



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología

TESIS DOCTORAL

**ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE RENTABILIDAD DE UN
HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE**

LILI VANESSA HERNANDO ORTIZ

Enero 2011

***ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y DE RENTABILIDAD DE UN
HOSPITAL DE DÍA MÉDICO POLIVALENTE***

TESIS DOCTORAL

Lili Vanessa Hernando Ortiz

Enero 2011

DIRECTORA DE TESIS DOCTORAL

M^a Carmen Hinojosa Mena-Bernal

Dña **Mª del Carmen Hinojosa Mena-Bernal**, Doctora en Medicina y Cirugía,
Profesora Asociada de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid,

CERTIFICA que:

Dña. **Lili Vanessa Hernando Ortiz**, Licenciada en Medicina, ha realizado bajo mi tutela la memoria de esta Tesis Doctoral titulada: “*Análisis descriptivo y de rentabilidad de un hospital de día médico polivalente*”, para que sea oportunamente defendida y juzgada.

Por el adecuado manejo del método científico y del rigor del trabajo desarrollado, la considero como mérito suficiente para que el autor pueda aspirar al grado de Doctor.

Y para que así conste, firmo el presente certificado en Valladolid, a enero de dos mil once.

Fdo. Dra. MªC Hinojosa Mena-Bernal

A mis padres, David y Gloria,
por su sacrificio, comprensión,
confianza y amor incondicional.

A mis hermanos, Jhovana y Luis David,
por todos esos momentos no disfrutados,
por esos abrazos y besos pendientes.

A mi novio, Jorge, por ser mi gran apoyo
y darme todo su cariño, sin el cuál no hubiera
podido estar aquí estos 4 años.

AGRADECIMIENTOS:

A la Doctora M^a del Carmen Hinojosa Mena-Bernal por su entrega, dedicación, disponibilidad y colaboración en la realización de esta Tesis Doctoral.

Al Doctor Enrique González Sarmiento por su iniciativa, motivación y confianza en la realización de esta Tesis Doctoral.

A los médicos y enfermeras del Hospital de Día Médico Polivalente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por su ayuda en la distribución de las encuestas de calidad.

Al Departamento de Gestión del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por facilitarnos los datos de costes.

A la Unidad de Investigación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por su ayuda en el diseño y realización del estudio estadístico.

Al personal de la Biblioteca del Hospital Clínico Universitario de Valladolid por su ayuda en la búsqueda bibliográfica.

ÍNDICE

I.	Abreviaturas.....	pág. 6
II.	Hipótesis del trabajo.....	pág. 9
III.	Revisión de conjunto.....	pág. 12
	1. Introducción.....	pág. 13
	2. Definición HD.....	pág. 13
	3. Antecedentes históricos.....	pág. 14
	4. Causas y factores del surgimiento de los HD.....	pág. 19
	5. Desarrollo posterior de los HD.....	pág. 21
	6. Tipología de los HD.....	pág. 24
	7. Ventajas del HD.....	pág. 26
	8. Análisis de situación. Estándares y recomendaciones.....	pág. 27
	9. HDMPHCUV.....	pág. 45
	10. Calidad en la atención hospitalaria.....	pág. 51
	11. Clasificación Internacional de Enfermedades.....	pág. 53
	12. Gestión Hospitalaria.....	pág. 60
	13. Estudios previos sobre HD.....	pág. 61
IV.	Materiales y métodos.....	pág. 65
V.	Resultados.....	pág. 72
VI.	Discusión.....	pág. 108
VII.	Conclusiones.....	pág. 119
VIII.	Anexos.....	pág. 121
IX.	Bibliografía.....	pág. 129

I. ABREVIATURAS

HD : Hospital de Día.

HDMPHCUV : Hospital de Día Médico Polivalente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

HCUV : Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

UHD : Unidades de Hospitalización de Día.

HDMP : Hospital de Día Médico Polivalente.

HDMQ : Hospital de Día Médico Quirúrgico.

UHDO-H : Unidad de Hospital de Día Onco-Hematológico.

GRD's : Grupos relacionados con el diagnóstico.

CMV : Citomegalovirus.

SNC : Sistema nervioso central.

SNP : Sistema nervioso periférico.

TCSC : Tejido celular subcutáneo.

VIH : Virus de inmunodeficiencia adquirida.

SIDA : Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

OMS : Organización Mundial de la Salud.

CIE : Clasificación internacional de enfermedades.

CMBD : Conjunto mínimo básico de datos.

CDM : Categorías diagnósticas mayores.

E.E.U.U : Estados Unidos de América.

PPD : Derivado proteínico purificado.

TAC : Tomografía axial computarizada.

PCR : Reacción en cadena polimerasa.

ECG : Electrocardiograma.

TVP : Trombosis venosa profunda.

SPSS : Paquete estadístico de ciencias sociales.

EPOC : Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

HTA : Hipertensión arterial.

DM : Diabetes Mellitus.

IG : Inmunoglobulinas.

Rx : Radiografías.

INSALUD : Instituto Nacional de Salud.

CC. AA. : Comunidades Autónomas.

CIE -9-MC : Clasificación Internacional de Enfermedades, Novena Revisión,
Modificación Clínica.

II. HIPÓTESIS DE TRABAJO

El Hospital de Día (HD) supone una alternativa asistencial eficiente a la hospitalización convencional favoreciendo la continuidad asistencial y promoviendo una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los inconvenientes del ingreso, ni la prolongación de la estancia hospitalaria, racionalizando los recursos sanitarios.

Existen escasos estudios que evalúen la atención médica del paciente en los HD en España, así como los criterios de calidad asistencial y la rentabilidad. Expresamos la rentabilidad como la prestación de una idéntica cobertura sanitaria a un menor coste generado respecto a la hospitalización convencional y cumpliendo unos indicadores de calidad. Por ese motivo nos proponemos analizar la actividad asistencial del Hospital de Día Médico Polivalente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HDMPHCUV) durante el año 2009. Entre nuestros objetivos destacan:

1) Objetivo principal:

Estudiar el funcionamiento y la rentabilidad del Hospital de Día Médico Polivalente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

2) Objetivos secundarios:

- a. Determinar la prevalencia de las enfermedades atendidas en el HD.
- b. Describir las características sociodemográficas y epidemiológicas de los pacientes que se atienden en el HD.
- c. Determinar la proporción de pacientes VIH/SIDA en relación al resto de pacientes del HD.
- d. Determinar el número de tratamientos asignados durante el período de estudio en el HD.
- e. Describir los tratamientos establecidos.
- f. Determinar las técnicas diagnósticas más utilizadas.

- g. Describir las complicaciones más frecuentes, de las actividades llevadas a cabo.
- h. Determinar los diferentes indicadores de calidad asistencial del HDMPHCUV.
- i. Determinar el ahorro generado en relación a la hospitalización convencional.

III. REVISIÓN DE CONJUNTO

1. Introducción

El HD ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos veintiocho años, que se ha traducido en un incremento notable en la eficiencia en la atención a pacientes, que con anterioridad eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

Se entiende como HD la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital.

La difusión y consolidación del HD, la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales que tiene esta modalidad asistencial, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, priorizan su inclusión en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹ junto con la elaboración de criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión.

2. Definición HD

El HD se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante el HD, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.¹

Según el Real Decreto 1277/2003², las Unidades de Hospitalización de Día (UHD) se definen como: “unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital”

3. Antecedentes Históricos

3.1 Experiencia en la Unión Soviética

En 1932, en Moscú inició su funcionamiento el primer hospital diurno, para la rehabilitación de pacientes esquizofrénicos y para la convalecencia de trastornos neuróticos. Las razones que llevaron a desarrollar esta nueva modalidad de tratamiento se justifican porque, a comienzos de la década de los 30 en la Unión Soviética, la intensificación de los procesos de industrialización significó un incremento de la población urbana y una mayor atención y demanda de mano de obra. En materia de salud mental, el interés se centró en desarrollar un sistema extrahospitalario. Dzhagarov³, quien fuera médico jefe del primer hospital psiquiátrico de Moscú, planteó en un artículo de 1937 una solución de “hospitalización semipermanente” para los pacientes psicóticos, donde acudían los enfermos al hospital durante la jornada de trabajo y permanecían el resto del tiempo en su atmósfera familiar habitual. Dzhagarov planteó como fundamento de tales acciones “la necesidad extrema de camas y la sobrepoblación del hospital”.

Al ir desarrollando su propuesta de tratamiento, señaló que esto permitiría un servicio médico no sólo más barato, sino que también liberaba de sus funciones a una cantidad considerable de personal. El médico y la asistente social mantenían un contacto permanente con las familias, tendiendo a orientarlos en los cuidados. Este HD fue concebido y organizado para el trabajo terapéutico y su misión consistía en “más allá de los objetivos puramente terapéuticos, reinsertar a los enfermos y reintegrarlos a la vida cotidiana”⁴.

El artículo de Dzhagarov no tuvo influencia inmediata en el mundo occidental y fue descubierto muy posteriormente. Al igual que otras experiencias parecidas por la misma época, como Boyle en el Hospital de Chinchester y Woodal en Boston, el HD de Moscú no habría dejado mayores rastros de su existencia, aunque los que actualmente funcionan mantendrían más o menos las mismas características.^{3,4}

3.2. Experiencia en Norteamérica

El primer HD del mundo occidental se fundó en 1946 por el Dr. D. Ewen Cameron, en el Servicio de Psiquiatría del Hospital General *Allan Memorial Institute de Montreal*.⁵ Como antecedentes podemos señalar el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial, el cual ha sido planteado como positivo para la psiquiatría. La guerra habría abierto la puerta a importantes avances en el área de la terapia ambulatoria de emergencia. Se habría hecho evidente, por ejemplo, que el tratamiento dispensado unas pocas horas o días después de un acontecimiento traumático era capaz de prevenir la cronificación de esa condición, que habría hecho necesario el traslado del paciente a un Hospital lejos del frente. Cameron⁵ señalaba que esto podría ser igualmente efectivo al enfrentarnos con desastres en la vida civil, que podían involucrar a grandes grupos de personas, como choques de trenes, o como la súbita pérdida de un familiar u otras situaciones personales penosas. Sin duda se vislumbraba ya en este momento lo que más tarde se llamaría intervención en crisis. Por otro lado, en esta misma época, la política de “*Open Door*” volvía al primer plano después de años de silencio, ofreciendo a los pacientes psiquiátricos el mismo grado de libertad que se ofrecía a otros pacientes. Fue en este contexto donde las ideas de Cameron habrían fructificado.

Cameron⁵ concibió el HD en estrecha relación con el servicio de hospitalización completa y como un sistema terapéutico eficaz y económico destinado a todos los pacientes que no requerían necesariamente el ingreso por un comportamiento perturbador, que fuesen capaces de asistir regularmente y seguir viviendo en su casa durante el tratamiento. Desde un principio señaló que “los principales métodos terapéuticos utilizados en el HD son los psicoterapéuticos”, separando en distintos sectores los tratamientos físicos de las técnicas grupales e individuales. Se trataba principalmente de evitar los efectos nefastos del hospital psiquiátrico tradicional, “en que la responsabilidad del bienestar del enfermo se encuentra casi exclusivamente en manos del personal. En el HD, por el contrario, ésta se

encuentra, en parte, en manos del paciente mismo; en otra en los demás enfermos y una tercera parte, en manos del personal”.^{3,4.}

Los conceptos de Cameron⁵ del HD consideraban como esencial que el tratamiento psiquiátrico consistiera esencialmente en el intercambio de personas y esto está muy lejos de parecerse a la sala de Medicina o al pabellón quirúrgico: el paciente podría ser tratado en la consulta del médico o donde quiera que se encontrara con otras personas, con el personal u otros pacientes, y que para esto la cama no era necesaria. Los conceptos de Cameron⁵ contrastaban con la idea del Hospital General, indicando que el HD no era: un lugar donde el paciente duerme, un lugar donde el paciente permanece hasta que se ha recuperado o el médico lo ha recuperado lo más posible, un lugar donde sólo el paciente es tratado.^{3,5.}

Bahamondes⁵, plantea que en la mayoría de las ideas de Cameron subyace el principio Meyeriano, que conceptualiza al individuo como un ser incompleto que necesita de las relaciones con otros para llegar a su total expresión. Además colaborando con soluciones realistas a los problemas del diario vivir, ayudaban a la socialización y al progreso, todo esto sobre una base ambulatoria que garantizaría el progreso a futuro de los HD.

3.3. Experiencia en Inglaterra

Con meses de diferencia a la experiencia de Cameron en Canadá, Joshua Bierer⁴ en Inglaterra iniciaba un movimiento de Hospitales Diurnos. Sin embargo, la experiencia venía de 1941, con la publicación de un artículo que daba cuenta de un Club Social autodirigido por pacientes en el Hospital Psiquiátrico Runwell. Este club tenía como fin cambiar el clima social del hospital, “pensando en que muchos de los que vienen al hospital tienen dos problemas principales en común: el de la ocupación y el de las relaciones”.

Al toparse con resistencias para continuar con la reforma en el hospital, fueron adquiridas dos casas y, con una visión más avanzada que Cameron, Bierer llamó a su HD "Centro de Psicoterapia Social", indicando con esto que sus tratamientos estaban dirigidos no sólo a lo somático sino también a la persona y a su mundo circundante. En este nuevo Hospital se ponía el acento en estimular a los pacientes a producir por sí mismos los cambios necesarios para su rehabilitación. Este funcionaba básicamente sobre los principios de la Comunidad Terapéutica, poniendo el acento en la cooperación y el trabajo en equipo de los enfermos y el personal. Con el término de "democracia guiada", propuso un modo de funcionamiento democrático, con el liderazgo del equipo terapéutico. En 1948, este establecimiento fue incorporado al Servicio Nacional de Salud.^{3,5.}

En 1954, Bierer, inauguró un nuevo HD en Malborough, el cual concibió como un "centro de tratamiento independiente que influenciara al conjunto de la comunidad, ofreciéndole de manera concentrada todos los tratamientos y servicios psiquiátricos"^{3,4.} Su objetivo era promover la forma de tratamiento más económica para todos los tipos de enfermedades mentales, con la excepción de algunos muy seniles o muy violentos.

3.4. Experiencia en España

Las primeras referencias de los HD como recurso asistencial específico documentadas en España son una publicación de 1979 de I. Aragón⁶ y una monografía de 1985 de S. Erill y J. Estapé⁷.

Erill y Estapé⁷ daban referencia sobre los orígenes de los HD, así como el carácter pionero de los HD Oncológicos: "Si bien el concepto de hospitalización de día tiene ya casi medio siglo de existencia, su difusión e implantación en España es todavía notablemente escasa. De hecho, las reacciones de intolerancia inmediata en la quimioterapia antineoplásica, empleada hoy con tanto éxito, han dado impulso a la creación de algunas unidades de hospitalización de día que han

servido, entre muchas otras cosas, para renovar el interés hacia esta forma de atención médica. A partir de presupuestos bien distintos, han surgido también hospitales de día psiquiátricos y, en diversas especialidades, es posible detectar el interés de muchos profesionales hacia formas hasta ahora poco exploradas de optimización terapéutica”.

J. Sauret⁸ en 1994, refleja una de las cuestiones que más vivamente se han debatido: si los HD dedicados monográficamente a la atención de un tipo de padecimiento (p.e. oncológico, hematológico, pacientes con infección VIH/SIDA, etc.) son preferibles o no a aquellos de carácter polivalente (HD médicos, HD médico-quirúrgicos). Existen numerosos ejemplos de todos los tipos y no se ha realizado hasta ahora, ningún estudio que avale la mayor eficacia o eficiencia de ninguno de ellos.

En 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA encargó a un grupo de expertos un informe sobre las UHD como recurso asistencial para los pacientes con infección VIH/SIDA.⁹ Este informe aunque restringido a la atención de estos pacientes, pone de manifiesto las ventajas organizativas y asistenciales de los HD, así como la enorme laguna existente en cuanto al análisis de beneficios clínico-asistenciales o de coste/utilidad.

Un estudio realizado en 2004¹⁰ por un grupo de trabajo de los servicios de Medicina Interna de diferentes hospitales de Cataluña, aporta algunas cifras relativas al uso del HD en el Sistema Nacional de Salud. La relación de altas en hospitalización convencional/HD, muestra una relación de casi 5/1. Se observa un notable incremento en el número de sesiones de HD en un corto período (1999-2002). Los procesos oncológicos representan casi la cuarta parte del total y van seguidos por la atención a los pacientes con infección VIH/SIDA. La tendencia de esta última actividad es, de conformidad con la evolución epidemiológica en ese período, notablemente decreciente.

Según los datos de la “Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado”¹¹, en 2004 fueron atendidos en HD de todo tipo en España más de dos millones trescientos mil pacientes. El 78% de las sesiones ocurrieron en hospitales de titularidad pública, y uno de cada cuatro pacientes procedía de HD geriátricos o psiquiátricos. Tres cuartas partes tenían patología médica. Ese mismo año se produjeron en España 33,5 millones de estancias hospitalarias, más de un tercio de las cuales corresponden a servicios de Medicina Interna y especialidades médicas. Por tanto se produjeron 1,1 sesiones de Hospital de Día por cada 10 estancias.¹

4. Causas y factores del surgimiento origen de los HD

La aparición casi simultánea de estos HD permite señalar que, además de la intuición de sus creadores y de la capacidad de llevar adelante sus ideas, otros factores favorecieron el nacimiento de esta manera de estructurar un tratamiento. Bleandonu y Despinoy⁴ distinguen factores socioeconómicos y técnicos.

4.1. Factores Socioeconómicos:

4.1.1. La saturación y colapso de los hospitales psiquiátricos y el continuo aumento de la demanda por tratamiento. Durante la Segunda Guerra Mundial, los hospitales psiquiátricos de los países anglosajones estaban saturados y había largas listas de espera. Cameron habría propuesto el HD como una respuesta lógica al problema urgente, de brindar tratamiento sin recurrir a camas del hospital. También planteó como una de las razones del crecimiento de la demanda psiquiátrica la pérdida progresiva de la familia de su capacidad de soportar a un miembro enfermo, por la disminución del tamaño familiar y la inserción de la mujer en el mundo laboral. Adicionalmente, surgió el problema de

readaptación de los prisioneros de guerra que volvían a sus casas, y un número mayor de pacientes con trastornos psiquiátricos comenzó a consultar. Los hospitales psiquiátricos, además de estar repletos, se mostraban inadecuados para tratarlos y la atención en consultorios resultaba insuficiente.^{3,4}

4.1.2. El surgimiento de exigencias sociales y una sensibilización de la colectividad hacia las necesidades de tratamiento de las personas con desventajas físicas o mentales. A la par del aumento de la demanda por tratamiento, el coste de éste crecía por la mayor complejidad de los procedimientos terapéuticos, que requerían más equipamiento y personal cualificado trabajando en equipo. Los HD se mostraron atractivos, por el bajo coste que implicaba el no hospitalizar a los enfermos e involucrar a la familia en muchos de los cuidados que tradicionalmente recaían en el personal del hospital.^{3,4}

4.2. Factores técnicos

4.2.1. Las Técnicas Terapéuticas. Los avances en la farmacología y otras técnicas (Cameron en Montreal utilizó ampliamente la insulino-terapia y el electroshock), así como las psicoterapias individuales y de grupo, que se habían expandido en la práctica extrahospitalaria principalmente, se incorporaron al tratamiento psiquiátrico. Esto permitió que un gran número de pacientes permanecieran hospitalizados por un menor tiempo.^{3,4}

4.2.2. El aporte de las Ciencias Sociales. Cameron y Bierer tuvieron conciencia de la importancia de los factores sociales en la enfermedad

mental. También se hizo relevante el trabajo en equipo y se fue tomando más en cuenta el entorno social en que vivían los pacientes, llegando a plantear sus HD más como comunidades terapéuticas. De hecho, ambos se adscribieron al movimiento de psiquiatría social que surgió después de la Segunda Guerra Mundial.^{3,4}

5. Desarrollo posterior de los HD

Desde su origen el HD fue dotado de sus principales ventajas: desaparición de las camas, trabajo en equipo, trabajo con las familias y presencia en la comunidad. Pero para su consolidación como estructura de tratamiento fue importante la introducción de los neurolépticos, al atenuar considerablemente los síntomas perturbadores y con ello disminuir el dramatismo de la evolución de las enfermedades mentales, favoreciendo las prácticas extrahospitalarias y la posibilidad de utilizar técnicas psicoterapéuticas grupales e individuales.⁴ Por otro lado, las investigaciones de Goffman sobre la “institución total” llamaron la atención sobre los efectos antiterapéuticos de la vida en los asilos.^{3,4}

A partir de 1960, los HD se habrían incorporado a la práctica de la Psiquiatría Comunitaria. Esta política fue adoptada por varios países: Francia en 1960 con la Política del Sector; Estados Unidos en 1963 con el *Community Mental Health Facilities Construction Act*; en tanto que en Inglaterra el desarrollo habría sido con anterioridad, con el Servicio Nacional de Salud, siendo su proceso de desarrollo mucho más rápido. En Italia, la ley 180, promulgada en 1978, prohibió admitir más pacientes en los hospitales psiquiátricos, debiendo ser atendidos por equipos ubicados en la comunidad, organizados en Servicios de Salud Mental, donde el HD era considerado un servicio tipo semiresidencia.¹²

En Estados Unidos, Robert Menninger abrió un HD en Topica, en 1949. El desarrollo posterior de los HD fue muy rápido. Sólo en Estado Unidos, en 1963 existían 114 HD; en el año 1973 existían 1290 y desde esa fecha este número habría progresado hasta cuadruplicarse.⁵ Harris, señala que “los HD son lugares en que los enfermos ocupan gran parte de su tiempo útil bajo un régimen terapéutico desde el cual vuelven a sus hogares o viviendas por la noche”.⁵

Pitt y Markowe⁵ consideraron que lo fundamental del HD era:

- El tratar a los enfermos que de otra forma habrían necesitado hospitalización.
- Facilitar la transición desde los hospitales a la comunidad.
- Garantizar tratamientos que por su complejidad no podrían llevarse a cabo en el consultorio externo.

En Inglaterra los HD han sido valorados tanto para el tratamiento de las enfermedades psiquiátricas agudas y crónicas. Para las agudas, pueden ser útiles de dos maneras:

- La atención en un HD puede evitar la hospitalización en pacientes con desórdenes psiquiátricos menos severos.
- Los pacientes internados pueden ser transferidos al HD cuando ellos no necesitan todas las atenciones que entrega la unidad de hospitalización.

En ambos casos, los cuidados de día se señalan como más apropiados para aquellos quienes pueden estar con sus familiar en las noches y los fines de semana. Las enfermedades psiquiátricas incluyen depresiones de moderada intensidad y con riesgo sustancial de suicidio, desórdenes de ansiedad, desórdenes obsesivos y algunos trastornos alimentarios.^{3,13} En las enfermedades crónicas, los pacientes pueden ser atendidos para la evaluación y supervisión del tratamiento farmacológico, y para actividades ocupacionales y sociales. Se plantea que es difícil poder satisfacer simultáneamente las

necesidades de pacientes con enfermedades agudas y con enfermedades crónicas, es mejor separar las actividades crónicas, dividiendo las actividades de cada grupo en diferentes áreas del edificio u organizarlos en horarios diferentes.^{3,13}

En España, en los últimos años se han abierto numerosos hospitales de día, pero no había consenso sobre qué era un HD, y se agrupaban con el mismo nombre, dispositivos muy diferentes, tanto por el tipo de actividades que en ellos se realizaban como por la población a la que se dirigían, los recursos humanos con los que contaban y los resultados que obtenían. La falta de acuerdo sobre la nomenclatura y los diferentes sistemas de información de las diversas comunidades autónomas, hicieron que no se disponga de una base de datos que nos aporte información previa al año 2000.¹⁴

La formación del grupo de trabajo sobre HD se aprueba en noviembre de 2007, por iniciativa de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, invitando a participar a profesionales de distintas comunidades con experiencia en la organización, puesta en marcha y funcionamiento de HD psiquiátricos.¹⁴

En el 2008 el Ministerio de Sanidad y Consumo publica los “Estándares y Recomendaciones de la Unidad de Hospital de Día”, cuyo objetivo es poner a disposición de las Administraciones Públicas Sanitarias, gestores públicos o privados y profesionales, criterios para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en la múltiples dimensiones que la calidad tiene, incluyendo la de la eficiencia en la prestación de los servicios, por lo que los Estándares y Recomendaciones atienden a aspectos relativos a los derechos y garantías de los pacientes.¹

6. Tipología de los HD

En general podemos señalar que el tradicional “HD Médico-Quirúrgico”, que concentra toda la actividad de HD del hospital general de agudos, ha ido dando paso a una configuración más diversa derivada de la tendencia a especializarse en determinado tipo de pacientes.¹

Esta especialización se aprecia en las UHD como son las Oncológicas, Hematológicas o las correspondientes a pacientes de VIH/SIDA. Esta especialización se produce en la medida en que el volumen de actividad, y por lo tanto el dimensionado de la nueva Unidad, lo permite.

Existen 2 grandes tipos de HD:

- HD Polivalentes
 - HD Médico- Quirúrgicos (HDMQ)
 - HD Médico Polivalente (HDMP).
- HD Especializados
 - HD Oncológico.
 - HD Hematológico.
 - HD para pacientes con infección VIH/SIDA.
 - HD Psiquiátrico.

6.1. HD Polivalentes

Se incluyen en esta categoría aquellas unidades que tienen entidad dentro de la estructura organizativa del centro sanitario, que cuentan por tanto con un responsable, que están dedicadas a realizar procedimientos generales, como aspiración, biopsia, extracción sanguínea, curas, drenajes, infusión intravenosa y otros, a pacientes con patologías variadas e incluidos en diferentes procesos asistenciales y procedentes de distintos servicios médicos o quirúrgicos del hospital.¹

Estas unidades se consideran autónomas en la medida que su actividad principal es la prestación de cuidados a pacientes procedentes de otras unidades de responsabilidad en el centro y son, desde el punto de vista de la contabilidad analítica, unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios que les derivan a pacientes, que proceden, en la mayor parte de los casos, de su domicilio, aunque en algunos casos, son atendidas en ellas, pacientes procedentes de otras unidades del propio centro.¹

En la medida en que Unidades como las denominadas de pacientes pluripatológicos^{15,16} o los gabinetes de exploración (Ej. endoscopias o hemodinámica), incluyan puestos de HD, disminuye la necesidad de puestos en las UHD Médico Polivalentes. Existe, por lo tanto, una relación de sustitución entre los puestos de HD integrados en otras unidades y los puestos incluidos en las UHD Médico Polivalentes.

6.2. HD Especializados

Se incluyen en esta categoría aquellas Unidades en las que se atiende a un determinado conjunto de procesos (Ej. oncológicos, hematológicos, infección VIH/SIDA).¹ En función del volumen de actividad, organización y gestión de los hospitales, existen diversas aproximaciones a la dotación de UHD Polivalentes o Especializadas. En general, si la dimensión de la hospitalización de día lo posibilita, los estándares recomiendan diferenciar el HDMP de la UHDO-H. Esta recomendación se sustenta básicamente sobre las siguientes consideraciones: El paciente oncológico representa en la actualidad aproximadamente el 80% de la carga asistencial de los HDMP y se trata de un paciente que requiere un perfil de cuidados, así como de relaciones afectivas y de entorno con el personal clínico sus propios cuidadores, muy definido. La recomendación está sujeta al dimensionado vinculado a la estimación de la carga de trabajo de la unidad, que está condicionada a su vez por el área de captación del hospital.

7. Ventajas del Hospital de Día

El HD puede aportar ventajas para diferentes tipos de agentes:

- 7.1. Para los pacientes, al ser preferible esta modalidad asistencial frente a la hospitalización convencional en la medida que:
 - Las citas pueden programarse de forma que permitan a los pacientes y a sus cuidadores compaginar el tratamiento con sus actividades laborales o domésticas.
 - Se programa de forma independiente a la hospitalización convencional, haciendo menos probable que se produzcan demoras o cancelaciones.
 - Es percibida por el paciente de forma menos agresiva que la hospitalización convencional.
 - Reduce los potenciales efectos adversos inherentes a la hospitalización convencional, como las infecciones nosocomiales.
- 7.2. Para los clínicos, porque les permite programar los tratamientos de forma más directa y flexible.
- 7.3. Para los gestores, al propiciar un uso más eficiente de los recursos, así como por reducir las listas de espera y los tiempos de demora para ciertos procedimientos.

8. Análisis de situación. Estándares y recomendaciones ¹

8.1. Derechos y Garantías de los pacientes

Los centros sanitarios en donde existan UHD deberán observar y respetar los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria. En este apartado se recogen detalladamente aspectos sobre la información dirigida a los pacientes (y familiares o cuidadores) de esta modalidad asistencial y, de forma general, aquellos otros que deben ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades o, en su caso, en los centros sanitarios en donde se ubican.

8.1.1. Información a pacientes y cuidadores. Consentimiento informado

Como principio general, la información que debe entregarse a los pacientes atendidos en las UHD debe ser clara, precisa y suficiente, y debe incluir los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UHD.
- Información detallada sobre el proceso patológico y procedimientos de diagnóstico y tratamiento en el HD.
- Consentimiento informado.
- Instrucciones y recomendaciones.

La mayor parte de los pacientes que acuden a estas Unidades presentan patologías crónicas y acuden a ellas de forma programada acompañados de un cuidador. La actividad del HD debe perturbar lo menos posible la actividad cotidiana de ambos, paciente y cuidador. La información proporcionada en la unidad debe incluir todos los aspectos que faciliten la función de apoyo de los cuidadores y promuevan su

colaboración activa en la atención de los pacientes atendidos en esta modalidad asistencial.

8.1.1.1. Información sobre las características generales de la UHD.

Se recomienda que la información de acogida (folleto, tríptico) incluya, al menos, una descripción de las diferentes fases por las que va a pasar el paciente y advertencias o consejos especiales. La inclusión de fotografías de la UHD, puede ayudar tanto a la comprensión como a la aceptación de esta modalidad asistencial.

8.1.1.2. Información detallada sobre el proceso patológico y procedimientos de diagnóstico y tratamiento en HD

La información aportada al paciente será específica para cada tratamiento, recomendándose que incorpore los siguientes apartados:

- Noción elemental sobre la patología que causa la indicación de esta modalidad asistencial.
- Nociones elementales sobre los procedimientos de diagnóstico y tratamiento en la UHD.

8.1.1.3. Consentimiento informado

La realización de que impliquen riesgos o inconvenientes procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirán, según lo previsto en la legislación, su consentimiento

por escrito. Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado por cada procedimiento diagnóstico o tratamiento de estas características incluido en la cartera de servicios de las UHD.

