

Maria del Mar Casas Ros

ANÀLISI DE LA FREQUÈNCIA DEL SERVEI D'URGÈNCIES
D'UN HOSPITAL COMARCAL: ESTUDI RETROSPECTIU

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per la Dra. Mireia Llauredó Serra

Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Vilafranca del Penedès
2023

ÍNDIX DE CONTINGUT

1. INTRODUCCIÓ	8
2. MARC TEÒRIC	10
2.1. Els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH).....	10
2.1.1. Context.....	10
2.1.2. El servei d'urgències de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP)	10
2.1.3. Concepte d'atenció urgent o urgència	12
2.1.4. Triage	12
2.2. Freqüentació als Serveis d'Urgències Hospitalaris	12
2.2.1. Context.....	12
2.2.2. Definició d'usuari freqüent i hiperfreqüentador segons la bibliografia	13
2.3. Per què anem a urgències?	14
2.3.1. Els motius per acudir-hi.....	14
2.3.2. La complexitat en els serveis d'urgències.....	15
3. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA I ANTECEDENTS	17
3.1. Cerca bibliogràfica.....	17
3.2. Freqüentació i hiperfreqüentació als serveis d'urgències hospitalaris	17
3.2.1. Causes	17
3.2.2. Característiques dels usuaris freqüents (UF) i hiperfreqüentadors (HF).....	18
3.2.3. Conseqüències	19
4. APORTACIONS D'INTERÈS DE L'ESTUDI.....	20
5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	21
5.1.Objectius	21
5.1.1. General	21
5.1.2. Específics	21
5.2. Hipòtesis.....	21

6. MÈTODE	22
6.1. Disseny, metodologia i justificació	22
6.2. Població i mostra	22
6.2.1. Població diana.....	22
6.2.2. Mostra	22
6.2.3. Criteris inclusió i exclusió	22
6.3. Procés de recollida d'informació	22
6.4. Variables	23
6.4.1. Definició usuari no freqüent, usuari freqüent i usuari hiperfreqüent per aquest treball.....	23
6.4.2. Variables analitzades.....	23
6.5. Anàlisi de les dades	24
7. ASPECTES ÈTICS I PROTECCIÓ DE DADES.....	26
7.1. Informació al Comitè d'Ètica de Recerca.....	26
7.2. Informació al participant i consentiment informat	26
7.3. Protecció de dades personals	26
8. RESULTATS.....	28
9. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS.....	35
10. BIBLIOGRAFIA	42
11. CRONOGRAMA.....	50
12. PRESSUPOST.....	51
13. ANNEXES	52
13.1. ANNEXE 1: Informe del Comitè d'Ètica d'Investigació sobre projectes d'investigació biomèdica	52
13.2. ANNEXE 2: Conformitat de la Direcció del centre	54
13.3. ANNEXE 3: Dictamen de la Comissió d'Investigació	55

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1. Variables per l'estudi de dades de freqüentació	23
Taula 2. Variables per l'estudi de les visites de la població HF	24
Taula 3. Número de visites de pacients HF segons nivell de triatge, per sexe. n (%) ..	31
Taula 4. Taula de freqüència de grups diagnòstics en visites de pacients HF.....	32
Taula 5. Comparació estadística entre les visites dels diferents perfils de freqüentació.	34
Taula 6. Cronograma del treball de recerca.....	50
Taula 7. Pressupost treball de recerca	51

ÍNDIX DE FIGURES

Figura 1. Percentatge de pacients i percentatge de visites segons tipus d'usuari.....	28
Figura 2. Perfil de freqüentació dels segons franja d'edat per tipus d'usuari i total.....	29
Figura 3. Percentatge de pacients HF i percentatge de visites de pacients HF segons franja d'edat.....	30

ÍNDEX D'ABREVIATURES I SIGLES

AP	Atenció primària
CEIm	Comitè d'Ètica d'Investigació en medicaments
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10 ^a edició
CSAPG	Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf
CUAP	Centres d'Urgències d'Atenció Primària
HF	Hiperfreqüentadors
HCAP	Hospital Comarcal Alt Penedès
LOSC	Llei d'ordenació Sanitària de Catalunya
MACA	Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada
MAT	Model Andorrà de Triage
MI	Medicina Interna
PAC-HCAP	Punt d'Atenció Continuada d'Atenció Primària a l'HCAP
PCC	Pacient Crònic Complex
PLANUC	Pla Nacional d'Urgències de Catalunya
SCS	Servei Català de la Salut
SEM	Servei d'Emergències Mèdiques
SEMES	Sociedad Espanyola de Medicina de Urgencias y Emergencias
SET	Sistema Espanyol de Triage
SUH	Servei d'Urgències Hospitalàries
SNS	Sistema Nacional de Salut
TFM	Treball Final de Màster
UCI	Unitat de Cures Intensives
UF	Usuari freqüent
Usuari NF	Usuari no freqüent
Web_e-PAT [®]	Programa d'Ajuda al Triage

ANÀLISI DE LA FREQÜENTACIÓ DEL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL COMARCAL: ESTUDI RETROSPECTIU

RESUM

Introducció: Els darrers anys estem veient una tendència creixent en la utilització dels serveis d'urgències. Conèixer les característiques dels usuaris que consulten més ens permetrà optimitzar circuits i recursos, des d'un model centrat en la persona.

Objectius: Analitzar les dades de freqüentació del servei d'urgències i les característiques dels usuaris més freqüentadors i les seves consultes al servei d'urgències d'un hospital comarcal.

Metodologia: Estudi descriptiu, retrospectiu. Es van analitzar les visites al servei d'urgències de 2022, descrivint les xifres de freqüentació i les visites de la població hiperfreqüentadora, amb posterior comparació segons grups de freqüentació: usuari no freqüent(NF):1-3 visites/any, usuari freqüent(UF): 4 a 9 visites/any i usuari hiperfreqüent(HF): 10 o més visites/any.

Resultats: L'any 2022 es van registrar 79571 visites. La taxa de freqüentació de la població de referència va ser de 0.72 visites/habitant/any. Entre els UF i HF, que van ser el 10% de la mostra estudiada, van generar el 30% de les visites al servei d'urgències. Referent a les visites de la població HF: el 50,7% de visites van ser generades per dones; el 26% eren visites de persones de 15 a 29 i el 25,8% >60 anys. El dia de més consultes va ser dissabte, en horari diürn. Els <60 anys van fer més visites de 15h a 22h i els >60 anys van consultar més de 08h-15h. En el nivell de triatge es van veure diferències per edat i sexe i també segons estar identificat en perfils de cronicitat.

Conclusió: Els UF i HF van generar gairebé 1/3 del total de visites de l'any estudiat. En les visites d'usuaris HF hi va haver menys valoracions no urgents que en els altres perfils d'usuaris i més presència d'identificació de perfils de cronicitat.

Paraules clau: hiperfreqüentació; servei d'urgències hospitalàries; ús recursos sanitaris; usuaris freqüents.

ANALYSIS OF ATTENDANCE AT THE EMERGENCY SERVICE OF A REGIONAL HOSPITAL: A RETROSPECTIVE STUDY

SUMMARY

Introduction: In recent years we have seen a growing trend in the use of emergency services. Knowing the characteristics of the users who consult the most will allow us to optimize circuits and resources, from a model centred on the person.

Objectives: To analyse the emergency service attendance data and the characteristics of the most frequent users and their consultations at the emergency service of a regional hospital.

Methodology: Descriptive, retrospective study. The visits to the emergency service in 2022 were analysed, describing the frequency figures and the visits of the hyper-frequenting population, with subsequent comparison according to frequency groups: non-frequent user (NF): 1-3 visits/year, frequent user (UF): 4 to 9 visits/year and hyper frequent User (HF): 10 or more visits/year.

Results: In 2022, 79,571 visits were registered. The attendance rate of the reference population was 0.72 visits/inhabitant/year. Between UF and HF, which were 10% of the sample studied, they generated 30% of visits to the emergency department. Regarding the visits of the HF population: 50.7% of views were generated by women; 26% were visits by people aged 15 to 29 and 25.8% >60 years old. The day with the most inquiries was Saturday, during the day. The <60-year-olds made more visits from 3pm to 10pm and the >60-year-olds consulted more between 8am and 3pm. At the triage level, differences were seen by age and sex and also according to being identified in chronicity profiles.

Conclusion: UF and HF generated almost 1/3 of the total number of visits in the year studied. In the visits of HF users there were fewer non-urgent assessments than in the other user profiles and more presence of identification of chronicity profiles.

Keywords: frequent users; health resource use; hospital emergency service; hyperfrequency.

1. INTRODUCCIÓ

Des de l'inici de la pandèmia per Covid19, i l'arribada del virus SARS-COV2 a casa nostra el primer trimestre de 2020, s'ha anat evidenciant la tendència a la fàcil sobreesaturació del sistema sanitari^(1,2). Els nostres hospitals viuen en tal equilibri entre la oferta i la demanda, que son molt sensibles a situacions com les viscudes durant els darrers 3 anys.

Vivim moments de falta de personal, abandonament de la professió, cansament d'uns professionals castigats per treballar al límit⁽³⁾,... moments de redistribució i canvis de circuits deguts a la pandèmia, augment de temps en les llistes d'espera^(4,5), dificultat d'accés a determinats nivells assistencials⁽⁶⁾.

En situacions com l'actual és més important que mai saber què està passant, quins son els hàbits de conducta que s'estan observant als nostres hospitals, centres en contínua adaptació al món canviant i en constant equilibri.

Un dels primers llocs on es percep la situació de tendència al desequilibri són els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH)⁽⁶⁾. Estan oberts 24 hores al dia, els 7 dies de la setmana, durant tot l'any, fet que els fa més accessibles que serveis d'altres nivells assistencials i els identifica com una de les portes d'entrada més visible i de fàcil accés al sistema sanitari^(7,8).

Els darrers anys, a Europa i també al nostre país, estem veient una tendència creixent en la utilització dels serveis d'urgències⁽⁹⁾. A Catalunya, l'any 2016 es van atendre 7 milions de visites als serveis d'urgències. El 49,4% del total van ser als hospitals, el 15% als Centres d'Urgències d'Atenció Primària (CUAP), el 22,4% a la resta de dispositius d'atenció primària i el 13,2% al Servei d'Emergències Mèdiques (SEM)⁽¹⁰⁾.

Entenem que totes les demandes d'atenció són necessàries doncs qui les requereix així ho creu, però, sovint, els professionals, percebem que hi ha persones que freqüenten els nostres centres més vegades de les que podrien semblar necessàries i veiem que ocupen espais, demanen atenció i requereixen d'un temps que, en situacions de sobrecàrrega, és limitat. Aquests usuaris, que consulten més vegades de les que podrien semblar necessàries, es coneixen

com a usuaris freqüents (UF) o pacients hiperfreqüentadors (HF), en funció del número de visites anuals als serveis sanitaris.

Malgrat pugui semblar que son un grup d'usuaris reduït, s'ha vist que poden arribar a representar un percentatge rellevant de visites anuals, generant un cost sanitari significatiu⁽¹¹⁾, i contribuint a la saturació dels serveis. Com veurem, la demanda d'atenció d'aquests usuaris, s'ha estudiat tant en atenció primària, com hospitalària, però en aquest treball, ens centrarem en els SUH.

El nostre objectiu és analitzar les dades de freqüentació d'un servei d'urgències i les característiques dels usuaris HF i les seves consultes al SUH.

Conèixer la situació actual i les característiques d'aquests usuaris ens pot orientar en quines son les seves demandes i necessitats; podrem abordar-les amb estratègies encaminades a optimitzar circuits i recursos, alhora que, centrats en cuidar les persones, vetllem per mantenir la qualitat de l'assistència.

2. MARC TEÒRIC

Per emmarcar el nostre tema d'estudi aprofundirem en conceptes com els serveis d'urgències hospitalaris, els motius per acudir-hi i l'ús que se'n fa (freqüentació).

2.1. Els Serveis d'Urgències Hospitalaris (SUH)

2.1.1. Context

El Sistema Nacional de Salut (SNS) espanyol és universal i gratuït, garant de l'atenció sanitària a totes les persones i persegueix, entre altres aspectes, que l'accés a les prestacions sanitàries es faci en condicions d'igualtat efectiva i amb una concepció integral de la salut, amb independència del lloc on resideixi la persona, i de les situacions o condicions que l'envolten⁽¹²⁾.

