 7: El diari de la Catalunya Central el anuncio una vez al mes durante un año.
- Utilizar las cuñas radiofónicas en las emisoras locales durante 1 semana cada inicio de mes durante un año.

Formación continuada

Dar formación continuada a los profesionales sanitarios, médicos e enfermeras, de los CAP y los CUAP durante un mes.

- Crear un protocolo de actuación juntamente con las enfermeras de triaje y médicos de urgencias del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa, en el cual se especifique que métodos o procedimientos seguir ante situaciones o patologías comunes en triaje IV y V para los CAP, los PAC y el CUAP.
- Crear unas directrices para enviar a un usuario con nivel de triaje IV o V a urgencias hospitalarias.
- Evaluar a los 3, 6, 9 y 12 meses con casos que han aparecido en los CAP que se han solucionado o que no se han solucionado.

Trípticos

Crear trípticos para los pacientes de los CAP y los SUH que serán repartidos durante un año, se producirán más en caso necesario.

- Dar a conocer los servicios del CAP y Sanitat Respon.
- Diferencia entre una urgencia y una emergencia.
- Recordar que los CAP son la entrada principal a los servicios de salud y que horarios de apertura tienen.
- Informar sobre los CAP que están abiertos en la zona durante los días no lectivos y en horario diurno.

Servicio de Urgencias Hospitalario

Dar otras opciones de atención a los usuarios con triaje IV o V, durante un año.

- Crear un protocolo para los profesionales de triaje del hospital en el cual se especifique en que casos se puede ofrecer al usuario que se le visite en su centro de salud (CAP), durante el primer mes o trimestre desde el inicio del programa.
- Dar la posibilidad de llamar a su centro de salud (CAP) y preguntar si lo pueden atender allí en menor tiempo que el SUH.
- Dar la posibilidad de atender a los pacientes pero no ofrecer las pruebas complementarias como radiografías o pruebas analíticas y ofrecer cita para estos servicios como si se estuviera en un CAP, a su vez, especificar que se deberá pedir visita con su médico o enfermera del CAP después de realizarse las pruebas complementarias.

Escuelas e institutos

Ir a las escuelas e institutos para ofrecer charlas y actividades, tanto a los jóvenes como a los padres, durante un año en los diferentes centros, asistir 1 o 2 veces según se crea necesario.

- Ir a las escuelas e institutos y dar una charla informativa a la Asociación de Madres y Padres de Alumnos (AMPA) con la información descrita anteriormente.
- Ir a las escuelas y los institutos y ofrecer 2 actividades:
 - La primera que sea un teatro interactivo en la que los actores deban representar diferentes situaciones descritas en un folio en las cuales se representará un estado de salud y como se reacciona ante ella. Los estudiantes deberán valorar si la reacción o acción realizada es correcta o incorrecta.
 - La segunda será un juego a partir de tarjetas en las que se determine emergencias o urgencias sanitarias y deberán relacionarlas con otras tarjetas en las que pongan los 3 recursos diferentes, el CAP, Sanitat Respon y los SUH.

6. Limitaciones del estudio

Este estudio tiene presente las limitaciones que puedan aparecer a lo largo del proceso:

- No querer participar en el estudio.
- Muestra demasiado grande.
- Los datos y las variables necesarias no se encuentren en los informes.
- Usuarios que utilicen los SUH más de una vez.
- Que los informes no estén completa.
- Mal registro de los datos.
- Que los usuarios no digan la verdad en los SUH.
- Coste elevado de todo el proceso.
- Aparición de desvíos.
- La secuencia temporal puede introducir cambios no contabilizados.
- Aparición de nuevas variables.
- Asumir un error del 2% al recoger los datos.
- Pueden existir impedimentos éticos.

Validez interna

Al ser un ensayo comunitario y escoger a toda la población con un muestreo no probabilístico intencional o de conveniencia, la muestra del estudio queda muy limitada, por eso es importante crear un programa de educación para la salud definido para estos usuarios, pero sin dejar de tener en cuenta la totalidad de los habitantes del Bages.

Validez externa

Este estudio podría ser extrapolado a otras poblaciones parecidas a la Comarca del Bages con infraestructuras sanitarias parecidas, también a poblaciones más pequeñas o más grandes, siempre y cuando el programa este vinculado a acciones locales para llegar al máximo de población posible de la zona de una manera coherente y factible.

7. Recursos

Los recursos necesarios para este estudio se pueden dividir en 2 secciones:

- 1) En la primera parte del ensayo para la recopilación de datos, se necesitará:
 - Dos investigadores capaces de recoger y analizar los datos en un programa electrónico para crear el programa de salud, los investigadores serán graduados de enfermería, uno de ellos será el responsable de este estudio.
 - Un programa donde poder almacenar dichos datos, tal como el G-STAT.
 - Dos ordenadores para poder desarrollar toda la tarea.
 - Un lugar en el que poder trabajar.
 - Material de oficina tal como: bolígrafos, papel, una mesa y dos sillas.
 - Disponibilidad de un transporte, ya puede ser transporte público o privado.
- 2) En la segunda parte del ensayo, para la implementación del programa de salud, se necesitará:
 - Una inversión de alguna entidad o entidades que quieran colaborar en el proyecto.
 - Usuarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) para llevar a cabo el programa de salud.
 - Colaboradores o empresas que pueda crear y/o repartir la campaña de publicidad.
 - Disponibilidad de un transporte.
- 3) En la tercera parte del ensayo, se realizará la recopilación y organización de los datos. Se necesitará el mismo material que en la primera parte del ensayo. Al final los investigadores podrán obtener las conclusiones sobre los datos extraídos.