8.1.2. Garantías de los derechos de los pacientes

Los centros sanitarios en donde existan UHD deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el epígrafe anterior:

- a) Cartera de servicios.
- b) Plan de acogida.
- c) Código ético.
- d) Guías, vías o protocolos de práctica clínica.
- e) Procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Historias clínicas.
- g) Procedimiento sobre instrucciones previas.
- h) Informes de alta médica.
- i) Protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- j) Registro de reclamaciones y sugerencias.
- k) Seguro de responsabilidad.

8.2. Seguridad del paciente

En los párrafos siguientes se describen algunos criterios y orientaciones referidos a la seguridad del paciente durante su asistencia en la UHD.

8.2.1. Infecciones nosocomiales

- 8.2.1.1. Las UHD dispondrán de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de pacientes en riesgo y procedimientos de riesgo.
- 8.2.1.2. A tales efectos, se elaborará un protocolo que incluya los aspectos relativos a la higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica, prevención y gestión de accidentes ligados a la exposición de sangre y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos. Este protocolo debe ser revisado periódicamente.
- 8.2.1.3. Las UHD deberán acreditar la disponibilidad de medios suficientes para el cumplimiento efectivo de esta obligación.
- 8.2.1.4. Las UHD deben evaluar periódicamente la aplicación del protocolo de prevención de infecciones nosocomiales.

8.2.2. Alertas epidemiológicos

Los centros sanitarios en donde existan UHD dispondrán de un dispositivo de alerta epidemiológica, conectada con las autoridades sanitarias competentes.

8.2.3. Gestión de fármacos

- 8.2.3.1. En las UHD existirá un procedimiento sobre el almacenamiento, empaquetado, identificación, manipulación y prescripción de los medicamentos, administración y control de su caducidad.

8.2.3.2. En los centros sanitarios en donde existan UHD se atenderán a las obligaciones específicas impuestas por la legislación del medicamento.

8.2.4. Identificación de los pacientes

8.2.4.1. En los centros sanitarios en donde existen UHD debe existir un sistema fiable de identificación de pacientes.

8.2.4.2. Dicho sistema debe permitir comprobar la identidad de los pacientes de la UHD antes de realizar cualquier procedimiento de riesgo o de administrar medicamentos y hemoderivados, y previamente a cualquier procedimiento diagnóstico.

8.2.5. Gestión de seguridad

8.2.5.1. Los centros sanitarios en donde existan UHD deberán velar por el cumplimiento de las medidas de seguridad, calidad y adecuación tecnológica, así como de la gestión de riesgos para los pacientes.

8.2.5.2. En los centros sanitarios clasificados como C.1 (Hospitales) en el Real Decreto 1277/2003, dependiendo de la dirección asistencial, existirá una comisión o, en su caso, una unidad encargada de la identificación y registro de los efectos adversos que se produzcan como consecuencia de la atención sanitaria, así como la aplicación y evaluación de acciones de mejora en relación con los mismos.

8.3. Cartera de Servicios

Está definido básicamente por los procedimientos y cuidados brindados en la UHD y son los siguientes:

- Tratamientos intravenosos o en bomba
- Tratamientos en bomba subcutáneos
- Extracción sanguínea
- Cuidado de catéter central y reservorios subcutáneos
- Curas
- Drenajes
- Nebulizaciones
- Paracentesis
- Toracocentesis
- Punción lumbar
- Transfusión sanguínea

8.4. Requisitos de la organización de la atención en la UHD

Son requisitos imprescindibles de organización de la UHD:

- La existencia de un manual de organización y funcionamiento.
- La protocolización rigurosa y definición estricta de las líneas de responsabilidad.
- La información exhaustiva al paciente y a los familiares/cuidadores, así como -en su caso- el consentimiento informado, que será escrito en los supuestos contemplados por la legislación vigente.
- El trato adecuado tanto para el paciente como para sus cuidadores.

- El diseño de un horario de funcionamiento y una programación de los procedimientos
- La responsabilidad directa de la UHD durante todo el proceso, aunque otras estructuras sanitarias pueden prestar apoyos puntuales (Atención Primaria, Servicio de Urgencias, Unidades de Hospitalización convencional, etc.).
- El cumplimiento riguroso de los criterios de alta.
- La especificación minuciosa de los cuidados post-alta de la UHD.
- La implantación de un sistema de información adecuado para monitorizar los resultados de la actividad.

8.5. Estructura de gestión

Las UHD requieren una estructura de gestión formal. Un miembro de la unidad debe asumir el papel de responsable de calidad de la misma.

Se requerirá, al menos, un administrativo con experiencia para dar soporte a los responsables de la UHD, gestionar las admisiones y la lista de espera.

Deberán estar claramente definidas las dependencias del personal de la UHD cuando esté sujeto a más de una.

8.6. Manual de organización y funcionamiento (Anexo 1)

La UHD deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que se refleje:

a) El organigrama de la unidad. Existirá un responsable organizativo de la UHD. Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y competencias de cada uno de los miembros de la UHD, tienen que estar definidas.

Cuando el responsable de la organización de la UHD sea un médico, existirá asimismo un responsable de enfermería.

El/la médico/a que indique el ingreso y los procedimientos a realizar al paciente en la UHD será el responsable clínico del mismo.

b) La disposición física de la unidad y los recursos estructurales y de equipamiento de que dispone. El manual de organización y funcionamiento deberá incluir la descripción de la disposición física de la unidad y sus interrelaciones con otras áreas del hospital, así como la relación de los recursos estructurales al servicio de la UHD y el equipamiento disponible.

c) Organización y normas. La UHD deberá disponer de las normas que se ajusten a los requisitos organizativos y en las que estén descritos secuencialmente los actos del proceso asistencial, los protocolos necesarios así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos.

d) La cartera de servicios. Deberá ser abierto y actualizable, según las modificaciones que se produzcan en la cartera de servicios o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

8.7. Gestión de pacientes

8.7.1. Admisión

Estará integrada en la general del centro, si bien las actividades y funciones de admisión deberán ser desarrolladas, de forma idónea por la unidad de apoyo administrativo de la unidad. Los aspectos relativos a la documentación clínica, registro de pacientes, informe de alta y protección de datos afectan al hospital al que está vinculada la UHD.

8.7.2. Documentación e historia clínica

La documentación clínica está integrada por el conjunto de documentos resultantes del proceso asistencial, cualesquiera que sean su formato y soporte. Entre otros, comprenderá: la historia clínica del paciente, el consentimiento informado, las instrucciones previas, en su caso, y los informes de ingreso, traslado y alta médica.

La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente. La gestión comprenderá la generación, custodia, préstamo, duplicación, copia, seguimiento y depuración de cualquier documento clínico.

La documentación clínica deberá ser conservada en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad durante el tiempo adecuado en cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la terminación de cada proceso asistencial.

8.7.2.1. Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y tenderá a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales. Asimismo,

deberá cumplir las exigencias técnicas de compatibilidad que cada Servicio de Salud establezca.

La información asistencial recogida en la historia clínica podrá constar en soporte papel o a través de medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que garantice su recuperación y uso en su totalidad. En lo relativo al diseño, contenido mínimo, requisitos y garantías y usos de la historia clínica se atenderá a lo previsto en la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Cada centro sanitario contará con un único registro de historias clínicas que centralizará toda la información correspondiente a la actividad que se realice en el mismo. Su gestión se realizará de acuerdo con un protocolo que garantice su seguimiento y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

En determinados casos, la reiteración de episodios muy próximos en el tiempo puede dificultar la gestión de las historias clínicas, obligando a realizar traslados tan frecuentes como poco funcionales. Una alternativa posible, de naturaleza exclusivamente logística, consiste en almacenar de forma provisional en la UHD las historias clínicas de estos pacientes siempre que se respete: 1. la unidad de la historia clínica, 2. su gestión centralizada bajo la responsabilidad del archivo central, y 3. su disponibilidad para cualquier otro servicio o unidad del hospital que la precise, en las mismas condiciones que las demás historias.

8.7.2.2. Registro de pacientes atendidos

En el registro de pacientes atendidos se harán constar los datos necesarios para la identificación inequívoca del paciente, su proceso asistencial y financiación del tratamiento. Como mínimo se registrarán los siguientes datos: Identificación del hospital, o centro; Identificación del paciente, nombre y apellidos; Fecha de nacimiento; Sexo; Residencia; Financiación y, en su caso, número de tarjeta sanitaria; Fecha de ingreso o de prestación de la asistencia; Circunstancias del ingreso o de la prestación de la asistencia; Proceso; Procedimiento; Fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino; Fecha de alta médica; Circunstancias del alta; Identificación del médico responsable del alta.

8.7.2.3. Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, el cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UHD del informe de alta médica al que refiere la Ley Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

8.7.3. Protección de datos sanitarios

Los datos de carácter personal relativos a la salud de los pacientes tienen la consideración de datos especialmente protegidos a los efectos previstos en la Ley Orgánica Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los centros sanitarios adoptarán las medidas organizativas, procedimentales y técnicas necesarias para garantizar la

seguridad, confidencialidad e integridad de los datos referentes a la salud de los pacientes, así como para hacer efectivo el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de los mismos.

8.8. Estructura y recursos materiales

Las características estructurales de la UHD vienen determinadas por su función asistencial. Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad en gran medida autosuficiente (la mayoría de los pacientes son recibidos, atendidos y dados de alta en el propio Hospital de Día, aunque también puede servir de apoyo a pacientes de otros servicios para la realización de un procedimiento específico), dedicada exclusivamente al tratamiento médico, por lo que no debería ser utilizada para drenar pacientes atendidos en otras unidades del hospital ni, en ningún caso, para la pernocta de pacientes atendidos en la propia unidad, que pudieran presentar complicaciones que impidiesen el alta en el día o, incluso, de pacientes ingresados, en situaciones de escasez de camas en las unidades de hospitalización polivalente.

El programa funcional de la UHD valorará que los tratamientos podrán realizarse en diferentes recursos físicos: consultas, espacios para camas o sillones reclinables, o en habitaciones para tratamientos específicos. La recuperación tendrá lugar en espacios para camas o sillones reclinables, generalmente distribuidos en una sala común.

La unidad-tipo del recurso básico de la UHD, en que un paciente puede recibir un tratamiento o recuperarse del mismo antes del alta, se denominará genéricamente puesto de HD.

El programa funcional de la unidad contemplará diseños que aseguren a los pacientes condiciones apropiadas de intimidad y dignidad, siendo a este respecto de especial importancia los aspectos relativos a las condiciones ambientales y funcionales.

El desarrollo de las actividades características de la unidad requiere la existencia de cuatro áreas físicas principales, dispuestas según la siguiente secuencia:

- Recepción, que incluye las zonas de espera y registro de los pacientes.
- Puestos de HD, que comprende los espacios asistenciales necesarios para la consulta, exploración, tratamiento y recuperación.
- Control de enfermería y apoyos generales.
- Área administrativa y de apoyos para el personal.

El diseño funcional deberá facilitar, cualquiera que sea la modalidad de tratamiento requerida por los distintos tipos de pacientes atendidos, la circulación entre las diferentes áreas asistenciales, puesto que los pacientes podrán desplazarse a pie y por sí mismos, o en silla de ruedas o camilla, y acompañados por personal sanitario, dependiendo de sus condiciones generales y de si han sido sedados o no.

Asimismo, deberá favorecerse la circulación entre la UHD y las demás áreas asistenciales y de apoyos generales del hospital, conforme a las relaciones funcionales existentes entre ellas.

Los requisitos de ubicación de la UHD dentro de un hospital general de agudos vienen dados por la necesidad de facilitar el acceso para los pacientes y sus acompañantes, el personal de la unidad y los materiales necesarios para el

desarrollo de su actividad. Los pacientes y sus acompañantes deberán poder acceder desde el exterior sin entrar en otras áreas más complejas del hospital. Idealmente, la UHD deberá situarse a nivel de calle, y, en cualquier caso, con buenas condiciones de accesibilidad para todo tipo de usuarios.

Estas unidades deberán ubicarse en el área ambulatoria del hospital, facilitando el acceso de los pacientes por la zona de consultas externas. Su localización debe ser próxima a los gabinetes centrales de exploraciones funcionales.

8.8.1. Aspectos estructurales de las UHD

Las UHD requieren una serie de recursos estructurales y de equipamiento, que estarán relacionadas con las características de la actividad clínica programada y dispondrán del grado de autonomía, con respecto a los recursos existentes en otras unidades del hospital. Según los estándares y recomendaciones publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo 2008, las condiciones estructurales y funcionales se dividirían en: Zona de recepción, Zona de Hospital de Día, Zona de control de enfermería y apoyos generales, Zona administrativa y de apoyos para el personal.

i. Zona de recepción

Se utiliza para el acceso de pacientes y acompañantes y las actividades relacionadas con su acogida y admisión (incluida, en su caso, la tramitación administrativa del alta al finalizar el episodio), así como la espera de los pacientes hasta el momento en que son atendidos y, eventualmente, de los acompañantes, durante el tratamiento y recuperación del paciente hasta el alta. (Anexo 2).

ii. Zona de Hospital de Día

Comprende el conjunto de espacios en que se desarrollan los procesos de atención directa al paciente. Es una zona de circulación interna, reservada exclusivamente para los pacientes y el personal sanitario. Se recomienda un diseño suficientemente flexible para admitir, sin complicaciones, una casuística variada de modalidades de tratamientos y, en consecuencia, adaptado a los múltiples requerimientos estructurales y funcionales inherentes a los mismos.

La existencia de pacientes que pueden acceder a la unidad sin cita previa no determina, en principio, requerimientos estructurales adicionales, sin perjuicio de que, en determinados casos, pueda resultar conveniente la asignación de recursos específicos para este fin. (Anexo3)

iii. Zona de control de enfermería y apoyos generales

Reúne el conjunto de recursos físicos dedicados a las labores de observación de los pacientes mientras reciben los tratamientos y se recuperan de los mismos, planificación de los cuidados y demás trabajos administrativos de enfermería, así como los apoyos necesarios para la atención en la unidad (gestión y, en su caso, almacenamiento de fármacos, materiales, equipos, lencería y alimentos). (Anexo 4)

8.8.2. Material sanitario. Esterilización

Los centros sanitarios en donde existan UHD deberán controlar el almacenamiento y distribución del material e instrumental sanitario, con especial atención a su caducidad.

Así mismo, deberán disponer de un espacio seguro destinado al almacenamiento de material e instrumental sanitario, con capacidad adecuada para las necesidades de los mismos y que permita su clasificación y control.

Además, deberán garantizar, mediante sistemas de distribución adecuados, la disponibilidad del material necesario para el desarrollo de las actividades propias de la unidad. En la medida que sea posible, se recomienda la utilización de procedimientos de sistemas de reposición periódica.

Se deberá garantizar el uso adecuado del material estéril. El material de uso único deberá desecharse después de la atención a cada paciente, sin que sea posible, en ningún caso, su reutilización. El embalaje del material estéril deberá señalar siempre la fecha de la esterilización así como la fecha límite de utilización.

8.8.3. Gestión de residuos

Los centros sanitarios en donde existan UHD tienen la obligación de identificar y clasificar los residuos sanitarios, garantizando su adecuada retirada y eliminación.

8.9. Recursos Humanos

a) Personal: El personal necesario en una UHD responde a las siguientes titulaciones:

- Responsable organizativo de la Unidad. Será un médico especialista de alguna de las especialidades presentes en la unidad o el responsable de enfermería.

Las funciones generales del responsable son:

- Organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades, en un marco protocolizado y consensuado entre todos, con una adecuada utilización de los recursos asignados.

- Programar la unidad adecuando la demanda a los recursos disponibles.
- Garantizar la calidad.

En todo momento se deberá conocer públicamente quién es el responsable y la persona en que, en su caso, se delega, por lo que este aspecto deberá estar contemplado en las normas de funcionamiento de la unidad.

- Responsable de enfermería. Función a realizar por un diplomado universitario en enfermería.

Sus funciones generales son:

- Coordinar la planificación de los cuidados correspondientes a la cartera de servicios de la UHD.
 - Programar las actividades del personal de enfermería.
 - Controlar la disponibilidad de los recursos materiales.
- Médicos especialistas. Médicos especialistas de cada una de las especialidades que participen en la unidad.
 - Enfermería (cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de los pacientes). Diplomado universitario en enfermería.
 - Auxiliares de Enfermería (en consulta y Hospital de Día). Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería.
 - Secretaria (auxiliar administrativo). Técnico medio no sanitario.
 - Personal subalterno. Celador.

8.10. Calidad

8.10.1. Indicadores de calidad.

Por regla general, los sistemas de información de Atención Especializada de las diferentes CC.AA. contemplan datos relativos a la estructura (Ej. número de puestos, según tipo de HD) y la actividad (Ej. número de tratamientos, número de pacientes) de las UHD, a partir de los cuales pueden obtenerse indicadores de rendimiento y duración media de los tratamientos, pero no existen indicadores específicos de calidad para estas unidades.

En la Guía publicada en 1998 por el extinguido INSALUD sobre los hospitales de día en la atención a pacientes con VIH/SIDA se incluyó una aproximación a la evaluación de la calidad en las UHD, referida a “los dos componentes fundamentales en la calidad, el científico (adecuación diagnóstica y terapéutica) y el percibido (valoración del paciente de que se le trata como él desea)”, en la que se proponían los siguientes indicadores:

- Número y especificación de los procedimientos protocolizados.
- Porcentaje de procedimientos realizados según protocolo.
- Encuestas de satisfacción sobre los servicios y el trato recibido.
- Análisis de reclamaciones por pacientes atendidos.

Desde la perspectiva del Servicio de Salud y del Sistema Nacional de Salud, así como para la comparación (“*benchmarking*”) del hospital donde se encuadre la UHD con otros hospitales, se propone la utilización del siguiente indicador de eficiencia del sistema:

- Índice de Ambulatorización: mide el impacto global de la UHD sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital y es el resultado de la división entre el porcentaje de sesiones en UHD sobre el porcentaje de estancias totales, excluyendo la Hospitalización de Día y estancias quirúrgicas. (Anexo 6)

Se deben realizar encuestas de satisfacción que permitan evaluar la calidad aparente o percibida por el usuario. Para hacer comparables las encuestas de satisfacción entre UHD, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del “Barómetro Sanitario”¹⁷

Se configuraría, por tanto, un conjunto de 4 indicadores de calidad que son: Cancelación de sesiones, Acontecimientos adversos (Tasa de reacciones transfusionales), Índice de ambulatorización e Índice de satisfacción. (Anexo 5)

9. HD Médico Polivalente del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HDMPHCUV)

9.1. Definición

Es una unidad de corta estancia, no supera las 8 horas, dedicada a la administración de tratamientos complejos, técnicas diagnósticas, seguimientos analíticos, patologías de la especialidad, con los mismos medios que si el paciente estuviera hospitalizado, pero sin generar ingreso.

9.2. Historia HDMPHCUV

El HDMPHCUV inició su funcionamiento en el año 1992, bajo la dirección de los médicos internistas dedicados a las enfermedades infecciosas. En principio surgió para la atención de pacientes con VIH, y progresivamente se ha ampliado la cartera de servicios a otras especialidades como Traumatología y Cirugía y en los últimos 5 años especialmente a Reumatología, Digestivo, Neurología, Oftalmología, Dermatología y Neumología, para tratamientos biológicos, inmunoglobulinas y corticoides principalmente.

9.3. Desarrollo

Los servicios de Medicina Interna siguen manteniendo un papel primordial por ser el elemento vertebrador de la asistencia sanitaria hospitalaria.¹⁸ Es más, en los últimos años la medicina interna está aplicando de forma decisiva su campo de conocimiento especializado a los cuidados generales de los adultos más frágiles (pacientes crónicos y pluripatológicos) y está liderando diferentes experiencias de gestión orientadas al ciudadano (Ej. hospitalización domiciliaria, unidades de corta estancia)^{19,20}

Las alternativas a la hospitalización convencional potenciadas en los servicios de Medicina Interna se deben principalmente a la asunción en la racionalización de los recursos sanitarios y a un mayor reconocimiento de la autonomía de los pacientes. De esta forma, los HD, como alternativas a la hospitalización convencional, son consecuencia de una necesidad asistencial, como el que supuso el desarrollo de la quimioterapia antineoplásica y que posteriormente se ha ido extendiendo a otros ámbitos (Ej. enfermedades psiquiátricas, enfermos de SIDA, pacientes pluripatológicos, etc).^{8,10} El elemento principal del HD no es su estructura, sino el hecho de que promueve un cambio cultural en la asistencia que permite organizar las posibilidades asistenciales del hospital, diagnósticas y

terapéuticas, de una forma más racional y ágil que la rígida estructura de las salas de hospitalización convencional.¹⁰

9.4. Objetivos y funciones

Los objetivos del HDMPHCUV son:

- i. Reducir los tiempos de hospitalización
- ii. Mejorar la relación médico-paciente
- iii. Prevenir el abandono del tratamiento
- iv. Prevenir futuros ingresos
- v. Minimizar el impacto emocional del ingreso
- vi. Realizar la atención del paciente en el día, evitando las visitas repetidas al hospital, optimizando los recursos humanos y tecnológicos
- vii. Fomentar el trabajo en equipo y en forma interdisciplinaria
- viii. Disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias al reducir el tiempo de exposición
- ix. Aprovechar el tiempo en que el paciente está en contacto con los profesionales para realizar educación para la salud, colaborando con la enseñanza del manejo de la enfermedad.

9.5. Ventajas del HDMP

Las ventajas del HDMP son:

- Optimización de los recursos.
- Normalización de las patologías.
- Mejora en la calidad de la atención.
- Capacitación del equipo de salud y crecimiento profesional.

9.5.1. Optimización de los recursos: hace más flexible la utilización de los recursos, adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes

necesidades que se puedan plantear en la comunidad; que es la destinataria última de nuestros esfuerzos, es la que demanda pero también aporta los recursos.

9.5.2. Normalización de las patologías: se hace indispensable actualizar las normas de atención y funcionamiento por equipos interdisciplinarios para optimizar el manejo de los pacientes asistidos.

9.5.3. Mejora en la calidad de atención: el trabajo en equipo, una mayor atención en la confección y utilización de la historia clínica, con actualizaciones y supervisión diaria y la capacitación continua, redundarán en un aumento de la calidad de atención.

9.5.4. Capacitación del equipo de salud: es necesaria la capacitación continua del equipo de salud debido a la mayor diversidad de patologías que se deben abordar.

9.5.5. Crecimiento profesional: tanto la interdisciplina efectiva como la capacitación continua llevarán a un crecimiento profesional del equipo de salud.

9.6. Características

Las características del HDMPHCUV son las siguientes:

- i. Da respuestas innovadoras y eficientes en los diagnósticos, control y tratamiento de patologías de difícil manejo ambulatorio disminuyendo la utilización de recursos del área de ingreso tradicional.
- ii. Facilita la realización de terapias complejas devolviendo al paciente al confort de su hogar después de realizadas.
- iii. Permite que las complicaciones y reagudizaciones de las enfermedades crónicas tengan una atención integrada con los problemas cotidianos y facilita el acceso a los estudios complementarios de alta complejidad y a

tratamientos de alto coste, sin adicionar los costes propios de las unidades de ingreso.

- iv. Integra programas y se ahorran recursos.

9.7. Estructura Física

La estructura física del HDMPHCUV se encuentra ubicada en la 10 planta oeste, dentro de la sala de hospitalización de la Unidad de Enfermedades Infecciosas. La UHD cuenta con 2 salas, una grande donde se encuentran 10 sillones de tratamiento y 1 sillón para extracciones de sangre, y una sala pequeña de consulta con un sillón para tratamiento, y 1 aseo.

9.8. Personal

El personal del HDMPHCUV, está formado por: 3 médicos internistas que alternan su trabajo con otras actividades de la Unidad de Enfermedades Infecciosas, ubicada en la misma planta, 1 enfermera por la mañana y 1 enfermera supervisora, 1 auxiliar y 1 celador, estos 3 últimos comparten trabajo con la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

9.9. Cartera de Servicios

9.9.1. Programa de atención de sesión múltiple

9.9.1.1. Modalidad con tratamientos Biológicos e Inmunoglobulinas

Es pautado un esquema de tratamiento por el Especialista.

El paciente es citado, se inicia la terapéutica y se le da el calendario del año de tratamientos, dependiendo de su patología.

Los 2-3 días anteriores al tratamiento, se le hace una analítica, para determinar si se puede administrar o no la medicación. En el caso de las Inmunoglobulinas si son necesarias o se puede esperar.

9.9.1.2. Modalidad con tratamientos con Hierro, Antibióticos, Antivirales y Antimicóticos

Programación de los períodos adecuados a cada fármaco y enfermedad.

Controles analíticos para evitar efectos secundarios y seguimientos de las patologías.

9.9.1.3. Modalidad para pacientes crónicos descompensados o que requieran tratamientos breves programados (Ej. colagenopatías, artritis, asma, etc)

9.9.2. Controles de evolución

Control de hepatitis crónica

Control de pacientes con VIH.

Entrenamiento personal de fármacos subcutáneos

Entrenamiento familiar en afecciones con cuidados especiales en el domicilio.

Controles en pacientes crónicos con episodios agudos como: fiebre en pacientes con VIH, cuadros infecciosos o descompensaciones metabólicas en pacientes renales, respiratorios, cardiológicos, reumatológicos, etc.

Toilette antibiótica en Enfermedad Fibroquística.

Pacientes agudos de difícil manejo ambulatorio: tiene como objetivo mejorar la calidad de atención en pacientes agudos que requieren control y terapéutica de corta duración al cabo de la cual se define si requieren hospitalización o no.

9.9.3. Técnicas diagnósticas o terapéuticas. Punción lumbar, paracentesis, PPD.

10. Calidad en la atención hospitalaria

La calidad de la atención en salud ha surgido como un tema relevante, particularmente por la legítima exigencia de los usuarios y por el conocimiento de algunas prácticas clínicas que en ocasiones demuestran con frecuencia la pérdida sistemática de la calidad. Brindar servicios de buena calidad es un imperativo ético para las personas y organizaciones. Dado que una de las responsabilidades fundamentales del gobierno es garantizar la calidad de la atención en el país, establecer mecanismos para evaluarla y certificarla.

En relación a los estudios que han medido la calidad del servicio en sector de salud, podemos mencionar, el realizado por Nelson²¹, desarrolló un estudio en el *Hospital Corporation of America*. Éste dio como resultado, un cuestionario de once dimensiones de calidad que incluyó 68 *items* de medida.

Posteriormente, Donabedian²² propuso que la calidad de la atención, debe basar su medición en tres componentes: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente en que se lleva a cabo el proceso de atención.

Bowers²³ a partir de la escala Servqual, desarrolló un instrumento específico para medir la calidad del servicio en dos contextos de atención médica: la asistencia médica y el cuidado médico. Este instrumento consideró seis dimensiones en la medición de la calidad del servicio (información, fiabilidad, capacidad de respuesta, accesibilidad, empatía y cuidados).

Jun²⁴ identificó 11 dimensiones que definen la calidad del cuidado del paciente y su satisfacción, tanto desde la perspectiva médica como desde el punto de vista de la administración (tangibilidad, fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, cortesía, información, accesibilidad, cuidados, resultados, empatía y continuidad).

Posteriormente, a partir de la escala Servqual²⁵ desarrollaron el instrumento Sercal, para medir la calidad del servicio de un centro médico-quirúrgico

pertenciente a un hospital. Este instrumento, incluyó las dimensiones, accesibilidad al servicio, confort, personalización, garantía y fidelidad.

En el 2001, Mira²⁶ presentó la escala Servqhos de calidad de la asistencia hospitalaria percibida por el paciente. Esta escala fue aplicada a dos hospitales públicos a lo largo de un período superior a dos años. Esta escala midió los factores amabilidad, capacidad de respuesta, confianza en los profesionales, trato de enfermería, tiempo de espera, estado de la habitación, informaciones, capacidad de resolver los problemas, puntualidad, rapidez de respuesta, interés, facilidad para acudir al centro, preparación profesional, tecnología biomédica y trato al paciente.

En el 2002, De Man²⁷ presentó un estudio en que analiza la importancia de diversas dimensiones de la escala Servqual y su relación con la satisfacción del paciente en el contexto de la medicina nuclear. Algunas dimensiones de esta escala no fueron confirmadas en este nuevo contexto. De hecho, los pacientes consideraron los bienes materiales y la seguridad como una sola dimensión, y además la dimensión original fue dividida en empatía y conveniencia.

Por último, en el 2006, Chang²⁸ realizó un estudio para determinar como los encuentros del servicio afectan la satisfacción de los pacientes. Identificaron que los que en mayor medida afectan la satisfacción con los tratamientos médicos, son los encuentros del paciente con: los profesionales médicos, los profesionales encargados del cuidado, con el personal de servicio, y con los espacios e instalaciones.

Cada vez es más frecuente que grupos públicos y privados desarrollen y usen medidas de evaluación de la calidad del servicio. Las evaluaciones se usan para revisar y mejorar la calidad de los planes de atención médica, los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica. Las calificaciones del consumidor y las medidas de desempeño son los dos tipos principales de evaluaciones de la calidad del servicio. Las calificaciones de los consumidores le

dicen lo que piensan otras personas como usted acerca de su atención médica. Las calificaciones de los consumidores de los planes médicos puede resultar de una encuesta llamada *Consumer Assessment of Health Plans (CAHPS®)*. La encuesta fue desarrollada por la *Agency for Healthcare Research and Quality*. Las preguntas de CAHPS® le piden a las personas que describan la calidad de sus propios planes médicos⁴⁸.

11. Clasificación Internacional de Enfermedades.

Los sistemas de información para la clasificación de enfermedades, representan una tecnología contrastada, cuya difusión e implantación en los centros ha contribuido a la profesionalización de la gestión de la información y ha llegado a ser un elemento estratégico en la planificación y la gestión sanitaria.

La primera clasificación internacional se publica a finales del siglo XIX, como "Lista Internacional de Causas de Defunción" por el Instituto Internacional de Estadística, en Viena. Esta iniciativa recibe el apoyo de la Sociedad de Naciones, y en 1946, en su 6ª Revisión, pasa a ser responsabilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁹.

En 1976, la OMS publica su 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, traducida al castellano en 1978. En este mismo año, la Comisión de Actividades Profesionales y Hospitalarias de los Estados Unidos publica su Modificación Clínica, la 9ª Revisión (CIE-9-MC), en donde añade un eje clínico, ofreciendo a los practicantes de la medicina un instrumento aplicable a su labor diaria en el ámbito hospitalario.

Desde entonces, esta Modificación Clínica de la 9ª Revisión de la OMS, ha servido como clasificación de referencia para toda investigación llevada a cabo sobre la posibilidad de agrupar enfermos, no sólo por diagnóstico, sino de acuerdo con el proceso realizado durante su paso por el sistema sanitario, al objeto de evaluar los

resultados obtenidos. Permite, así mismo, establecer bases de datos homologables, tanto a nivel nacional como internacional.

El término *case mix* o casuística hace referencia a la combinación de tipos distintos de pacientes tratados por un médico, un servicio, un hospital o cualquiera otra unidad funcional³⁰. Expresa la producción de dicha unidad en términos de clases de pacientes similares desde un punto de vista clínico y, potencialmente, en el proceso de cuidados recibidos.

