

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes utilizan muchos recursos sanitarios y sociales y resulta necesario mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los dispositivos existentes. En el entorno hospitalario, los criterios de pluripatología permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos

La unidad de pacientes pluripatológicos se define como una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinar en diferentes modalidades asistenciales a pacientes frágiles con pluripatología, que disponen de locales, con las instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad.

Este documento recoge recomendaciones sobre derechos y seguridad del paciente, criterios organizativos y de gestión de unidad de pluripatológicos elaboradas desde la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud con el apoyo de expertos vinculados con asociaciones científicas y al Sistema Nacional de Salud. Estas recomendaciones no tienen carácter normativo y su objetivo es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores, públicos y privados, y profesionales, todos aquellos elementos que contribuyen a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de la atención de los pacientes pluripatológicos.

Unidad de Pacientes Pluripatológicos

Unidad de Pacientes Pluripatológicos

Estándares y Recomendaciones

Unidad de pacientes pluripatológicos

Estándares y recomendaciones

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

CENTRO DE PUBLICACIONES

PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO:

NIPO LÍNEA:

Depósito Legal:

Imprime:

<http://www.060.es>

Unidad de pacientes pluripatológicos

Estándares y recomendaciones



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y POLÍTICA SOCIAL



LISTADO DE PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO

Grupo de Expertos

- Jesús Medina Asensio. Coordinador científico. Unidad de Pluripatología. Servicio de Medicina Interna. Hospital 12 Octubre. Madrid.
- Francisco Camarelles Guillem. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
- José Antonio Serra Rexach. Sociedad Española de Geriátría. Servicio de Geriátría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
- Antonio Zapatero Gaviria. Sociedad Española de Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.
- Manuel Francisco Fernández Miera. Unidad de Hospitalización a Domicilio. Coordinador Hospitales de Día y Semana. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.
- Aurelio Fuertes Martín. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca y Profesor Asociado del Departamento de Medicina.
- Manuela Monleón Just. Enfermera. Área 11 Atención Primaria. Madrid.
- Manuel Ollero. Jefe de Sección de Continuidad Asistencial. Unidad Clínica de Atención Médica Integral (UCAMI). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.
- María José Otero López. Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP-España). Hospital Universitario de Salamanca.
- Asunción Prieto Orzanco. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Área 11 Atención Primaria. Madrid.
- Pilar Regato Pajares. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Área 11 Atención Primaria. Madrid.
- José Rodríguez Escobar. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Bernardo Santos Ramos. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Ministerio de Sanidad y Consumo

- Concepción Colomer Revuelta. Subdirectora General de la Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad. Directora del Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo
- Inés Palanca Sánchez. Consejera Técnica. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección y coordinación institucional.
- María Santaolaya Cesteros. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Alberto Segura Fernández-Escribano. Oficina de Planificación y Calidad. Agencia de Calidad (administrativo de apoyo).

Apoyo técnico y metodológico

- José Luis Bernal Sobrino.
- Javier Elola Somoza. Dirección y coordinación técnica
- María José Ruiz (administrativa de apoyo).

Índice

0	Resumen ejecutivo	11
1	Introducción	21
2	Análisis de situación	25
	2.1 Definiciones	31
	2.2 Antecedentes organizativos y de gestión	33
	2.3 Estándares y recomendaciones sobre la UPP en el SNS.	36
	2.4 Experiencia internacional y en España	38
	2.5 Definición de la unidad de pacientes pluripatológicos	43
3	Derechos y garantías de los pacientes y cuidadores	45
	3.1 Información a pacientes y cuidadores. Consentimiento informado.	45
	3.2 Atención a la persona cuidadora	48
	3.3 Garantías de los derechos de los pacientes	50
4	Seguridad del paciente	53
	4.1 Cultura de seguridad	54
	4.2 Comunicación durante el traspaso de pacientes	55
	4.3 Seguridad en el uso de los medicamentos	56
	4.4 Prevención de úlceras por presión	63
	4.5 Prevención de caídas y reducción del daño	64
	4.6 Prevención de infecciones nosocomiales	66
	4.7 Identificación de pacientes	66
	4.8 Gestión de hemoderivados	66
	4.9 Alertas epidemiológicas	67
	4.10 Plan de autoprotección	67
5	Organización y gestión	69
	5.1 Criterios de selección de pacientes	70
	5.2 Plan de atención continuada	72
	5.3 Episodio UPP	74
	5.4 Cartera de servicios	75
	5.5 Relación de la UPP con otras unidades y servicios	80
	5.6 Organización y funcionamiento de la UPP	87
	5.7 Estructura de gestión de la UPP	89
	5.8 Manual de organización y funcionamiento	90
	5.9 Gestión de pacientes	93
6	Estructura y recursos materiales	99
	6.1 Programa funcional	99
	6.2 Equipamiento e instalaciones	118