A consecuencia de que se inicia todo este ensayo con un presupuesto de 0€ los problemas de logística vienen dados por ello. Se deberá empezar el proyecto con recursos propios. En la segunda fase del ensayo, sería necesario una aportación de dinero que dependería totalmente de las acciones que se quieran realizar en la población.

8.1 Cronograma del estudio

Cronograma	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Abril 2017	Mayo 2017
Informe preliminar	Yellow							
Tutoría preliminar	Yellow							
Revisión Bibliográfica	Yellow	Yellow	Red	Red				
Introducción		Green		Red				
Justificación		Green		Red				
Objetivos		Green		Red				
Marco Teórico				Red				
Cronograma				Red				
1ª Entrega		Green						
Tutoría inicial			Orange					
Metodología					Blue			
Limitaciones					Blue			
Recursos					Blue			
2ª Entrega					Blue			
Aplicabilidad y utilidad						Purple		
Plan de difusión						Purple		
Conclusiones						Purple		
Bibliografía	Pink	Pink	Pink	Pink	Pink	Pink		
3ª Entrega							Cyan	
Entrega final								Cyan

8.2 Cronograma del Programa de Salud

Cronograma	Junio de 2017 a Junio de 2018	Julio de 2018 a Diciembre de 2018	Enero de 2019 a Diciembre de 2019	Enero de 2020 a Diciembre de 2020	Enero de 2021 a Junio de 2021
Recogida de datos					
Evaluar las variables y obtener los resultados					
Realizar el programa de salud					

9. Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados

Este estudio serviría para la mejora de los SUH, reduciendo la afluencia a estos por parte de usuarios con un nivel de triaje IV y V. De esta manera se pretende conseguir mejorar la utilización de los diferentes mecanismos que conforma el sistema de urgencias, garantizar calidad en la atención a los usuarios que vengan a los SUH, aumentar la satisfacción de los usuarios con una atención de calidad y un menor tiempo de espera, también se pretende conseguir la satisfacción de los profesionales implicados en los SUH. Por ende, si el proyecto se llevara a cabo y se logran sus objetivos podría haber una reducción de los costes, mejor inversión de los recursos y una mejora general de los SUH.

Es importante especificar que este ensayo puede tener relevancia porque se hace a nivel local en la Comarca del Bages, ya que, lo que se pretende es cambiar un comportamiento y se harían acciones en la zona específica. Para los servicios sanitarios de la zona puede tener relevancia porque implicaría poder hacer una reestructuración de los recursos que se utilizan y reabrir el CAP del Bages como CUAP y no PAC.

A parte de las limitaciones recogidas anteriormente, este ensayo puede presentar otro límite si al final no se consiguieran los recursos para llevar a cabo el proyecto.

Es necesario recalcar que aunque se realice, legalmente y éticamente nunca se pondrá denegar la asistencia en los SUH a los usuarios con niveles de triaje IV y V, ni durante el trascurso del proyecto ni a su finalización.

Este ensayo, además, podría servir en un futuro para definir como cambiar patrones locales relacionados con la salud y la sanidad.

10. Plan de difusión

En un principio este ensayo se expondría a los facultativos sanitarios y aquellas entidades relacionadas con la gestión en el ámbito sanitario que trabajan en la Comarca del Bages, haciendo énfasis en aquellos profesionales que no están en contacto directo con el Servicio de Urgencias pero que dado su cometido tengan que seguir las nuevas guías para que el proyecto alcance sus objetivos. Se harían presentaciones y seminarios dónde se expondría el problema existente y el programa de salud que se quiere realizar. En el caso de que el proyecto se llegara a realizar se volvería a hacer otra presentación con los resultados obtenidos.

Estas presentaciones o seminarios se realizarían antes, durante y al finalizar el estudio.

Otro rasgo que se buscaría más específicamente, es intentar que la prensa escrita local difundiera la noticia, haciendo una descripción del proyecto y presentando los resultados que se quieren obtener. En este caso se intentaría que se difundiera antes y después del ensayo.

Así mismo, se creara un artículo que pueda ser presentado en diferentes revistas de enfermería. *Ver tabla 5, ANEXO VIII.* Este artículo estará dirigido para enfermeras u otros profesionales dedicados a la promoción de la salud.

11. Conclusiones

Llegados a este punto, la finalidad de este trabajo siempre ha sido disminuir el sobreuso de los Servicios de Urgencias Hospitalarios por casos de urgencias menores o no urgentes en el hospital Sant Joan de Déu de Manresa, de la zona del Bages.