Tant a Catalunya com a Espanya es diferencien tres àmbits organitzatius per donar resposta a les demandes d'atenció sanitària urgent de la població: el nivell d'atenció primària, els serveis d'urgències dels hospitals i la coordinació i assistència duta a terme pels serveis d'urgències i emergències davant de demandes realitzades a través dels telèfons 112/061⁽¹³⁾.

Els SUH o les Unitats d'Urgències Hospitalàries es defineixen com una organització de professionals sanitaris que ofereixen assistència multidisciplinària, ubicades en una àrea específica de l'hospital, que compleix uns requisits funcionals, estructurals i organitzatius, que garanteixen condicions de seguretat, qualitat i eficiència per atendre a urgències i emergències⁽¹⁴⁾.

2.1.2. El servei d'urgències de l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès (HCAP)

A Catalunya tenim un model sanitari que es va concretar el 1990 amb la Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya (LOSC), i que va crear el Servei Català de la Salut (SCS) consolidant un sistema sanitari mixt, que integra en una sola xarxa d'utilització pública tots els recursos sanitaris, siguin o no de titularitat pública⁽¹⁵⁾.

L'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès, integrat dins d'aquesta xarxa d'utilització pública, actualment forma part del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès – Garraf (CSAPG), una entitat pública creada el dia 1 d'abril de 2019, amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats sanitàries i socials de la seva població de referència, mitjançant l'execució d'activitats hospitalàries, assistencials, preventives, rehabilitadores, docents i d'investigació⁽¹⁶⁾.

Al servei d'urgències de l'HCAP, que és l'hospital de referència per una població de 110198 habitants⁽¹⁷⁾, la població de la comarca de l'Alt Penedès, s'hi integren les especialitats d'anestèsia, cirurgia general, medicina interna, pediatria, tocoginecologia i traumatologia. No hi ha Unitat de Cures Intensives (UCI) ni unitat per ingrés de pediatria, si existent a l'Hospital Sant Camil, de Sant Pere de Ribes, centre que també forma part del CSAPG.

A l'Alt Penedès tenim un model diferent que a altres comarques doncs el Servei d'Urgències de l'HCAP, en determinat horari, funciona de manera similar a un CUAP i integra el que s'anomena Punt d'Atenció Continuada d'Atenció Primària-HCAP (PAC-HCAP) i, en les mateixes instal·lacions del servei d'urgències, personal d'AP atén les consultes classificades com a no urgents (nivells IV i V) en el triatge d'infermeria. D'aquesta manera, en horari nocturn, de caps de setmana i festius, el SUH de l'HCAP acull l'atenció d'urgències hospitalàries i l'atenció d'urgències que correspondrien a l'Atenció Primària(AP): el personal d'AP atén els nivells IV i V en una zona de despatxos i els nivells I,II,III són atesos a boxs per personal de l'hospital.

En horari diürn i laborable, el personal del servei d'urgències de l'hospital atén tots els pacients, a despatxos o a box, segons el nivell de triatge assignat a l'arribada.

L'assignació de visites a un recurs o un altre es fa en funció del nivell de triatge, que es determina segons el Model Andorrà de Triage (MAT) i que estratifica les consultes vinculant al PAC-HCAP o visita ràpida els nivells IV i V i a l'especialitat corresponent del SUH els nivell I a III.

2.1.3. Concepte d'atenció urgent o urgència

Segons la Organització Mundial de la Salut (OMS) una urgència és l'aparició fortuïta (imprevista o inesperada), a qualsevol lloc o activitat, d'un problema de salut de causa diversa i gravetat variable, que genera la consciència d'una necessitat imminent d'atenció per part de subjecte que la pateix o de la família. Per altre costat, entenem per emergència una situació urgent que posa en perill immediat la vida del pacient o la funció d'algun òrgan⁽¹⁴⁾.

2.1.4. Triage

El triatge permet la classificació de les urgències i emergències a l'arribada als SUH i, en el context català i espanyol, els professionals sanitaris que amb més freqüència el realitzen, amb suport mèdic o sense, són els d'infermeria⁽¹⁸⁾. El Sistema Espanyol de Triage (SET), que va ser acceptat com a estàndard espanyol de triatge per la Sociedad Espanyola de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) l'any 2003, utilitza el Model Andorrà de Triage (MAT) com a referent⁽¹⁹⁾. Aquest classifica els pacients en 5 nivells d'urgència, sent el més urgent (Nivell I) el que indica que es necessita atenció immediata per risc vital immediat i, el no urgent (Nivell V) quan la visita permet una demora, doncs no es detecta risc per al pacient⁽²⁰⁾.

En el context on es realitza l'estudi, el triatge es realitza amb el suport del Programa d'Ajuda al Triage (Web_e-PAT[®]), eina informàtica desenvolupada el 2001 com a nucli operatiu del MAT⁽¹⁹⁾.

2.2. Freqüentació als Serveis d'Urgències Hospitalaris

2.2.1. Context

Segons l'Informe Anual del SNS espanyol 2020-2021⁽¹³⁾, l'any 2019, la freqüentació de la població a les urgències hospitalàries (hospitals d'aguts i de llarga estada) a hospitals del SNS va ser de 0,50 vegades per persona i any, fet que representava un total de 23.602.940 urgències ateses durant aquell any. El 2020, un any ja afectat de ple per la pandèmia de COVID19, es van produir

17.2 milions de consultes urgents a hospitals d'aguts del SNS, 75% del total de consultes urgents hospitalàries. La freqüentació a hospitals del SNS el 2020 va ser de 0,36 consultes per habitant i any.

Anys abans ja s'havia anat veient que la freqüentació urgent, al nivell d'atenció especialitzada, mostrava una tendència clara a l'alça des del 2012, i entre el 2010 i el 2019 va augmentar a tots els territoris espanyols, excepte a Navarra⁽¹³⁾. Les dades de freqüentació dels diferents nivells assistencials ens permeten saber com s'utilitzen els recursos sanitaris en els diferents llocs i segons les característiques de la població.

2.2.2. Definició d'usuari freqüent i hiperfreqüentador segons la bibliografia

El 1976 James Mannon ja parlava de “pacients problemàtics” com aquell grup de pacients regulars que el personal descriu com “aquells que visiten el servei d'urgències varies vegades durant una setmana determinada”⁽²¹⁾. Eren pacients que, potser avui, anomenaríem UF o HF, segons els número de visites que fessin.

Actualment encara no disposem d'una definició universal per a aquests usuaris, que utilitzen els SUH més de l'esperat. En el que si que estan d'acord la majoria dels autors és en prendre com a referència, un any^(7,11,22); comptabilitzant-se el número de vegades que una persona consulta als SUH, anualment.

Referent al número de visites/anuals no es disposa d'un valor quantitatiu que permeti definir UF o HF de manera universal^(21,23,24), malgrat és un tema que s'ha estudiat tant en l'àmbit de l'atenció primària⁽²⁵⁻²⁷⁾, com hospitalària^(7,8,11,22,28).

Alguns treballs prenen el punt de tall aleatòriament diferenciant entre usuaris d'alta freqüència o HF, UF i no freqüents(NF) segons el número de visites/any^(7,22,28). Altres defineixen els usuaris com UF quan fan a partir de quatre o més visites/any^(24,29-31), de 5 visites/any⁽⁸⁾, o de 6 visites/any⁽³²⁾; i, alguns treballs, descriuen com a HF si fan a partir de 10 o més visites/any⁽³³⁾.

Hi ha autors que plantegen definir la HF en funció dels criteris com la superació d'un determinat percentil o desviació estàndard sobre que se suposa la mitjana

de visites, o prenent com a referència més que el nombre de visites, l'interval entre elles^(11,26). Per exemple, en algun treball realitzat en el marc d'urgències hospitalàries, definien usuari freqüent com el que estava per sobre del 10% de les visites anuals del total del grup estudiat⁽¹¹⁾. Un altre posava el punt de tall en el decil superior de visites anuals a professionals de la salut⁽²⁶⁾, de manera que, si, per exemple, el valorar corresponents al decil 90, era de 10 visites/any, prenia aquest nombre com a referència.

També s'ha valorat adaptar la definició d'HF al perfil clínic del pacient, com en un estudi realitzat per analitzar la hiperfreqüentació en el context d'atenció primària, on van definir els HF com els pacients amb un número de visites registrades durant l'any estudiat superior a la mitjana de visites corresponents a pacients de característiques clíniques similars⁽²⁵⁾.

Per sintetitzar, veient la variabilitat de punts de tall, ens remetem a revisions sistemàtiques realitzades els darrers anys, que situen el punt de tall més utilitzat a la bibliografia per definir UF en 4 o més visites anuals^(31,34,35) i altres treballs^(24,29-31) també utilitzen aquest valor per identificar UF i/o a més identifiquen els usuaris com a HF quan consulten 10 o més vegades als SUH^(7,22,28).

2.3. Per què anem a urgències?

2.3.1. Els motius per acudir-hi

Diferents treballs analitzen els motius que poden explicar la demanda d'atenció als SUH⁽³⁶⁻³⁸⁾. En un d'ells, realitzat a la Xina, en pacients que consultaven a urgències per patologia no urgent, es va detectar que les motivacions més freqüents eren: la gravetat percebuda per la malaltia i la necessitat de tractament urgent, els problemes d'accessibilitat a serveis alternatius i la derivació per part del personal mèdic⁽³⁶⁾.

Una revisió d'estudis realitzats principalment al Regne Unit i als Estats Units va identificar que les possibles raons per accedir a serveis d'atenció urgent o emergent per problemes classificats de baixa urgència eren: accés o confiança limitada en l'atenció primària; urgència percebuda pel pacient; conveniència;

opinions de familiars, amics o altres professionals de la salut; i la creença que la seva condició requeria els recursos i les instal·lacions ofertades per un proveïdor d'atenció mèdica en particular⁽³⁷⁾.

També s'ha observat que existeixen determinants que poden predisposar a un augment de la demanda d'atenció als SUH, com són: trastorns d'adaptació, comportaments suïcides, trastorns induïts per l'alcohol o, viure en àrees desfavorides⁽³⁸⁾.

A la literatura científica trobem models que intenten ajudar-nos a comprendre l'ús que es fa dels SUH. Un d'ells és el Model de Comportament d'Andersen, un model que s'ha utilitzat àmpliament en estudis sobre l'ús de serveis sanitaris⁽³⁸⁻⁴⁰⁾.

Existeixen revisions sistemàtiques que utilitzen aquest model per explicar els determinants de salut de col·lectius d'ancians que comporten acudir als serveis d'urgències⁽⁴¹⁾, altres que l'apliquen en consultes derivades de trastorns de comportament⁽⁴²⁾, i altres sobre salut mental⁽⁴³⁾.

Andersen planteja que la utilització dels serveis de salut resulta de la combinació de factors de necessitat, facilitadors i de predisposició⁽⁴⁴⁾.

El model subjacent suposa que hi ha una seqüència de condicions que contribueix al tipus de volum de serveis de salut que utilitza una persona⁽⁴⁵⁾, o dit d'una altra manera, influeix en els recursos que consumeix. Suggereix que la relació amb els serveis de salut és una conjunció de tres components individuals⁽⁴⁵⁾: característiques personals que influeixen en la propensió dels pacients a l'ús dels serveis de salut abans de l'inici de la malaltia (factors predisponents), recursos personals o comunitaris que poden promoure o inhibir l'accés dels pacients a l'atenció de salut (factors facilitadors) i, la necessitat d'atenció d'acord amb l'estat de salut dels pacients (factors de necessitat).

Aquest model permet vincular factors diferents, proporcionant als investigadors una visió holística per comprendre l'ús dels serveis de salut dels pacients⁽⁴³⁾.

2.3.2. La complexitat en els serveis d'urgències

En el context actual, cal estar atents a la detecció de la complexitat i poder abordar-la també als serveis d'urgències.

En el document de la Generalitat de Catalunya: “Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als element operatius”⁽⁴⁶⁾, de 2017, se'ns parla del concepte de complexitat, vist des de l'òptica sanitària, com la dificultat en la gestió de l'atenció d'un pacient i la necessitat d'aplicar-li plans individuals específics a causa de la presència o la concurrència de malalties, de la seva manera d'utilitzar els serveis o de les característiques del seu entorn.