6.3	Material sanitario. Esterilización	127
6.4	Prevención y control de las enfermedades transmisibles	127
6.5	Protocolos de limpieza	128
6.6	Gestión de residuos sanitarios	128
7	Recursos humanos	129
7.1	Registro del personal sanitario.	129
7.2	Expediente personal	129
7.3	Titulación y funciones	129
7.4	Identificación y diferenciación del personal	133
7.5	Medios documentales	133
7.6	Formación de grado y especializada	133
7.7	Formación continuada	134
7.8	Criterios para el cálculo de los recursos humanos necesarios.	135
8	Calidad	137
8.1	Autorización y registro	137
8.2	Acreditación y auditoría	137
8.3	Indicadores de calidad	137
8.4	Objetivos de gestión de la calidad	145
9	Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones	147
Anexos		
1	Listado de medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores	149
2	Modelo de impreso para la conciliación	157
3	Valoración de la adherencia al tratamiento	159
4	Índice de Barthel	165
5	Cuestionario de Pfeiffer	167
6	HARP o Índice de fragilidad	169
7	Cartera de servicios de HdD integrado en la UPP	171
8	Criterios de dimensionado de los recursos	173
9	Programa funcional	179
10	Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.	187
11	Siglas y acrónimos	193
12	Bibliografía	195

0. Resumen ejecutivo del documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de pacientes pluripatológicos

Introducción

1. El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de su asistencia.
2. La frecuentación hospitalaria se multiplica por más de 10 en los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años. Asimismo, la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada en grupos de edad avanzada.
3. La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña de una mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos.
4. La mayor demanda de recursos sanitarios por las personas mayores coincide con el hecho de tratarse de un grupo que tiene peor salud subjetiva y mayor discapacidad. Cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años.
5. Para dar respuesta asistencial a este reto se han desarrollado diferentes formas organizativas y de gestión. Los servicios de salud de las comunidades autónomas han introducido diversas soluciones, que se adaptan a su marco sociodemográfico, disponibilidad de recursos sanitarios asistenciales y modelo de relación de éstos (en términos de integración o coordinación) con los servicios sociales.
6. En el entorno hospitalario, los criterios de pluripatología permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional,

mayor mortalidad y mayor consumo de recursos. La identificación de un paciente como pluripatológico (PP) es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención. Ollero y cols. han propuesto agrupar las enfermedades crónicas de estos pacientes en categorías clínicas, atendiendo al daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera, e identificar como PP a todo aquel paciente que presente enfermedades incluidas en dos o más de las categorías propuestas.

7. En atención primaria hasta el 40 % de los PP presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de PP en atención primaria se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.
8. El Departamento de Salud del Reino Unido estima que un 5% de los pacientes, (generalmente con enfermedades crónicas) generan el 42% de las estancias hospitalarias, por lo que ha diseñado un modelo sanitario y social para atender a pacientes con enfermedades crónicas. En el desarrollo de este modelo, ha identificado experiencias de gestión de pacientes crónicos que han obtenido resultados positivos, entre ellas la sistemática de atención desarrollada por la Kaiser Permanente (Estados Unidos).
9. La unidad de pacientes pluripatológicos (UPP) atiende a un concepto organizativo, y se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad.

Derechos y garantías de los pacientes y cuidadores

10. La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención a PP.
11. Debe facilitarse al PP información general sobre las características de la UPP; información detallada sobre el proceso, diagnóstico, tratamiento y cuidados en la unidad; consentimiento informado; información detallada sobre la coordinación de la UPP y los recursos sanitarios de atención primaria. La información debe ser clara, precisa y suficiente.
12. Se recomienda que la información de acogida, a entregar al PP o su cuidador (folleto, tríptico) en su primer contacto con la UPP, incluya una descripción de los diferentes recursos relacionados con las modalidades

asistenciales en las que puede ser atendido el PP en la UPP, así como advertencias o consejos especiales sobre su acceso o utilización. La inclusión de fotografías de la UPP y sus recursos puede ayudar a la comprensión del funcionamiento de esta unidad.

13. Tanto la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirán su consentimiento por escrito.
14. El cuidador principal de pacientes crónicos y discapacitados es la persona que habitualmente proporciona cuidados a una persona enferma o con discapacidad, física o psíquica que le impide ser autónoma. Los planes de cuidados del PP, especialmente en aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención del cuidador/a.

Seguridad del paciente

Cultura de seguridad

15. En los centros sanitarios se debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad. La creación de una cultura de seguridad se considera que es un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa y otras organizaciones.
16. Se recomienda realizar reuniones periódicas del equipo de la UPP para analizar con un enfoque sistémico los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la misma y, especialmente, para establecer las medidas de prevención pertinentes.
17. Se recomienda actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UPP.

Comunicación durante el traspaso de pacientes

18. Se debe estandarizar la comunicación entre los profesionales en el momento de cambio de turno y en la transferencia del PP entre distintas unidades de atención.
19. Se recomienda estandarizar el proceso de alta del PP para garantizar la

disponibilidad de la información clave referente a los diagnósticos al alta, resultados de pruebas realizadas, plan de tratamiento y cuidados y medicamentos.