Se espera que con el programa de salud los usuarios y residentes del territorio utilicen los diferentes mecanismos para atender cada urgencia, con un claro propósito de redirigir los casos de urgencias con nivel de triaje IV y V a Centros de Atención Primaria o a Sanitat Respon.

Si se consigue, implicaría un cambio en el patrón local gracias al programa de salud, lo cual puede beneficiar en el futuro si se volviera a utilizar la misma técnica.

En definitiva, si los objetivos se cumplen, los SUH mejoraran de manera directa los recursos temporales, físicos y humanos, de manera indirecta también los económicos.

Un trabajo de estas características siempre conlleva un tiempo y un esfuerzo mayor en muchos sentidos. Es necesario e importante aprender a organizarte y a buscar la información necesaria, al igual que saber cual es beneficiosa o la que solo conlleva una pérdida de tiempo. Estudiar, aprender y saber juzgar lo que se te presenta y no buscar aquello que podría complicar más aún un trabajo de estas características que acaba siendo trascendental para no desviarte de tu objetivo principal.

En mi caso el tiempo siempre ha sido el enemigo, saber organizarse e intentar comprender que ha de existir una constancia, en vez de hacer un sprint.

12. Bibliografia

1. Chapman B, Turnbull T. Health professionals' perceptions of inappropriate use of A&E services. *Br J Nurs* [Internet]. 12 de mayo de 2016 [citado 9 de enero de 2017];25(9):476-83. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27172488>
2. Carret ML V, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 18 de agosto de 2007 [citado 9 de enero de 2017];7:131. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17705873>
3. Kua PHJ, Wu L, Ong ELT, Lim ZY, Yiew JL, Thia XHM, et al. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: Caregivers' perspectives. *Singapore Med J* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2017];57(6):314-9. Recuperado a partir de: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4971450&blobtype=pdf>
4. Toloo G-S, Aitken P, Crilly J, FitzGerald G, FitzGerald G, Toloo S, et al. Agreement between triage category and patient's perception of priority in emergency departments. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2017];24(1):126. Recuperado a partir de: <http://sjtrem.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13049-016-0316-2>
5. Jarvis PRE. Improving emergency department patient flow. *Clin Exp Emerg Med* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2017];3(2):63-8. Recuperado a partir de: <http://ceemjournal.org/upload/pdf/ceem-16-127.pdf>
6. Joshi V, Lim C, Teng SG. Simulation Study: Improvement for Non-Urgent Patient Processes in the Emergency Department. *Eng Manag J* [Internet]. 2 de julio de 2016 [citado 9 de enero de 2017];28(3):145-57. Recuperado a partir de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10429247.2016.1199746>
7. Fernández Ayuso D. Manual de enfermería en emergencia prehospitalaria y rescate. 2a Edición. España: Arán; 2008. p. 892: capítulo 1; 25-26.
8. Caravaca Caballero A. Atención sanitaria especial en situaciones de emergencia: Técnico en Emergencias Sanitarias. Madrid: Arán; 2013 [citado 29 de enero de 2017]. p. 244; capítulo 1: 30-31. Recuperado a partir de: https://books.google.es/books?id=K8QvZaSZ2RgC&printsec=frontcover&dq=Atenci3n+sanitaria+especial+en+situaciones+de+emergencia:+T3cnico+en+Emergencias+Sanitarias&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=Atenci3n+sanitaria+especial+en+situaciones+de+emergencia
9. Schott H, Vilella A. Cr3nica de la medicina. 1a edici3n. Barcelona: Plaza y Jan3s Editores S.A.; 1993. p. 640; cap3tulo 7: 224, 231; cap3tulo 8: 319.
10. Rodr3guez JMJ, Contreras CF, Allam MF. Gran dependencia y uso de servicios sanitarios: ¿Un exceso de demanda? *Gerokomos* [Internet]. diciembre de 2014 [citado 9 de enero de 2017];25(4):148-51. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400004&lng=en&nrm=iso&tlng=en
11. Gonz3lez Armengol JJ. Informe de los Defensores del Pueblo sobre los servicios de urgencias hospitalarios en Espa3a. *Emergencias Rev la Soc Espa3ola Med Urgencias y Emergencias* [Internet]. Saned; 2015 [citado 9 de enero de 2017];27(1):4-6. Recuperado a partir de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5411744>