Medir la producción de los servicios sanitarios es una tarea difícil en la que están implicados múltiples factores: ausencia de información médica rutinaria, diversidad de los problemas médicos, variabilidad individual, entre otros.

Es posible clasificar a los pacientes con rasgos comunes entre sí que les asemejan y, a la vez, les diferencian de otros. Los pacientes pueden ser clasificados según multitud de criterios: edad, enfermedad, probabilidad de muerte, consumo de recursos, etc. A cada objetivo puede corresponder distinto sistema de clasificación de pacientes. Como base para obtener información útil para la gestión de los servicios médicos, se requiere un criterio de similitud en el proceso de cuidados y, por lo tanto, es necesario obtener todas aquellas características de los pacientes que incidan en el consumo de recursos.

A partir del sistema de clasificación de GRD's (Grupos Relacionados con el Diagnóstico) obtenemos la información de actividad e indicadores de calidad y utilización de recursos, teniendo en cuenta la variabilidad de las características clínicas de los pacientes.

En la actualidad se tiende a unificar criterios a la hora de clasificar las enfermedades y calcular los costes de hospitalización. El sistema empleado desde hace unos años es el de clasificación por GRD's. Los GRD's fueron desarrollados a finales de los años 60 en la Universidad de Yale. El motivo inicial por el cual se desarrollaron los GRD's fue la creación de una estructura adecuada para analizar la

calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario³⁰.

Los GRD's son un sistema de clasificación de episodios de hospitalización con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera de cada clase que consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos. No se utilizan para evaluar el coste de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias. A pesar de la individualidad de cada paciente, es posible establecer grupos con características clínicas y terapéuticas similares, que van a determinar que su consumo de recursos sea muy parecido.

Los GRD's son hasta la fecha, el sistema de medición de la producción hospitalaria más potente, extendido y validado, y está sometido a continuas revisiones de mejora³¹

Las características fundamentales de los GRD's sobre los anteriores sistemas de clasificación de pacientes son:

1. Fueron desarrollados a través del análisis de una base de datos amplia. Los GRD's publicados en 1980, fueron contruidos unos años antes sobre una base de datos de 702.000 registros hospitalarios de New Jersey y Connecticut, codificados en ICD-8³², resultando 383 GRD's. Al adoptarse la CIE-9-MC³³ en 1979 la *Health Care Financing Administration*, financió la construcción de un nuevo conjunto de GRD's, resultando 470 GRD's. Esta versión, utilizó más de 1,4 millones de registros hospitalarios procedentes de 323 hospitales, y se utilizó información de costes en una submuestra a fin de validar la característica de isoconsumo de recursos, valorada en costes en lugar de días de hospitalización, utilizados en la primera versión.

En nuestro país, la valoración de este sistema, basado en la casuística americana, se hizo elaborando un estándar con 6 hospitales de Cataluña de diferentes categorías³⁴. Tras los estudios de comparación pertinentes, se

concluyó que el sistema GRD's se adaptaba bien a nuestro entorno y era útil para describir nuestra casuística y nuestros consumos.

2. Se basa en la información disponible en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) habituales. El CMBD contiene un conjunto de datos clínicos y administrativos de cada episodio de hospitalización (Nº de historia, fecha de nacimiento, sexo, fecha de ingreso y alta, circunstancias al ingreso y alta, servicio, diagnóstico principal y secundarios y procedimientos quirúrgicos).
3. Fueron diseñados como clasificación de isoconsumo de recursos. El consumo de los recursos de los pacientes en cada GRD's debe ser similar para que se pueda establecer una relación entre la casuística de un hospital y los recursos consumidos. Un consumo similar de recursos significa que este sea relativamente constante en cada uno de los pacientes de un GRD's, aunque pueda existir variabilidad.
4. El concepto de coherencia clínica, requiere que los pacientes de cada GRD's estén relacionados con un único sistema orgánico o etiología, y que, habitualmente, sea una única especialidad médica la encargada de atender dichos pacientes.

Las características de la clasificación de los GRD's ³⁰ son:

1. Las características del paciente utilizadas en la definición de los GRD's deberían limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital.
2. Tiene que ser médicamente interpretable, con subclases de pacientes de categorías diagnósticas homogéneas.

3. Cada GRD's debe contener pacientes similares desde el punto de vista clínico y de consumo.

4. Tiene que haber un número final de clases limitado a unos pocos centenares.

5. La definición de las clases tiene que ser comparable a través de diferentes sistemas de clasificación.

El primer paso es clasificar los diagnósticos, incluidos en la CIE-9-MC, exhaustivamente en Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) mutuamente excluyentes.

El diagnóstico principal determina la asignación a una CDM de las 25 posibles:

- 01 Enfermedades y trastornos del sistema nervioso
- 02 Enfermedades y trastornos del ojo
- 03 Enfermedades y trastornos del oído, nariz, boca y garganta
- 04 Enfermedades y trastornos del sistema respiratorio
- 05 Enfermedades y trastornos del sistema circulatorio
- 06 Enfermedades y trastornos del sistema digestivo
- 07 Enfermedades y trastornos del sistema hepatobiliar y páncreas
- 08 Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y conectivo
- 09 Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama
- 10 Trastornos endocrinos, de la nutrición y del metabolismo
- 11 Enfermedades y trastornos del riñón y tracto urinario
- 12 Enfermedades y trastornos del sistema reproductor masculino
- 13 Enfermedades y trastornos del sistema reproductor femenino

- 14 Embarazo, parto y puerperio
- 15 Recién nacidos y condiciones del período perinatal
- 16 Enfermedades y trastornos de la sangre, sistema hematopoyético e inmunitario
- 17 Enfermedades y trastornos mieloproliferativos y neoplasias poco diferenciadas
- 18 Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistémicas o afectación no especificada)
- 19 Enfermedades y trastornos mentales
- 20 Uso de drogas y trastornos mentales orgánicos inducidos por drogas
- 21 Heridas, envenenamientos y efectos tóxicos de drogas
- 22 Quemaduras
- 23 Factores que influyen en el estado de salud y otros contactos con servicios de salud
- 24 Traumatismos múltiples
- 25 Infecciones por VIH

El algoritmo de clasificación de pacientes incluye los pasos siguientes:

- a) Clasificación en CDM según el diagnóstico principal.
- b) Clasificación en subgrupos médicos o quirúrgicos en cada CDM según la presencia o ausencia de un procedimiento quirúrgico.
- c) Clasificación en cada subclase médica o quirúrgica:
 - c.1. El subgrupo quirúrgico se subclasifica según una jerarquía quirúrgica preestablecida en cada CDM según intensidad de consumo de recursos.

c.2. El subgrupo médico se subclasifica según el tipo de diagnóstico principal.

En general todas las CDM incluyen una subclase para neoplasias, y diferentes diagnósticos y síntomas específicos.

d) Cada una de las subclases así formadas se subclasifica posteriormente según la edad y la presencia o ausencia de complicaciones o comorbilidades.

A cada GRD's le corresponde un peso relativo (*peso relativo por GRD's*) que permitirá calcular el peso medio de los pacientes del hospital o servicio, y compararlo con el peso medio de otros centros. La razón entre el peso medio obtenido por el centro y el del patrón de referencia será el *peso relativo del centro*, que expresará una estimación del coste relativo de la casuística respecto al estándar, valor de referencia. Un peso relativo mayor o menor a 1 expresará un coste medio superior o inferior respecto al estándar ^{30,31,35-38}.

Una de las críticas que se ha hecho a los GRD's es que el peso relativo de los GRD's utilizados en España es distinto al que indica el modelo empleado en los E.E.U.U. Según Cots ³⁹ tras analizar los costes de 35.000 altas de los hospitales del Mar y La Esperanza en el periodo 1996-1997, los pesos relativos de cada GRD's son distintos a los GRD's americanos con los que se pagan las altas a los centros catalanes. Aunque el peso relativo de algunos procesos puede variar, estas oscilaciones se compensan entre sí y hacen que la aplicación del método americano no sea incorrecta.

12. Gestión Hospitalaria

Los sistemas de análisis de costes hospitalarios están experimentando una importante evolución en Europa en los últimos años. En España la contabilidad analítica de los hospitales se desarrolló y extendió a comienzos y mediados de los años noventa, muy impulsados por el proyecto SIGNO. Este modelo de análisis se caracterizó por tres aspectos básicos:

- a. La adopción de modelos de coste completo. Estos modelos incluyen dentro del coste de los *outputs* todos los costes (directos e indirectos) que están relacionados con la función productiva, con independencia de que éstos sean fijos o variables.
- b. La utilización de los GRDs (Grupos Relacionados de Diagnóstico) como la medida estándar de la producción hospitalaria que permite imputar los costes hospitalarios a un conjunto completo de procesos con significación clínica e isoconsumo de recursos.
- c. La determinación de costes medios por procesos basados en estándares externos. Para ello se asignan y distribuyen progresiva y verticalmente los costes para obtener un coste global de servicio final (especialidad), que es, a su vez distribuido entre los distintos procesos asistenciales fabricados en este servicio final mediante una escala de complejidad que pretende reflejar el consumo relativo de recursos de cada tipo de proceso en función de estándares externos (puntos de intensidad relativa de la escala GRDs).

Si bien este proceso significó un importante esfuerzo para avanzar en la disponibilidad de información de gestión en los hospitales, resulta indudable, también, que no alcanzó los resultados ni la satisfacción esperada por muchos. En la práctica los sistemas de contabilidad analítica contribuyen a la toma de decisiones de gestión.⁴⁰

Los Grupos Relacionados para el Diagnóstico (GRDs): son un modelo de clasificación de pacientes, que agrupa los pacientes que atiende un hospital, basado en sus características clínicas y en su consumo de recursos. Estos grupos son mutuamente excluyentes, además de ser homogéneos tanto clínico como financieramente. Únicamente clasifica pacientes admitidos u hospitalizados, asignando así un GRD por paciente, por admisión.

Los GRDs requieren una infraestructura de datos sobre los cuales se formula un algoritmo estandarizado que lleva a cabo la agrupación a categorías predeterminadas, misma que se denomina conjunto mínimo básico de datos (CMBD). Entre los datos requeridos están: edad, sexo, circunstancia de alta, días de estancia, peso del recién nacido, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios (complicaciones y comorbilidades), y el procedimiento principal y secundarios en caso de haberse realizado alguno. Estos diagnósticos y procedimientos están codificados en base a la CIE.

13. Estudios previos sobre HD

Álvarez et al⁴¹, realizaron un estudio retrospectivo con el objetivo de valorar el impacto de la creación del HD de Salud Mental del Hospital Poniente, Almería, sobre los ingresos y los días de estancia en régimen de hospitalización completa. Encontrando una disminución estadísticamente significativa de los días de estancia para la totalidad de la muestra y una disminución estadísticamente significativa para los ingresos y para los días de estancia en los pacientes que, durante el año anterior a su ingreso en el Hospital de Día, han tenido uno o más ingresos en la Unidad de Hospitalización.

Marshall M et al⁴², Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos, realizaron una revisión en el Registro Cochrane de ensayos

controlados, MEDLINE, EMBASE, CINAHL; con el objetivo de evaluar la efectividad de los programas de tratamiento diurno frente a la atención ambulatoria en personas que tienen trastornos que son refractarios al tratamiento y con trastornos crónicos graves, así como la efectividad de los HD de transición para personas que acaban de tener un alta hospitalaria. Los resultados muestran que los programas de tratamiento diurno son superiores a la atención ambulatoria continua en términos de una mejoría en los síntomas psiquiátricos. No hubo superioridad en los grupos de tratamiento diurno frente a la atención ambulatoria en cuanto a otras variables de resultados clínicos o sociales, o bien en cuanto a los costes. Hay algunos datos acerca de los costes que no son concluyentes y que sugieren que los centros de atención de día podrían ser más costosos que la atención ambulatoria. Concluyendo que solamente hay evidencia limitada para justificar el suministro de programas de tratamiento diurno y hospitales de día de transición. No hay evidencia que apoye el suministro de atención a través de centros de atención de día.

García O. et al⁴³, analizaron la actividad y producción del hospital de día médico en un hospital comarcal desde su creación hasta la actualidad, evaluando parámetros de eficiencia. Para ello se realizó un análisis descriptivo de la actividad del HD médico durante el período 1 de abril de 2004 al 30 de marzo de 2007. Se analizó la base de datos del HD que recoge variables demográficas y clínicas, así como de los procedimientos realizados. Los resultados mostraron que del total de pacientes que procedían del área de hospitalización convencional de Medicina Interna, el 39% fueron altas precoces, sin que hubiera diferencias significativas entre los grupos patológicos. El 19,3% del total de los casos se estimó que se había evitado la hospitalización convencional. Un 1.8% precisaron ingreso en hospitalización convencional. Por tanto, el HD médico, supone una alternativa asistencial. Promueve una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los

perjuicios del ingreso ni la prolongación de la estancia hospitalaria, racionalizando los recursos sanitarios.

Forster et al⁴⁴, realizaron una revisión en el registro Cochrane, MEDLINE, CINAHL; SIGLE y BIDS hasta enero de 1997, con el objetivo de evaluar los efectos de la atención en HD para pacientes ancianos. No encontraron diferencias significativas entre la asistencia en HD y las atenciones: integral, no integral y domiciliaria, para los resultados de muerte, necesidad de atención institucional y deterioro de las actividades de la vida diaria. Cuando se evaluó muerte o un resultado “deficiente” durante el seguimiento, hubo una diferencia significativa a favor de la asistencia en HD en comparación con la atención no integral de los ancianos. Por lo tanto concluyen que la atención médica en hospitales de día para ancianos parece ser más eficaz que ninguna intervención, pero puede no tener ventajas claras sobre otras formas de servicios médicos integrales para ancianos.

Pruebe S. et al⁴⁵, en su estudio sobre la efectividad y costes de tratamiento agudo en el HD comparado con hospitalización convencional, demostraron que el tratamiento del HD parece ser más eficaz en términos de reducción de la psicopatología en el corto plazo y genera una mayor satisfacción de los pacientes que la atención convencional en el paciente, pero puede ser más costoso.

Kallert TW. et al⁴⁶, en un estudio Europeo multicéntrico randomizado y controlado, demostraron que el HD psiquiátrico era tan eficaz como la atención hospitalaria convencional con respecto a los síntomas psicopatológicos, satisfacción con el tratamiento y la calidad de vida. Fue más eficaz en el funcionamiento social al alta y a los 3 – 12 meses de seguimiento, duplicando la base de pruebas existentes, por lo que concluyen que la atención del HD es tan

eficaz en los resultados clínicos como la atención hospitalaria convencional y más eficaz en los resultados sociales.

Canuto A. et al⁴⁷, demostraron la eficacia del HD para pacientes psiquiátricos mayores, los resultados mostraron una reducción significativa de los síntomas depresivos y neuropsiquiátricos así como una mejor adhesión al tratamiento en los pacientes ancianos deprimidos e incluso con demencia, además de una mejor calidad de vida mental y la percepción subjetiva de la evolución clínica en los pacientes deprimidos.

IV. MATERIALES Y MÉTODOS

a. Diseño de la investigación.

Esta investigación se realizó bajo una metodología de tipo retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo, sobre la información que se obtuvo de cada paciente que fue atendido en el HDMPHCUV, durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.

El estudio mantuvo un diseño de corte retrospectivo, con la revisión de las historias clínicas digitales para determinar los antecedentes, comorbilidades, tratamientos, técnicas y complicaciones. Es transversal porque se estudió en un punto temporal y no de forma continuada. Observacional ya que no se interviene en las variables, sólo se analiza; y descriptivo porque lo que se pretende es hacer una revisión general del HDMPHCUV.

b. Población y muestra.

La población estudiada fueron los pacientes atendidos en el HDMPHCUV, durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009, que en total fueron 460 pacientes.

c. Definición y características de las variables.

Las variables utilizadas fueron según su nivel de medición:

Cuantitativas:

- Edad.
- Número de tratamientos administrados.
- Número de vías periféricas colocadas.

Cualitativas:

- Sexo: femenino y masculino.
- Raza: caucasianos, africano, asiático, amerindio y australiano.

- Procedencia: rural y urbano.
- Serología de VIH: positiva o negativa.
- Servicio de procedencia: Análisis Clínicos, Anatomía Patológica, Anestesia y Reanimación, Angiología y Cirugía Vascul ar, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía Cardíaca, Cirugía General y Aparato Digestivo, Cirugía Torácica, Dermatología, Endocrinología y Nutrición, Hematología y Hemoterapia, Infectología, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Medicina Preventiva y Salud Pública, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Reumatología, Traumatología y Cirugía Ortopédica y Urología.
- Diagnósticos secundarios o comorbilidad: HTA, DM, EPOC, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y otros.
- Técnicas diagnósticas: analítica, cultivos (hemocultivos, urocultivos, cultivos de exudado de heridas), punción lumbar, paracentesis, PPD (Derivado proteínico purificado), radiografía, ecografía, TAC (tomografía axial computarizada), determinación de inmunoglobulinas, serología, PCR (Reacción en cadena polimerasa) viral, ECG (electrocardiograma).
- Técnicas terapéuticas: Administración de hierro intravenoso, tratamiento con inmunoglobulinas, antibioticoterapia intravenosa (cefalosporinas 3ª generación, aminoglucósidos, teicoplanina, quinolonas, teicoplanina+aminoglucósidos, otros), tratamientos biológicos [(antagonistas factor necrosis tumoral: infliximab, etarnecept, adalimumab, otros) (natalizumab)], administración de alfa 1 antitripsina, bifosfonato intravenoso (ácido zolendrónico),

antiasmático sistémico (omalizumab), corticoterapia intravenosa, administración de interferon (peginterferón α -2b), quimioterapia, otros.

- Complicaciones: flebitis, trombosis venosa profunda (TVP), infecciones, síncope, convulsiones, hipotensión.
- Efectos adversos a medicamentos: reacción anafiláctica, hipertransaminasemia, pancitopenia, otros.
- CIE 9. MC.

d. Estudio de Calidad.

Para la medición de calidad del HDMPHCUV, se determinaron 4 indicadores de calidad¹: cancelación de sesiones, tasa de reacciones transfusionales, índice de ambulatorización e índice de satisfacción (Anexo 5). Para ello se hizo uso de los datos proporcionados por la oficina de admisión del HCUV y el HDMPHCUV, tanto para la determinación de la cancelación de sesiones, tasa de reacciones transfusionales e índice de ambulatorización. El índice de satisfacción, se determinó a través de la calificación del consumidor, mediante una encuesta basada en CAHPS® 3.0 (*Consumer Assessment of Health Plan*).

La encuesta tiene 3 objetivos básicos a evaluar: Hospital de día (accesibilidad, puntualidad), personal de enfermería y personal médico (comunicación, dedicación de tiempo suficiente, trato cortés y respetuoso) y satisfacción global. (Anexo 7)

La satisfacción global fue evaluada según la escala de 0 a 10 de la siguiente manera: insatisfechos (1-4), ni satisfechos ni insatisfechos (5-6) y satisfechos (7-10).

e. Estudio de Costes.

El cálculo de los costes de los pacientes atendidos en el Hospital de Día es un cálculo aproximado que se realiza en base al sistema de clasificación GRD's (Grupos relacionados con el diagnóstico).

Los costes de los procesos atendidos en el HDMPHCUV se expresan como indicadores de actividad clínica de hospitalización. A cada patología atendida se le asigna un código del sistema de clasificación GRD's. Cada uno de estos GRD's tiene un Peso Medio que es un valor estándar en cada uno de los hospitales del sistema nacional de salud y sirve para comparar la actividad entre los diferentes hospitales. El Coste Medio por proceso es el valor resultante de modificar cada Peso Medio de cada GRD una vez aplicados los gastos del personal, de funcionamiento (luz, agua, seguridad, etc.), intermedios (farmacia, informática, telefónica, limpieza, mantenimiento, etc.) y gastos estructurales (contabilidad, salud laboral, etc.). El ahorro estimado de cada proceso atendido resulta de la diferencia del coste medio por proceso en hospitalización menos el coste medio del proceso en hospital de día.

f. Técnicas e instrumentos.

Nuestros principales instrumentos fueron:

- Historia clínica electrónica del HCUV.
- Fichas de atención diaria de HDMPHCUV.
- Fichas terapéuticas de HDMPHCUV.
- Encuestas de satisfacción.
- Datos aportados por el Departamento de Gestión del HCUV.

g. Recogida de datos.

Para realizar el estudio contamos con los datos aportados por el HDMPHCUV a través de las fichas de atención diaria y fichas terapéuticas; así como los datos de las historias clínicas electrónicas del HCUV.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes que fueron atendidos en el HDMPHCUV, durante el período del 1 de enero al 31 de diciembre del 2009.

Los diagnósticos de los pacientes se codificaron por el sistema de clasificación CIE-9-MC y Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD's). Los GRD's empleados en España se han definido en base al sistema CIE-9-MC y comprenden 794 grupos basados en la casuística americana, pero perfectamente convalidada.³⁰

En todos los registros se analizaron las variables tanto cuantitativas como cualitativas previamente descritas.

Por otro lado se entregaron encuestas de satisfacción a una muestra de la población atendida en el HDPHCUV de manera aleatoria simple, a través del personal de enfermería, durante el período de estudio, las cuales se respondieron de manera anónima y voluntaria.

h. Análisis de datos.

Los datos de los pacientes que acudieron a la HDMPHCUV durante el período de estudio, se volcaron en una base de datos del programa *Microsoft Access 2007*, de manera paulatina, respetando en todo momento la confidencialidad de los datos.

Después se realizó el análisis estadístico mediante el programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) (SPSS para Windows versión 14.0.1, 2005 SPSS INC, Chicago III, EEUU) y *Microsoft Office*

Excel 2007.

Las variables continuas se describieron como media \pm desviación típica en el caso de distribuciones normales y como mediana y rango si la distribución fue no normal. Las variables cualitativas fueron descritas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Los datos se recogieron en tablas y se representaron en los gráficos más adecuados para cada tipo de variable (diagrama de barras para las variables cualitativas, histograma de frecuencias para las cuantitativas).

i. Revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica ha sido realizada a través de la página de internet PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>), un servicio de acceso libre a la Base de datos Medline proporcionado por la *National Library of Medicine* (NLM), utilizando el programa Microsoft Internet Explorer 6.0. Para la búsqueda inicial se han empleado términos libres y vocabulario controlado (MeSH) (*Hospital Costs, Day Care, Self-Care Units, Hospitals, Ambulatory Care/standards, Day Care/economics, Day Care/standards, Day Care/utilization, Efficiency, Hospitalization/economics*).

Los términos de búsqueda han sido relacionados mediante operadores lógicos, limitándose a los años 1977-2009, en todos los idiomas, investigación en humanos y artículos con abstract. De los artículos recuperados han sido seleccionados los que aportaban la información más válida e importante según criterio personal.

Han sido utilizados libros de texto, monografías y manuales actualizados de interés relevante. Una parte de la bibliografía ha sido obtenida a través de los estudios o revisiones procedentes de las fuentes anteriores.

V. RESULTADOS

Durante el 2009, la totalidad de pacientes que acudieron al HDMPHCUV fueron 460 pacientes, 230 hombres (50%) y 230 mujeres (50%), con edades comprendidas entre los 15 y 89 años (media 48,16 y DE 15,87). (Gráfico 1) (Tabla 1). Se realizaron 2986 consultas (1411 tratamientos, 1377 tratamientos y técnicas diagnósticas y 198 sólo técnicas diagnósticas).

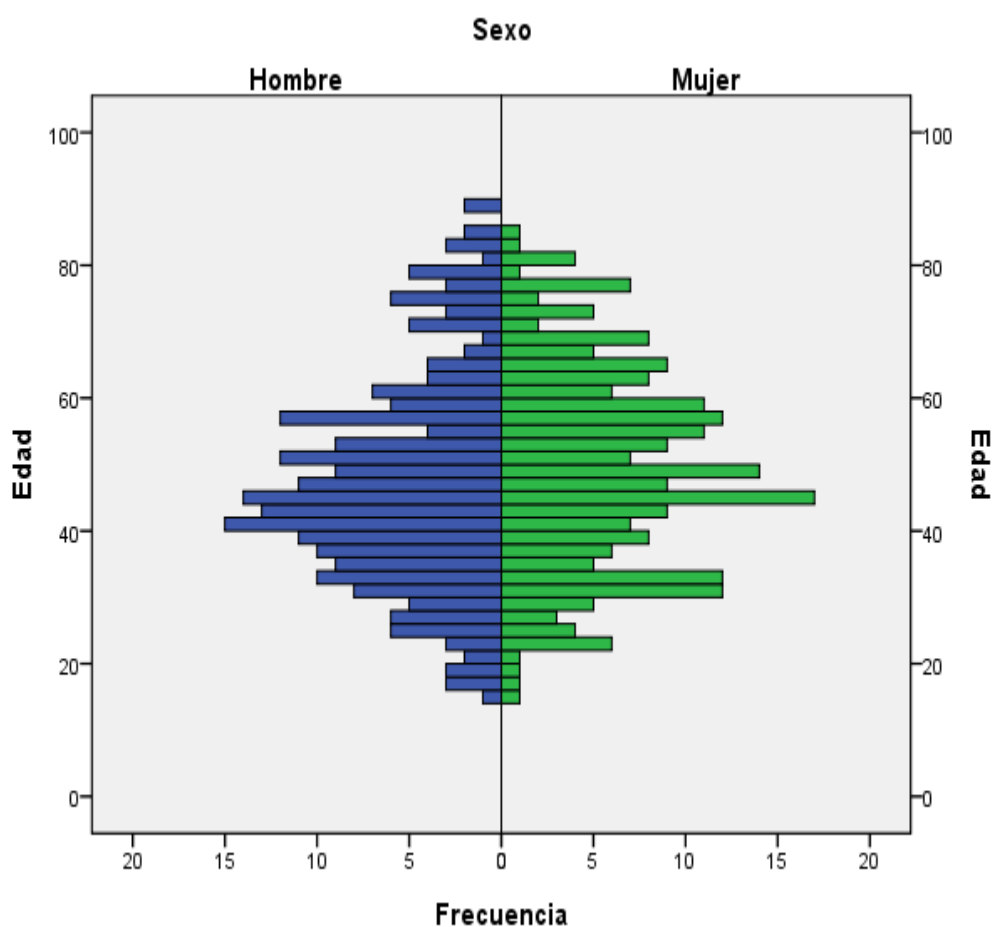


Gráfico 1. Pirámide poblacional.

La media de edad en hombres fue de 47,11 (DE: 16,24) y la mediana de 45,00 años, con un rango de edad entre 15-89 años. La media de edad en mujeres fue de 49,21 (DE: 15,46) y la mediana 49,00 años, con un rango de edad entre 15-84 años. (Tabla 2)

Tabla 1. Características de la población seleccionada

		n (460)	%
Sexo	Varones	230	50
	Mujeres	230	50
Procedencia	Urbano	358	77,8
	Rural	102	22,2
Raza	Caucasiano	458	99,6
	Africano	2	0,4

Tabla 2. Distribución por edad y sexo.

		Sexo		Estadísticos
Edad	Hombre		Media	47,11
		IC 95%	Límite Inferior	45,00
			Límite Superior	49,22
			Mediana	45,00
			Desviación Estándar	16,243
			Mínimo	15
			Máximo	89
	Mujer		Media	49,21
		IC 95%	Límite Inferior	47,20
			Límite Superior	51,22
			Mediana	49,00
			Desviación Estándar	15,467
			Mínimo	15
			Máximo	84

La distribución de los pacientes según la raza fue la siguiente: 458 fueron caucasianos (99,6%), 2 africanos (0,4%). 358 (77,8%) procedieron del ámbito urbano y 102 (22,2%) del ámbito rural. Tabla 1.

De todos los pacientes atendidos durante el 2009, 48 (10,4%) correspondieron al grupo con VIH positivo. (Gráfico 2)

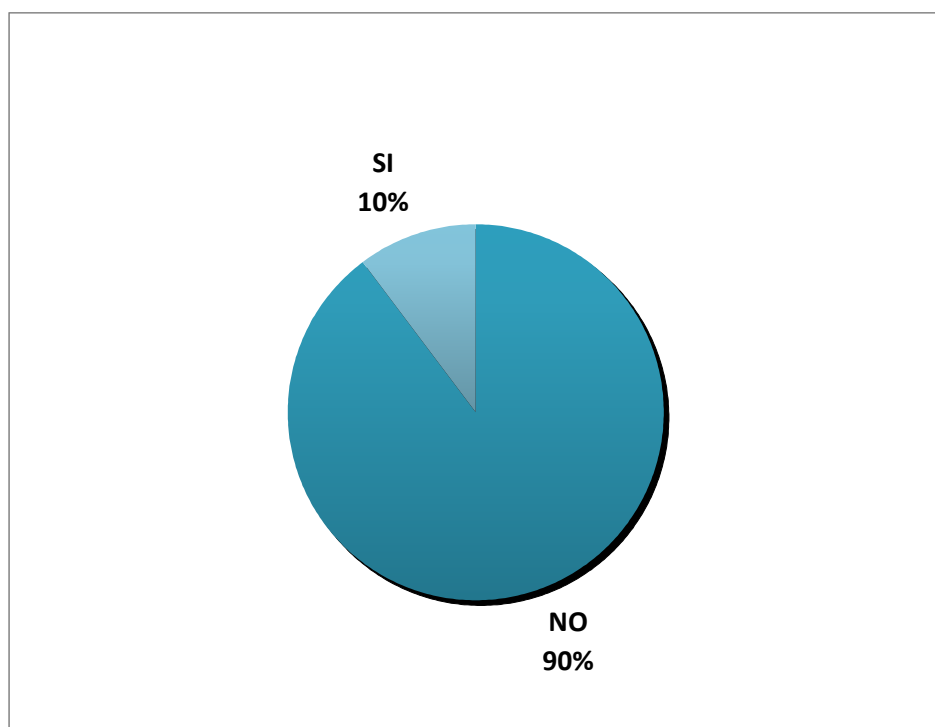


Gráfico 2. Serología de VIH.

En cuanto a los servicios de procedencia especializados, 164 (35,7%) fueron derivados de Infectología, 122 (26,5%) de Reumatología, 39 (8,5%) de Aparato Digestivo, 31 (6,7%) de Neurología, 25 (5,4%) de Traumatología y Cirugía Ortopédica, 22 (4,8%) de Neumología, 16 (3,5%) de Dermatología, 13 (2,8%) de Medicina Interna, Oftalmología y Medicina Preventiva derivaron 10 pacientes (2,2%) cada uno; Urología, Neurocirugía y Cardiología 2 (0,4%)

pacientes cada uno; y por último Cirugía Torácica y Cirugía Vascul ar 1 (0,2%) paciente respectivamente.(Gráfico 3)

Los diagnósticos principales de los pacientes incluidos en el estudio, se muestran en la tabla 3. No

Tabla 3. Diagnósticos principales.