També hi trobem la definició de Pacient Crònic Complex (PCC) com aquella persona en que la seva gestió clínica és percebuda com a especialment difícil pels seus professionals referents⁽⁴⁶⁾. Les característiques dels pacients tributaris de ser identificats com a PCC pertanyen a tres àmbits:

- Criteris relacionats amb el pacient mateix: perfil de morbiditat, semiologia i tipus de crisis, característiques evolutives i consum de recursos, especialment en franges d'edat extremes.
- Criteris que depenen dels professionals: multidisciplinarietat, transicions freqüents, risc d'exposició a criteris assistencials discrepants o a situacions d'incertesa clínica.
- Criteris de l'entorn: situacions psicosocials adverses o condicionants sistèmics.

En el mateix document⁽⁴⁶⁾ parla del Model d'atenció a la cronicitat avançada (MACA) que té com a objectiu atendre persones que presenten la condició de complexitat associada a un pronòstic de vida limitat, una aproximació pal·liativa present, important i creixent i, finalment, la planificació de decisions anticipades com a procés deliberatiu central.

Cal destacar, com es diu en el document citat que, ni PCC ni MACA no són condicions clíniques per se, sinó identificacions funcionals que reflecteixen una determinada situació en l'estat de salut de persones que són susceptibles de rebre atenció centrada en les seves necessitats. Més que pacients amb atributs patognomònics, són persones amb determinades necessitats, subsidiàries de rebre plans d'actuació específics que milloraran els resultats pel que fa a un triple objectiu: efectivitat, eficiència i experiència positiva de les persones.

3. REVISIÓ BIBLIOGRÀFICA I ANTECEDENTS

3.1. Cerca bibliogràfica

Per a la realització d'aquesta revisió es van consultar bases de dades nacionals i internacionals (PUBMED, CINHAIL, DIALNET PLUS, Google Scholar), utilitzant diferents operadors booleans i truncaments. D'entrada es va centrar la cerca en els darrers 5 anys i els descriptors principals utilitzats van ser: "frequent users" / "frequent attenders" / "medical overuse" and "emergency" / "emergency service" and "emergency room".

Durant la recerca i revisió dels treballs es van anar seleccionant altres articles a partir de les referències aportades si s'adaptaven i eren d'interès per al tema d'estudi.

La selecció es va fer, inicialment a partir del títol, després, en la lectura del resum es va confirmar la rellevància i pertinença del text per al tema investigat i a continuació es va profunditzar en la lectura del text complet dels treballs d'interès.

També es van consultar documents que son marcs de referència per a la contextualització dels temes abordats, com el Pla de Salut de Catalunya, les pàgines web del SNS, del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, etc.

3.2. Freqüentació i hiperfreqüentació als serveis d'urgències hospitalaris

3.2.1. Causes

Com comentàvem, els darrers anys estem veient un augment de les consultes als serveis d'urgències, essent la majoria de les visites als SUH. L'envelliment de la població i la cronificació de malalties expliquen provablement bona part d'aquest augment i posen en evidència, al mateix temps, la necessitat d'adaptar els serveis que ofereix la xarxa pública de salut i la xarxa d'atenció urgent en concret⁽¹⁰⁾. Però l'augment incessant i desproporcionat de la freqüentació no ha estat motivat solament pels canvis demogràfics i del perfil clínic de la població,

sinó que també per variables socials. Existeix cada cop més una “cultura de la immediatesa”, un major volum de pacients HF, un ús inadequat i una orientació diagnòstica i terapèutica finalista d'aquests serveis⁽⁴⁷⁾. El disposar cada cop de més eines diagnòstiques als serveis d'urgències, predisposa a la població a acudir als SUH per a l'obtenció de diagnòstics i/o tractaments més ràpids⁽³⁷⁾, malgrat podrien obtenir els mateixos resultats per altres vies, seguint els circuits previstos.

3.2.2. Característiques dels usuaris freqüents (UF) i hiperfreqüentadors (HF)

Les característiques dels UF s'han anat estudiant les últimes dècades i s'ha relacionat la hiperfreqüentació amb determinades franges d'edat^(7,33), amb situacions de malaltia crònica, grups desfavorits, estigmatitzats i/o fràgils. Tot i així, un interessant estudi dut a terme a Canadà destacava que els usuaris freqüents (en aquest cas definits a partir de >3 visites/any) eren pacients heterogenis, usuaris habituals d'altres serveis sanitaris, tenien major mortalitat que els usuaris no freqüents i poques vegades es van mantenir com usuaris freqüents durant diversos anys⁽¹¹⁾.

Segons l'estudi “Desigualtats socioeconòmiques en salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya”⁽⁴⁸⁾, presentat el 2017, la taxa de visites a urgències és més elevada en pacients amb criteris de cronicitat, situació que és més present en poblacions de menor nivell socioeconòmic.

En un treball multicèntric realitzat a la Comunitat de Madrid⁽³³⁾ es van identificar 2 perfils de pacients HF (≥ 10 visites en cada nivell assistencial) de SUH: un perfil amb factors que podien ser predictors d'HF a AP i que eren: edat > 65 anys, ús habitual de 3 o més fàrmacs, existència de deteriorament cognitiu i viure en comunitat; i un segon perfil de pacients més joves sense comorbiditat, que consultava sobretot de 15h a 8h i que es van identificar com a HF al SUH, però no a l'AP. En la mateixa línia hi ha treballs que també han diferenciat entre un perfil HF d'usuaris de més edat i amb patologia crònica i un perfil d'usuari HF més jove que consulta per patologia no urgent⁽⁷⁾.

A part de l'edat, altres factors, com l'estat de salut, s'han pogut relacionar amb la freqüentació, com en una revisió sistemàtica realitzada l'any 2020 que

evidenciava la relació entre el dolor crònic i la hiperfreqüentació als serveis d'urgències⁽²⁴⁾.

També s'ha vist una forta associació entre els trastorns mentals (incloent l'abús d'alcohol /substàncies) i ser UF dels SUH⁽³¹⁾.

3.2.3. Conseqüències

L'impacte de l'augment de la demanda d'atenció d'emergència i urgència és ben conegut i inclou problemes com la saturació dels serveis d'urgències, l'augment dels costos, els temps d'espera més llargs i els serveis sobrecarregats⁽³⁷⁾. L'atenció als pacients crítics també pot veure's compromesa⁽⁴⁹⁾, situació que influeix en la salut dels usuaris i també en la dels professionals, que viuen amb impotència i frustració aquests episodis.

La salut de la població freqüentadora i HF, com evidencia la revisió sistemàtica realitzada per Jessica Moe i col·laboradors⁽²³⁾, pot veure's afectada per aquesta condició, doncs, els usuaris freqüents del SUH, semblen experimentar una mortalitat més gran, més ingressos hospitalaris i més visites ambulatories en comparació amb els usuaris no freqüents.

4. APORTACIONS D'INTERÈS DE L'ESTUDI

Les visites dels UF i HF repercuteixen en un augment en els costos sanitaris⁽¹¹⁾ i poden contribuir, com dèiem, a la saturació dels serveis d'urgències⁽⁵⁰⁾ i a la percepció de sobrecàrrega dels professionals sanitaris. Els usuaris freqüents poden tenir unes necessitats concretes, no resoltes en els circuits habituals, i cal identificar-les i saber què passa per poder abordar-les.

El Pla de Salut de Catalunya 2022-2025 ens parla d'un sistema sanitari que ha de donar una atenció integral i integrada, des d'una mirada centrada en les necessitats de les persones i del seu entorn cuidador i relacional, en totes les etapes de la vida. És un objectiu que va paral·lel a la preocupació per la sostenibilitat i la viabilitat del sistema, que depèn de recursos que són limitats i que s'han de distribuir d'una manera eficient i equitativa⁽⁵¹⁾.

En aquest context, saber què està passat als serveis d'urgències dels nostres hospitals, pot permetre crear accions que promoguin l'atenció integral de les persones que ho necessitin, alhora que, implementant accions de millora, apostem per un sistema sanitari sostenible. Identificar les característiques i patrons de consulta d'aquests usuaris pot orientar-nos en estratègies que serveixin per optimitzar recursos i centrar l'atenció en la persona i el seu entorn.

5. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

5.1. Objectius

5.1.1. General

- Analitzar les dades de freqüentació del SUH de L'HCAP, les característiques de la població HF i les seves consultes al SUH de l'HCAP durant el 2022.

5.1.2. Específics

- Analitzar la relació entre les variables sociodemogràfiques i la freqüentació al SUH de l'HCAP, de la població que ha consultat durant el 2022.
- Comparar les característiques de les visites de la població HF amb les dels altres grups de freqüentació.

5.2. Hipòtesis

- Les característiques sociodemogràfiques estan relacionades amb l'ús dels SUH (nombre visites/any) i amb les característiques de les visites dels usuaris HF.

6. MÈTODE

6.1. Disseny, metodologia i justificació

Es va plantejar un estudi descriptiu, retrospectiu. Es va analitzar l'any 2022 per conèixer la realitat més recent, moment de readaptació post situació aguda de pandèmia.

6.2. Població i mostra

6.2.1. Població diana

Persones que tenien l'HCAP com a centre de referència, habitants de la comarca de l'Alt Penedès.

6.2.2. Mostra

Es va incloure el total de pacients que van ser atesos al SUH de l'HCAP des de l'1 de gener de 2022 a les 0.00h al 31 de desembre de 2022 a les 23:59h.

6.2.3. Criteris inclusió i exclusió

- Criteris d'inclusió

- Tots els registres de visites de pacients que van consultar al SUH de l'HCAP durant l'any 2022.

- Criteris d'exclusió

- Registres de visites amb dades sociodemogràfiques incompletes.

6.3. Procés de recollida d'informació

Es va contactar amb la comissió de recerca, amb supervisió d'infermeria i cap de servei d'urgències del centre on s'havia de dur a terme l'estudi i es van sol·licitar les dades de totes les visites del servei d'urgències de l'HCAP de 2022, pseudoanonimitzades, en format Excel, per al seu tractament i anàlisi.

Es va presentar el projecte a la comissió de recerca del CSAPG i al CEIm de referència per a la seva valoració i obtenció de permisos.

Les dades es van extreure del programa informàtic utilitzat al CSAPG (veure apartat aspectes ètics i protecció de dades) i es van facilitar via e-mail en entorn protegit.

6.4. Variables

6.4.1. Definició usuari no freqüent, usuari freqüent i usuari hiperfreqüent per aquest treball

En aquest treball, es va optar per la classificació proposada per altres autors^(7,22) i, en funció del nombre de visites/any, vam diferenciar 3 tipus d'usuari:

- 1 a 3 visites/any: usuari no freqüent (NF)
- 4 a 9 visites/any: usuari freqüent (UF)
- 10 o més visites/ any: usuari hiperfreqüent (HF)

6.4.2. Variables analitzades

→ Per l'estudi de les dades de freqüentació es van analitzar les variables que apareixen a la taula 1.

Taula 1. Variables per l'estudi de dades de freqüentació

VARIABLES QUANTITATIVES	
Nombre visites/any	Valor absolut, Mitjana i DE
Nombre pacients/any	Valor absolut, Mitjana i DE
Nombre de visites/persona/any	Valor absolut; Mitjana, DE
• NF=1-3 visites/any	
• UF=4-9 visites/any	
• HF=10 o més visites/any	
Edat	Nombre en anys. Mitjana i DE
VARIABLES QUALITATIVES	
Sexe (home, dona)	Valor absolut; relatiu

DE: Desviació estàndard

Per l'estudi de la població hiperfreqüentadora (10 o més visites /any), de cada visita, es van analitzar les variables recollides a la taula 2.

Taula 2. Variables per l'estudi de les visites de la població HF

VARIABLES QUANTITATIVES	
Edat	Com a variable continua i també per franges edat (0-14; 15-29; 30-44; 45-59;60-74;75-89;90-104; 105-...)
VARIABLES QUALITATIVES	
Horari admissió	- Dia (8:00h-19:59h); Nit (20:00h-7:59h). - Torn matí (8:00-14:59); Torn tarda (15:00-21:59); Torn nit (22:00-7:59)
Sexe	Home; Dona
Dia d'admissió	Dilluns, dimarts, dimecres, dijous, divendres, dissabte, diumenge
Procedència	AP (Administratiu., metge), Consultes externes HCAP, Domicili, Hospital d'aguts o psiquiàtric, Hospitalització HCAP; residència social, via pública, xarxa sociosanitària.
Nivell de triatge (segons Web_e-PAT)	I, II, III, IV, V
Motiu de consulta	Accident (casual, de treball, de transit), agressió (animal, física, sexual, violència de gènere), autòlisi, control, Intervenció quirúrgica, malaltia, obstetrícia, altres
Especialitat assignada a triatge	Cirurgia general; Ginecologia; Medicina Interna (MI); Obstetrícia; PAC-HCAP; Pediatria, Traumatologia; Urgències
Identificació PCC	Si; No
Identificació MACA	Si; No
Diagnòstic	Segons Codificació CIE10 ⁽⁵²⁾ , s'agruparà per grups diagnòstics
Motiu d'alta (Destí)	Alta voluntària; derivació a altre centre sanitari; domicili; destí no informat; fuga; ingrés hospitalització; trasllat a residència social; valorat i no visitat.