12. Peiró S, Librero J, Ridao M, Bernal-Delgado E. Variability in Spanish National Health System hospital emergency services utilization. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier; 1 de enero de 2010 [citado 9 de enero de 2017];24(1):6-12. Recuperado a partir de: <http://www.gacetasanitaria.org/es/variabilidad-utilizacion-los-servicios-urgencias/articulo/S0213911109003112/>
13. Vázquez Fernández ME, Núñez Jiménez C. ¿Si es urgente para ti, es urgente para mí? *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. Revista Pediatría de Atención Primaria; 2015 [citado 12 de enero de 2017];17:83-7. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322015000200013&lng=es
14. Servei Català de la Salut. Urgències mèdiques. Ciutadania [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2016 [citado 10 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciutadania/urgencies-mediques/>
15. Quero M, Ramos MB, López W, Cubillas JJ, González JM, Castillo JL. Uso de customer relationship management para mejorar la atención sanitaria de la ciudadanía. *Servicio Salud Andalucía 24 horas. Salud Responde. Gac Sanit* [Internet]. 2016 [citado 9 de enero de 2017];30(5):397-400. Recuperado a partir de: <https://medes.com/publication/113995>
16. Servei Català de la Salut. Centre d'Urgències d'Atenció primària (CUAP) Horta [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2012 [citado 9 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: http://sac.gencat.cat/sacgencat/AppJava/organisme_fitxa.jsp?codi=18676
17. ACN Barcelona. Más de la mitad de les urgències hospitalàries es poden resoldre en un CUAP. *La Vanguardia* [Internet]. Barcelona; 23 de diciembre de 2016 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20161223/412841518514/mes-de-la-meitat-de-les-urgencies-hospitalaries-es-poden-resoldre-en-un-cuap.html>
18. EFE. Las entidades vecinales denuncian colapso de urgencias hospitales Barcelona. *La Vanguardia* [Internet]. Barcelona; 15 de noviembre de 2016 [citado 23 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.lavanguardia.com/vida/20161115/411882101803/las-entidades-vecinales-denuncian-colapso-de-urgencias-hospitales-barcelona.html>
19. 20 minutos. Las urgencias de los hospitales catalanes vuelven a saturarse mientras hay camas cerradas. *20 minutos* [Internet]. Barcelona; 18 de febrero de 2015 [citado 23 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.20minutos.es/noticia/2381295/0/colapso/urgencias/cataluna/>
20. EUROPA PRESS. Los pacientes esperan hasta 9 horas en las urgencias de algunos hospitales del ICS. *La Vanguardia* [Internet]. Barcelona; 26 de septiembre de 2011 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.lavanguardia.com/salud/20110926/54222217285/los-pacientes-esperan-hasta-9-horas-en-las-urgencias-de-algunos-hospitales-del-ics.html>
21. Camps G. La informació als usuaris d'Urgències de les esperes no fa que marxin als CAP. *Regió 7: El Diari de la Catalunya Central* [Internet]. Manresa; agosto de 2015 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.regio7.cat/manresa/2015/08/01/informacio-als-usuaris-durgencies-esperes/324041.html>
22. Camps G. Les Urgències de Sant Joan de Déu derivaran casos lleus. *Regió 7:*

- El Diari de la Catalunya Central [Internet]. Manresa; enero de 2015 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.regio7.cat/manresa/2015/01/16/urgencies-sant-joan-deu-derivaran/298582.html>
23. Morros J. Les urgències de primària es traslladen al CAP Bages. Regió 7: El Diari de la Catalunya Central [Internet]. Manresa; julio de 2011 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.regio7.cat/manresa/2011/07/07/urgencies-primaria-traslladen-al-cap-bages/153397.html>
 24. Redó S. La grip i les patologies respiratòries fan augmentar les urgències el 6%. Regió 7: El Diari de la Catalunya Central [Internet]. Manresa; marzo de 2016 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.regio7.cat/manresa/2016/03/04/grip-patologies-respiratories-augmentar-urgencies/351524.html>
 25. Villalibre C, Director C, Castro R, Codirector D, Ignacio P, González A, et al. Catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica. Trabajo fin de máster en Análisis y gestión de Emergencia y desastre [Internet]. Universidad de Oviedo. 2013 [citado 29 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17739/3/TFM cristina.pdf>
 26. Oficina médica Dra. Lorna Oyola. ¿Cuál es la diferencia entre Emergencia Médica y Urgencia Médica? [Internet]. Medicina General y Preventiva. 2017 [citado 29 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dralornaoyola.com/educaciones/cual-es-la-diferencia-entre-emergencia-medica-y-urgencia-medica/>
 27. Gómez Rojas R. Apuntes asignatura Gestión y Calidad de los Servicios. 2015.
 28. Real Academia Española. Abuso [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 7 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=0EZHSBG>
 29. Real Academia Española. Uso [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 7 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=bBV63BI>
 30. Real Academia Española. Apropiado [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 7 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=3K5tgTK>
 31. Servicios sociales e Igualdad. Cartera de Servicios comunes de la Atención Especializada [Internet]. Ministerio de Sanidad. 2016 [citado 29 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/4AtencionDeUrgencia/AU-AtencionUrgencia.htm>
 32. Departament de Salut. Model d'atenció a les urgències [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2012 [citado 4 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/model_datencio_urgencies/documents/arxius/model_atencio_urgencies_2012.pdf
 33. Rodríguez Soler AJ, Peláez Corres MN, Jiménez Gudarrama LR. Manual de triage prehospitalario. 1a edición. Barcelona: Elsevier; 2008 [citado 29 de enero de 2017]. p. 241; capítulo 1: 6. Recuperado a partir de:

- https://books.google.es/books/about/Manual_de_triage_prehospitalario.html?i d=ZhOzjSfNhtIC&redir_esc=y
34. Jiménez Murillo L, Pérez FJM. Medicina de urgencias y emergencias : Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4a edición. Barcelona: Elsevier; 2009 [citado 29 de enero de 2017]. p. 1135; capítulo 23: 1097. Recuperado a partir de:
https://books.google.es/books/about/Medicina_de_urgencias_y_emergencias .html?hl=es&id=08qpA2v2O2wC
 35. Manzanares Zaldívar B. La práctica clínica de triaje. Aplicación de los diferentes sistemas de triaje. Rev Enferm [Internet]. 2014 [citado 29 de enero de 2017];37(3):17-22. Recuperado a partir de:
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84904902445&partnerID=tZOtx3y1>
 36. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Alvarez A. Triage: a key tool in emergency care. Scielo [Internet]. 2010 [citado 11 de febrero de 2017];33 Suppl 1(33):55-68. Recuperado a partir de:
<http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
 37. Rivas Jiménez M. Manual de urgencias. 3a edición. Madrid: Médica Panamericana; 2013 [citado 9 de enero de 2017]. p. 899; capítulo 1: 16-17. Recuperado a partir de:
https://books.google.es/books?id=4XgFqa5dV7oC&printsec=frontcover&dq=urgencias&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=urgencias&f=false
 38. Rioja Salud. Urgencias y emergencias [Internet]. Gobierno de la Rioja. 2016 [citado 11 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de:
<https://www.riojasalud.es/ciudadanos/centros-y-servicios/urgencias/77-urgencias-y-emergencias1>
 39. Grupo Español de Triage Manchester. Presentación - Triage GET [Internet]. Triage Manchester. 2016 [citado 11 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.triagemanchester.com/web/presentacion_es_66.php
 40. Serrano Benavente RA. Sistema de triaje en urgencias generales. Univ Int Andalucía [Internet]. 2013 [citado 5 de abril de 2017];39. Recuperado a partir de:
http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2764/0561_Serrano.pdf?sequence=1
 41. Consell Comarcal del Bages. Territori del Bages [Internet]. Consell Comarcal del Bages. 2016 [citado 12 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de:
<http://www.ccbages.cat/territori-del-bages/>
 42. Ajuntament de Manresa. Manresa turisme; La ciutat; Com arribar? [Internet]. Ajuntament de Manresa. 2016 [citado 20 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.manresaturisme.cat/cat/la-ciutat/com-arribar>
 43. Consell Comarcal del Bages. Activitat econòmica del Bages [Internet]. Consell Comarcal del Bages. 2016 [citado 20 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.ccbages.cat/territori-del-bages/activitat-economica-del-bages/>
 44. Institut d'Estadística de Catalunya. Territori. El municipi en xifres. Bages [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 13 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.idescat.cat/emex/?id=07#h40000001247>
 45. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [citado 4 de abril de 2017]. Recuperado a partir de:

<http://www.who.int/topics/ageing/es/>

46. BOE Legislación Consolidada. Real Decreto 137/1984 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo, BOE-A-1984-2574 1984 [citado 6 de abril de 2107] p. 6. Recuperado a partir de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>
47. Servei Català de la Salut. Centres amb atenció continuada i urgent [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 9 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciudadania/guia-centres-sanitaris/guia-centres.pdf>
48. Fundació Althaia. Urgències [Internet]. Fundació Althaia. 2016 [citado 20 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.althaia.cat/althaia/ca/assistencial/atencio-especialitzada/area-durgencies-i-emergencies-1/urgencies>
49. Servei Català de la Salut. Atenció primària [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 16 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciudadania/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-primaria/>
50. Farre M. UD 2: nivells d'assistència sanitària [Internet]. IES Torre Vicens. 2009 [citado 16 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://blocs.xtec.cat/mireiafarre/files/2008/11/ud2apunts.pdf>
51. Servei Català de la Salut. Atenció especialitzada i hospitalària. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 16 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://catsalut.gencat.cat/ca/ciudadania/acces-sistema-salut/guiadus/canals/atencio-especialitzada/>
52. Sistema d'Emergències Mèdiques. Campanya; Creus que has d'anar a urgències? Truca al 061 [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 5 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: http://sem.gencat.cat/ca/061CatSalutRespon/campanya_2017/
53. SEM - Sistema d'Emergències Mèdiques. Campanya; Creus que has d'anar a urgències? Truca al 061 [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2016 [citado 13 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: http://sem.gencat.cat/ca/061CatSalutRespon/campanya_2017/
54. Institut d'Estadística de Catalunya. Territori. El municipi en xifres. [Internet]. Generalitat de Catalunya. 2017 [citado 11 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://www.idescat.cat/emex/?id=082779>
55. Morros J. Sant Joan de Déu atén 200 urgències més que l'any passat. Regió 7: El Diari de la Catalunya Central [Internet]. Manresa; agosto de 2015 [citado 9 de enero de 2017]; Recuperado a partir de: <http://www.regio7.cat/manresa/2015/08/16/sant-joan-deu-aten-200/325744.html>
56. Real Academia Española. Género [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=J49ADOi>
57. Real Academia Española. Sexo [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>