Diagnósticos principales	n	%
Enfermedades sistémicas autoinmunes	118	25,6
Enfermedad por VIH	40	8,7
Trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias	39	8,4
Enfermedades del sistema nervioso	37	8
Enfermedades hepáticas y de vías biliares	32	6,9
Enfermedad inflamatoria intestinal	32	6,9
Enfermedades de la piel y TCSC	25	5,4
Enfermedades del aparato respiratorio	23	5
Reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico	21	4,6
Enfermedades hematológicas	17	3,7
Infección tuberculosa latente	11	2,4
Enfermedades infecciosas	10	2,2
Trastornos del ojo	10	2,2
Enfermedades del aparato urinario	7	1,5
Corte, punción o hemorragia accidental	3	0,7

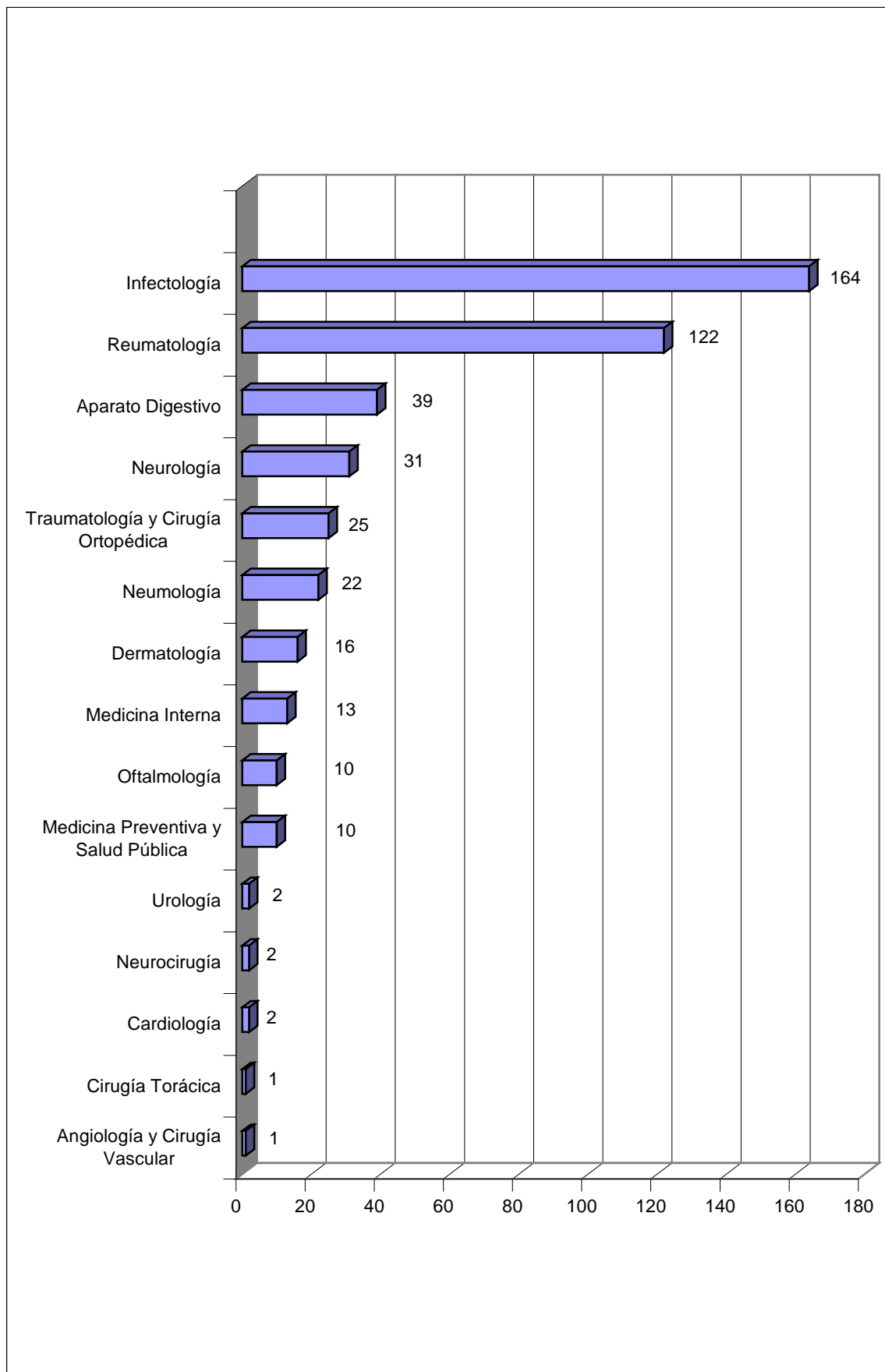


Gráfico 3. Servicios de procedencia.

La enfermedades sistémicas y del tejido conectivo representan el 25,7% con un total de 118 casos; de los cuales 79 (17,2%) corresponden a artritis reumatoide, 35 (7,6%) espondilitis anquilosante, 2 (0,43%) lupus eritematoso sistémico y 1 (0,21%) caso respectivamente tanto de reumatismo palindrómico como de vasculitis leucocitoclástica. (Gráfico 4)

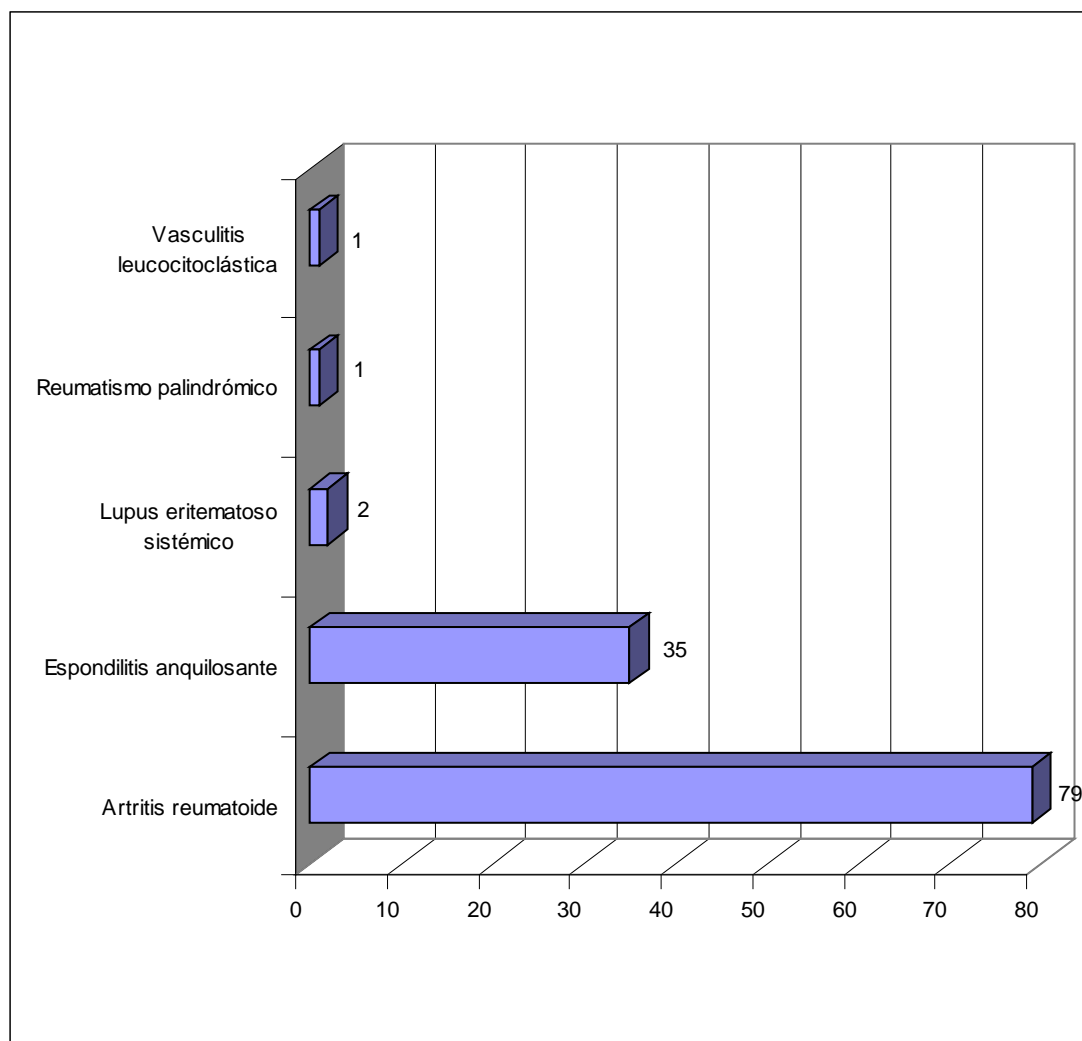


Gráfico 4. Enfermedades sistémicas y del tejido conectivo.

Los trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias (Gráfico 5) representan el 8,5% con 39 casos, de los cuales 32 (6,9%) corresponden a Inmunodeficiencias primarias (Inmunodeficiencia común variable), 6 (1,3%) a

trastornos del metabolismo óseo y mineral (Gráfico 6) y 1 (0,2%) a trastornos del metabolismo de proteínas plasmáticas (paraproteinemia monoclonal).

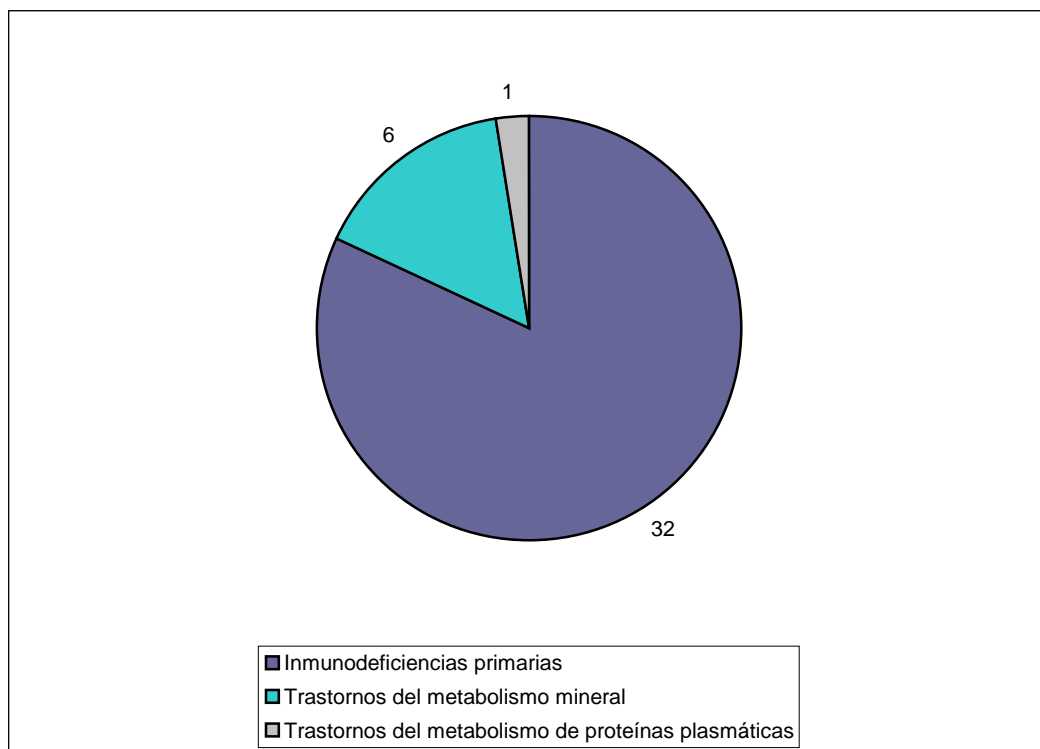


Gráfico 5. Trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias.

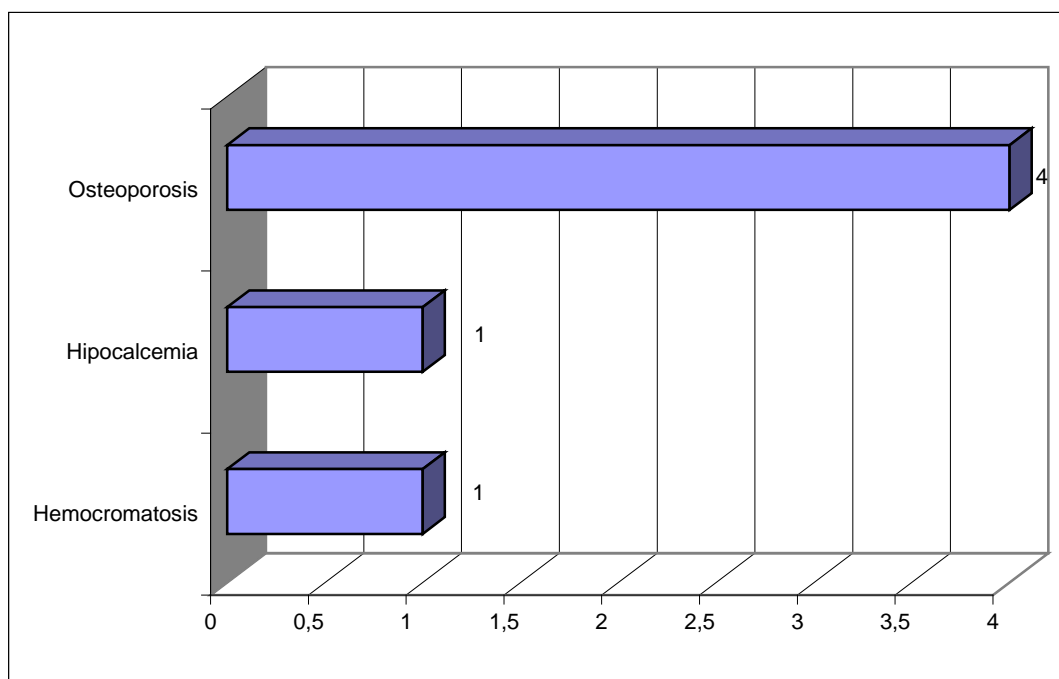


Gráfico 6. Trastornos del metabolismo óseo y mineral

Las enfermedades del sistema nervioso, representan el 8% con 37 pacientes (Gráfico 7), de los cuales corresponden 23 (5%) a esclerosis múltiple, 8(1,7%) a trastornos del sistema nerviosos periférico (SNP) (Gráfico 8) y 6(1.3%) a enfermedades inflamatorias e infecciosas del sistema nervioso central (SNC) (Gráfico 9)

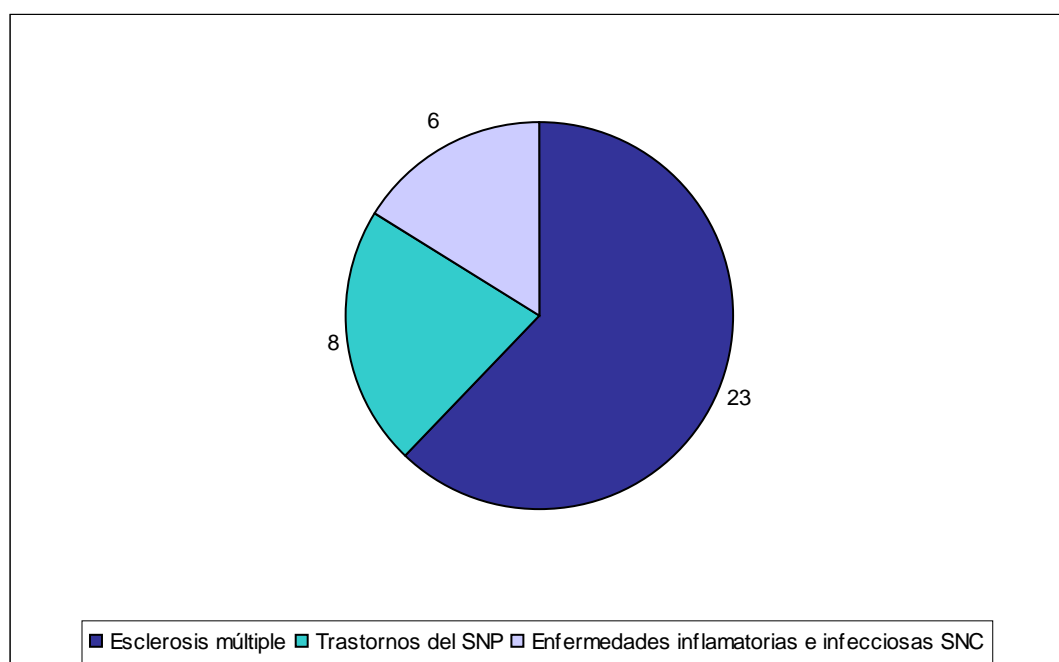


Gráfico 7. Enfermedades del sistema nervioso.

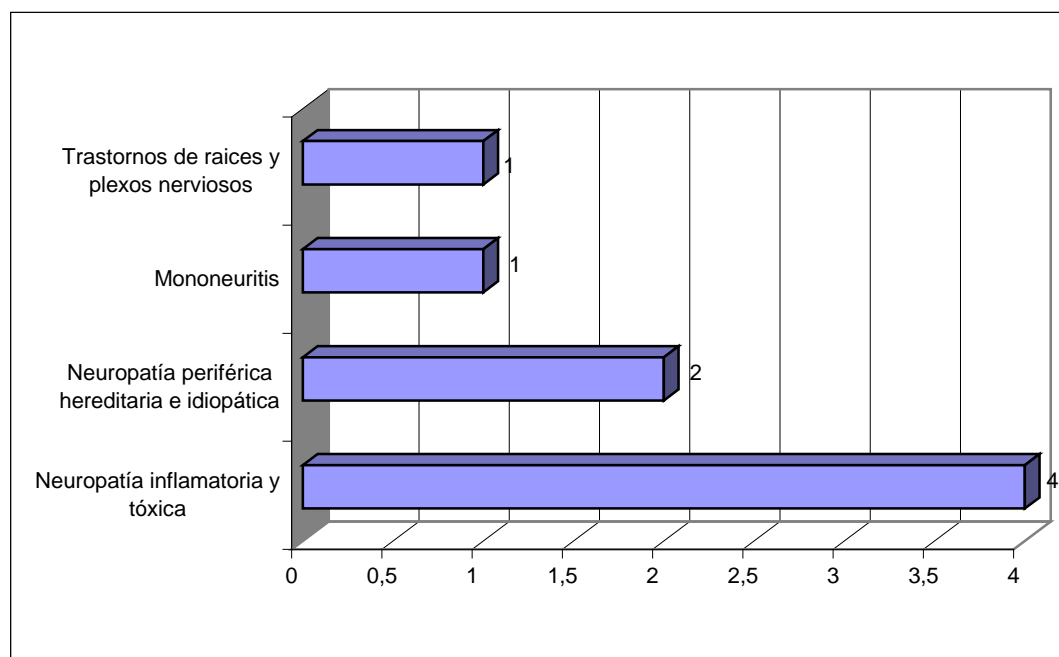


Gráfico 8. Trastornos del sistema nervioso periférico.

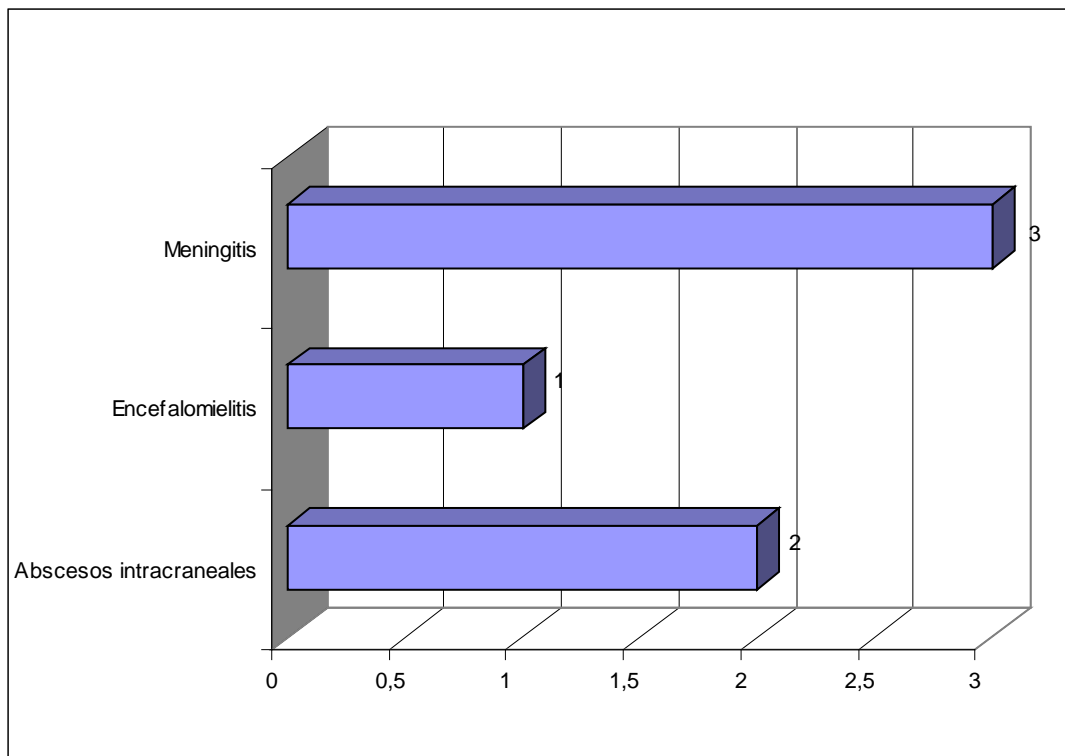


Gráfico 9. Enfermedades inflamatorias e infecciosas del sistema nervioso central.

Las enfermedades hepáticas y de vías biliares representan el 6,9% con 32 casos que se distribuyen de la siguiente manera: hepatitis C 28 (6,8%); hepatitis por CMV, hepatitis autoinmune, necrosis hepática aguda medicamentosa y colecistitis aguda con 1 caso (0,2%) cada uno. (Gráfico 10)

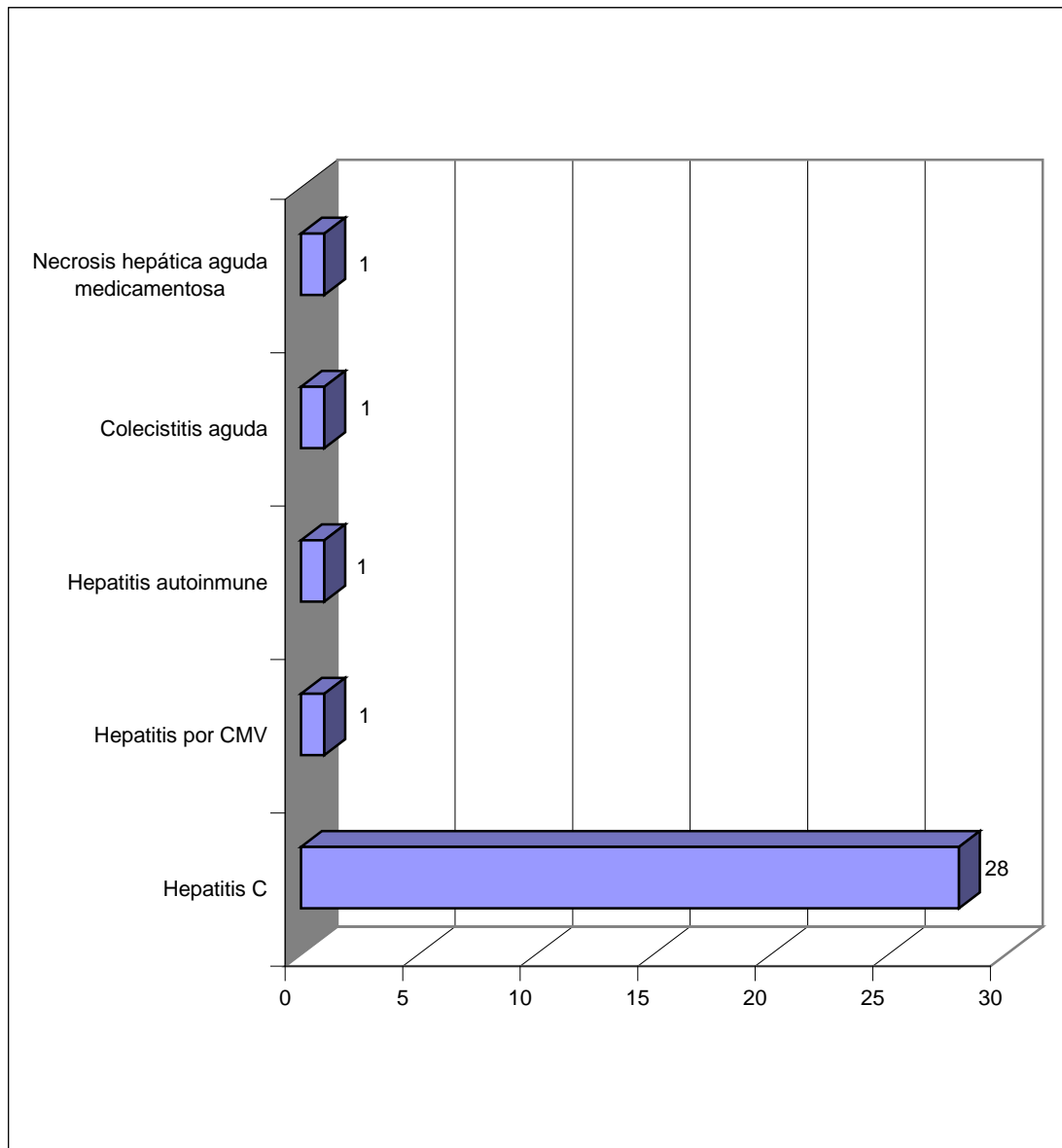


Gráfico 10. Enfermedades hepáticas y de vías biliares.

La enfermedad inflamatoria intestinal representa también el 6,9% con 32 casos con la siguiente distribución: enfermedad de Crohn 22 (4,7%) y colitis ulcerosa 10 (2,2%). (Gráfico 11)

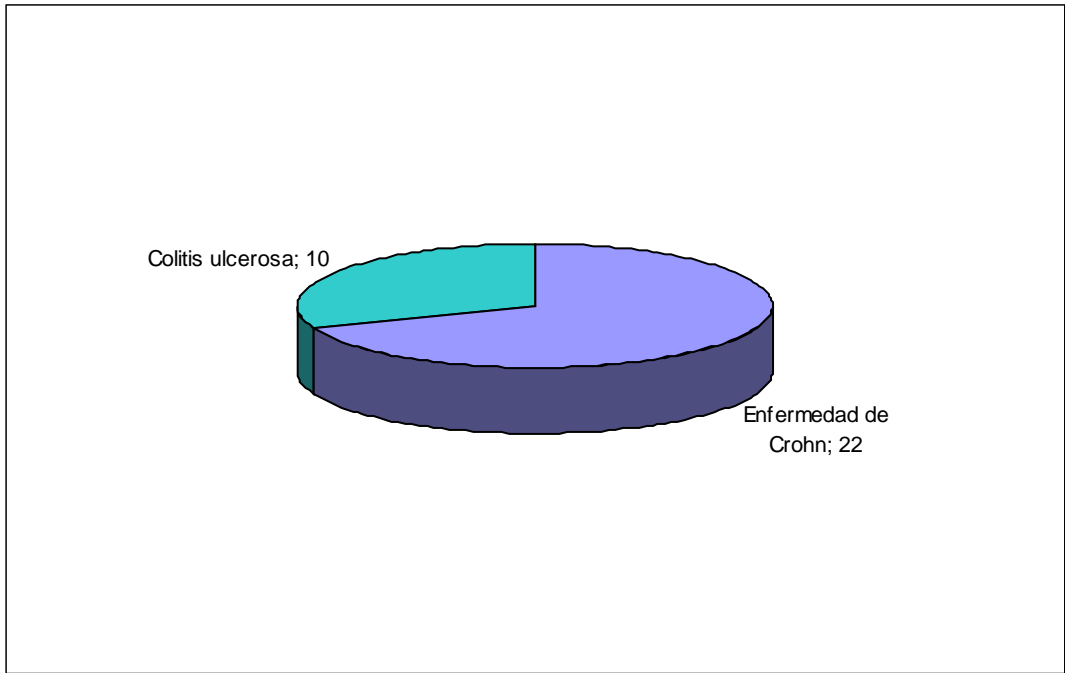


Gráfico 11. Enfermedad inflamatoria intestinal.

Las enfermedades de la piel y el TCSC constituyen el 5,4% con 25 casos con la siguiente distribución: psoriasis 21 (4,6%), celulitis 2(0,4%), hidrosadenitis 1 (0,2%) y congelación dedo 1 (0,2%). (Gráfico 12)

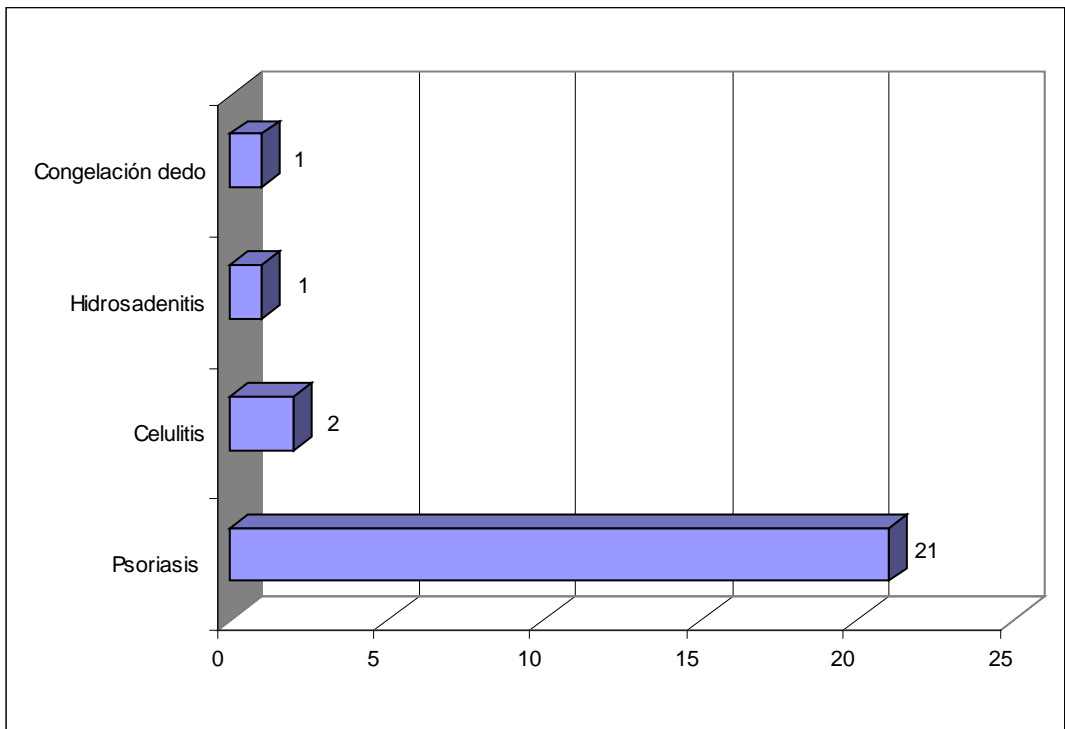


Gráfico 12. Enfermedades piel y TCSC.