AP: Atenció Primària; HCAP: Hospital Comarcal Alt Penedès; Web_e-PAT: Programa d'Ajuda al Triage; PAC-HCAP: Punt d'Atenció Continuada d'Atenció Primària a l'HCAP; PCC: Pacient Crònic Complex; MACA: Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada; CIE10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ªedición

6.5. Anàlisi de les dades

Es va determinar el nombre de visites/any i nombre de pacients/any diferenciant segons les variables d'edat i sexe.

Es va realitzar un anàlisi descriptiu de les dades corresponents al número de visites/persona/any, en total i diferenciant per sexes, incloent mitjana, desviació estàndard (DE), mínim i màxim.

Es va buscar la relació entre el nombre de visites anuals i l'edat i el sexe a partir de l'anàlisi bivariat, prèvia valoració de la normalitat (prueba de Shapiro–Wilk), per determinar si existia associació (coeficient de correlació de Spearman) entre el grau de freqüentació (visites/any) i l'edat, diferenciant entre sexes.

De les dades corresponents a les visites dels pacients HF se'n va fer una anàlisi descriptiu amb mesures de tendència central i de dispersió. L'anàlisi descriptiu de les variables qualitatives es va presentar amb freqüència absoluta i relativa.

Es van analitzar les característiques sociodemogràfiques dels pacients HF i de les seves visites: identificant procedència, horari, dia de la setmana, motiu de consulta, nivell de triatge, grups diagnòstics, cronicitat, motiu d'alta i especialitat. Es va buscar la relació entre variables a partir de la prova chi quadrat.

Es van comparar les dades obtingudes de les visites dels pacients HF amb les dades de les visites dels usuaris NF i UF, buscant l'existència d' associació entre variables, a partir de les proves estadístiques adequades a cada variable: es va utilitzar Chi quadrat per variables qualitatives i prova de t-student per variables quantitatives en dos grups independents.

Les anàlisis es va realitzar amb el programa Excel i SPSS versió 26 i es va assumir un nivell de significació $p < 0.05$.

7. ASPECTES ÈTICS I PROTECCIÓ DE DADES

7.1. Informació al Comitè d'Ètica de Recerca

Aquest projecte va ser presentat i aprovat per la comissió d'investigació del CSAPG, la direcció del centre i pel Comitè Ètic de recerca en medicaments de l'Hospital de Bellvitge, com a centre de referència, abans d'iniciar-se la seva realització (adjuntem a Annex 1; Annex 2; Annex 3).

L'investigador es va comprometre a que qualsevol canvi del protocol que pugues suposar un risc nou per als drets del participant, que pogués afectar la validesa de l'estudi o que en modifiqués de manera important la metodologia, seria presentat al Comitè Ètic i aprovat per aquest, abans d'implementar-lo.

7.2. Informació al participant i consentiment informat

Com es va especificar en el projecte d'estudi aprovat per CEIm de referència, atès el caràcter retrospectiu de l'estudi no es va considerar factible obtenir consentiment informat dels participants, per la qual cosa les dades van ser pseudonimitzades (vegeu l'apartat següent).

7.3. Protecció de dades personals

Aquest estudi científic no s'hauria pogut tirar endavant sense recollir dades personals dels participants atesos al centre participant. L'ús de les dades estava legitimat per l'interès científic de l'estudi i l'impacte dels coneixements que produirà.

Atenent el principi de minimització de dades, es van recollir exclusivament les dades necessàries per dur a terme la investigació. En aquest estudi es van recollir dades de la història clínica. Totes les dades de l'estudi van ser identificades per un codi de cas i emmagatzemades sense cap dada d'identificació personal directa acompanyant. Un cop extreta la informació de la història clínica, per mitjans automatitzats i/o manuals, totes les dades van ser

pseudonimitzades per personal adscrit al departament de recerca del centre, independent de investigador, i específicament destinat a tasques relacionades amb tractament i codificació de dades. Es va generar un arxiu confidencial amb les dades d'identificació, que es conserva amb finalitat de localització i seguiment i es custodiat al departament de recerca del centre i tractat estrictament segons els estàndards professionals de confidencialitat i s'ha arxivat sota mesures adequades de seguretat i accés restringit, en els termes previstos al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament europeu i del Consell de 27 d'abril de 2016 de Protecció de Dades (RGPD), així com a la Llei Orgànica 03/2018, de 5 de desembre, de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals (LOPD-GDD). Per tant, l'investigador i els analistes que van treballar amb les dades no van tenir accés a les dades d'identificació.

Les dades codificades recollides pels investigadors es van introduir a la plataforma REDCap, allotjada als servidors del CSAPG, que disposaven de les mesures de seguretat exigides per la institució. Les dades van ser emmagatzemades al servidor web local, on l'organització hi té instal·lat el programa i per tant només eren accessible a equips que tinguin una connexió de confiança mitjançant VPN i credencials segures (certificats, claus RSA o contrasenyes complexes).

El CSAPG és el responsable del tractament de les dades; qualsevol altra entitat que treballi amb les dades actuarà com a encarregada del tractament de dades, per a la qual cosa se signaran convenis específics. No es transferiran dades fora de la Unió Europea.

No s'esperaven situacions catalogades com d'alt risc per als drets i les llibertats dels titulars de les dades, d'acord amb la disposició addicional 17.2.f de la LOPD-GDD, per la qual cosa no es va realitzar una avaluació d'impacte.

D'acord als requeriments del CSAPG, l'investigador i el departament de recerca conservarà les dades recollides per a l'estudi durant 5 anys després de la finalització, o el temps que la legislació vigent i el Comitè Ètic de referència estipulin.

8. RESULTATS

Dades generals de freqüentació:

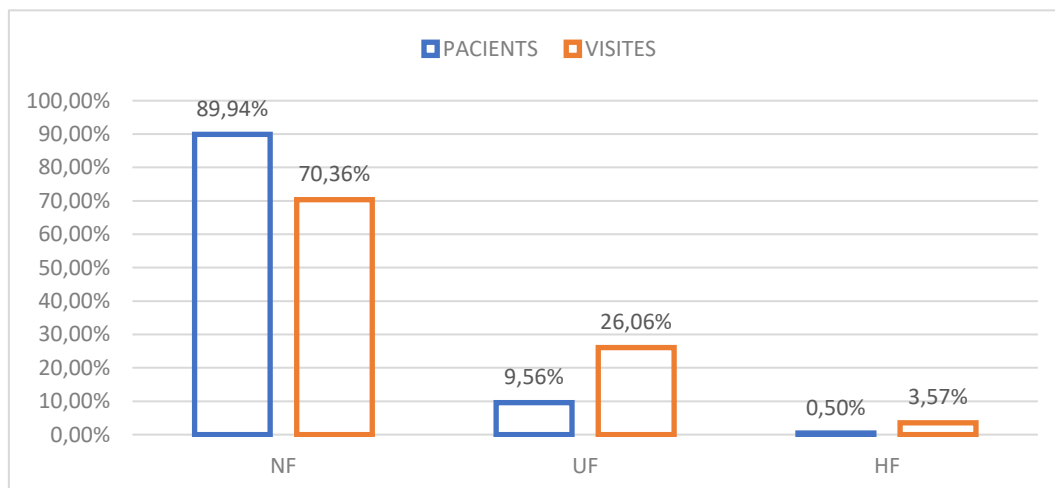
L'any 2022 es van registrar 79571 visites al servei d'urgències de l'HCAP. La taxa de freqüentació de la població de l'Alt Penedès a l'HCAP va ser de 0.72 visites/habitant/any.

El nombre de pacients que van generar aquestes visites, va ser de 43094 persones, sent dones el 50.33%. La mitjana d'edat dels pacients va ser de 39.90(DE:24.84) anys.

La mitjana de visites per pacients va ser de 1.85 (DE 1.57). En dones va ser 1.88 (DE1.60)visites/any, observant un màxim de 33 visites/any; I en homes un màxim de 68 visites/any amb una mitjana de 1.82 (DE1.54).

A la figura 1 observem el percentatge de vistes que es van generar segons ser usuari no freqüent(1-3 visites/any), freqüent (4 a 9 visites/any) o hiperfreqüent (10 o més visites/any), veient que un 10,06% dels usuaris, generaven gairebé el 30% de les visites.

Figura 1. Percentatge de pacients i percentatge de visites segons tipus d'usuari

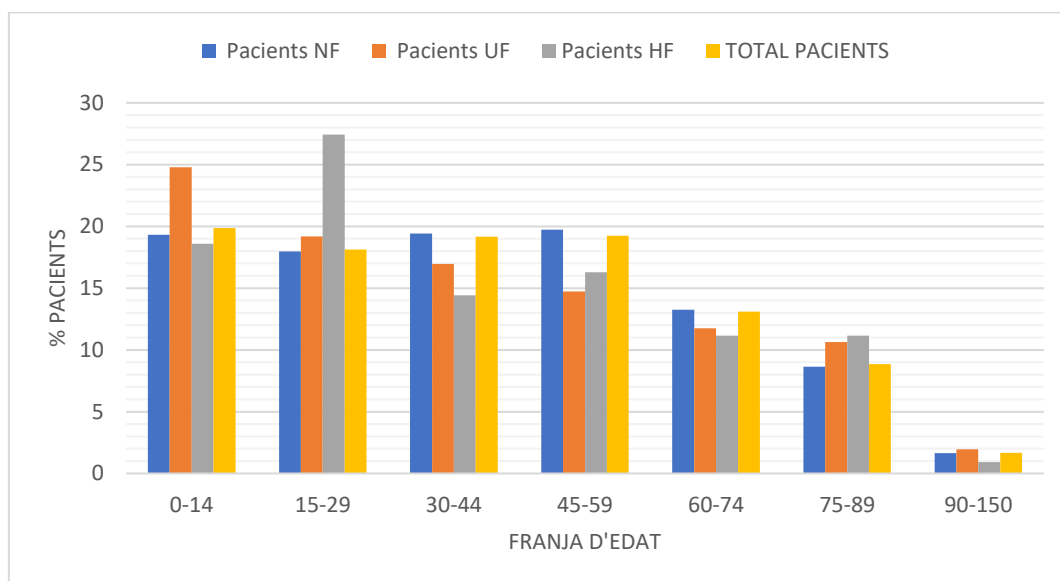


NF: usuari no freqüent (1 a 3 visites/any) ; UF: usuari freqüent (4 a 9 visites/any); HF: usuari hiperfreqüent (10 o més visites/any)

Resultats per pacients:

Per edats, es va poder veure, com apareix la figura 2, que els usuaris NF eren un grup heterogeni, repartit de manera similar (percentatges d'entre 17.97% i 19.74%) entre les diferents franges d'edat de 0 a 59 anys. En els grup d'UF hi destacava gairebé un 25% de pacients en edat pediàtrica i en el grup d'usuaris HF més d'un 25% (el 27.44%) formaven part del grup d'edat de 15 a 29 anys.

Figura 2. Perfil de freqüentació dels segons franja d'edat per tipus d'usuari i total



NF: No freqüent; UF: Usuari Freqüent; HF: Hiperfreqüent

En l'anàlisi de la relació entre l'edat i el número de visites per persona, es va veure una associació pràcticament nul·la entre edat i número de visites tant en dones ($r = -0.044$; $p < 0.001$), com en homes ($r = -0.0354$; $p < 0.001$).