58. Real Academia Española. Edad [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
59. Real Academia Española. Educación [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=EO5CDdh>
60. Real Academia Española. Semana [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=XV9JZTZ>
61. Real Academia Española. Hora [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=KdzJ1hu>
62. Real Academia Española. Autonomía [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=4TsdBo>
63. Real Academia Española. Trabajo [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=aBuhX28>
64. Real Academia Española. Jubilado [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 17 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <http://dle.rae.es/?id=MZ3JbDK>
65. World Medical Association (WMA). Ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. World Medical Journal. 2013 [citado 16 de febrero de 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
66. BOE Legislación Consolidada. Real Decreto 15/1999 [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo España; 1999 [citado 6 de abril de 2017] p. 333. Recuperado a partir de: http://boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=055_Proteccion_de_Datos_de_Caracter_Personal&modo=1
67. Servizo Galego de Saúde. Listado de revistas científicas incluidas en Cuiden [Internet]. Fundación Cuiden. 2014 [citado 6 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: http://bibliosaude.sergas.es/DXerais/513/LISTADO_DE_REVISTAS_INCLUIDAS_EN_CUIDEN.pdf
68. Serafín Fernández. ¿A qué revistas de Enfermería españolas puedo enviar mi artículo? [Internet]. cuidando.es. 2017 [citado 6 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: <https://www.cuidando.es/listado-de-revistas-de-enfermeria-espanolas/>
69. FUNDACIÓN INDEX. Ranking cuiden citacion 2015 - Revistas de Enfermería más citadas en iberoamericaa [Internet]. Fundación Index. 2015 [citado 6 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php
70. Ministerio de Justicia. Prestaciones Sanitarias [Internet]. Mutualidad General Judicial. 2014 [citado 29 de enero de 2017]. Recuperado a partir de: http://www.mugeju.es/es/3_prestaciones_servicios/1_prestaciones_sanitarias/

71. Servei Català de la Salut. Pla d'ordenació de les urgències 2008-2012 a la ciutat de Barcelona [Internet]. Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2012 [citado 5 de abril de 2017]. Recuperado a partir de: http://premsa.gencat.cat/pres_fsyp/docs/2012/02/03/15/54/6b298884-b4ee-4847-b85c-18785e18265b.pdf
72. M. Teresa Icert et al. Como elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Metodología 19. UB.
73. El AEIOU de la investigación en enfermería. A. B. Salamanca. Funden 2013.
74. JM Domènech. Fundamentos de diseño estadística. Signo 2010.
75. Gómez de la Cámara A. Análisis de la estructura metodológica de las propuestas de investigación presentadas al Fondo de investigación Sanitaria. Med Clin (Barc) 1997; 109: 445-451.
76. Roca J. Como y para que hacer un protocolo. Med Clin (Barc) 1996; 106: 257-262.
77. Argimón Pallás JM, Jiménez Villa J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Elsevier, Barcelona, 2004.
78. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia. Elsevier, Barcelona, 2006.

ANEXO I

En la tabla se pueden ver categorías en la parte superior de color azul oscuro que indican a un paciente con triaje 1, escalas a la derecha de color marrón, antecedentes en la parte izquierda de color marrón, discriminantes clave en la parte superior de color azul claro y síntomas en la parte inferior de color rojo.

? Parada respiratoria y/o cardiorrespiratoria	? Inconsciente	? Convulsiones generalizadas activas	? Choque	? Obstrucción de la vía aérea / dispnea pre-paro
? Hemorragia masiva incontrolable	? Presentación de partes fetales / prolapso del cordón umbilical	? Agitación y violencia extremas	? Gran quemado	? Trauma grave
? Paciente psiquiátrico	? Signos y/o constantes vitales	? Dolor	? Estado emocional	? Nivel de conciencia
? Riesgo epidémico	zona Ayuda <input type="checkbox"/> Valoraremos inicialmente la necesidad de reanimación, contención activa o ayuda al parto. Una vez descartado el nivel I, evaluaremos los signos y/o constantes vitales, la presencia de dolor y el estado emocional. Será importante valorar la presencia de factores de riesgo o situaciones específicas que pueden aumentar el nivel de urgencia y/o de complejidad, al igual que evaluar algunas manifestaciones que se miden como escalas de gravedad.	zona Datos personales Datos del paciente [Redacted] Datos del profesional [Redacted] Cancelar clasificación Confirmar clasificación		? Estado de conciencia
? Inmunodeprimido / riesgo de infección				? Sintomatología respiratoria
? Diabético				? Fiebre
? Hipertenso				? Deshidratación
? Embarazada				? Hemorragia
? Dolor torácico	? Cefalea y/o cervicálgia	? Focalidad neurológica	? Convulsiones	? Inestabilidad, lipotimia / síncope y malestar general
? Síntomas oculares	? Síntomas otorrinolaringológicos	? Alergia y reacciones cutáneas	? Síntomas digestivos	? Síntomas uro-ginecológicos
? Intoxicación	? Agresión/negligencia	? Abuso sexual	? Alteración del tronco y extremidades no traumática	? Lesiones y traumatismos

Ilustración 1: Categorías sintomáticas y discriminantes clave del Modelo Andorrano de Triage; Servei Català de la Salut(71); Fuente: Premsa Servei Català de la Salut

ANEXO II

Tabla 1: Poblaciones del Bages, su número de habitantes en 2016, superficie de cada población en km² y la densidad de población en habitantes por km².