Las enfermedades del aparato respiratorio constituyeron el 5% con 23 casos, de los cuales: asma 11 (2,4%), bronquiectasias 2 (0,4%), empiema 2 (0,4%), gripe 2 (0,4%), sinusitis crónica 2 (0,4%), déficit de alfa 1 antitripsina 2 (0,4%), fibrosis quística y fibrosis pulmonar postinflamatoria con 1(0,2%) caso respectivamente. (Gráfico 13)

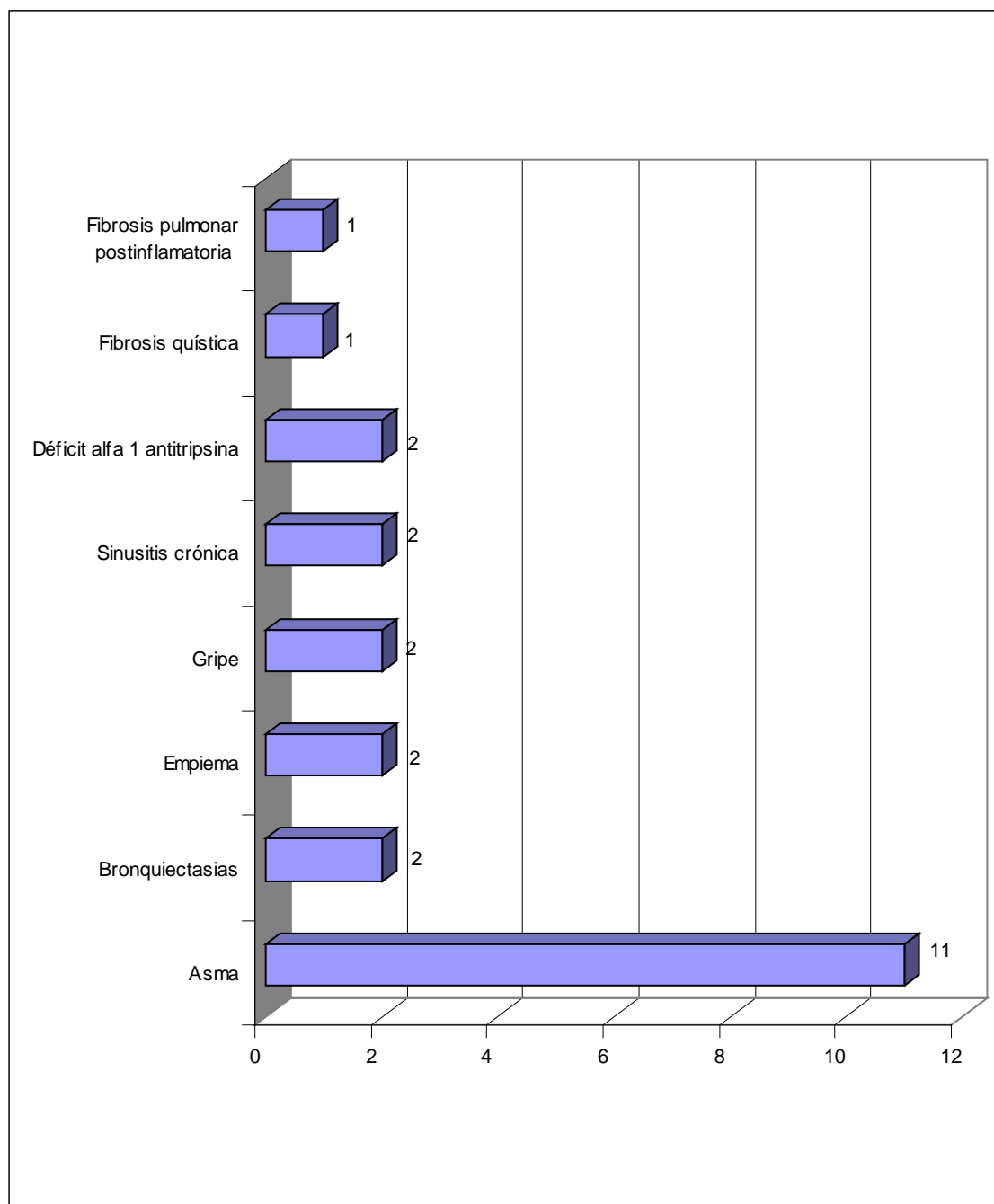


Gráfico 13. Enfermedades del aparato respiratorio.

Se registraron 17 (3,7%) casos de trastornos hematológicos, correspondiendo la totalidad a cuadros de anemia, con la siguiente distribución: 10 (2,2%) anemias ferropénicas carenciales, 6 (1,3%) corresponden a anemias ferropénicas por pérdidas de sangre y 1 (0,2%) anemias por enfermedad crónica. (Gráfico 14)

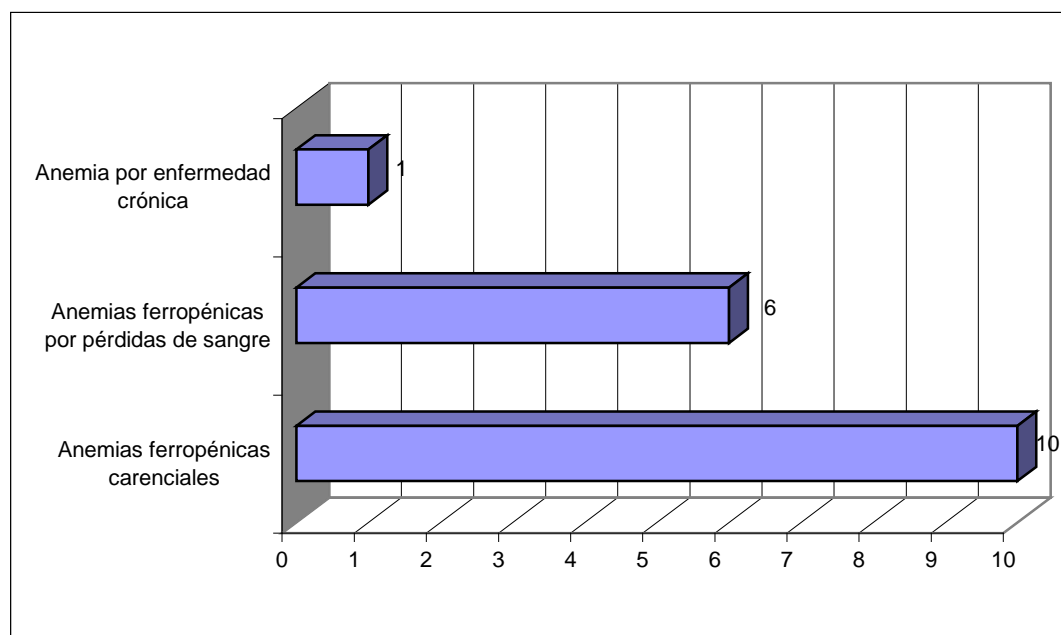


Gráfico 14. Enfermedades hematológicas.

Se registraron 11 casos (2,4%) de infección tuberculosa latente.

Los trastornos del ojo constituyeron el 2,2% de los diagnósticos con 10 casos, y se distribuyen de la siguiente manera: coriorretinitis 5 (1,1%), panuveitis 3 (0,7%), vasculitis retiniana 1 (0,2%) e iridociclitis recurrente 1 (0,2%). (Gráfico 16)

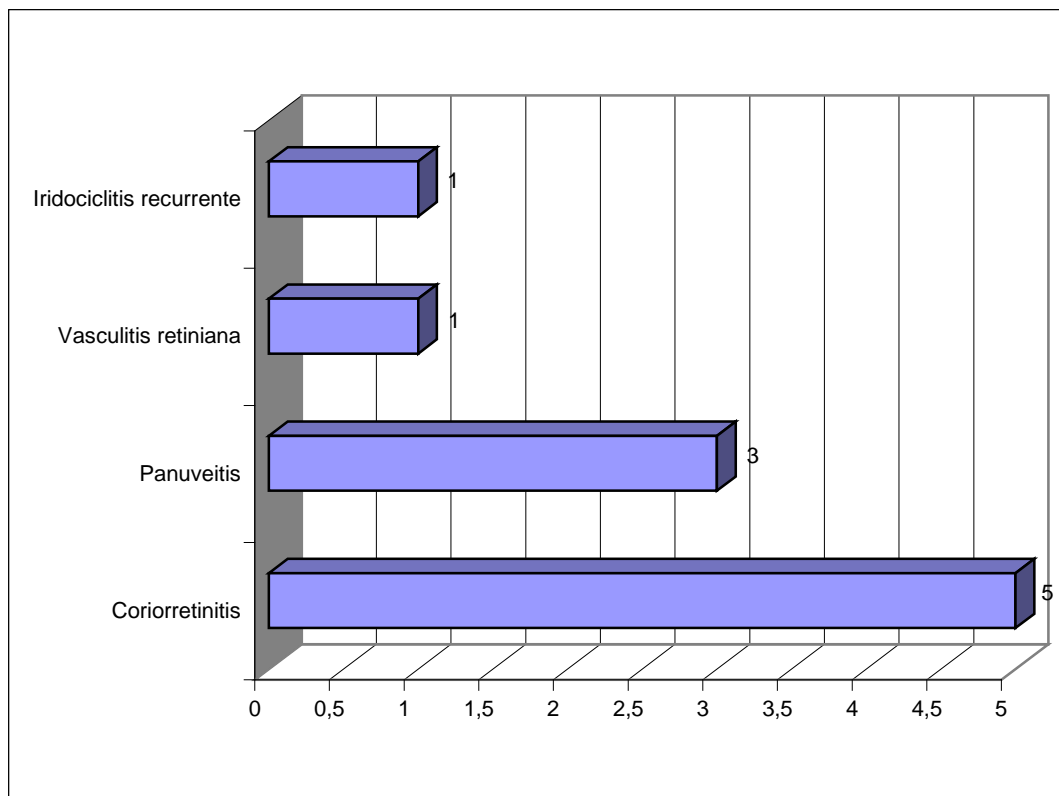


Gráfico 16. Trastornos del ojo.

Las enfermedades infecciosas que no están incluidas en otros grupos, representan el 2,2 % con 10 casos, de los cuales: 8 (1,7%) corresponden a osteomielitis, 1 (0,2%) a malaria y endocarditis bacteriana subaguda respectivamente. (Gráfico 17)

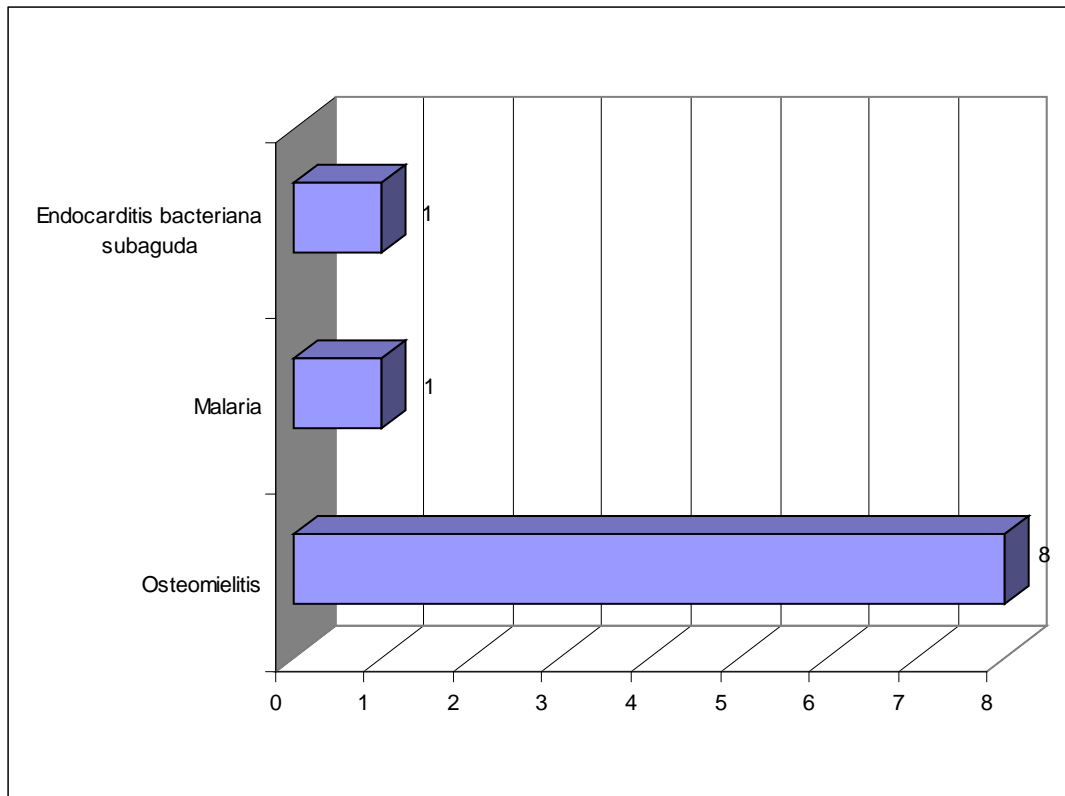


Gráfico 17. Enfermedades infecciosas.

Las enfermedades del aparato urinario representan el 1,5% con 7 casos de los cuales la mayoría corresponde a infección del tracto urinario 6 (1,3%) y 1 (0,2%) uretritis no transmitida sexualmente. (Gráfico 18)

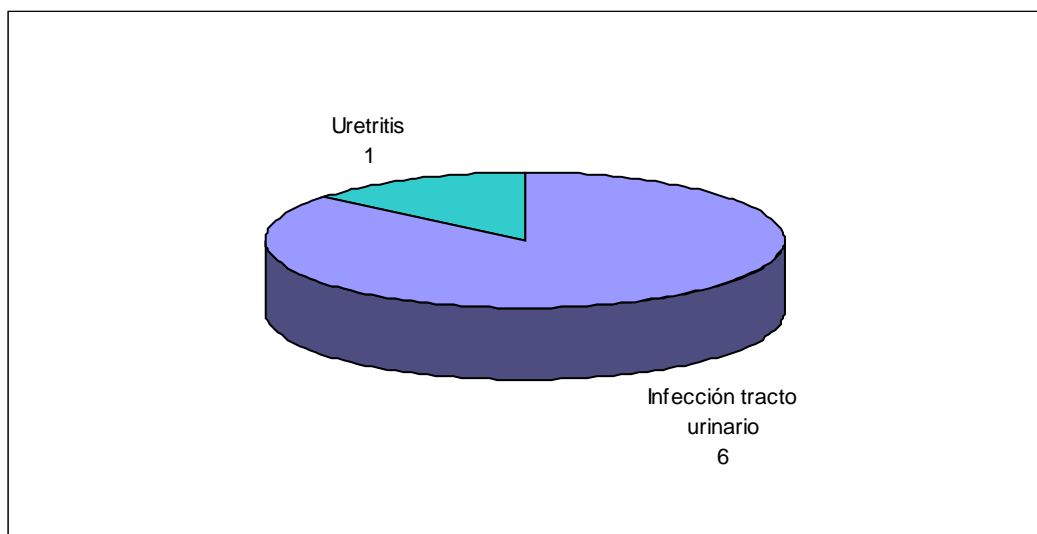


Gráfico 18. Enfermedades del aparato urinario.

En cuanto a Reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico todas se debieron a infecciones de prótesis internas intraarticulares, con 21 (4,6%) casos.

Las punciones accidentales de alto riesgo correspondieron al 0,7% con 3 casos.

Un total de 35 (7,6%) pacientes acudieron solo para la realización de técnicas diagnósticas, por lo que no se incluyen en el los grupos de diagnósticos.

La comorbilidad con mayor prevalencia en los pacientes del HDMPHCUV es la HTA que está presente en 61 (13,3%) pacientes, seguida por la DM 24 (5,2%), EPOC y cardiopatía isquémica ambas con cifras similares 17 (3,7%) cada una, insuficiencia hepática 9 (2%) e insuficiencia renal 8 (1,7%) (Gráfico 19)

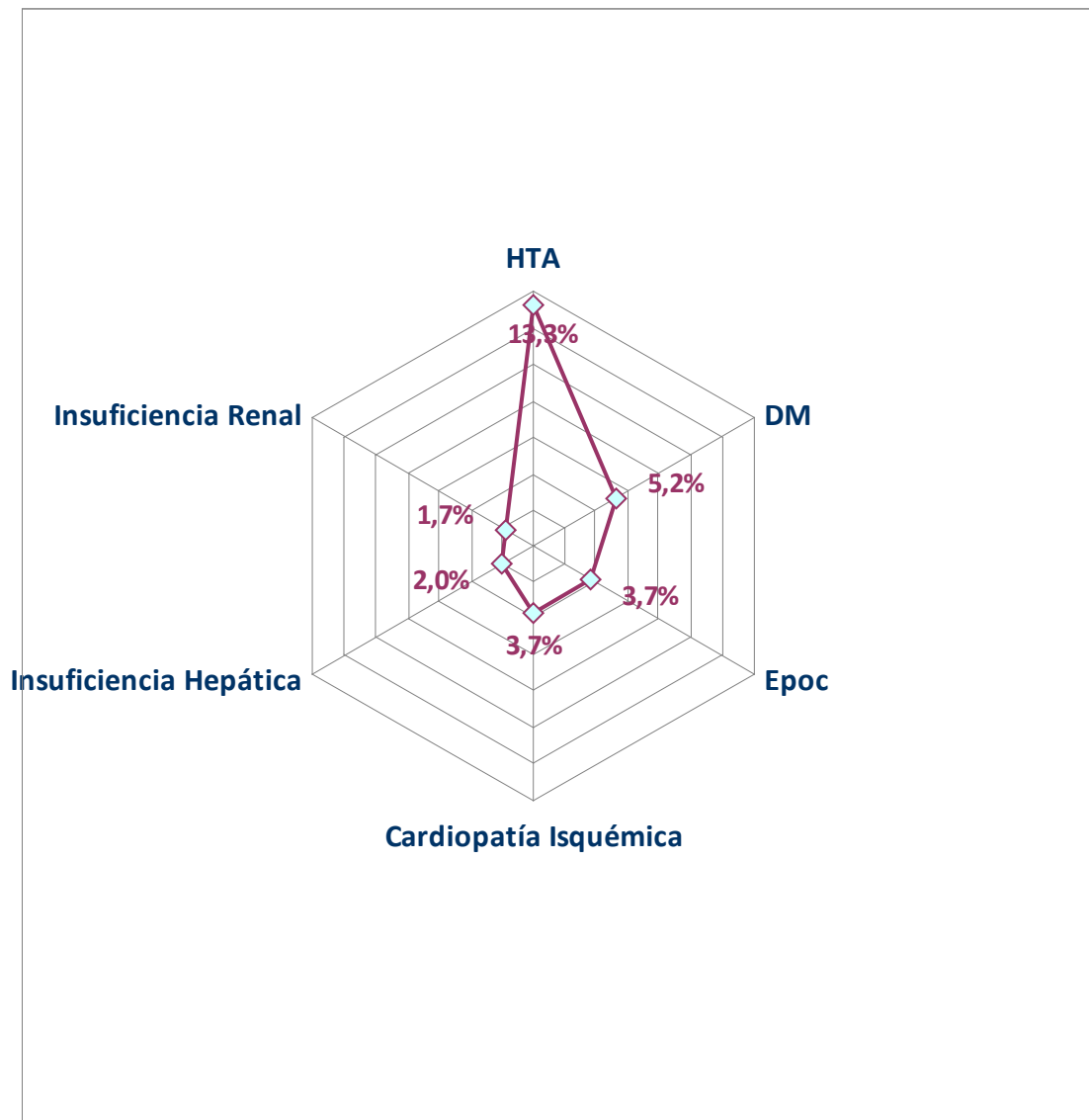


Gráfico 19. Comorbilidad.

Se realizaron un total de 1575 técnicas diagnósticas, siendo el 90% (1417) analíticas generales y el 10% (158) restante lo constituyen: la determinación de PCR viral en 56 pacientes, seguido por 33 determinaciones de inmunoglobulinas, 27 serologías, 15 PPD, 15 cultivos (13 son urocultivos, 1 cultivo de exudado de herida y 1 hemocultivo), 4 radiografías, 3 electrocardiogramas y ecografías respectivamente y por último se hicieron 2 paracentesis. (Gráfico 20)

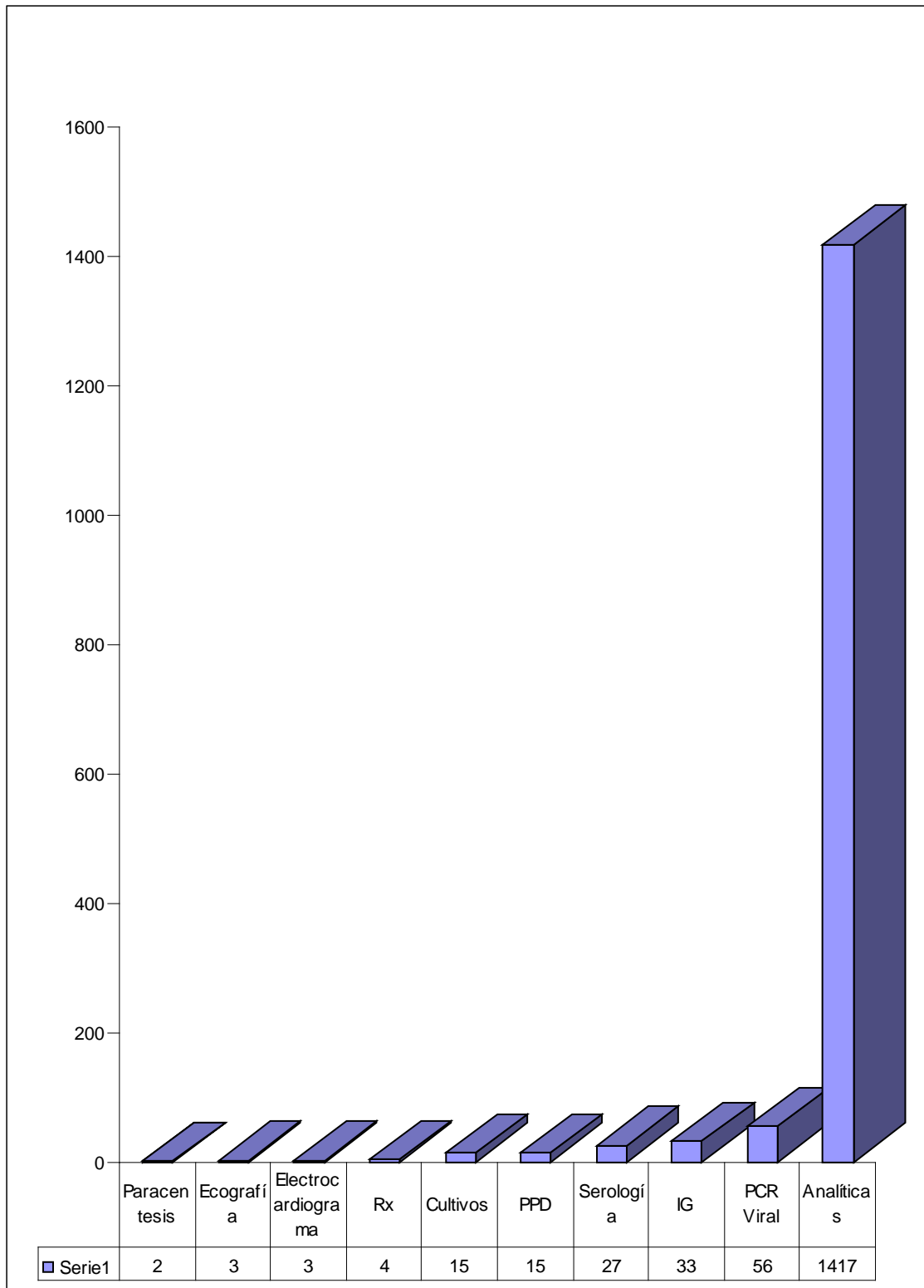


Gráfico 20. Técnicas diagnósticas.

Se administró 2788 tratamientos farmacológicos a un total de 312 (67,82%) pacientes.

En la Tabla 4 se describen los tratamientos administrados por pacientes.

Tabla 4. Tratamiento farmacológico.

	n	%
Terapias biológicas	179	38,9
Antibioticoterapia intravenosa	44	9,6
Inmunoglobulinas humanas	40	8,7
Corticoterapia intravenosa	13	2,8
Hierro parenteral	9	2
Antiasmático sistémico	9	2
Interferón	9	2
Bifosfonato intravenoso	4	0,9
Quimioterápicos	3	0,7
Alfa 1 antitripsina	2	0,4
Autocuidados	0	0

Los tratamientos biológicos se administraron a 179 pacientes que corresponde al 38,9% de la población estudiada. De ellos el más usado fue el infliximab en 117 (25,4%) de los pacientes, seguido por etarnecept 42 (9,1%), natalizumab 10 (2,1%) y adalimumab 9 (2%). (Gráfico 21)

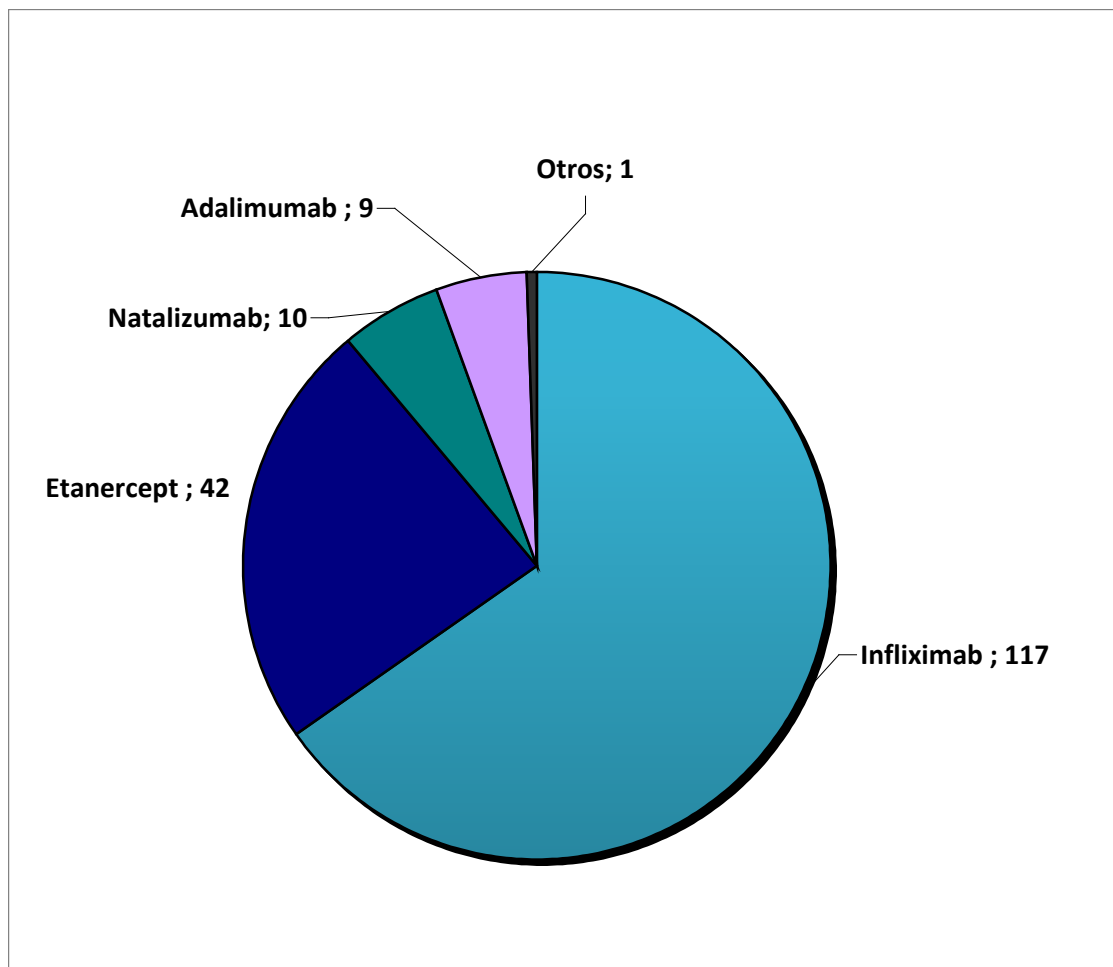


Gráfico 21. Tratamientos biológicos.

La distribución de las patologías que recibieron infliximab (117), fue la siguiente: artritis reumatoide (44), espondilitis anquilosante (26), enfermedad de Crohn (17), psoriasis (11), colitis ulcerosa (9), coriorretinitis (5), panuveitis (3), vasculitis retiniana (1) e hidrosadenitis (1). (Gráfico 22)

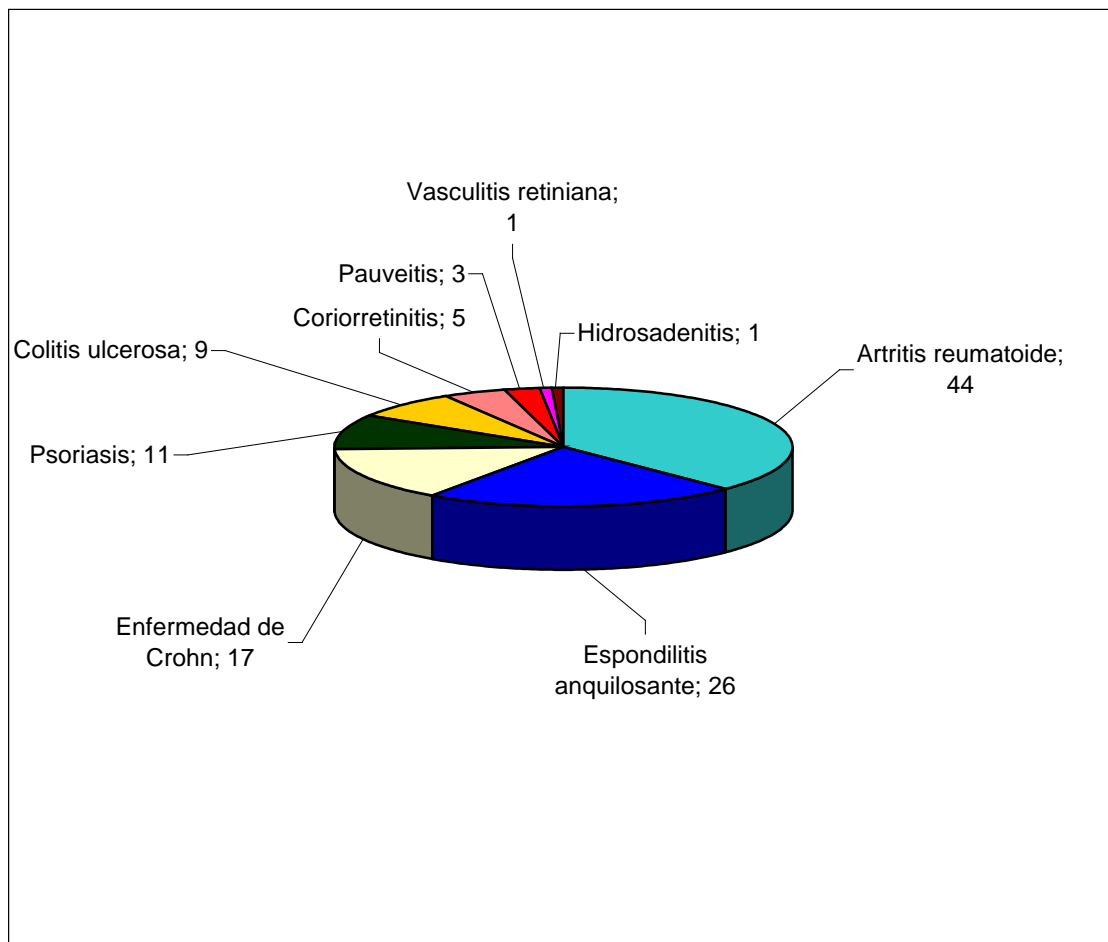


Gráfico 22. Tratamiento con infliximab y patologías.