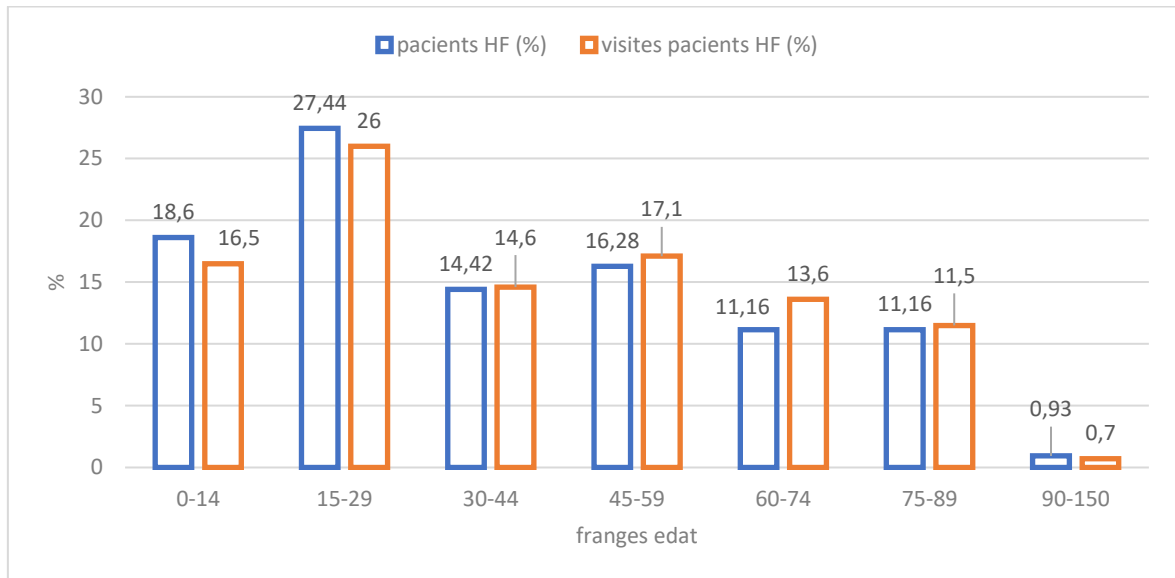
Resultats per visites dels pacients hiperfreqüentadors (HF)

- **Sexe i edat**

En l'anàlisi de les visites dels pacient HF es van comptabilitzar 2843 visites, un 50,7% generades per dones. Per franges d'edat, destacava un 26% de visites de persones d'entre 15 i 29 anys, seguit d'un 17,1% de de vistes d'usuaris de 45

a 59 anys i un 16,5% de visites pediàtriques (de 0 a 14 anys). Un 25,8% de les visites eren demandades per persones de 60 anys o més. A la figura 3 es pot veure la comparació de percentatges de visites i de pacients HF per franges d'edat, veient que no sempre el percentatge més elevat de visites corresponia al percentatge més elevat de pacients en una mateixa franja d'edat.

Figura 3. Percentatge de pacients HF i percentatge de visites de pacients HF segons franja d'edat



HF: Hiperfreqüentador

- **Procedència, dies i horari:**

Un 93,7% de les visites procedien de domicili, un 3,9% de via pública i menys d'un 2,5% venien derivats d'AP, Consultes externes, residència o altres hospitals. Es va observar més demanda d'atenció en dissabtes (17,1%), seguit de dilluns (15,3%) i diumenge (14,8%); sent el 66,8% de les consultes en horari diürn (8 a 20h).

En l'anàlisi bivariat segons franges d'edat i horari de consulta, diferenciant 3 torns (matí, tarda i nit) es va observar que fins als 60 anys consultaven més de 15 a 22h (torn tarda) i a partir de 60 anys hi va haver més consultes en torn matí (8h a 15h). Aquesta diferència va ser estadísticament significativa ($p < 0.01$)

Per mesos de l'any, destacava un 10% de les visites al juliol, seguit d'un 9,4% a l'octubre. El mes amb menys visites de pacients HF va ser el mes de febrer amb un 6,8%.

- **Motiu de consulta i triatge:**

El motiu de consulta majoritari, amb un 89,4% de les visites, va ser malaltia. Un 8.1% van consultar per accidents o agressions (casual, transit, laboral, agressions animal, física, sexual, de gènere).

En el triatge d'infermeria es va assignar un nivell IV al 60,46% de les visites, III al 26.20%, V al 11.22% i II al 2.11%. No constava cap nivell I a la mostra analitzada. Així, es va veure que el 71,68% va classificar-se com a visites no urgents.

Comparant els nivell de triatge segons sexe, exposats a la taula 3, es va observar una associació estadísticament significativa ($p < 0.001$) entre aquestes variables en les visites d'usuaris HF. En ambdós sexes el nivell més assignat en les visites va ser el nivell IV (55.75% de les visites a dones; 65.05% de les d'homes), però es van observar més assignacions d'aquesta classificació en visites d'homes i el doble de nivells V en les valoracions a dones (15.42%) que a homes(7.14%).

Taula 3. Número de visites de pacients HF segons nivell de triatge, per sexe. n (%)

	Nivell de triatge				Total
	II	III	IV	V	
Dona	36 (2.57)	368(26.27)	781(55.75)	216(15.42)	1401(100)
Home	24 (1.64)	377(26.14)	938(65.05)	103(7.14)	1442(100)
Total	60 (2.11)	745(26.20)	1719(60.46)	319(11.22)	2843(100)

Nivells de triatge segons el Model Andorrà de Triage i obtingut a partir del Web_e-PAT.

També es va veure relació estadísticament significativa ($p < 0.001$) entre l'edat i el nivell de triatge de les visites dels pacients HF: el nivell IV va representar ser el més assignat en visites de menors de 75 anys en percentatges d'entre el 45.62% (franja de 60 a 74 anys) i el 78.21% (franja de 0 a 14 anys); i el nivell III va ser el més freqüent a partir de 75 anys.

- **Grups diagnòstics:**

En l'anàlisi dels grups diagnòstics assignats post visita i codificats amb el CIE-10, es va observar gran variabilitat diagnòstica i es no va poder donar un perfil

concret als usuaris HF, referent als seus diagnòstics. Es va veure que un percentatge important del 42.70% estava codificat dins “síntomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori, no classificats en una altra part”. Aquesta etiqueta diagnòstica, en el nostre cas incloïa, en percentatges dins la categoria: la febre (9.23%), la tos (8.73%), debilitat (7.91%) i vòmits (7.33%) com les descripcions més habituals. Un 11.04% estava classificat dins diagnòstics de “traumatismes, enverinaments i algunes altres conseqüències de causes externes” i en percentatges més petits a la resta de codis diagnòstics, com veiem en els codis més prevalents, presentats a la taula 4. Volem destacar que un 8.58% no estava classificat dins de cap grup, pel que desconeixem diagnòstic. No es va voler obviar aquest grup de visites per tal de poder-ne conèixer les altres característiques analitzades a l'estudi.

Taula 4. Taula de freqüència de grups diagnòstics en visites de pacients HF.

GRUP DIAGNÒSTIC SEGONS CIE10⁽⁵²⁾	DESCRIPCIÓ	n	%
R00-R99	Síntomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori, no classificats en una altra part	1214	42,70
S00-T98	Traumatismes, enverinaments i algunes altres conseqüències de causes externes	314	11,04
NO CODIFICAT		244	8,58
Z00-V99	Factors que influeixen a l'estat de salut i contacte amb els serveis de salut	233	8,20
J00-J99	Malalties del sistema respiratori	174	6,12
M00-M99	Malalties del sistema osteomuscular i del teixit conjuntiu	155	5,45
N00-N99	Malalties del sistema genitourinari	115	4,05
F00-F99	Trastorns mentals i del comportament	88	3,10
L00-L99	Malalties de la pell i del teixit subcutani	71	2,50
K00-K93	Malalties del sistema digestiu	69	2,43
H60-H95	Malalties de l'oïda i de l'apòfisi mastoide	47	1,65
I00-I99	Malalties del sistema circulatori	32	1,13
O00-O99	Embaràs, part i puerperi	28	0,98
H00-H59	Malalties de l'ull i els annexos	25	0,88
ALTRES	altres	34	1,20
TOTAL		2843	100,00

Font: taula d'elaboració pròpia a partir dels resultats

- **Cronicitat:**

Referent a l'anàlisi de l'existència de perfils de cronicitat, es va veure que un 15,05% de les visites de pacients HF les havien demanat usuaris identificats com a PCC i un 2,29% identificats com a MACA. El nivell de triatge més freqüent en les visites dels usuaris HF PCC va ser de III (46.5%), també en els MACA (73.8%); mentre que en els usuaris HF no identificats en aquests perfils el nivell de triatge més freqüent va ser el IV. Amb $p < 0.001$ es va veure associació estadísticament significativa entre les variables nivell de triatge i estar identificat com a PCC o MACA. Es van trobar visites identificades en perfils de cronicitat en tots els grups d'edat, però el percentatge va ser més elevat a partir dels 60 anys i sobretot en majors de 75 anys, en tots els perfils d'usuaris.

- **Motiu d'alta:**

En el motiu de l'alta, el més freqüent va ser "destí a domicili", en un 86.5%, seguit d'ingrés hospitalari amb un 8,7%. Els motius "valorat i no visitat", "fuga" i "alta voluntària" representaven, conjuntament, un 3.2%; un 1.3% van ser "trasllat a altre centre sanitari", 0.2% "trasllat a residència social" i el 0.1% restant constava com a "destí no informat". Es va veure, doncs, que > del 86% de les visites eren donades d'alta a casa i que només un 10% va ingressar o es va traslladar a un altre centre.

- **Especialitats:**

Es va observar que les visites dels pacients HF, en un 26.7%, van ser ateses pel PAC-HCAP; a un 22.1% se'ls va assignar l'especialitat de MI; a un 18.5% l'especialitat d'urgències; un 15.6% a pediatria (0-14anys); el 8.3% cirurgia; un 6.5% obstetrícia i ginecologia i, un 2.3% traumatologia.

Comparació dades de les visites HF, usuaris NF i UF

Es van comparar els resultats de l'anàlisi del perfil de visites dels pacients HF amb les visites dels altres perfils de freqüentació observant diferències estadísticament significatives que es detallen a la taula 5.

Taula 5. Comparació estadística entre les visites dels diferents perfils de freqüentació.

Variable	Visites d'usuaris NF	Visites UF	Visites usuaris HF	Total de visites 2022	Valor p
Dones n (%)	28264 (50.48)	10986 (52.97)	1442 (50.72)	40692 (51.14)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p=0.899 UFvsHF p=0.213
Mitjana edat (DE)	39.92 (DE:25.02)	37.74 (DE:27.09)	39.69 (DE:25.84)	39.34 (DE:25.62)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p=0.297 UFvsHFp<0.001
Procedència: domicili n (%)	52514 (93.79)	19659 (94.79)	2665 (93.7)	74838 (94.05)	NFvsUF p=0.367 NFvsHF p=0.994 UFvsHF p=0.708
Nivell de triatge: 4 i 5 n (%)	44590 (79.64)	15892 (76.63)	2038 (71.7)	62520 (78.57)	NFvsUF p=0.002 NFvsHF p<0.001 UFvsHF p=0.032 p<0.05 entre tots els grups
PCC: si n (%)	2026 (3.62)	1437 (6.93)	428 (15.05)	3891 (4.89)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p<0.001 UFvsHF p<0.001
MACA: si n (%)	324 (0.58)	380 (1.83)	65 (2.29)	769 (0.97)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p<0.001 UFvsHF p=0.118
Motiu alta: Destí a domicili n(%)	51032 (91.15)	18585 (89.61)	2460 (86.53)	72077 (90.58)	NFvsUF p=0.152 NFvsHF p=0.067 UFvsHF p=0.238
Especialitat: Pac- HCAP n(%)	17572 (31.38)	5457 (26.31)	760 (26.73)	23789 (29,9)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p<0.001 UFvsHF p=0.733
Especialitat: Urgències n(%)	14877 (26.57)	4725 (22.78)	526 (18,5)	20128 (25.3)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p<0.001 UFvsHF p<0.001
Especialitat: Pediatria n(%)	8376 (14.96)	4433 (21.38)	443 (15.58)	13252 (16.65)	NFvsUF p<0.001 NFvsHF p=0.453 UFvsHF p<0.001

NF: usuaris no freqüents (<4visites/any); UF: usuaris freqüents (4 a 9 visites/any); HF: usuaris Hiperfreqüents (10 o més visites/any); PCC: Pacient Crònic Complex; MACA: Model d'Atenció a la Cronicitat Avançada; PAC-HCAP: Punt d'Atenció Continuada d'Atenció Primària a l'HCAP. Font: taula d'elaboració pròpia a partir dels resultats

9. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Discussió:

A partir de les dades analitzades, podríem dir que, l'any 2022, cada habitant de l'Alt Penedès va consultar 0.72 vegades al SUH de l'HCAP. Aquesta xifra duplica el 0.36 consultes per habitant/any dels hospitals del SNS de 2020 i també és superior als 0.50 visites per persona/any de 2019⁽¹³⁾.