Municipio / Población	Número de habitantes	Superficie en km ²	Densidad de población hab./km ²
Aguilar de Segarra	253	43,3	5,8
Artés	5.596	17,9	313,1
Avinyó	2.212	63,2	35
Balsareny	3.285	36,9	89
Callús	2.057	12,5	164,6
Cardona	4.775	66,7	71,6
Castellbell i el Vilar	3.584	28,5	125,9
Castellfollit del Boix	448	58,9	7,6
Castellgalí	1.995	17,2	115,9
Castellnou de Bages	1.287	29,2	44,1
Fonollosa	1.401	51,7	27,1
Gaià	160	39,5	4
Manresa	74.752	41,6	1.794,8
Marganell	277	13,5	20,5
Monistrol de Montserrat	2.867	11,8	243,6
Mura	219	47,8	4,6
Navarcles	5.988	5,5	1.084,8
Navàs	6.045	80,6	75
El Pont de Vilomara i Rocafort	3.724	27,4	135,9
Rajadell	533	45,5	11,7
Sallent	6.592	65,2	101,1
Sant Feliu Sasserra	612	22,4	27,4

Sant Fruitós de Bages	8.387	22,2	377,8
Sant Joan de Vilatorrada	10.759	16,4	655,2
Sant Mateu de Bages	618	102,9	6
Sant Salvador de Guardiola	3.141	37,1	84,5
Sant Vicenç de Castellet	9.235	17,1	539,1
Santpedor	7.520	16,6	453,3
Súria	5.873	23,6	248,9
Talamanca	---	---	6,3
Total	174.604	1.092,3	159,7

Fuente: Instituto de estadística de Catalunya (54).

ANEXO III

Tabla 2: División por grupos de edad y total de número de personas en cada grupo de la población del Bages

Grupos de edad	Número de personas
De 0 a 14 años	27.921
De 15 a 64 años	112.662
De 65 a 84 años	28.130
De 85 años o más	5.891
Total	174.604

Fuente: Instituto de estadística de Catalunya(54).

ANEXO IV

Tabla 3: Centros asistenciales sanitarios en el Bages durante 2017.

Población	Centro asistencial	Existencia de PAC	PAC Abierto 24h
Artés	CAP Dr. Agustí Garriga	Sí	Sí
Balsareny	Consultori Local Balsareny	No	No
Cardona	CAP Cardona	Sí*	No
Castellbell i el Vilar	CAP Castellbell i el Vilar	No	No
Manresa	CAP Bages	Sí	Sí
	CAP Les Bases de Manresa	No	No
	CAP Sagrada Família	No	No
	CAP Sant Andreu	No	No
	CUAP Bages	Sí	Sí
	Centre Hospitalari	No	No

	Hospital Sant Joan de Déu de Manresa	SUH	Sí
	Clínica Sant Josep	SUH	Sí
Monistrol de Montserrat	CAP Monistrol de Montserrat	Sí	Sí
Navarcles	CAP Navarcles	No	No
Navàs	CAP Navàs	Sí*	No
Sallent	CAP Sallent	Sí	Sí
Sant Fuitós de Bages	CAP Sant Fruitós de Bages	Sí*	No
Sant Joan de Vilatorrada	CAP Sant Joan de Vilatorrada	Sí*	No
Sant Vicenç de Castellet	CAP Sant Vicenç de Castellet	Sí*	No
Santpedor	CAP Santpedor	No	No
Súria	CAP Goretti Badia	Sí	Sí

Fuente: Servei Català de la Salut (SCS) (47).

* PAC abierto en días no lectivos y festivos en horario diurno

ANEXO V

Creus que has d'anar a urgències? Truca al 061.

Sabies que una gran part de les urgències mèdiques es poden resoldre sense haver d'anar a l'hospital?
Al 061 sempre tens un professional sanitari a prop per orientar-te.
Per una salut millor, 061 CatSalut Respon.