La administración de etanercept se realizó en 42 pacientes, con las siguientes patologías: artritis reumatoide (29), espondilitis anquilosante (8) y psoriasis (5). (Gráfico 23)

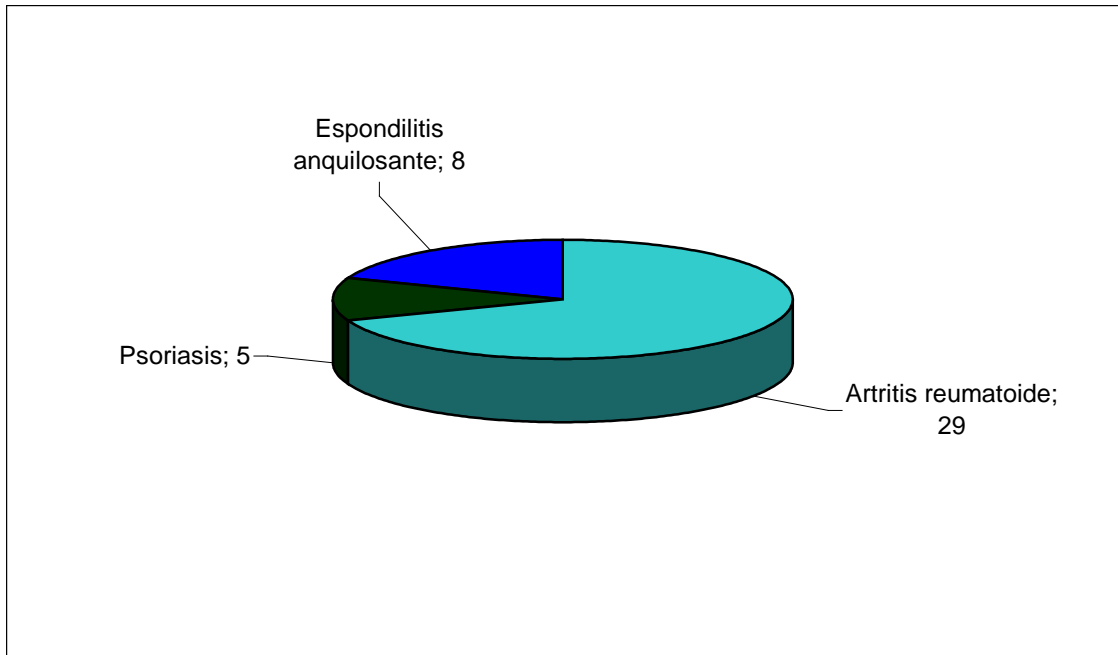


Gráfico 23. Tratamiento con etanercept y patologías.

De los que recibieron adalimumab (9), la distribución de patologías fue: artritis reumatoide (6), enfermedad de Crohn (2) y espondilitis anquilosante (1). (Gráfico 24)

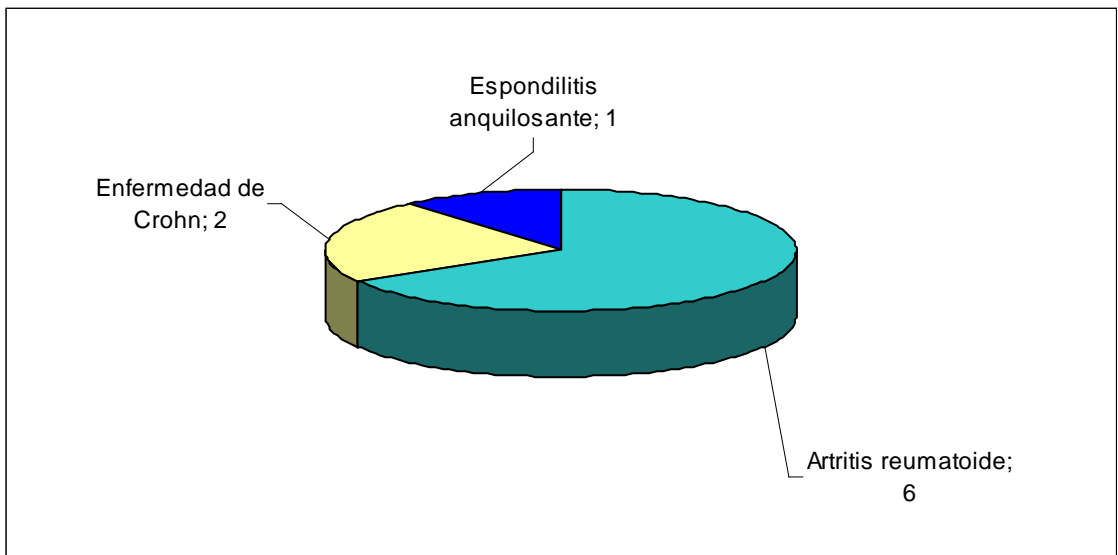


Gráfico 24. Tratamiento con adalimumab y patologías.

La antibioticoterapia intravenosa se empleó en 44 (9,6%) pacientes, con la siguiente distribución: teicoplanina 23 (5%), cefalosporinas 3ª generación 10 (2,2%), teicoplanina más aminoglucósido 5 (1,1%) y aminoglucósidos 1 (0,2%). (Gráfico 25)

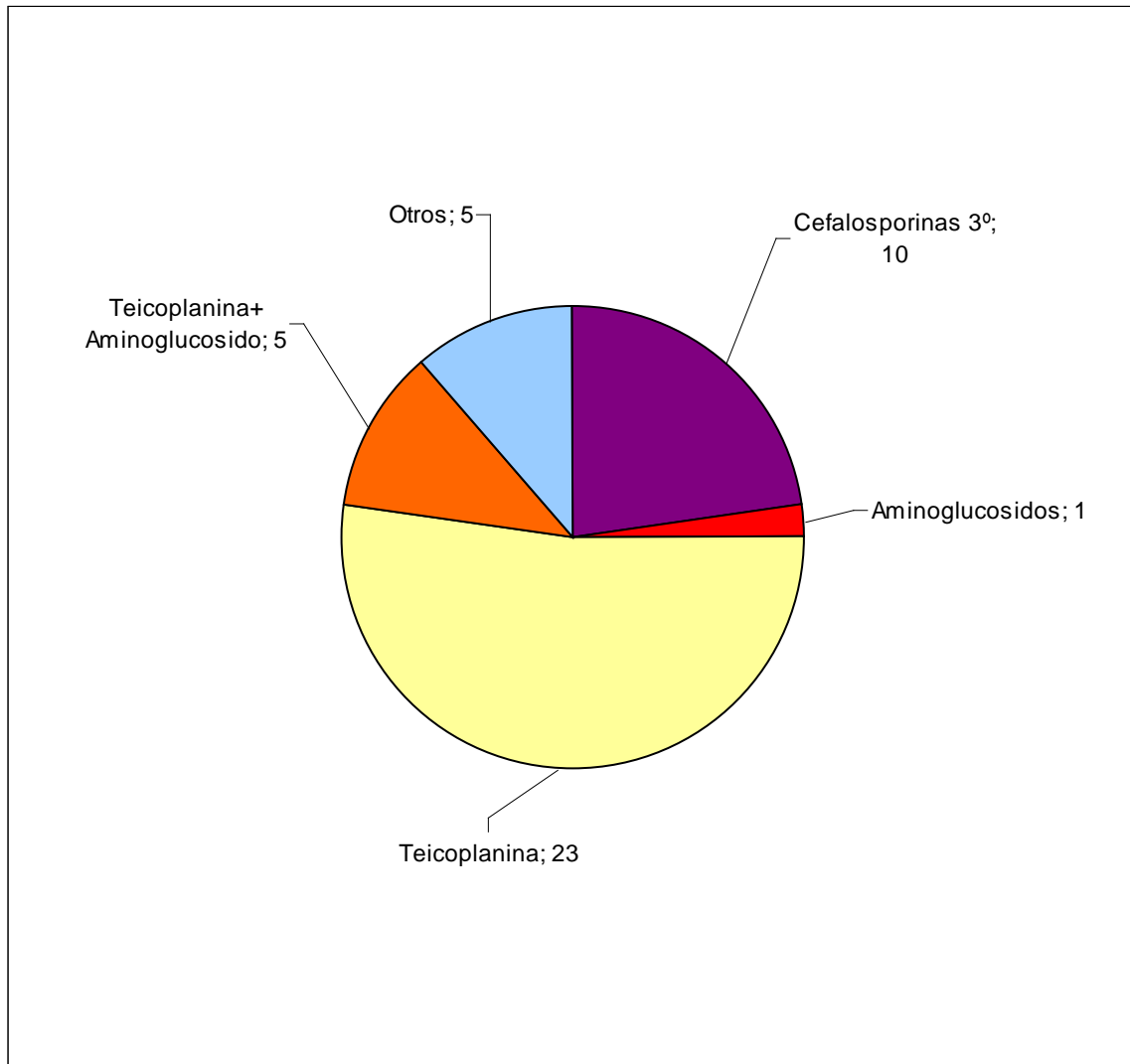


Gráfico 25. Antibioticoterapia.

La administración de inmunoglobulinas se realizó a 40 (8,7%) pacientes, 31 de ellos por inmunodeficiencia común variable, 7 por neuropatías (Inflamatorias e idiopáticas), 1 tanto en enfermedad de Crohn como en Encefalomiелitis. (Gráfico 26)

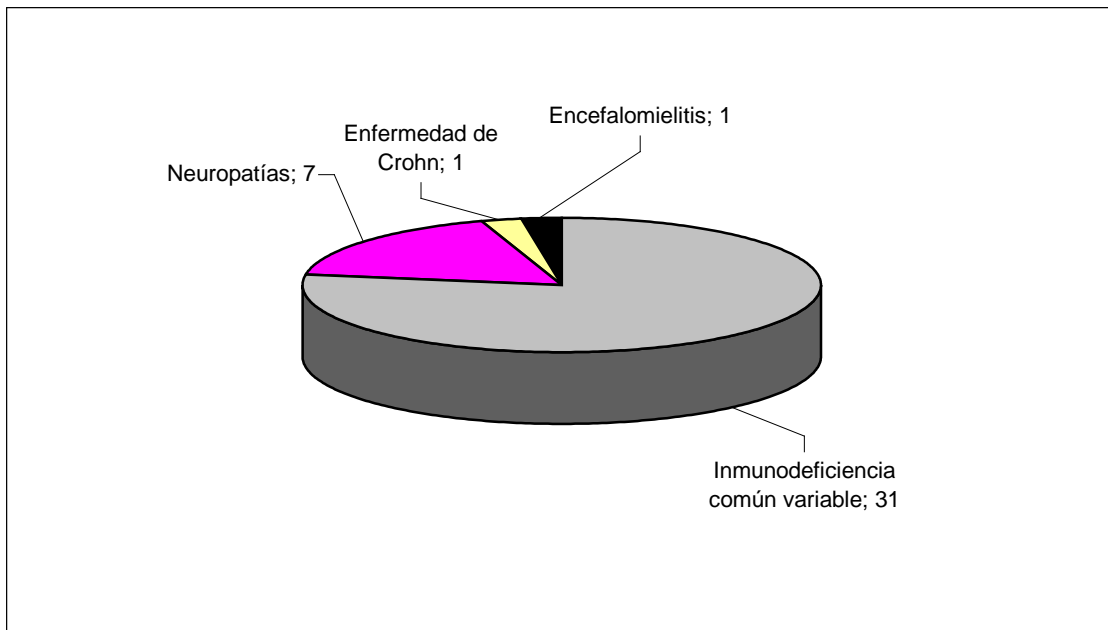


Gráfico 26. Tratamiento con inmunoglobulinas y patologías.

La administración de hierro intravenoso se realizó a 9 (2%) pacientes, todos en casos de anemias ferropénicas (Gráfico 27)

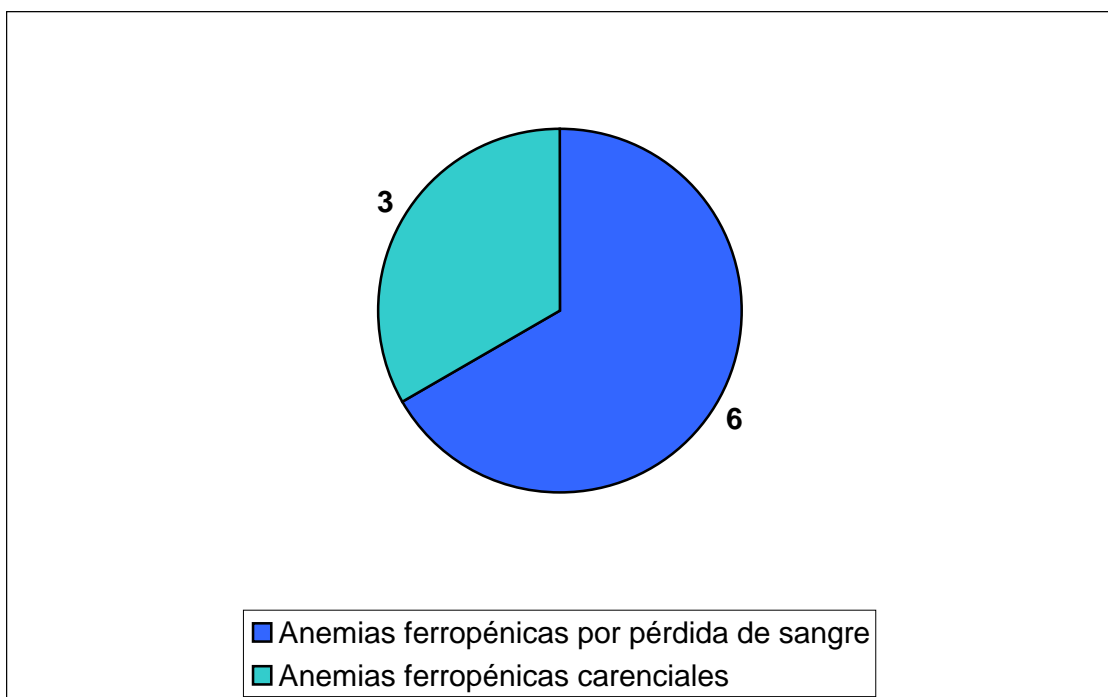


Gráfico 27. Tratamiento con Hierro intravenoso y patologías.

La corticoterapia intravenosa fue administrada en 13 (2,8%) pacientes, natalizumab 10 (2,2%) pacientes, omalizumab e interferón en 9 (2,0%) pacientes, ácido zolendrónico 4 (0,9%), quimioterapia 3 (0,7%) y 2 (0,4%) alfa 1 antitripsina. (Gráfico 28)

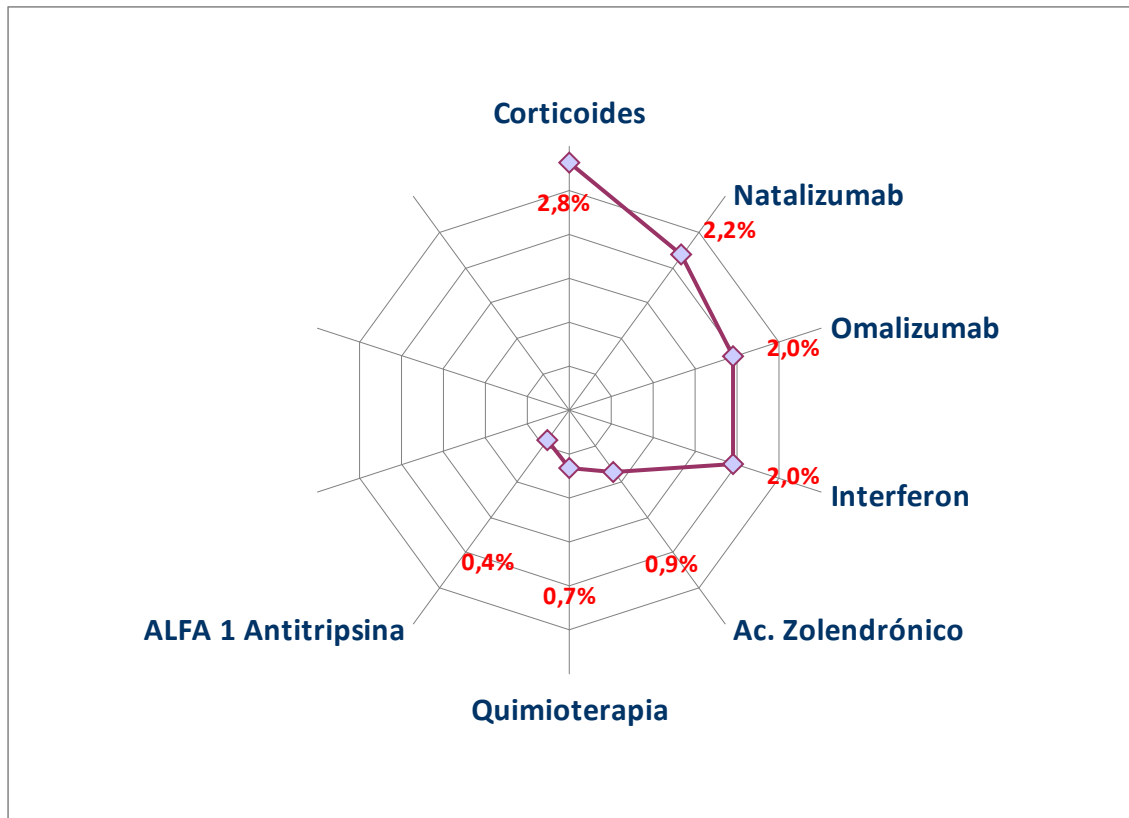


Gráfico 28. Terapia farmacológica.

La complicación más frecuente registrada durante el período de estudio fue la infección urinaria que presentaron 10 (2,2%) de los pacientes, seguido de hipotensión arterial en 8 (1,7%), flebitis y síncope en 2 (0,4%) pacientes respectivamente y sólo 1 (0,2%) paciente presentó cuadro convulsivo. (Gráfico 29)

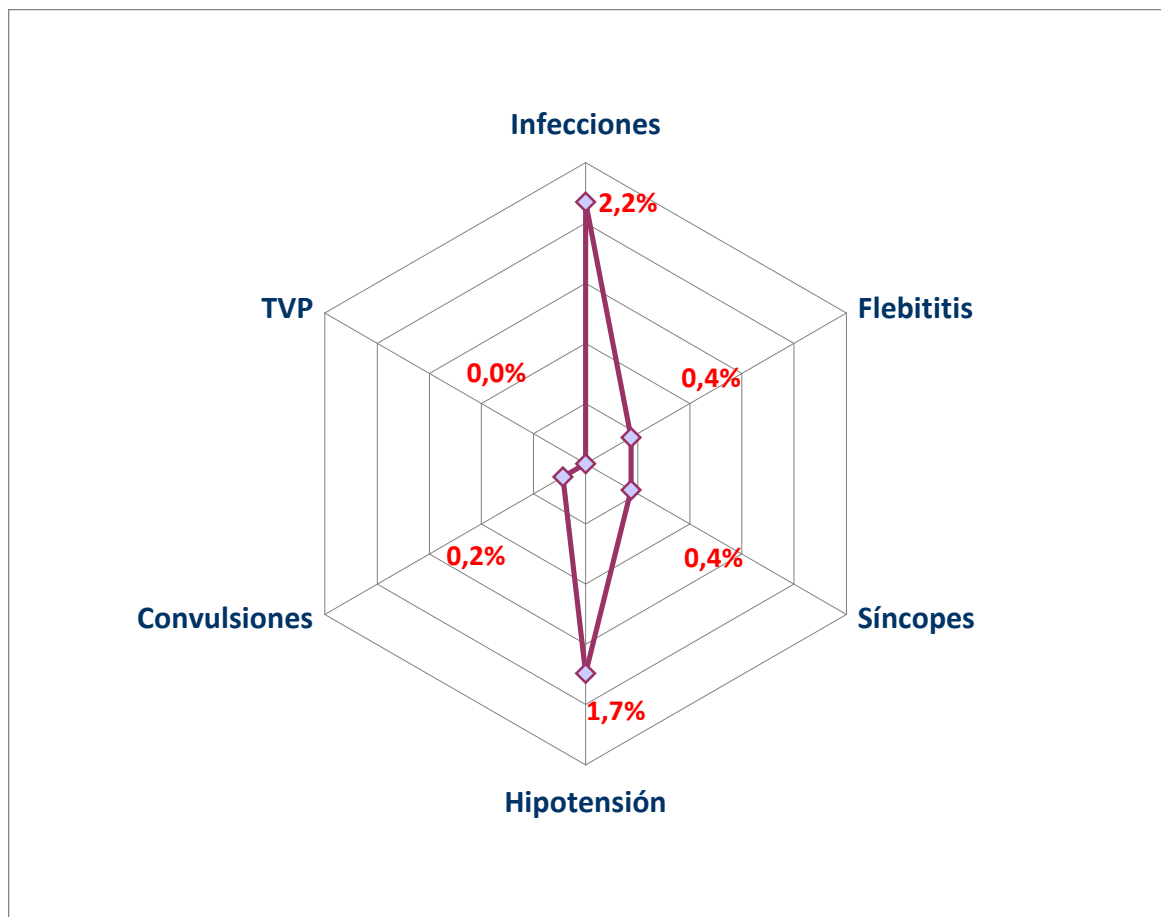


Gráfico 29. Complicaciones.

Los efectos adversos a medicamentos registrados en el HDMPHCUV durante el período de estudio asciende a 13 casos (2,8%), 5(1,1%) hipertransaminemias, 4 (0,9%) reacciones anafilácticas y 1 (0,2%) con pancitopenia entre otros. (Gráfico 30)

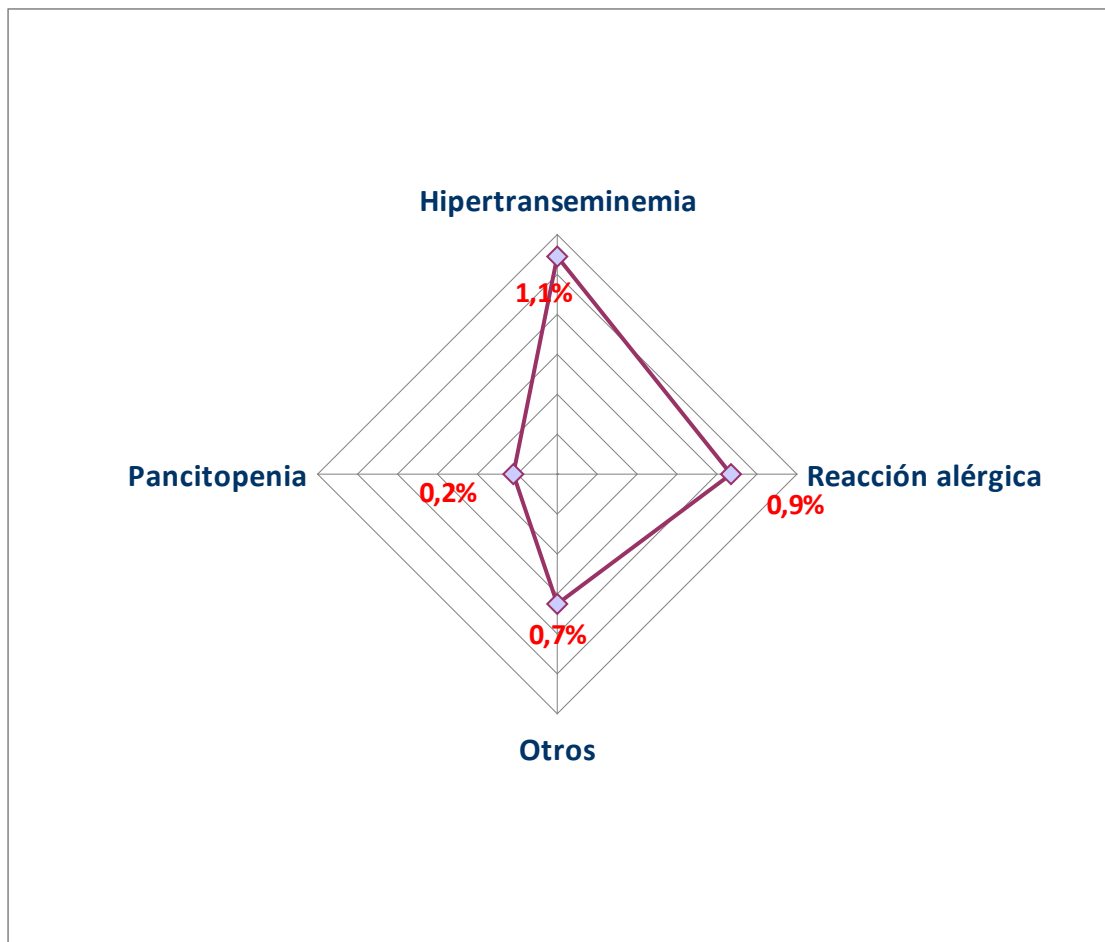


Gráfico 30. Efectos adversos.

Las encuestas de satisfacción se distribuyeron a 99 pacientes.

El grado académico concluido de los encuestados tiene la siguiente distribución: 42,2% (42) Bachillerato, 21,2% (21) Primaria, 17,2% (17) Universitario, 13,1% (13) secundaria, 1% (1) sin estudios y 5,1% (5) no sabe/ no contesta.

La percepción de su salud que tienen los pacientes es la siguiente: el 57,6% (57) califica su salud como regular, 24,2% (24) como buena, 9,1% (9) mala y 7,1% (7) como muy buena.

En cuanto a la accesibilidad a los servicios del HDMPHCUV, el 96% (95) no tuvieron ninguna dificultad. (Gráfico 31)

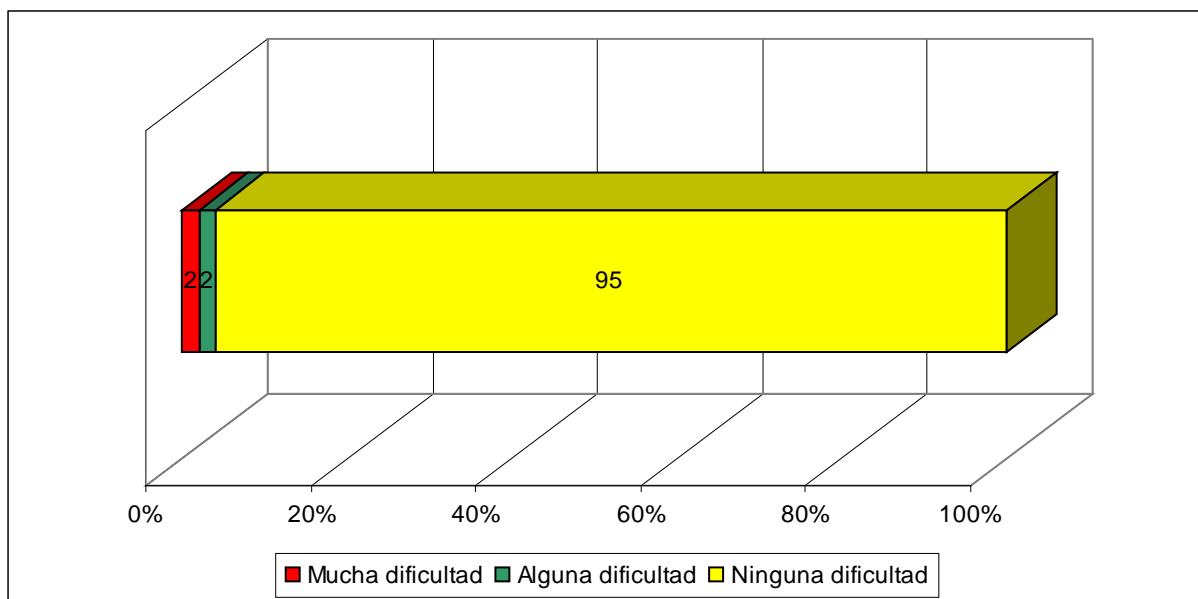


Gráfico 31. Accesibilidad a los servicios del HDMPHCUV.

En cuanto a frecuentación al HDMPHCUV durante el 2009, el 56% (55) acudió entre 5-9 veces y 32% (32) 10 ó más veces. (Gráfico 32)

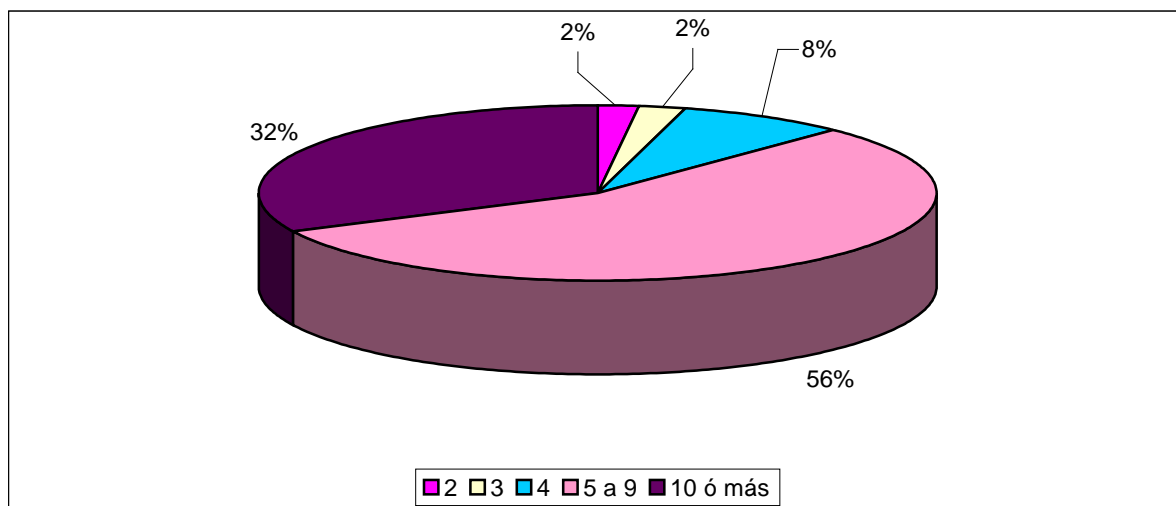


Gráfico 32. Frecuentación a los servicios del HDMPHCUV.