De la població que va consultar, la mitjana de visites per pacients va ser de 1.85 (DE 1.57), xifra de freqüentació més alta que en altres treballs que parlaven d'un 1.68⁽⁷⁾ o de 1.6 consultes/pacient⁽⁵³⁾.

No hem pogut determinar les causes de les xifres de freqüentació, com han fet altres autors⁽³⁶⁾, però podríem pensar que poden ser degudes a l'existència d'un sol hospital a la zona, a dificultat d'accés a altres recursos sanitaris, a necessitats de la persona no resoltes, a mal ús dels serveis d'urgències o desconeixement dels circuits per part de la població, etc. Si analitzem alguna de les suposicions i fem referència a l'accés a recursos sanitaris no hospitalaris, cal ser conscients de la situació de l'atenció primària i la seva capacitat resolutiva: prèviament a la pandèmia (2019), el 42% dels pacients d'atenció primària era atès el mateix dia o l'endemà i la resta esperava una mitjana de 5,8 dies. El 2021 la cita el mateix dia o pel dia següent la va obtenir només un 26% i la resta va haver d'esperar 10,8 dies com a mitjana⁽¹³⁾. Està clar que aquesta realitat pot influir en com, quan i on contacta la població amb els recursos sanitaris. Andersen, en el context americà, plantejava que la utilització dels serveis de salut resulta de la combinació de factors de necessitat, facilitadors i de predisposició⁽⁴⁴⁾. S'ha vist que viure a prop del centre sanitari influeix en la taxa de freqüentació⁽⁷⁾, també hi pot influir, com s'ha estudiat prèviament⁽³⁶⁾ tenir dificultat d'accés a l'atenció primària, la conveniència d'anar a urgències (per horaris laborals, escolars, organització familiar) o per les avantatges d'accés a més recursos.

A banda de l'ús ocasional del SUH, les dades d'hiperfreqüentació ens poden orientar de què està passant. Hem vist que el percentatge de pacients HF va ser del 0.5% (n:215) del total de pacients i van representar un 3.57% (n:2843) del

total de visites de l'any estudiat. És el mateix que mostrava l'estudi de González-Peredo⁽⁷⁾ i superior al 0.3% de pacients i 2.6% de visites que va observar Fernández⁽³³⁾, definint en els 2 casos HF a partir de 10 o més visites al SUH/any. Afonso⁽²⁸⁾ situava en el 0.3% la població HF, però considerant HF >10 visites/any i Vinton⁽²²⁾ en el 0,4% dels adults, amb el mateix punt de tall que el nostre, però en context d'Estats Units.

S'ha vist que, al comparar percentatges de visites amb percentatges de pacients, no sempre el percentatge més elevat de pacients fa el percentatge més alt de visites. En aquest sentit, destaquem que un 10% dels pacients, corresponents als identificats com a UF i usuaris HF van generar gairebé el 30% de les visites, xifres amb relacions de proporció similars a les obtingudes per altres autors⁽³¹⁾ amb els mateixos criteris de definició i lleugerament més baixes que les de treballs que prenen el punt de tall per definir UF en 3 o més visites any⁽¹¹⁾.

Comparant també percentatges de pacients o visites d'usuaris HF per franges d'edat destaquem que més d'un 25% de la població HF tenien entre 15 i 29 anys, xifra superior al 18.1% de persones del treball de González-Peredo⁽⁷⁾ que també presentava menys d'un 10% d'usuaris en edat pediàtrica, que contrasten amb el nostre 18.6% de pacients en aquesta edat del grup HF. Un 25,8% de les visites van ser demandades per persones de 60 anys o més, que representaven un 23.25% de la població HF. Aquests percentatges son inferiors als que s'havien vist en treballs en que els pacients >65 anys representaven un 37.9%⁽³³⁾ o un 34,8%⁽³¹⁾ i, similars als que reportaven un 25.8% de pacients >65anys⁽⁷⁾. Els resultats obtinguts també van en la línia de diferenciar dos grups dins el col·lectiu HF, un grup més jove i un grup de >65 anys^(7,33), destacant en el nostre cas, un grup important de població d'edat pediàtrica. Tenir una població HF tant jove, que podem deduir que presenta menys comorbiditats que altres col·lectius, ens ha de posar en alerta de si l'ús que fan dels SUH és adequat o si respon a necessitats d'immediatesa, problemes administratius relacionals amb la feina o voluntat de buscar una solució ràpida i fàcil a necessitats de salut. També hem de reflexionar sobre l'existència d'abús de recursos sanitaris disponibles, existint consultes que podrien ser posposades o que inclús no necessitarien de valoració

dins de l'àmbit hospitalari i que podrien ser resoltes en l'entorn familiar, com s'havia fet en altres generacions, no fa pas tants anys.

Observant les visites de la població HF segons sexe, procedència i dies de consulta els resultats obtinguts son similars als presentats per al conjunt de les urgències a Catalunya l'any 2019⁽⁵⁴⁾, que destacaven, a més de percentatges més elevats de visites de dones, més consultes en cap de setmana, de dia, i sent el domicili la procedència més habitual. Referent al sexe, altres autors⁽³¹⁾ han identificat més homes que dones, però en països diferents al nostre.

El nivell de triatge assignat a les visites ens permet veure que un 71,7% van classificar-se com a nivell IV i V, que podríem considerar visites no urgents. En algun treball que analitzava pacients a partir de visita índex, se'ns parla de 47% de nivells IV o V⁽³³⁾, xifra més baixa que la nostra però que s'hauria de comparar en igualtat de condicions. Tot i la xifra elevada, quan comparem el percentatge de visites no urgents dels diferents perfils d'usuaris, veiem que la proporció encara és significativament més elevada en els usuaris NF i UF, sent un 78.5% el del total de les visites analitzades. Així, malgrat puguem pensar que els usuaris HF consulten majoritàriament per patologia no urgent, veiem que la proporció d'aquestes consultes és menor que en els altres grups, pel que hem de considerar l'existència de necessitats no cobertes que també cal esbrinar. Vist segons l'edat, el nivell IV és el més freqüent fins als 75 anys, edat a partir de la qual s'observen més nivells III, situació que també es veu en pacients identificats en perfils PCC i MACA. Es una valoració, doncs, que podria anar associada a la fragilitat i/o complexitat.

Als resultats s'ha observat gran variabilitat diagnòstica i no s'ha pogut donar un perfil diagnòstic concret als usuaris HF. Com en algun altre estudi⁽⁸⁾ l'etiqueta "síntomes, signes i troballes anormals clíniques i de laboratori, no classificats en una altra part", ha estat la més prevalent i els 2 grups diagnòstics més freqüents son els mateixos, en diferent ordre de freqüència, que en algun altre treball realitzat en l'àmbit espanyol⁽⁷⁾. Cal destacar que un alt percentatge de visites no estava codificat dins de cap grup, fet que ens orienta a pensar en que cal millorar en aquest sentit i ens fa ser cautelosos en la interpretació dels resultats.

Els perfils de cronicitat, en aquest treball valorats des de l'estar identificat com a PCC o MACA, s'han trobat en les visites de tots els perfils d'usuaris i en gairebé tots els grups d'edat, però sent més present en grups >60 anys. Malgrat també els nens poden estar identificats en perfils de cronicitat⁽⁵⁵⁾, ens ha sorprès trobar-ne en els 3 grups de perfils de freqüentació doncs potser trobar-los en HF pot orientar en que no s'estan atenent les necessitats d'aquest col·lectiu en els circuits establerts per oferir la millor atenció en situacions complexes. Són perfils que necessiten d'un seguiment més estret i complex i que veiem que, malgrat aquest existeix, cal estar atents a detectar mancances en la gestió de les seves patologies en l'àmbit social i/o sanitari.

Implicacions per la pràctica i la recerca:

Referent a les implicacions del treball per la pràctica i la recerca, hi ha diferents aspectes a destacar:

S'ha vist que existeix un grup important de població hiperfreqüentadora jove. És necessari seguir treballant en esbrinar les causes d'aquesta alta freqüentació i analitzar si aquestes persones consulten sempre pel mateix o no, a partir de dissenys metodològics que, a més a més de les seves característiques, recullin les inquietuds i motivacions en cadascuna de les consultes d'aquestes persones, així com també busquin conèixer el resultat de la visita, per poder analitzar millor l'adequació del recurs demandat. De cara a propers estudis, pot ser interessant analitzar variables derivades de les etiquetes diagnòstiques del programa de triatge Web-e-Path® en que s'assigna un motiu de consulta, que en aquest treball no hem pogut tenir. Aquesta etiqueta ens guiaria a partir de signes i símptomes a l'arribada i ens podria donar informació sobre el camí de l'usuari dins els serveis d'urgències, en el que també hauríem d'aprofundir.

És important que cada centre conegui el perfil dels seus usuaris HF, doncs hi ha característiques socioeconòmiques, de distribució de recursos, organitzatives, que poden afectar a aquesta condició i que son específiques de cada territori. En el cas del centre estudiat, el fet de ser l'únic centre de referència en determinat horari i dies, pot influir en un augment de visites, sobretot en cap de setmana i

de nit. En aquesta línia, es proposa establir la taxa de freqüentació i el percentatge de població HF com a indicadors que permetin veure les tendències d'ús de recursos. Aquests valors poden ajudar en el coneixement i seguiment de què està passant i servir de suport en la presa de decisions referents a la implementació d'estratègies de millora i/o de suport.

La planificació de recursos sanitaris i la organització del seu ús també cal que s'adapti a una realitat social canviant i en continu moviment. Cal fomentar l'existència de personal sanitari a les empreses, a les escoles, treballar per educar i reeducar a la població sobre quan i on consultar segons el problema de salut, vetllar per tenir circuits per pacients amb necessitats especials que funcionin i en continua revisió i avaluació, etc.

Cal potenciar la presència d'infermeres gestores de casos també dins els serveis d'urgències: professionals amb coneixement dels recursos del territori i amb disponibilitat de temps i recursos per a la identificació de persones amb necessitats de suport o mals hàbits de consulta susceptibles de ser modificats, i que puguin aportar estratègies d'abordatge de situacions concretes, sempre en contacte estret amb altres professionals de l'àmbit de la salut i social.

Finalment, donar importància, com han plantejat altres autors⁽⁸⁾, a la necessitat de disposar de criteris universals per definir usuari NF, UF i usuari HF per tal de poder comparar resultats de treballs de manera àgil i productiva, proposant seguir amb els que, com altres autors^(7,22), s'han utilitzat en aquest treball.

Limitacions:

En quant a les limitacions, i malgrat aquest treball ens ha permès objectivar diferències entre les visites dels diferents perfils d'usuaris del servei d'urgències i veure'n algunes característiques, cal comentar que existeixen limitacions derivades d'analitzar visites i no pacients, en el sentit que una persona que fa moltes visites pot decantar els resultats cap a un perfil concret. Per minimitzar aquests possibles errors d'interpretació, en les variables que ha estat possible, s'ha procurat aportar dades tant de visites com de pacients i també s'ha procurat

comparar resultats entre els diferents perfils de freqüentació. Tot i les dificultats esmentades, l'anàlisi de visites permet estudiar característiques de tipus urgència i diagnòstic i evolució, que analitzant per pacients tampoc podríem valorar o caldria homogeneïtzar variables amb criteris que també implicarien omissió de dades susceptibles de ser d'interès.

S'ha vist que cal un millor registre de les dades i s'evidencia la necessitat d'una codificació curosa dels diagnòstics. La codificació diagnòstica disponible en els registres consultats, i la falta de codi en alguns casos, han dificultat la interpretació dels perfils dels pacients en funció d'aquesta variable. Tot i així, seguim creient que una codificació estricta seguint grups diagnòstics estandarditzats com el CIE10, pot permetre fer comparació de poblacions o de mostres poblacionals diferents de manera àgil.