ANEXO VI

Tabla 4: Variables del estudio

Variable	Tipo de variable	Descripción	Medida
Género	Cualitativa	Toma valores no numéricos; nominal	2 categorías: masculino y femenino
Edad	Cuantitativa continua	Toma valores numéricos; intervalo	Unidades del sistema internacional
Dónde Residen	Cualitativa	No toma valores numéricos; nominal	30 categorías: 30 municipios
Nivel de educación	Cualitativa con orden	No toma valores numéricos; ordinal	5 categorías: sin estudios, primaria, secundaria, bachillerato, universidad
Situación laboral	Cualitativa	No toma valores numéricos; nominal	4 categorías: población activa, población inactiva, población jubilada; población menor de 16 años
Nivel de triaje	Cuantitativa discreta	Toma valores numéricos; ordinal	Contaje
Autonomía	Cualitativa	No toma valores numéricos; nominal	2 categorías: dependiente e independiente
Fecha de la consulta	Cualitativa con orden	No toma valores numéricos; ordinal	12 categorías: meses del año
Hora de la consulta	Cuantitativa continua	Toma valores numéricos; intervalo	3 categorías: turno de mañana, turno de tarde y turno de noche
Día de la semana	Cualitativa con orden	No toma valores numéricos; ordinal	7 categorías: días de la semana

ANEXO VII

Consentimiento informado

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN COMUNITARIA

Título del estudio:

Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población del Bages.

Investigador principal: Cristina Vida Lucea.

Sede donde se realizará el estudio: Universitat de Manresa; Fundació Universitària del Bages.

Nombre de la institución: Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como permiso informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

Mejorar del uso de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) en la Comarca del Bages para su buen funcionamiento y el uso correcto de las instalaciones.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

- Crear un programa de salud en la población del Bages para dar a conocer la correcta utilización de los servicios de urgencias de los diferentes centros durante un año, entre el 2017 y el 2018.
- Identificar las razones por las que la población utiliza más habitualmente los SUH que otras instalaciones en la población del Bages.
- Enseñar a la población del Bages a identificar y diferenciar entre las urgencias y las emergencias en salud.
- Disminuir el nivel de afluencia a las urgencias hospitalarias en la población del Bages.
- Informar sobre los servicios de urgencias de hospital, urgencias de primaria y urgencias telefónicas.

3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO

(Explicar brevemente los beneficios esperados. Si existen estudios anteriores o alternativos, aunque sean de otros investigadores, se puede hacer referencia a ellos en este capítulo con la intención de ampliar la información).

En estudios realizados anteriormente por la institución ya mencionada se ha observado que la población hace un sobreuso de los servicios de urgencias del hospital.

Con este estudio conocerá de manera clara si usted porque se presenta este uso y si se puede hacer algún cambio de mejora.

Este estudio permitirá que en un futuro esta institución pueda beneficiarse del conocimiento obtenido y de los métodos encontrados para la mejora de este servicio.

4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio se le pedirá el acceso a los Historiales Clínicos de los usuarios atendidos en el Servicio de Urgencias con la intención de identificar las siguientes variables: género, edad, fecha y hora de la consulta, lugar de residencia, nivel de educación, situación laboral, nivel de triaje, autonomía del usuario. Todos estos datos se dispondrán para su codificación y evaluación.

5. RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Ningún riesgo ha sido asociado a este estudio.

Este estudio consta de las siguientes fases:

La primera implica la recogida de datos de los Historiales Clínicos durante un año.

La segunda parte del estudio se consistirá en la codificación y evaluación de los datos.

La tercera parte en la implantación de un programa de salud.

La cuarta parte implica la recogida de datos nuevamente, a especificar, para comprobar los resultados de la implantación del programa de salud.

6. ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

Usted también tiene acceso a las Comisiones de Investigación y Ética de la Universidad de Manresa, Fundació Universitària del Bages a través del teléfono: 93 877 41 79.

- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La institución, _____ ha leído y comprendido la información anterior y las preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Ha sido informada y entiende que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Conviene en participar en este estudio de investigación. Recibirá una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma de la institución

Fecha

Testigo 1

Fecha

Testigo 2

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado a la Institución, _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

8. CARTA DE REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Título del estudio:

Informar sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población del Bages.

Investigador principal: Cristina Vida Lucea

Sede donde se realizará el estudio: Universitat de Manresa; Fundació Universitària del Bages

Nombre del participante: Hospital Sant Joan de Déu de Manresa

Por este conducto deseo informar mi decisión de retirarme de este protocolo de investigación por las siguientes razones: (Este apartado es opcional y puede dejarse en blanco si así lo desea el paciente)

Si el paciente así lo desea, podrá solicitar que le sea entregada toda la información que se haya recabado sobre él, con motivo de su participación en el presente estudio.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo

Fecha

Testigo

Fecha

c.c.p La institución.

(Se deberá elaborar por duplicado quedando una copia en poder del paciente)

ANEXO VIII

Tabla 5: Listado de revistas de Enfermería

Revista	ISSN
Rol de Enfermería	0210-5020
Parainfo Digital	1988-3439
Ciber revista: enfermeradeurgencias.com	1579-5527
Comunicación Enfermera	1135-4259
Cuidando la Salud	1696-1005
Gerokomos	1134-928X
Índex de Enfermería (edición digital): Información Bibliográfica, Investigación y Humanidades	1699-5988
Investigación y Educación en Enfermería	0120-5307
Metas de Enfermería	1138-7262
Paginasenferurg.com	1989-2829
Public Health Nursing	0737-1209
Revista electrónica de Enfermagen	1518-1944

Fuente: creación propia a través de diferentes páginas web(67–69).