Respecto al desplazamiento de su domicilio hasta el HDMPHCUV, el 48%(47) lo hace caminando, el 45%(45) con vehículo propio y el 2%(2) con ambulancia. (Gráfico 33)

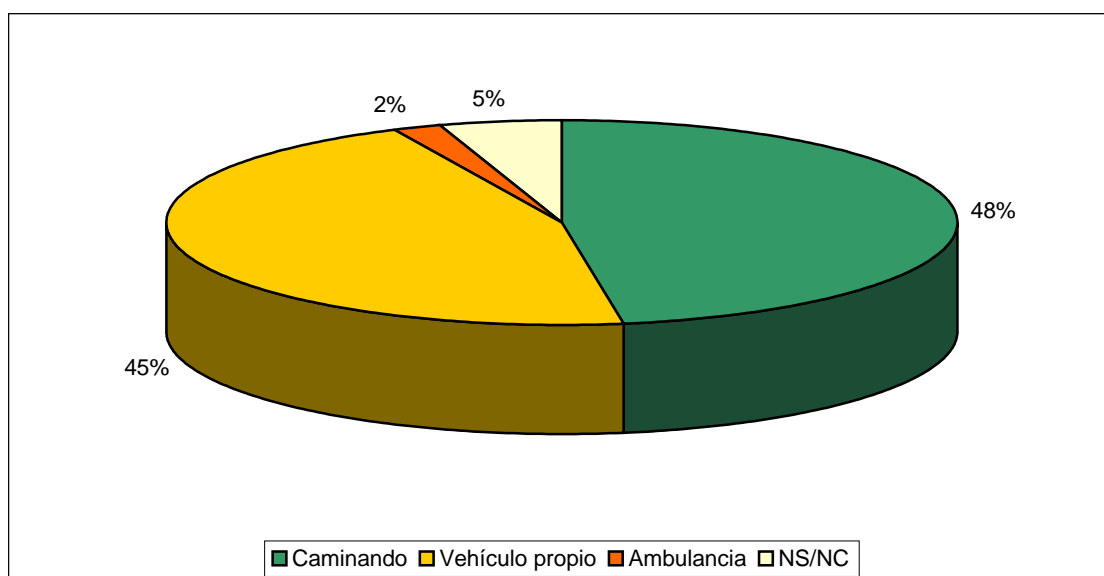


Gráfico 33. Desplazamiento al HDMPHCUV.

De los 2 pacientes que se desplazaron en ambulancias, el 50%(1) estaba satisfecho con el servicio y el otro 50%(1) no lo estaba.

Respecto a la puntualidad en la atención médica, el 52,5 % (52) refieren que siempre fueron atendidos dentro de los 15 minutos desde la hora programada y el 33,3% (33) normalmente fue atendida en ese lapso de tiempo. (Gráfico 34)

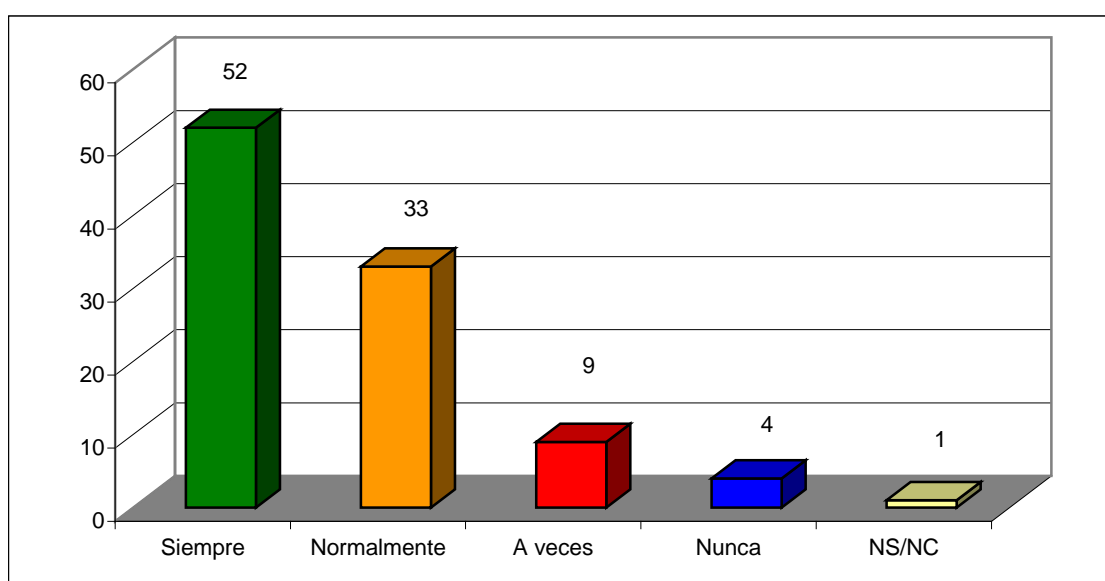


Gráfico 34. Puntualidad en la atención del HDMPHCUV.

Respecto al tiempo suficiente dedicado a la atención de los pacientes del HDMPHCUV, el 80,8% (80) refiere que siempre le dedicaron suficiente tiempo, el 18,2% (18) refiere que normalmente le dedicaron el suficiente tiempo y sólo 1% (1) refiere que a veces le dedicaron el suficiente tiempo. (Gráfico 35)

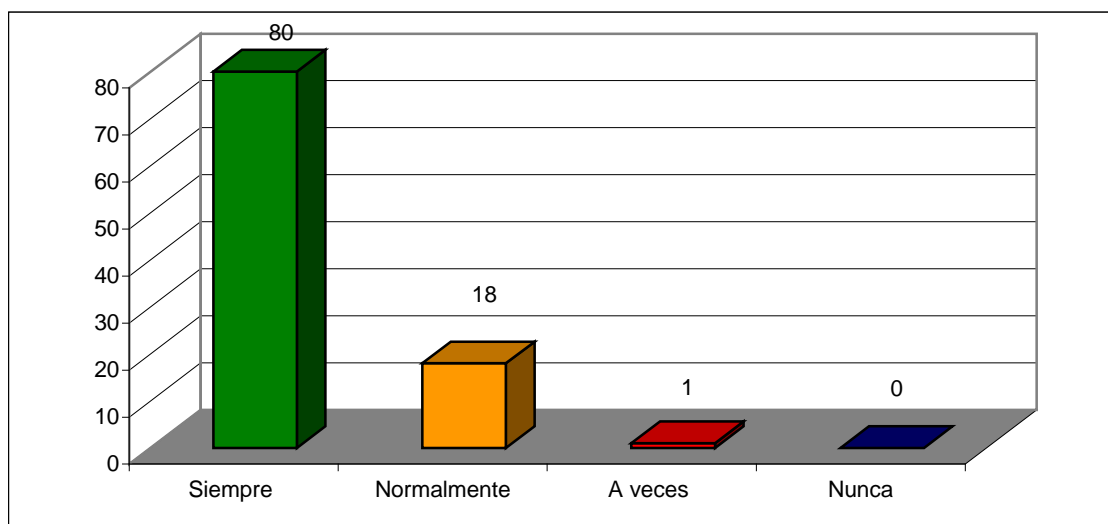


Gráfico 35. Suficiente tiempo dedicado a la atención en el HDMPHCUV.

En cuanto al cuidado recibido por parte del personal de enfermería, el 91,9% (91) refiere haber recibido siempre un trato cortés y respetuoso, el 89,9% (89) refiere que siempre fue escuchado con atención, el 75,8% (75) siempre recibió explicaciones de las cosas de manera comprensible. (Gráfico 36)

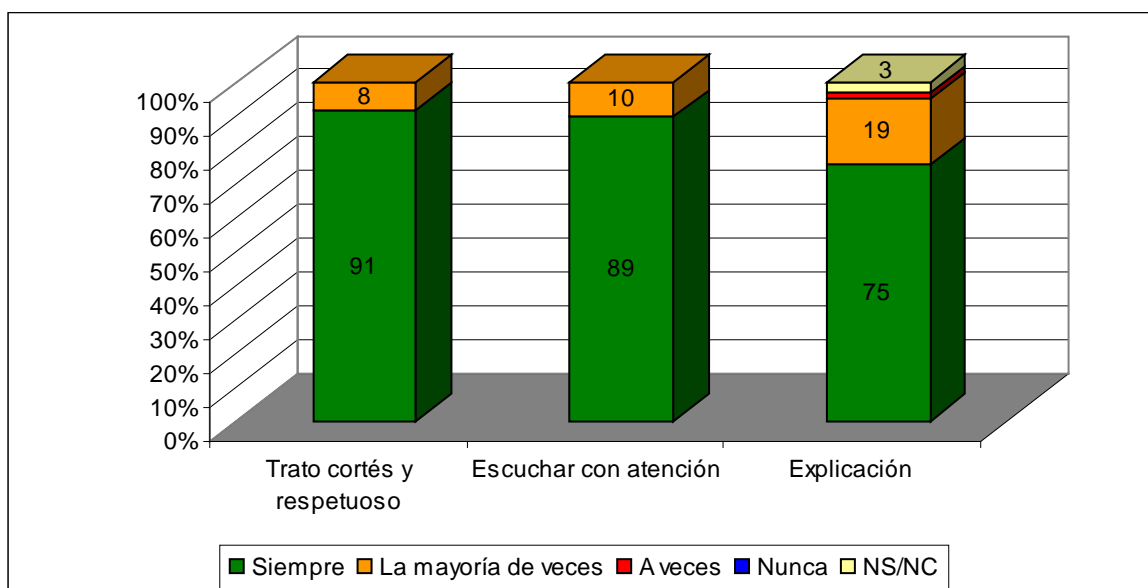


Gráfico 36. Cuidado recibido del personal de enfermería del HDMPHCUV.

Con respecto al cuidado recibido de los médicos, el 59,6% (59) refieren siempre haber recibido un trato cortés y respetuoso y un 22,2% (22) no sabe/ no contesta. El 55,6% (55) refiere que siempre fue escuchado con atención y un 25,3% (25) no sabe/no contesta. El 49,5% (49) refiere que siempre le explicaron las cosas de manera comprensible y un 27,3% (27) no sabe/no contesta. (Gráfico 37)

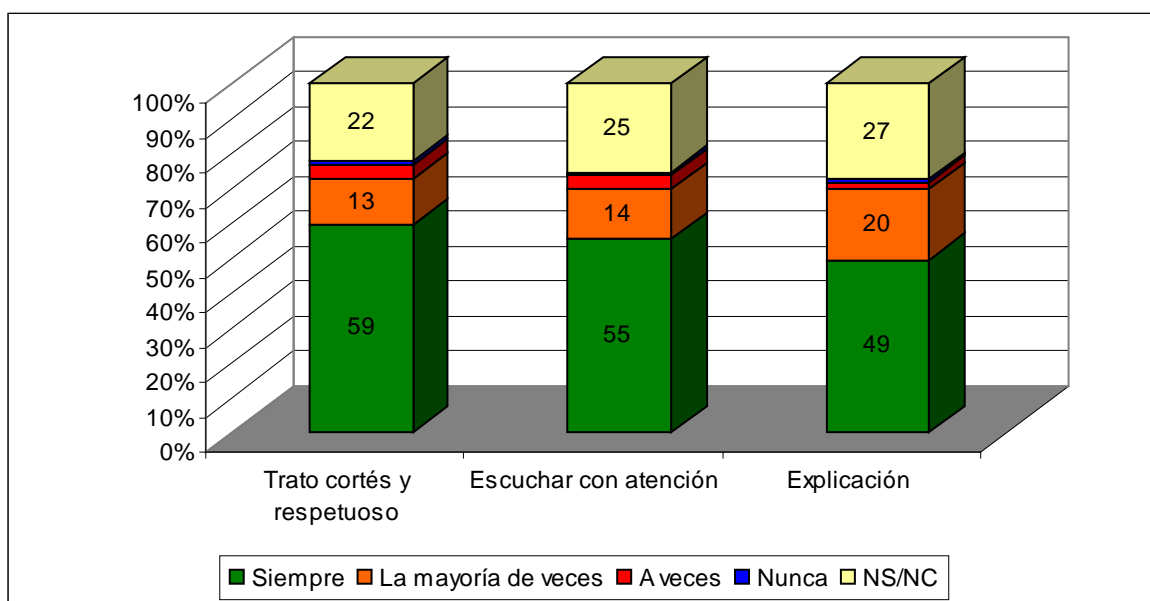


Gráfico 37. Cuidado recibido de los médicos del HDMPHCUV.

En cuanto a la información sobre el tratamiento farmacológico, el 48,5% (48) refiere haber recibido siempre información sobre el objetivo del tratamiento, el 10,1% (10) la mayoría de veces y un 32,2% (32) no sabe/ no contesta. El 41,4% (41) fue informado siempre sobre los efectos adversos de los medicamentos, el 14,1% (14) la mayoría de veces y un 31,3% (31) no sabe/ no contesta. (Gráfico 38)

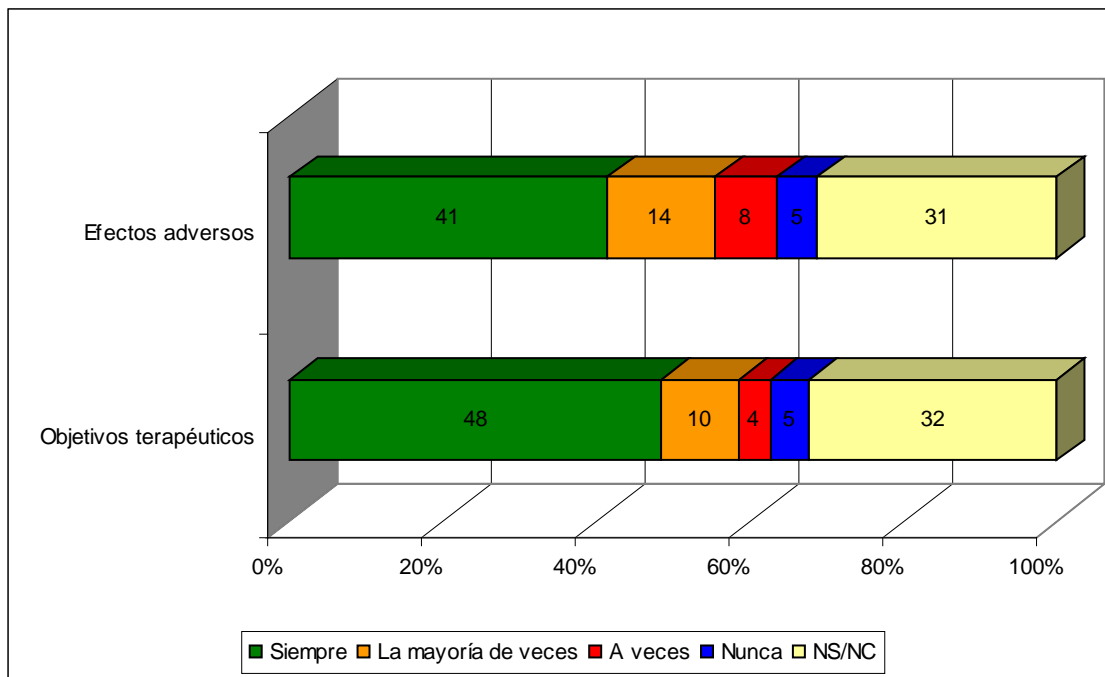


Gráfico 38. Información sobre tratamiento farmacológico.

En la calificación global sobre la atención recibida en el HDMPHCUV. El 50,5% (50) refiere haber recibido la mejor atención médica posible con una puntuación de 10. (Gráfico 39)

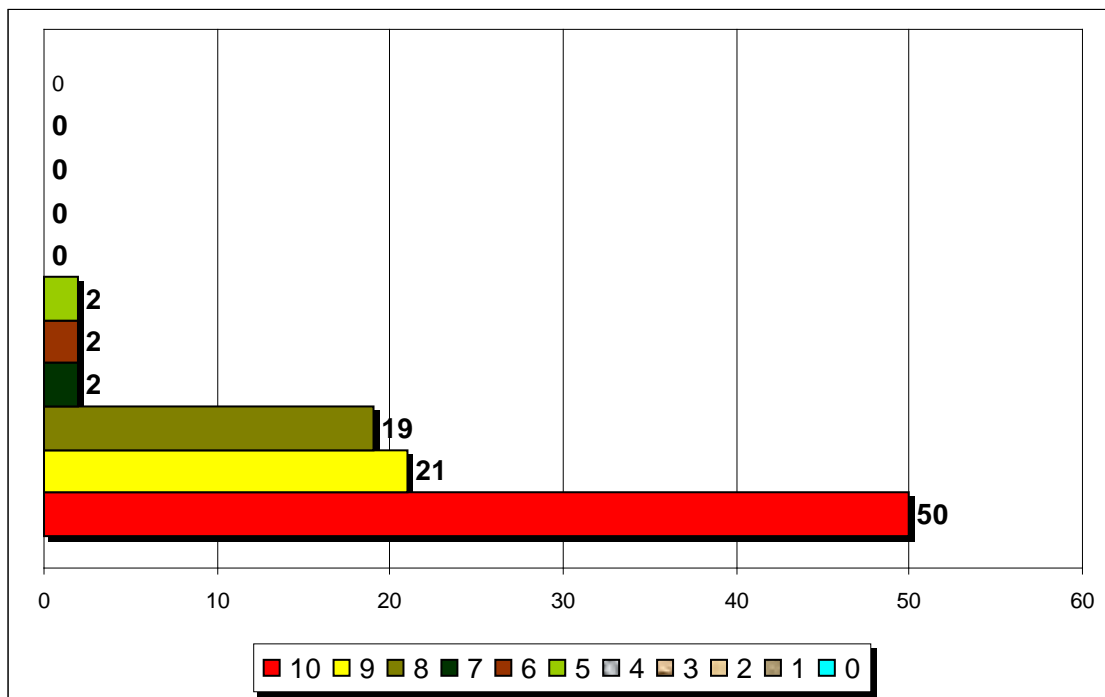


Gráfico 39. Calificación global atención HDMPHCUV.

En términos generales, la satisfacción global de los pacientes con el HDMPHCUV es la siguiente: el 93% (92) están satisfechas con el funcionamiento del servicio, el 4% (4) no están ni satisfechos ni insatisfechos, el 3% (3) no sabe/ no contesta y ninguno está insatisfecho. (Gráfico 40)

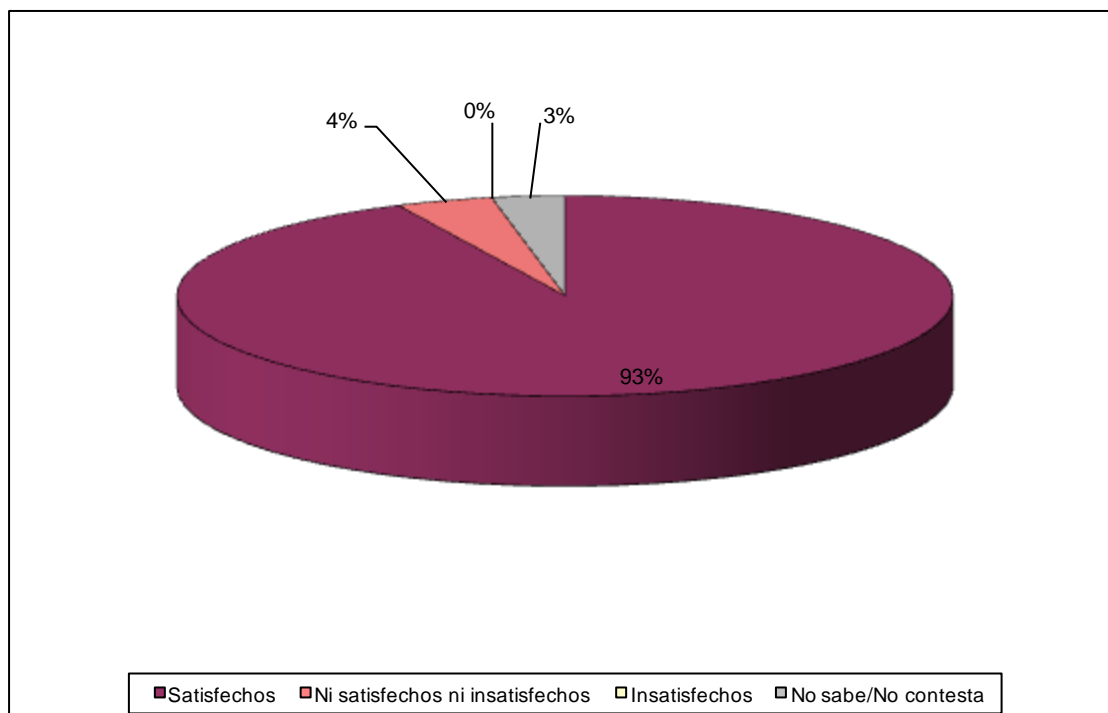


Gráfico 40. Satisfacción global de los pacientes con el HDMPHCUV.

- La cancelación de sesiones del HDMPHCUV fue: 0 %
[(0 Cancelaciones / 2986 Pacientes citados)]
- La tasa de reacciones transfusionales fue: 0%
[(0 Reacciones transfusionales / 8 sesiones en la que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)]
- El índice de ambulatorización fue: 26%
[(2986 sesiones HD/ 11293 estancias médicas en hospitalización convencional)]
excluyendo la hospitalización de día y estancias quirúrgicas.
- La relación entre pacientes de hospitalización convencional y los pacientes del HD fue de 3,8%.
[(11293 estancias médicas hospitalización convencional/ 2986 sesiones HD)]

En la tabla 5, expresamos los valores del Coste Medio por proceso de cada uno de los GRD's del Hospital de Día y los valores que supondrían en caso de hospitalización convencional. El Coste Medio por proceso es el valor resultante de modificar cada Peso Medio de cada GRD una vez aplicados los gastos del personal, de funcionamiento (luz, agua, seguridad, etc.), intermedios (farmacia, informática, telefónica, limpieza, mantenimiento, etc.) y gastos estructurales (contabilidad, salud laboral, etc.).

Tabla 5. Coste medio.

GRD'S	Coste medio HDMPHCUV (€)	Coste medio hospitalización convencional (€)
Enfermedades sistémicas autoinmunes	524,01	4875,59
Enfermedad por VIH	215,52	1070,06
Trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias	420,21	5994,34
Enfermedades del sistema nervioso	1056,64	14254,15
Enfermedades hepáticas y de vías biliares	557,69	6844,69
Enfermedad inflamatoria intestinal	218,23	1983,75
Enfermedades de la piel y TCSC	202,79	4057,25
Enfermedades del aparato respiratorio	1283,98	15805,2
Reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico	1126,35	10573
Enfermedades hematológicas	479,65	4902,96
Tuberculosis activa e infección tuberculosa latente	107,68	1377,51
Enfermedades infecciosas	822,08	8318,11
Trastornos del ojo	107,76	1345,71
Enfermedades del aparato urinaria	190,18	3398,04
Corte, punción o hemorragia accidental	42,22	945,32
Total	7354,99	85745,68

De tal manera que el ahorro estimado de cada proceso resulta de la diferencia del coste medio por proceso en hospitalización convencional menos el coste medio del proceso en hospital de día, siendo en total de 78.390,69 euros. Tabla 6.

Los gastos generados en el HDMPHCUV representan un 8,6% de los gastos generados en la hospitalización convencional.

Tabla 6. Ahorro estimado por patologías.

GRD'S	Ahorro estimado (€)
Enfermedades sistémicas autoinmunes	4351,58
Enfermedad por VIH	854,54
Trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias	5574,13
Enfermedades del sistema nervioso	13197,51
Enfermedades hepáticas y de vías biliares	6287
Enfermedad inflamatoria intestinal	1765,52
Enfermedades de la piel y TCSC	3854,46
Enfermedades del aparato respiratorio	14521,22
Reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico	9446,65
Enfermedades hematológicas	4423,31
Tuberculosis activa e infección tuberculosa latente	1269,83
Enfermedades infecciosas	7496,03
Trastornos del ojo	1237,95
Enfermedades del aparato urinaria	3207,86
Corte, punción o hemorragia accidental	903,1
Ahorro estimado total	78390,69

VI. DISCUSIÓN

El Hospital de Día (HD) supone una alternativa asistencial eficiente a la hospitalización convencional favoreciendo la continuidad asistencial y promoviendo una asistencia coordinada, ágil y ambulatoria sin los inconvenientes del ingreso, ni la prolongación de la estancia hospitalaria, racionalizando los recursos sanitarios.

El HD ha tenido, dentro del Sistema Nacional de Salud y en el ámbito privado, un considerable desarrollo durante los últimos veintiocho años, que se ha traducido en un incremento notable de la eficiente atención a pacientes, que con anterioridad eran ingresados en unidades de hospitalización convencional.

Se entiende como HD la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital.

La difusión y consolidación del HD, la diversidad de configuraciones organizativas, estructurales y funcionales que tiene esta modalidad asistencial, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad del paciente, priorizan su inclusión en las acciones recogidas en el Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud¹ junto con la elaboración de criterios de calidad y seguridad y la promoción de su evaluación como soporte de las decisiones clínicas y de gestión.

J. Sauret⁸ en 1994, refleja una de las cuestiones que más vivamente se han debatido: si los HD dedicados monográficamente a la atención de un tipo de padecimiento (p.e. oncológico, hematológico, pacientes con infección VIH/SIDA, etc.) son preferibles o no a aquellos de carácter polivalente (HD médicos, HD médico-quirúrgicos). Existen numerosos ejemplos de todos los tipos y no se ha realizado hasta ahora, ningún estudio que avale la mayor eficacia o eficiencia de ninguno de ellos.

Los HD desde sus inicios hace medio siglo, han tenido un notable desarrollo en los últimos 28 años. A partir del 2008 se pusieron a disposición de las administraciones públicas y privadas “Los estándares y recomendaciones de la Unidad de HD”, para profundizar en la generalización de este tipo de unidades, contribuyendo

a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica¹. En base a los resultados del informe emitido por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, se conocieron las ventajas organizativas y asistenciales de los HD como un recurso asistencial para los pacientes con infección VIH/SIDA⁹.

Es así como el HDMPHCUV inició su funcionamiento en 1992 para la atención de los pacientes con VIH. La demanda cada vez mayor de las diferentes especialidades ha obligado a que en los últimos 5 años se amplíe la cartera de servicios a diferentes especialidades tanto médicas como quirúrgicas, siempre cumpliendo los objetivos de optimizar los recursos sanitarios, normalizar las patologías, disminuir el riesgo de infecciones y mantener la autonomía de los pacientes, sin que ello signifique una menor calidad en la atención. Esto mismo se refleja en el estudio de Torres¹⁰ donde se observa en 4 años un incremento progresivo de la actividad del HD (54 %) frente a las altas de la hospitalización convencional, que tan solo crecen un 13%.

Durante el año 2009, se realizó un análisis del funcionamiento y la rentabilidad del HDMPHCUV. Expresamos la rentabilidad como la prestación de una idéntica cobertura sanitaria a un menor coste generado respecto la hospitalización convencional y cumpliendo unos indicadores de calidad. A penas existen estudios publicados sobre la rentabilidad de los HD Médicos, aunque si encontramos en la literatura numerosos estudios sobre los HD Psiquiátricos. Además los HD médicos difieren mucho los unos de los otros en los distintos hospitales de origen debido a que atienden muy diversas patologías, dan cobertura asistencial a diferentes especialidades y a pacientes con distintos rangos de edad. Por este motivo resulta complicado poder comparar sus resultados.

La población atendida en el HDMPHCUV fueron adultos, entre 15 y 89 años con una distribución idéntica en cuanto a sexo y una edad media de 48,16 +/- 15,87 años. A diferencia del estudio de García Ordoñez et al⁴³ donde obtiene una media de edad 13 años superior a la nuestra (61,9 +/- 17,1 años), el rango de edad y la

distribución por sexos es similar (14-95 años, 49,8% varones y 50,2% mujeres). La procedencia predominante urbana (77%) podemos explicarla por la escasa densidad de población rural en nuestro medio, debido a la inmigración al medio urbano y por la disponibilidad de un hospital comarcal como es el de Medina del Campo que cubre parte de las atenciones del medio rural.

Las patologías con mayor prevalencia atendidas en el HDMPHCUV son: la artritis reumatoide (17.1%), seguida por la infección por VIH (10,4%), la espondilitis anquilosante (7.6%) y la inmunodeficiencia común variable (6.9%). Las enfermedades sistémicas y del tejido conectivo representan el grupo patológico más prevalente, esto se debe probablemente a la reciente introducción de la terapia biológica (anticuerpos monoclonales anti-TNF alfa) que requieren un control en su administración, monitorización y seguimiento de efectos adversos.

En el estudio de García Ordoñez et al ⁴³, las principales patologías, atendidas en su hospital, fueron las enfermedades neoplásicas (23,6%), las anemias (17,7%), la digestiva (17,1%) y las enfermedades infecciosas (8,5%). En nuestro HD la anemia es menos prevalente con un 3,7%, en gran medida debido a la existencia del HD hematológico. Sin embargo, las enfermedades infecciosas en global son más frecuentes (13,2% frente a un 8,5 %), esto probablemente se deba a que los médicos que dirigen el HDMPHCUV son especialistas en enfermedades infecciosas y por lo tanto emplean el HD como primera alternativa a la hospitalización. No tenemos registro de pacientes neoplásicos porque son atendidos en su totalidad en el HD Oncológico. En el estudio de Atkins et al ⁵² la patología más frecuente fue la digestiva (36,9 %), dentro de la cual la etiología infecciosa ocupa el primer lugar (21,2 %), seguida de las hepatitis víricas (18,4 %) y de la enfermedad inflamatoria intestinal (4,9 %). Este elevado porcentaje de patología infecciosa digestiva se explica porque ese HD atiende a la población infantil derivada desde los servicios de urgencias con síndromes diarreicos, para monitorización de la tolerancia oral y para diagnóstico.