Al tractar-se d'un estudi retrospectiu i obtenint les dades de manera automatitzada dels registres ja existents, s'ha obtingut menys informació de l'esperada, sobretot referent a motius de consulta, procedència, destí i diagnòstics doncs s'esperaven obtenir dades del programa de triatge, que no ha estat disponibles, i categories més amples referent a procedència i destí, a més de diagnòstics més concrets o codificació més precisa. Tot això ha influït en la caracterització dels usuaris i n'ha limitat l'anàlisi.

La metodologia plantejada a partir de dades pseudoanonimitzades també limita en el coneixement d'altres característiques de caràcter social, econòmic o de suport sanitari segons lloc de residència o recurs de referència, coneixements en que no podem profunditzar i que podrien ser necessaris de cara a plantejar estratègies d'intervenció. Caldrà tenir-ho en compte per futurs treballs.

Conclusions

Concloent i donant resposta als objectius plantejats, es va veure una alta taxa de freqüentació en el nostre medi, lleugerament superior en dones i amb una mitjana d'edat més baixa que en altres treballs. Cal ressaltar que un 10% dels pacients van generar gairebé el 30% de les visites.

Referent a la població hiperfrequentadora, van consultar més en cap de setmana i dilluns i en horari diürn, i en diferent torn (matí o tarda) segons l'edat. Destaquem que més d'un 25% del grup d'usuaris HF tenien de 15 a 29 anys. La gran majoria provenien de domicili, s'entén que per iniciativa pròpia, se'ls va assignar majoritàriament nivell de triatge de no urgència i van marxar d'alta.

Va ser significatiu, comparant les visites del usuaris HF amb les dels altres grups de freqüentació, que hi havia diferències en el nivell de triatge i que la proporció de consultes no urgents va ser menor en els HF que en els altres grups d'usuaris. També es va veure que la proporció de pacients identificats com a Pacient Crònic Complex era més alta en el grup d'usuaris HF.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Redacción Andalucía Información. Urgenciólogos alertan de la saturación de urgencias con un aumento del 25% de demanda. Andalucía Información [Internet] 12 gen 2023 [citad 23 gener 2023]; [aprox. 2 pantalles]. Disponible a: <https://andaluciainformacion.es/sanlucar/1167258/urgenciologos-alertan-de-la-saturacion-de-urgencias-con-un-aumento-del-25-de-demanda/>
2. Radio Televisión Canaria. Los médicos alertan de saturación en urgencias por séptima ola de covid. Radio Televisión Canaria [Internet] 28 juny 2022 [citad 23 gen 2023]; [aprox.3 pantalles]. Disponible a: <https://rtvc.es/los-medicos-alertan-de-saturacion-en-urgencias-por-septima-ola-de-covid/>
3. Redacción Médica. La mitad de los enfermeros españoles se ha planteado dejar su profesión. Redacción Médica [Internet]. 7 febrer 2022 [citad 23 gen 2023]; [aprox. 3 pantalles] Disponible a: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/la-mitad-de-los-enfermeros-espanoles-se-han-planteado-dejar-su-profesion-1845>
4. Alcaide Lucena M, Martínez Martínez C, Rodríguez González CJ, Ayala Carbonero G, Bosquet Daza A, Legerén Álvarez M, et al. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la unidad de patología mamaria en un hospital de segundo nivel. Nuestra experiencia. Rev Senol Patol Mamar [Internet]. 2021 [citad 21 gen 2023] ;34(2):88–92. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.senol.2020.09.004>
5. García-Rojo E, Manfredi C, Santos-Pérez-de-la-Blanca R, Tejido-Sánchez Á, García-Gómez B, Aliaga-Benítez M, et al. Impact of COVID-19 outbreak on urology surgical waiting lists and waiting lists prioritization strategies in the Post-COVID-19 era. Actas Urol Esp (Engl Ed) [Internet]. 2021 [citad 21 gen 2023]; 45(3):207–14. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2020.11.001>
6. Perez Mendoza S. El colapso de la atención primaria por la COVID desemboca en las urgencias de los hospitales. elDiario.es [Internet]. 26 desembre 2021 [citad 23 gen 2023]; [aprox. 3 pantalles]. Disponible a:

https://www.eldiario.es/sociedad/colapso-atencion-primaria-covid-desemboca-urgencias-hospitales_1_8603265.html

7. González-Peredo R, Prieto-Salceda MD, Campos-Caubet L, Fernández-Díaz F, García-Lago-Sierra Á, Incera-Alvear IM. Perfil del usuario de un servicio de urgencias hospitalarias. Hiperfrecuentación. Semergen [Internet]. 2018 [citado 19 de 2022]; 44(8):537–48. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2018.05.009>
8. Pablo Gormaz R, Marro Hernández D, Ezpeleta Esteban L, Bellostas Muñoz P, Coll Ercilla MP. Paciente hiperfrecuentador y su nivel de prioridad en la atención en un servicio de urgencias. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2022 [citado 23 nov 2022]; 3(8). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/paciente-hiperfrecuentador-y-su-nivel-de-prioridad-en-la-atencion-en-un-servicio-de-urgencias/>
9. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. París: OECD Health Working Papers; 2015 [citado 15 de 2022]; 83. Disponible a: <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
10. Departament de Salut. Pla nacional d'urgències de Catalunya: PLANUC [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [citado nov 2022]. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/3402>
11. Moe J, O'Sullivan F, McGregor MJ, Schull MJ, Dong K, Holroyd BR, et al. Characteristics of frequent emergency department users in British Columbia, Canada: a retrospective analysis. CMAJ Open [Internet]. 2021 [citado 19 de 2022]; 9(1):E134–41. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.9778/cmajo.20200168>
12. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022: mejorando la salud y el bienestar de la población [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citado 19 de 2022]. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/en//ciudadanos/pdf/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf

13. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2020-2021 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citad 19 des 2022]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
14. Ministerio de Sanidad. Unidad de urgencias hospitalaria: estándares y recomendaciones [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2010 [citad 19 des 2022]. Disponible a: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UUH.pdf>
15. Departament de Salut. Model sanitari català [Internet]. Departament de Salut. Barcelona: Departament de Salut; [citad el 7 des 2022]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/model_sanitari_catala/
16. CSAPG. El consorci [Internet]. Vilafranca del Penedès: CSAPG. 2021: [citad el 7 des 2022]. Disponible a: <https://www.csapg.cat/el-consorci/>
17. Institut d'estadística de Catalunya. Creixement intercensal de la població. 2011-2021 [Internet]. Idescat.cat. [citad 4 abr 2023]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/pub/?id=censph&n=16394&by=com>
18. Sanchez Bermejo R. Encuesta a los profesionales de enfermería españoles sobre el triaje en los servicios de urgencias hospitalarios. Emergencias [Internet]. 2015 [citad 10 mai 2023];27(2):103–8. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5388438&info=resumen&idioma=ENG>
19. Gómez Jimenez J. Manual de implementación del Sistema Estructurado de Triage - SET [Internet]. Andorra: Treelogic SL; 2015 [citad 15 des 2022]. Disponible a: <https://www.triajeset.com/2015/01/29/nueva-edici%C3%B3n-del-manual-de-implementaci%C3%B3n-del-sistema-estructurado-de-triaje-set/>
20. Departament de Salut. Model d'atenció a les urgències: respostes adequades a les demandes d'atenció immediata [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012 [citad 15 des 2022]. Disponible a: <https://hdl.handle.net/11351/9504>

21. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2017 [citat 15 des 2022]; 35:51–5. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2017.06.001>
22. Vinton DT, Capp R, Rooks SP, Abbott JT, Ginde AA. Frequent users of US emergency departments: characteristics and opportunities for intervention. *Emerg Med J* [Internet]. 2014 [citat 27 feb 2023]; 31(7):526–32. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2013-202407>
23. Moe J, Kirkland S, Ospina MB, Campbell S, Long R, Davidson A, et al. Mortality, admission rates and outpatient use among frequent users of emergency departments: a systematic review. *Emerg Med J* [Internet]. 2016 [citat 10 gen 2023]; 33(3):230–6. Disponible a: <https://emj.bmj.com/content/33/3/230>
24. Dépelteau A, Racine-Hemmings F, Lagueux É, Hudon C. Chronic pain and frequent use of emergency department: A systematic review. *Am J Emerg Med* [Internet]. 2020 [citat 10 gen 2023]; 38(2):358–63. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajem.2019.158492>
25. García de Francisco S, Alberquilla Menéndez-Asenjo Á, Valdez Feliz L, García de Francisco A, Rincón Vásquez A, Rodríguez Carrasco M del M. Análisis de la hiperfrecuentación ajustando por comorbilidad según ACG (Adjusted Clinical Groups) en una Zona Básica de Salud. *Med Gen Fam* [Internet]. 2017 [citat 10 gen 2023]; 6(6):246–51. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2017.055>
26. Reho T, Atkins S, Talola N, Sumanen M, Viljamaa M, Uitti J. Comparing occasional and persistent frequent attenders in occupational health primary care - a longitudinal study. *BMC Public Health* [Internet]. 2018 [citat 2 gen 2023]; 18(1):1291. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-018-6217-8>
27. Calvo Rojas V. Hiperfrecuentadores versus Normofrecuentadores en atención primaria de salud: factores sociales asociados, estilos de personalidad y psicopatología [tesi a internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2016 [citat 17 des 2022]. Disponible a: <https://www.tdx.cat/handle/10803/367684>

28. Afonso S, Lopes S. Differences in clinical characteristics and utilization of emergency department by high-frequency users. *J Emerg Med* [Internet]. 2020 [citad 2 gen 2023]; 59(1):153–60. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.03.012>
29. Chiu Y, Racine-Hemmings F, Dufour I, Vanasse A, Chouinard M-C, Bisson M, et al. Statistical tools used for analyses of frequent users of emergency department: a scoping review. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citad 13 gen 2023]; 9(5):e027750. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027750>
30. Zhou JG, Cameron PA, Dipnall JF, Shih K, Cheng I. Using network analyses to characterise Australian and Canadian frequent attenders to the emergency department. *Emerg Med Australas* [Internet]. 2022 [citad 27 feb 2023]; 35(2):225–33. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1111/1742-6723.14103>
31. Pek PP, Lau CY, Sim X, Tan KB, Mao DRH, Liu Z, et al. Nationwide study of the characteristics of frequent attenders with multiple emergency department attendance patterns. *Ann Acad Med Singapore* [Internet]. 2022 [citad 27 feb 2023]; 51(8):483–92. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.47102/annals-acadmedsg.2021483>
32. Castillo EM, Brennan JJ, Howard J, Hsia RY, Chalmers C, Chan TC, et al. Factors associated with geriatric frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2019 [citad 27 feb 2023]; 74(2):270–5. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.12.013>
33. Fernández Alonso C, Aguilar Mulet JM, Romero Pareja R, Rivas García A, Fuentes Ferrer ME, González Armengol JJ. Hiperfrecuentación en Atención Primaria e hiperfrecuentadores en Urgencias. *Aten Primaria* [Internet]. 2018 [citad 23 feb 2023]; 50(4):222–7. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.02.011>
34. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health*

Policy [Internet]. 2016 [citat 23 feb 2023]; 120(5):452–61. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.006>

35. Giannouchos TV, Kum H-C, Foster MJ, Ohsfeldt RL. Characteristics and predictors of adult frequent emergency department users in the United States: A systematic literature review. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2019 [citat 23 feb 2023]; 25(3):420–33. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1111/jep.13137>

36. Jiang L, Ye L, Dai M, Zhou J, Li Q. Use Andersen's behavior model to explain non-urgent visits in emergency department: A single center study in southwest China. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2020 [citat 20 des 2022]; 52(100845):100845. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2020.100845>

37. Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why do people choose emergency and urgent care services? A rapid review utilizing a systematic literature search and narrative synthesis. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2017 [citat 23 feb 2023]; 24(9):1137–49. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13220>

38. Penzenstadler L, Gentil L, Huynh C, Grenier G, Fleury M-J. Variables associated with low, moderate and high emergency department use among patients with substance-related disorders. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2020 [citat 29 des 2022]; 207(107817):107817. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107817>

39. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psychosoc Med* [Internet]. 2012 [citat 20 des 2022]; 9:Doc11. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.3205/psm000089>

40. Gasperini B, Cherubini A, Pierri F, Barbadoro P, Fedecostante M, Prospero E. Potentially preventable visits to the emergency department in older adults: Results from a national survey in Italy. *PLoS One* [Internet]. 2017 [citat 29 des 2022]; 12(12):e0189925. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0189925>

41. McCusker J. Determinants of emergency department visits by older adults: A systematic review. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2003 [citat 30 des 2022]; 10(12):1362–70. Disponible a: [http://dx.doi.org/10.1197/s1069-6563\(03\)00539-6](http://dx.doi.org/10.1197/s1069-6563(03)00539-6)
42. Hamilton JE, Desai PV, Hoot NR, Gearing RE, Jeong S, Meyer TD, et al. Factors associated with the likelihood of hospitalization following emergency department visits for behavioral health conditions. *Acad Emerg Med* [Internet]. 2016 [citat 30 des 2022]; 23(11):1257–66. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1111/acem.13044>
43. Graham A, Hasking P, Brooker J, Clarke D, Meadows G. Mental health service use among those with depression: an exploration using Andersen's Behavioral Model of Health Service Use. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 [citat 30 des 2022]; 208:170–6. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.074>
44. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
45. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc* [Internet]. 1973 [citat 30 des 2022]; 51(1):95–124. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.2307/3349613>
46. Departament de Salut. Bases per a un model català d'atenció a les persones amb necessitats complexes: conceptualització i introducció als elements operatius [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [citat 10 gen 2023]. Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3305>
47. Herrera Carranza M, Aguado Correa F, Padilla Garrido N, López Camacho F. Una propuesta de modelo fisiológico de servicio de urgencias hospitalario. Principios de funcionamiento, tipificación de la saturación y pautas para el rediseño. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2017 [citat 15 des 2022];40(1):11-24. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28534558/>
48. Observatori del sistema de salut de Catalunya. Desigualtats socioeconòmiques en la salut i la utilització de serveis sanitaris públics en la població de Catalunya: observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la

población [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017 [citad 31 mai 2023]; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2839>

49. McKenna P, Heslin SM, Viccellio P, Mallon WK, Hernandez C, Morley EJ. Emergency department and hospital crowding: causes, consequences, and cures. Clin Exp Emerg Med [Internet]. 2019 [citad 15 des 2022]; 6(3):189–95. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.15441/ceem.18.022>

50. Moskop JC, Geiderman JM, Marshall KD, McGreevy J, Derse AR, Bookman K, et al. Another look at the persistent moral problem of emergency department crowding. Ann Emerg Med [Internet]. 2019 [citad 20 mar 2023]; 74(3):357–64. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.11.029>

51. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2021-2025 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2021 [citad 15 des 2022]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7948>

52. Ministerio de Sanidad. Edición electrónica de la CIE-10-ES Diagnósticos [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [citad 3 abr 2023]. Disponible a: https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/browser/index_10_mc.html

53. Departament de Salut. Estudi sobre l'activitat i l'organització dels serveis d'urgències hospitalaris: informe final [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2008 [citad 15 des 2022]; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3489>

54. Departament de Salut. Activitat d'urgències: Catalunya 2019 [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [citad 4 abr 2023]; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5404>

55. Departament de Salut. Model organitzatiu d'atenció integral a la població infantil i juvenil amb necessitats pal·liatives i en situació de final de vida [internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2020 [citad 20 abr 2023]; Disponible a: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6120>

11. CRONOGRAMA

Es presenta un cronograma que contempla la difusió dels resultats de la investigació. Al juny es presenta el treball final com a Treball de Final de Màster (TFM) en el context del Màster en Investigació en Ciències de la Infermeria i es preveu una posterior difusió en els mesos següents. S'ha valorat una continua revisió de la literatura, necessària per donar suport en la presentació de resultats.

Taula 6. Cronograma del treball de recerca

PLANIFICACIÓ ACTIVITATS PER MESOS													
ANY	2022		2023										
MES de l'any	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Revisió de la literatura													
Preparació de documentació per aprovació de l'estudi													
Tramitació permisos CSAPG i CEIm													
Extracció de dades													
Control de qualitat de les dades													
Anàlisi estadístic													
Interpretació de resultats i conclusions													
Redacció de publicacions													
Difusió de resultats													

12. PRESSUPOST

Es presenta un pressupost que contempla la possibilitat d'ampliació de resultats a partir del suport estadístic per a l'anàlisi de dades específiques de la mostra i que no han pogut ser presentades en aquest treball, realitzat en el context de presentació per a TFM.

També es contempla la possible traducció i publicació a revista científica i presentació a congressos, una cop presentat el treball al tribunal que l'ha d'avaluar com a TFM.

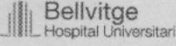
L'anàlisi estadístic, traducció i publicació seria assumida pel CSAPG un cop aprovada la seva difusió per les comissions d'investigació i recerca i la direcció del centre, però s'han volgut explicitar aquests costs per visibilitzar-los.

Taula 7. Pressupost treball de recerca

CONCEPTES	COST (€)
Personal	0 €
Bens i serveis	
· Anàlisi estadístic	1.000 €
· Traducció científica	700 €
· Publicació a revista científica en OPEN ACCESS	2.000 €
Viatges i dietes	
· Inscripció a Congrés Català d'urgències i emergències	250 €
· Viatge (1 investigador a 1 congrés Nacional)	200 €
Subtotal	4.150 €
Despeses administratives de la oficina de recerca (OVERHEADS) (10% del total de l'ajuda sol·licitada)	415 €
TOTAL	4565 €

13. ANNEXES

13.1. ANNEXE 1: Informe del Comitè d'Ètica d'Investigació sobre projectes d'investigació biomèdica

Salut/  Bellvitge
Hospital Universitari

**INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA**

El Dr. Enric Sospedra Martínez, responsable de la Secretaría Técnica del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitari de Bellvitge,

CERTIFICA

Que el Comité de Ética de la Investigación, en su reunión de fecha 27 de abril 2023 (Acta 10/23), tras examinar toda la documentación presentada sobre el proyecto de investigación con nuestra Ref. **PR105/23 (CSAPG-45)** titulado:

"ANÀLISI DE LA FREQUÈNCIÀ DEL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL COMARCAL",


Documentos con versiones:

Protocolo	VERSIÓN 1 de fecha (14/03/2023)
-----------	---------------------------------

Presentado por la Sra. M^a del Mar Casas Ros, del Servicio de Urgencias del l'Hospital Comarcal de l'Alt Penedès - Consorci Sanitari Alt Penedès i Garraf (CSAPG), como promotora e investigadora principal, ha acordado emitir INFORME FAVORABLE al mencionado proyecto.

Que la composición actual del Comité de Ética de la Investigación es la siguiente:

Presidente	Dr. Francesc Esteve Urbano	Médico - Medicina Intensiva
Vicepresidenta	Dra. Pilar Hereu Boher	Médico - Farmacología Clínica
Secretario	Dr. Enric Sospedra Martínez	Farmacéutico - Farmacia Hospitalaria
Vocales:	Dr. Jordi Adamuz Tomás	Enfermero - Enfermería
	Sra. Anna Boix Traserra	Derecho - DPD
	Dra. Nuria Calaf Figueras	Farmacéutica - Atención Primaria
	Dra. Concepción Cañete Ramos	Médico - Neumología
	Dra. Sara Cobo Sacristán	Farmacéutica - Farmacia Hospitalaria
	Dr. José Luis Ferreiro Gutiérrez	Médico - Cardiología
	Dra. Ana María Ferrer Artola	Farmacéutica - Miembro sanitario
	Sra. Esther Ferrer Canals	Representante de los pacientes
	Dr. Xavier Fulladosa Oliveras	Médico - Nefrología
	Dr. Carles Lladó i Carbonell	Médico - Urología
	Dra. Sara Larriba Bartolomé	Farmacia - Sanitario
	Sra. Sonia López Ortega	Graduado Social - Atención a la Ciudadanía
	Dr. Antoni Lorente Martínez	Ingeniería - Miembro no sanitario

 Generalitat
de Catalunya


Salut/  **Bellvitge**
Hospital Universitari

Dr. Juan Jesús Martín Liberal	Médico - Oncología Médica
Dr. Sergio Morchón Ramos	Médico - Medicina Preventiva
Dr. Miguel Ángel Pavón Ribas	Biólogo- Miembro no sanitario
Dr. Joan Josep Queralt Jiménez	Jurista
Dra. María Teresa Terán Virtus	Médico - Farmacología Clínica

Que este Comité cumple la legislación española vigente para este tipo de proyectos, así como las normas ICH y las Normas de Buena Práctica Clínica.


Que en dicha reunión del Comité de Ética de la Investigación se cumplió el quórum preceptivo legalmente.

Lo que firmo en L'Hospitalet de Llobregat, a 10 de mayo de 2023.

SOSPEDRA	 Signat digitalment per SOSPEDRA	
MARTINEZ		MARTINEZ
ENRIQUE -		ENRIQUE -
36986426B		36986426B

Dr. Enric Sospedra Martínez

13.2. ANNEXE 2: Conformitat de la Direcció del centre



Consorci Sanitari
Alt Penedès-Garraf

CONFORMITAT DE LA DIRECCIÓ DEL CENTRE

El **Dr. Josep Lluís Ibáñez Pardos**, en qualitat de gerent del Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf (CSAPG), vist l'informe favorable del Comitè d'Ètica de l'Hospital Universitari de Bellvitge.

CERTIFICA

Que coneix la proposta presentada per l'/la investigador/a la Sra. Maria del Mar Casas Ros, per a que es realitzi al CSAPG la investigació clínica amb producte sanitari titulada "Anàlisi de la freqüentació del servei d'urgències d'un Hospital Comarcal" amb codi de protocol CSAPG-45-ucies.

Que considera idoni a l'investigador/a principal, així com les instal·lacions en les que la investigació es durà a terme. Que accepta la realització d'aquest estudi al CSAPG sota les següents condicions que són d'obligat compliment pels investigadors/es, els monitors, el promotor i qualsevol professional relacionat amb l'estudi que tingui contacte amb dades dels participants:

1. Tota la informació es gestionarà conforme l'establert al Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes, i a la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i Garantia dels Drets Digitals.
2. Tota la informació relacionada amb l'estudi serà estrictament confidencial i tan les dades com les mostres es conservaran pseudonimitzades en els suports i sistemes informàtics del CSAPG.
3. Els investigadors de l'estudi no podran relacionar les dades de la investigació amb la identitat dels participants, tret que aquests donin el consentiment de forma expressa i per escrit.
4. Les dades no podran transferir-se fora de la Unió Europea.
5. En cas de que es detecti un incident de seguretat relatiu a les dades de l'estudi, caldrà comunicar-ho en un màxim de 8 hores al seu coneixement, mitjançant correu electrònic: protecciondedades@csapg.cat

Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf - NIF Q-5856380-J
Carrer de l'Espiral, s/n - 08720 Vilafraanca del Penedès

Firmado digitalmente por
Josep Lluís Ibáñez Pardos -
DNI 38059463Y (SIG)
Fecha: 2023.05.11 08:50:26
+02'00'

Dr. Josep Lluís Ibáñez Pardos
Gerent

Sant Pere de Ribes, a 10 de maig de 2023

ID 1508, juliol 2019

13.3. ANNEXE 3: Dictamen de la Comissió d'Investigació



**Consorci Sanitari
Alt Penedès-Garraf**

DICTAMEN DE LA COMISIÓ DE INVESTIGACIÓN

El Dr. Alejandro Rodríguez Molinero, presidente de la Comisión de Investigación del CSAPG

CERTIFICA

Que la Comisión de Investigación, ha evaluado el estudio ANÀLISI DE LA FREQUÈNCIÀ DEL SERVEI D'URGÈNCIES D'UN HOSPITAL COMARCAL, con código de protocolo CSAPG-45, promocionado por Consorci Sanitari de l'Alt Penedès i Garraf, a petició de la Sra. Maria del Mar Casas Ros, del servicio d'urgències del Hospital CSPAG.

Que a fecha 22 de marzo de 2023, la Comisión de Investigación ha recomendado **APROBAR** la realización del estudio en el CSAPG.

Documentos evaluados:

- Protocolo, versión 1 con fecha 14/03/2023

Vilafranca del Penedès,

Manuel Alejandro Rodríguez Molinero - DNI 02541891T (SIG)
Firmado digitalmente por Manuel Alejandro Rodríguez Molinero - DNI 02541891T (SIG)
Fecha: 2023.05.10 12:57:00 +02'00'

Alejandro Rodríguez Molinero
Presidente de la Comisión de Investigación del CSAPG

1/1