En cuanto a los pacientes con infección por VIH, representan actualmente solo el 10,4%, probablemente debido al descenso de nuevos casos de VIH, ya que tras alcanzar su cenit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de SIDA ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en el 2008 al Registro Nacional de Sida, suponen un descenso del 80,1% respecto a las notificaciones en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo⁴⁹. Sin embargo es un porcentaje elevado de pacientes VIH respecto al referido por Atkins⁵² donde solo se atienden un 1 % de pacientes VIH. Esta diferencia se puede explicar porque aunque ambos HD son dirigidos por especialistas en enfermedades infecciosas, en el grupo de Atkins en manejo del paciente VIH se hace fuera del HD empleándolo solo para el diagnóstico de nuevos casos de VIH.

En cuanto a los servicios de procedencia, en el HDMPHCUV el servicio que deriva mayor cantidad de pacientes es Infectología (35,7%), fundamentalmente para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Reumatología (26.5%), es el segundo servicio con mayores pacientes, como ya se mencionó, principalmente para tratamientos biológicos.

Cabe recalcar que cuenta con pacientes procedentes de servicios quirúrgicos, siendo el servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica el servicio quirúrgico con mayor cantidad de pacientes (5,4%). En su totalidad están diagnosticados de infecciones de prótesis y osteomielitis que requieren tratamientos antibióticos de larga duración.

Otro punto a tener en cuenta es que los pacientes procedentes del servicio de Medicina Interna representan solo el 2,8%, mientras que en el estudio de García Ordoñez et al ⁴³ el 44,2% de los pacientes procedía de dicho servicio. Creemos que el HDMPHCUV está infrautilizado por Medicina Interna, bien por que se empleen otras medidas alternativas a la hospitalización como pudieran ser la Hospitalización a Domicilio, o bien porque dada la edad avanzada y la pluripatología de los pacientes

atendidos, así como su posible dependencia para las actividades de la vida diaria pueda dificultar su acceso al HDMPHCUV.

Durante el año del estudio no se registró ningún paciente reportado del servicio de Urgencias a diferencia del grupo de García Ordoñez⁴³ cuya procedencia es de un 12,6 % del área de Urgencias, así como del estudio de Atkins⁵² que también atienden pacientes de dicho servicio. Esto quizá es debido a que el Servicio de Medicina Interna de nuestro hospital cuenta con una consulta de atención rápida donde son remitidos, desde el Servicio de Urgencias, aquellos pacientes que no son ingresados pero que precisan de consulta en un tiempo inferior a 24 horas, teniendo preferencia sobre el resto de los pacientes para su estudio y tratamiento. Así mismo el desconocimiento por parte del personal médico de urgencias de la disponibilidad de este servicio sin la necesidad de contactar previamente con ningún especialista, tan solo con los médicos que dirigen el HD. De hecho, el año 2010, se empezaron a recibir pacientes de dicho servicio, con infecciones del tracto urinario por gérmenes que deben ser tratados con antibioticoterapia intravenosa.

En cuanto a la comorbilidad, la prevalencia de la HTA en nuestra población estudiada dista de la de la Comunidad de Castilla y León (13,3% *versus* 38,7%, respectivamente)⁵⁰. La DM tiene una prevalencia de 5,2% en la población estudiada, similar a la prevalencia de la comunidad con 5,6%⁵¹.

De la totalidad de pacientes, el motivo de asistencia al HDMPHCUV fue en un 67,82% para algún procedimiento terapéutico y/o farmacológico, y el 32,18% restante para la realización de alguna técnica diagnóstica de apoyo para la evaluación clínica. A diferencia del estudio de García Ordoñez⁴³ donde el 38,2 % son procedimientos terapéuticos y el 30,1 % procedimientos diagnósticos.

La técnica diagnóstica más utilizada en el HDMPHCUV fue la realización de analíticas generales (sistemáticas sanguíneas y bioquímicas), seguido de la determinación del PCR viral y la determinación de inmunoglobulinas, esto se correlaciona directamente con la proporción de pacientes con diagnósticos de VIH,

hepatitis C y trastornos metabólicos e inmunodeficiencias primarias. Algunos de estos grupos de pacientes precisan controles analíticos de forma semanal. Se determina al menos 3 analíticas generales (sistemáticas sanguíneas y bioquímicas) por cada paciente atendido en el HD.

No disponemos de datos sobre el número de radiografías realizadas a nuestros pacientes para controles de vías, en el estudio de la Infección tuberculosa latente o en el caso de sospecha de neumonía en pacientes con inmunodeficiencia común variable, por la ausencia de registros.

Llama la atención las escasas paracentesis realizadas y la ausencia de punciones lumbares. Estas suelen realizarse en la sala de hospitalización convencional o en la consulta ambulatoria. Creemos que en estos casos, nuestro HD está infrautilizado debido a la falta de disponibilidad de una camilla en un cuarto individual y separado dentro del HD.

Los tratamientos administrados en los diferentes HD difieren en base a la patología atendida, y así en el estudio de García Ordoñez⁴² la terapia con hierro intravenoso (52,8 %) y la quimioterapia (10,6 %) constituyen los tratamientos más importantes. En cuanto al tratamiento farmacológico es importante resaltar la importancia que ha cobrado la terapia biológica en el tratamiento de múltiples enfermedades. En el HDMPHCUV constituye el principal tratamiento administrado al 38,9% de los pacientes.

De los medicamentos biológicos el más utilizado fue el infliximab administrado al 25,4% de la población, seguida por el etarnecept (9,1%) y más de la mitad de esos tratamientos, se emplearon para la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante, debido a que actualmente es una buena opción terapéutica, que puede conseguir que el paciente se encuentre en remisión o con una baja actividad de su enfermedad. Su administración requiere un importante grado de adiestramiento, precisa descartar enfermedades y medicaciones concomitantes, especialmente infecciosas; la monitorización específica periódica en cada visita (analítica, serología hepatitis, PPD

anual); así como, el contacto estrecho con el especialista para el diagnóstico y tratamiento de cualquier complicación. Más de la mitad de los pacientes que reciben infliximab, etarnecept y adalimumab corresponden a pacientes con enfermedades sistémicas y del tejido conectivo.

Otro medicamento biológico utilizado fue natalizumab, un anticuerpo monoclonal empleado para el tratamiento de la esclerosis múltiple. Se administró en el 2,1% de los pacientes, que representa casi la mitad (43%) de los pacientes con esclerosis múltiple atendidos durante el periodo del estudio en el HDMPHCUV.

La antibioticoterapia intravenosa fue el segundo grupo farmacológico (9,56%) empleado en el HDMPHCUV, siendo la teicoplanina la más utilizada, seguida por las cefalosporinas de 3ª generación, administrada principalmente en los pacientes con reacción infecciosa o inflamatoria por dispositivo protésico.

Aunque nuestros resultados no registran datos de técnicas de autocuidado, el HDMPHCUV y su equipo de enfermería realiza esta actividad, pero las deficientes técnicas de registro hacen que no se obtuvieran datos objetivos.

Se registraron un 4,5% de complicaciones, siendo la principal la infección urinaria (2,2%), relacionado con la administración de medicamentos biológicos. La segunda complicación fue la hipotensión en 1,7%. Como se registra en ficha técnica los efectos adversos medicamentosos más frecuente de la administración de infliximab son las hipoperfusiones, principalmente en la primera administración.

A pesar de manejar tratamientos nuevos, los efectos adversos medicamentosos se registraron solo en (2,8%) de los pacientes, siendo la hipertransaminasemia (1,1%) el principal.

Otro aspecto dentro de la rentabilidad, es la evaluación de diferentes indicadores de calidad. En este estudio se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes atendidos, al mismo tiempo se determinó el índice de ambulatorización, la tasa de reacciones transfusionales y la cancelación de sesiones, todos ellos en base a

los indicadores establecidos en los “Estándares y recomendaciones de la unidad del HD”¹.

Realizamos una encuesta de satisfacción para evaluar la calidad percibida por los usuarios. El principal objetivo de la encuesta fue evaluar la accesibilidad y puntualidad del HD, la comunicación, dedicación de tiempo suficiente y trato cortés y respetuoso del personal médico y de enfermería, así como la satisfacción global.

Los pacientes refieren en su mayoría no haber tenido ninguna dificultad de acceso al HDMPHCUV y haber sido atendidos puntualmente. La dificultad de acceso hace referencia a la facilidad de disponer de dicho servicio, no del acceso físico que por el contrario si es laborioso para los pacientes, ya que el HD se encuentra situado en una 10ª planta y dentro de la planta de hospitalización de la Unidad de Infectología que suele estar cerrada al paso por una de sus alas. Un resultado similar fue encontrado en el estudio de Atkins et al⁵² que encontraron el HD accesible en un 97%.

Si se comparan los cuidados percibidos por el personal médico y de enfermería, un 85% de los pacientes valoran positivamente al personal de enfermería y un 54% al personal médico y un 25% de los pacientes no contestan a las preguntas por el personal médico. Esto probablemente se deba al mayor contacto que tienen con las enfermeras y a la mayor carga asistencial que tienen los médicos a cargo, ya que además de atender el HDMPHCUV, se encargan de la Unidad de Infectología (hospitalización, consultas ambulatorias e interconsultas). Además en el HD se atienden pacientes remitidos desde distintas especialidades, no siendo su médico especialista el que supervisa a diario el tratamiento, controles analíticos y complicaciones que surjan, sino que son los médicos de la Unidad de Infectología.

Con respecto a la información recibida sobre los tratamientos farmacológicos administrados y los objetivos terapéuticos, un 31,5% no responde a la pregunta y un 5% refiere no haber recibido nunca información; mientras que en el estudio de Atkins et al⁵² un 14% refirió que no estaba lo suficientemente informado. Sin embargo pese a obtener mejores resultados, la desinformación representa un problema a nivel general

ya que damos por hecho que los especialistas que derivan a los pacientes al servicio han informado adecuadamente sobre los tratamientos, sumando a este problema la sobrecarga laboral del personal médico.

Pero pese a los resultados desfavorables, la satisfacción global de los pacientes es alta, el 93% de los encuestados estaban satisfechos con la atención y ningún paciente estaba insatisfecho.

Entre los otros indicadores de calidad evaluados, el porcentaje de cancelación de sesiones en el HDMPHCUV y la tasa de reacciones transfusionales fueron del 0% respectivamente, y el índice de ambulatorización del 26%. Torres et al¹⁰ estudia la relación entre los pacientes de hospitalización convencional y los pacientes del HD, que es del 4,9%, muy similar al obtenido por nosotros que es 3,8%.

No hemos encontrado estudios en la bibliografía revisada sobre HD polivalentes para su comparación; sin embargo es importante tener en cuenta que la tasa de reacciones transfusionales en España es 0,16 por cada 1000 altas⁵⁵ y el índice de ambulatorización en actividades quirúrgicas de Castilla y León es de 29,08% y de 36% en España, dentro del Sistema Nacional de Salud.⁵⁶ Por otro lado existen en el HCUV, otras unidades de HD, como son el HD Psiquiátrico, HD Oncológico y HD Hematológico, cuyas atenciones incrementarían el índice de ambulatorización global.

El estudio de costes se llevó a cabo mediante un cálculo aproximado, no existiendo en España estudios previos que permitan su comparación. Sí hemos encontrado en la literatura estudios sobre los costes de los HD psiquiátricos pero no son comparables por la diferente patología atendida y la metodología empleada. Lambert et al⁵⁴ encuentran una mínima ventaja en el ahorro en el empleo del HD para pacientes con artritis reumatoide no complicada que no precisen hospitalización, defendiendo que la estrategia de manejo de estos pacientes debe tener en cuenta la conveniencia y preferencia de cada paciente.

Los gastos generados en el HDMPHCUV representan el 8,6% de los gastos generados en la hospitalización convencional, con un ahorro generado de 78.390,69

euros durante el 2009. Se demuestra así, la importancia y el gran impacto económico que representa la disponibilidad de un HD, y que pese a los pocos recursos físicos y humanos, brinda una considerable atención asistencial de calidad, cumpliendo de ese modo los nuevos retos del Sistema Sanitario.

VII. CONCLUSIONES

1. En el HDMPHCUV durante el 2009, se realizaron 2986 consultas.
2. Es un HD rentable, debido a que consigue unos adecuados índices de calidad y a que genera un ahorro respecto a la hospitalización convencional. Entre los indicadores de calidad; el grado de satisfacción global fue alto, el índice de ambulatorización fue del 26%, y la tasa de reacciones transfusionales, así como, la cancelación de sesiones del 0%. El coste total fue de 7.354,99 euros, con un ahorro en comparación con la hospitalización convencional de 78.390,69 euros.
3. La población atendida fueron en su totalidad adultos, con una media de edad de 48 años, una distribución idéntica en cuanto al sexo y de procedencia predominantemente urbana.
4. Los pacientes con VIH, representan el 10,4% de los pacientes atendidos en el HDMPHCUV.
5. La enfermedad más prevalente en el HDMPHCUV fue la artritis reumatoide.
6. El número de tratamientos asignados durante el 2009 fue de 2788. La terapia biológica constituye el principal tratamiento administrado, seguido de la antibioticoterapia intravenosa.
7. La técnica diagnóstica más utilizada fueron las sistemáticas sanguíneas y bioquímica, seguida de la determinación del PCR viral.
8. La principal complicación de los tratamientos administrados fue la infección urinaria.

VIII. ANEXOS

ANEXO 1. ORGANIZACIÓN UHD.

Organización asistencial.

Acto	Requisitos Estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen
Recepción en la UHD <ul style="list-style-type: none"> • Confirmación de cita, identidad del paciente y proceso. • Confirmación de la remisión (pacientes no programados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión específica. • Área de recepción Zona de espera general (Confortable e independiente de hospitalización).	<ul style="list-style-type: none"> • Asignación del recurso en que vaya a ser atendido el paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativo. • Enfermería.
Preparación genérica <ul style="list-style-type: none"> • Confirmación del cumplimiento de instrucciones. • Entrega de objetos personales. 	Aseo y vestuario específico <ul style="list-style-type: none"> • Aseo y vestuario. • Custodia de objetos personales (taquillas). 	<ul style="list-style-type: none"> • Preparación procedimiento (confirmación). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería
Procedimiento	Puestos de HD , en su caso locales especiales (sala de curas, gabinetes, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo de procedimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico responsable. • Enfermería.
Recuperación	Puestos de HD (sillones/camas)	<ul style="list-style-type: none"> • Genérico de seguridad pre-alta: • Conexión del medio. • Funciones vitales. • Otros (control dolor, drenaje, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermería
Decisión de alta o ingreso(pernocta) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del clínico responsable. • Instrucciones post-alta. 	Zona de readaptación al medio	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios de alta. • Instrucciones post-alta. • Definición del seguimiento post-alta (recomendaciones al médico y personal de enfermería de atención primaria responsables del paciente). 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico responsable. • Enfermería.

Organización administrativa.

Actividad	Requisitos estructurales	Procedimientos	Profesionales que intervienen
<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de fármacos. • Gestión de productos sanitarios y demás artículos necesarios para el funcionamiento de la unidad. • Facturación. • Contabilidad. • Sistema de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacia (en la UHD-local en UHDO-H, o en almacén y local de farmacia central) • Almacén general y de productos farmacéuticos. • Sistema de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Filiación y entidad que se hace cargo de la prestación. • Contabilidad general y analítica. • Adquisición y petición de fármacos y materiales (pactos de consumo). • Protocolo socio-administrativo de alta. • Facturación y cobro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrativo. • Farmacia hospitalaria. • Gestión de pacientes-Asistencia social. • Responsable enfermería.

ANEXO 2. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA ZONA DE RECEPCIÓN.

Ámbito	Función	Características estructurales
ACCESO	Permite la entrada a las áreas de admisión y espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización exterior adecuada. • Deseable aparcamiento específico. • Ubicación a nivel de calle, si es posible. • Recorridos cortos si los accesos son compartidos. • Facilitar accesos para minusválidos. • Acceso diferenciado de personal, material y suministros.
ADMISIÓN	Atención al paciente y a sus acompañantes durante el proceso de acogida y registro.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio adecuadamente dimensionado. • Garantizar cierto grado de privacidad. • Equipamiento adecuado para las tareas: Informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. • Fácilmente localizable. Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado observe la entrada principal y la sala de espera.
ESPERA	Facilita la permanencia de pacientes y acompañantes en las mejores condiciones posible de comodidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Confortabilidad (posibles largas esperas) • 1.5 asientos cómodos por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad. • Aseos • Teléfono • Televisión • Fuente automática de agua fría.
ASEOS	Para el aseo de pacientes y acompañantes durante la espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de la sala de espera.

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA ZONA DE HOSPITAL DE DÍA.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONSULTA	Exploración, diagnóstico, selección del paciente tras la evaluación clínica e indicación de las pautas terapéuticas. Información y apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> • Número de consultas en función del rendimiento. • Con el equipamiento e instalaciones necesarios para su función y condiciones adecuadas de privacidad. • Con estructura flexible, adecuada a las necesidades de las diferentes especialidades presentes en la unidad. • Pueden habilitarse, asimismo, consultas de enfermería, salas de curas y despachos de información, según necesidades.
PUESTO DE HOSPITAL DE DÍA	Para la administración de los tratamientos y, en su caso, recuperación de los pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden adoptar formas diversas, utilizando como soporte principal sillones de tratamiento o camas, según las características propias de cada tratamiento. • Habilitados en salas comunes (acondicionados para garantizar un entorno de privacidad y dignidad) o en puestos individuales. • Con el equipamiento e instalaciones necesarios para su función y con estructura flexible, adecuada para cubrir la gama más amplia posible de tratamientos, según los requerimientos funcionales de los mismos. • Pueden habilitarse, asimismo consultas de enfermería, salas de cura y despachos de información, según necesidades.
VESTUARIOS	Cambio de ropa de pacientes y custodia de sus efectos personales mientras se administran los tratamientos.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicados junto a la zona de tratamientos y próximos a las consultas. • Diferenciados (hombres y mujeres). • Con taquillas para la custodia de efectos personales.
ASEOS DE PACIENTES	Para el aseo del paciente y acompañantes durante la espera.	<ul style="list-style-type: none"> • Ubicados junto a los vestuarios. • Con lavabo e inodoro. • Debe incluir aseo adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de las consultas y puestos de Hospital de Día.

ANEXO 4. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y FUNCIONALES DE LA ZONA DE CONTROL DE ENFERMERÍA Y APOYOS.

Ámbito	Función	Características estructurales
CONTROL	Observación de los pacientes durante su tratamiento y recuperación. Planificación de los cuidados y demás labores administrativas de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> En el centro de la zona común del Hospital de Día y de fácil comunicación con los demás espacios asistenciales. Con estación de trabajo y acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica.
APOYOS GENERALES	Preparación de fármacos, comidas, limpieza y clasificación de residuos, almacenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> Con las instalaciones adecuadas a sus respectivas funciones e incorporando, en la medida de lo posible, los avances técnicos disponibles.

ANEXO 5. INDICADORES DE CALIDAD.

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UHD.	1. Cancelación de sesiones	%[(cancelaciones/pacientes citados)]
	2. Acontecimientos adversos 2.1. Tasa de reacciones transfusionales.	%[(reacciones transfusionales/sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)]
Eficiencia del sistema.	3. Índice de ambulatorización	% (sesiones HD/estancias médicas en H. convencional) (excluye la hospitalización de Día y estancias quirúrgicas)
Calidad percibida por el usuario de la UHD	4. Índice de satisfacción	% en cada categoría de respuesta.

ANEXO 6. ÍNDICE DE AMBULATORIZACIÓN.

Indicador	Definición	Cálculo
Índice de ambulatorización	Mide el impacto global de la UHD sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital.	% [(sesiones en UHD/estancias totales)]. (excluye la Hospitalización de Día y estancias quirúrgicas).

ANEXO 7. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN.

1. En los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna dificultad para acceder al Hospital de día?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
2. ¿Cuánta dificultad tuvo?
<input type="checkbox"/> Mucha dificultad
<input type="checkbox"/> Alguna dificultad
<input type="checkbox"/> Ninguna dificultad
3. En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces acudió al Hospital de día?
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5 a 9
<input type="checkbox"/> 10 o más
4. Cómo se desplaza hasta el hospital de día?
<input type="checkbox"/> Caminando
<input type="checkbox"/> Vehículo propio
<input type="checkbox"/> Ambulancia
5. Si Usted hace uso del servicio de ambulancia, ¿Está satisfecho con el servicio?
<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> No
6. En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia fue atendido dentro de los 15 minutos desde la hora programada?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Normalmente
<input type="checkbox"/> Siempre
7. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal del Hospital de día, le dedicaron suficiente tiempo?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Normalmente
<input type="checkbox"/> Siempre
8. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le trataban las enfermeras con <u>cortesía y respeto</u>?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre

9. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención las enfermeras?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
10. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas las enfermeras en una forma que usted pudiera entender?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
11. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le trataban los doctores con <u>cortesía y respeto</u>?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
12. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le escuchaban con atención los doctores?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
13. Durante esta vez que estuvo en el hospital de día, ¿con qué frecuencia le explicaban las cosas los doctores en una forma que usted pudiera entender?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
14. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron algún medicamento que no hubiera tomado antes?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No
15. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le dijo el personal del hospital para que era el medicamento?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces

<input type="checkbox"/> Siempre
16. Antes de darle algún medicamento nuevo, ¿con qué frecuencia le describió el personal del hospital los efectos secundarios posibles en una forma que pudiera entender?
<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces
<input type="checkbox"/> Siempre
17. Después de salir del hospital, ¿se fue directamente a su propia casa, a la casa de otra persona, o a otra institución de salud?
<input type="checkbox"/> A mi casa
<input type="checkbox"/> A la casa de otra persona
<input type="checkbox"/> A otra institución de salud
18. Durante esta vez que estuvo en el hospital, ¿le dieron información por escrito sobre los síntomas o problemas de salud a los que debía poner atención cuando se fuera del hospital?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No
19. Usando un número del 0 al 10 el 0 siendo 0 la peor atención en el hospital de día posible y el 10 el mejor atención en el hospital de día posible, ¿qué número usaría para calificar la atención médica en el Hospital de día?
<input type="checkbox"/> 0 La peor atención médica posible
<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> 7
<input type="checkbox"/> 8
<input type="checkbox"/> 9
<input type="checkbox"/> 10 La mejor atención médica posible
20. ¿Le recomendaría el servicio recibido en el Hospital de día a sus amigos y familiares?
<input type="checkbox"/> Definitivamente no
<input type="checkbox"/> Probablemente no
<input type="checkbox"/> Probablemente sí
<input type="checkbox"/> Definitivamente sí
21. En general, ¿cómo calificaría toda su salud?
<input type="checkbox"/> Excelente

<input type="checkbox"/> Muy buena
<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Mala
22. ¿Cuál es el grado o nivel escolar más alto que ha completado?
<input type="checkbox"/> No estudios.
<input type="checkbox"/> Infantil
<input type="checkbox"/> Primaria
<input type="checkbox"/> ESO
<input type="checkbox"/> Bachillerato
<input type="checkbox"/> Universitario

IX. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Hospital de Día: estándares y recomendaciones. España. 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones; 2008.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General Agencia de Calidad del SNS. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Abril 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
3. Naranjo P. Monografías de gestión en psiquiatría y salud mental. Chile. 2001.
4. Olivos P. "Historia de los Hospitales Diurnos". Revista de Psiquiatría 1985; (II):23-27.
5. Bahamondes A. "Proyecto Hospital de Día de Psiquiatría". Revista Médica de Santiago 1998; 1 (Pt 1).
6. Aragón I. "El concepto de Hospital de Día sigue evolucionando". Estudios sobre hospitales. 1979; 96: 34-36.
7. Erill E, Estapé J. "El Hospital de día y su repercusión en terapéutica". Monografías Dr. A. Esteve, núm. 1. Doyma. Barcelona, 1985.
8. Sauret J. "Hospitales de día ¿generales o especializados?". Arch Bronconeumol 1994; 30:477-8.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. "El hospital de día en la atención de los pacientes con infección por VIH/sida"1998.Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/hospital_día.pdf.
10. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S y Grupo de Trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. "Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna". Med Clin (Barc) 2005; 124(16):620-626.

11. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Estadística de establecimientos sanitarios con Régimen de Internado" 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
12. Salgado C. "Informe sobre la Reforma Psiquiátrica en Italia" 2000. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 2000.
13. Gelder M. "La organización de los Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en Inglaterra". Apuntes Curso Gestión en Psiquiatría y Salud Mental, Síntesis de Dra. Patricia Yañez, Universidad de Santiago. Chile: Ministerio de Salud de Chile; 1999.
14. Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre Hospitales de Día Psiquiátricos. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2000; 74: 369-372.
15. Palanca I, Elola J. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y Recomendaciones 2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
16. Ollero M, Cabrera JM, De Ossorno M, De Villar E, García D, Gómez E, Melguizo M, Pujol E, Ruiz A, Quesada F, San Román C. Proceso Asistencial Integrado. Atención al paciente pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía, 2002.
17. Barómetro Sanitario 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. ([http://www.msc.es/estadEstudios\(estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm](http://www.msc.es/estadEstudios(estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm))
18. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto del cambio de la Sanidad. Med Clin (Barc) 1993; 100: 587-90.
19. Gómez J. La Medicina Interna actual: situación actual y nuevos horizontes. An Med Intern 2004; 21: 301-5.
20. Navarro Sanz R. ¿Es la atención sanitaria a las personas mayores con enfermedad avanzada una alternativa asistencial de la Medicina Interna? An Med Intern 2004; 21: 315-6.

21. Nelson E, Hays R, Larson C, Batalden P. The patient judgments system: reliability and validity. *Qual Rev Bull* 1989; 15: 185-191.
22. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y la garantía de calidad. *Salud Pública de México* 1990; 32(2): 113-117.
23. Bowers MR, Swan JE, Koehler WF. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery? *Health Care Manage Review* 1994; 19: 49-55.
24. Jun M, Peterson RT, Zsidisin GA. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus group interview results. *Health Care Manage Review* 1988; 23: 81-96.
25. Gea M, Hernán-García M, Jiménez-Martin J, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. *Revista Calidad Asistencial* 2001; 16:37-44.
26. Mira J. ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica Delphi. *Revista Calidad Asistencial* 1999; 14:165-178.
27. De Man S, Gemmel P, Vlerick P, Van Rijk P, Dierckx R. Patient's and personnel's perceptions of service quality and patient satisfaction in nuclear medicine. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging* 2002; 29(9): 1109-1117.
28. Chang CS, Weng HC, Chang HH, Hsu TH. Customer satisfaction in medical service encounters a comparison between obstetrics and gynecology patients and general medical patients. *Journal of Nursing Research* 2006; 14(1): 9-23.
29. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª revisión. Modificación Clínica. CIE-9-MC. 3ª edición. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General Técnica. 1996.
30. Richard F. Averill, Norbert Goldfield, Barbara A. Steinbeck. Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs). Health Information Systems, 3M-Sigesa. 1995.

31. Mercé Casas. Los grupos relacionados con el diagnóstico: experiencia y perspectivas de utilización. Masson, S.A. (Barcelona) y SG Editores. 1991.
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades. Novena revisión. Ginebra. 1979.
33. Public Health Service. International classification diseases. 9th revision. Clinical Modification. Washington DC: Government Printing Office. 1980.
34. Artal R, Rafes S. Procediment i bases actuals per a concertació de centres per atendre malalts aguts a Catalunya. Salut Catalunya 1987; 1(1): 35-37.
35. Mercé Casas. Cuadernos de gestión clínica. GRD. Una guía práctica para médicos. IASIST. 1995.
36. Proyecto coste por proceso. INSALUD. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría General de Hospitales. Madrid. 1995.
37. Cuervo JI, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias. Barcelona: Ed. Vicens-Vives. 1994.
38. Health Systems Management Group. DRG Refinement with Specific Comorbidities and Complications: A Synthesis of Current Approaches to Patient Classification. Final Report. New haven: HSMG/SOM/Yale University. 1989.
39. Cots F, Elvira D, Castells X. Medicare's DRG-weights in a European environment: the Spanish experience. Health Policy 2000; 51: 31-47.
40. Fernández JM. La gestión de costes ABC (Activity Bases Costing): un modelo para su aplicación en hospitales. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios 2002; 3(2):29-37.
41. Álvarez S, Moreno P, Sánchez S, Tesoro A, Vicente G. ¿Evita ingresos la hospitalización parcial? Impacto de la creación de un hospital de día de salud mental sobre la incidencias de los ingresos y las estancias en una unidad de hospitalización psiquiátrica de 24 horas. Psiquiatría Pública 1998; 10(4): 222-228.
42. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano AM, Tyrer P. Hospital de día versus atención ambulatoria para trastornos psiquiátricos (Revisión Cochrane traducida).

En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

43. García MA, Moya R, Villar J, Sánchez. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. *An. Med. Interna* 2007; 24(12):613-614.

44. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Atención médica en hospitales de día para ancianos versus formas alternativas de atención. *La Biblioteca Cochrane Plus* (ISSN 1745-9990). De *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; 3. Oxford, Update.

45. Pruebe S, Jones G, McCabe R, Briscoe J, Wright D, Slead M, Beecham J. Effectiveness and costs of acute day hospital treatment compared with conventional in-patient care: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 243-9.

46. Kallert TW, Priebe S, McCabe R, Jieina A, Rymaszewska J, Nawka P, Ocvár L, Raboch J, Stárková-Kalisová L, Koch R, Schützwohl M. Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric patients? A European multicenter randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007; 68(2):278-87.

47. Canuto A, C Meiler, Weber K. Day hospital end therapeutic community: an effective care for the elderly psychiatric out patients. *Rev Med Suisse*. 2008; 4 (153):952-4, 956.

48. Encuesta CAHPS® sobre Atención Hospitalaria. [online] www.hcahponline.org

49. Ministerio de Sanidad y Política Social. Vigilancia epidemiológica del SIDA en España 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social 2009.

50. Vega T, Lozano J, Álamo Sanz R, Lleras S. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población de Castilla y León. *Gac Sanit* 2008; 22(4): 330-6.

51. Valdés S, Rojo-Martinez G, Soriguer F. Evolución de la prevalencia de la diabetes tipo 2 en población adulta española. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 352-5.
52. Atkins B, Kohn P. An infectious disease day care unit - the first year. *Journal of infection* 1992; 25:191-196.
53. Kallert TW, Schönherr R, Schnippa S, Matthes C, Glöcker M, Schützwohl M. Direct costs of acute day hospital care: results from a randomized controlled trial. *Psychiatr Prax.* 2005; 32(3):132-41.
54. Lambert C, Hurst N, Forbes J, Lochhead A, Macleod M, Nuki G. Is day care equivalent to inpatient care for active rheumatoid arthritis? Randomised controlled clinical and economic evaluation. *BMJ* 1998; 316:965-9.
55. Sistema de información del Sistema Sanitario de Salud. Indicadores clave. 2010. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2010.
56. Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud. Instituto de información sanitaria. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado (indicadores hospitalarios) 2007. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Centro de Publicaciones; 2007.