Seguridad del uso de los medicamentos

20. Se recomienda estandarizar la prescripción de los PP, para lo que la UPP debe disponer de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia sobre las principales enfermedades tratadas en la UPP, lo que debe permitir realizar el seguimiento de la eficacia y seguridad de los medicamentos.
21. Debe implantarse prácticas de conciliación de la medicación en la UPP de forma que en las transiciones asistenciales de los PP se aplique este procedimiento estandarizado que compara la medicación previa del paciente con los medicamentos prescritos en la unidad, identificando, solucionando y registrando cualquier discrepancia no justificada (omisiones, duplicidades, interacciones, etc.). Los errores de medicación dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios. Una parte importante de estos errores se producen en los procesos de transición asistencial.
22. Se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo al ingreso del paciente (o en consulta). Y se debe efectuar la revisión pormenorizada de la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos.
23. Se procurará simplificar al máximo el tratamiento. Se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente.
24. Se debe proporcionar una lista completa (y conciliada) de la medicación para los profesionales que serán responsables de la continuación de la asistencia, cuando el PP es dado de alta (o en consulta) y se transfiere a atención primaria. Debe quedar constancia de los cambios que se hayan realizado con respecto a la medicación previa del paciente.
25. Se evitará la prescripción de medicamentos considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en estos pacientes y existir otras alternativas terapéuticas.
26. La implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción electrónica asistida, integrada en la historia del paciente, puede mejorar la seguridad en la medicación.
27. Las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida deben

- incluir los medicamentos considerados inapropiados para los ancianos.
28. Se debe programar con el paciente y/o cuidador los horarios de administración teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizando el número de tomas, siempre que sea posible.
 29. Es recomendable que al alta, se suministre al PP paciente la medicación finita, esto es, las dosis necesarias de los tratamientos finitos (antibióticos, corticoides, etc.) hasta completar el tratamiento instaurado en el hospital.
 30. Se recomienda valorar la adherencia al tratamiento de los PP en la UPP.
 31. Se recomienda coordinar con atención primaria el establecimiento de un procedimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes.

Prevención de úlceras por presión

32. Se deben identificar los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión y valorar el estado de la piel.
33. El plan de cuidados individualizado para el PP debe incluir, entre otras medidas, cuidados locales de la piel, prevención específica en pacientes con incontinencia, y cambios posturales en pacientes con movilidad limitada.

Prevención de caídas y reducción del daño

34. Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de éstas un 50% se vuelve a caer durante ese año. Las caídas son más frecuentes en los mayores institucionalizados. Algunos estudios sugieren que un 20% de las caídas requiere atención médica, un 10% con lesiones importantes y entre un 40 y un 50% padecen lesiones menores, como heridas, contusiones o hematomas.
35. La UPP debe desarrollar e implementar un programa para la prevención de las caídas que incluya la identificación de los pacientes con riesgo de caídas, la evaluación multidimensional del riesgo así como la estrategia multifactorial para reducir el riesgo de caídas.

Prevención de la infección nosocomial

36. La UPP dispondrá de un programa de vigilancia y prevención de la infección nosocomial, adaptado a sus características y actividad, que garantice la identificación de PP en riesgo. La UPP debe disponer y

aplicar el protocolo de higiene de manos, uso de soluciones hidroalcohólicas, utilización de antisépticos, profilaxis antibiótica y riesgo de infecciones en procedimientos invasivos.

Identificación de pacientes

37. La UPP dispondrá de un sistema que permita la identificación inequívoca de pacientes

Organización y gestión

38. La UPP puede estar integrada en otro dispositivo asistencial con una cartera de servicios más amplia que a veces incluye enfermedades en fase avanzada (cuidados paliativos) o en un servicio como medicina interna o geriatría. Puede ser consideradas como UPP si cumple los siguientes requisitos:
 - La vinculación entre el médico especialista responsable de la unidad y los médicos del nivel de atención primaria para la atención sistemática a los PP.
 - La disponibilidad, por parte de la UPP, de un amplio abanico de modalidades asistenciales que permitan garantizar la atención a los PP en el momento y lugar más adecuado.
39. Entre atención primaria y la UPP, se define un modelo de atención conjunta que exige establecer unos criterios de selección y de identificación del PP y un plan de asistencia continuada (PAC).
40. La identificación del PP tanto en el sistema de información del hospital como en la historia clínica es fundamental para la coordinación de las actuaciones de la UPP con otras unidades del hospital (especialmente urgencias).
41. El PAC se activará cuando el responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UPP consideren, de mutuo acuerdo, que el PP necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico.
42. Los pacientes atendidos en la UPP lo deben ser en estrecha coordinación con su médico / enfermera de atención primaria. El seguimiento una vez que el PAC ha sido activado, tendrá las siguientes características:
 - Los ingresos hospitalarios se programarán a través del médico de atención primaria en contacto con el responsable de referencia de la UPP, siendo un objetivo evitar que el PP recurra al servicio de urgencias del hospital.

- El médico responsable del PP valorará al paciente en cualquier episodio de hospitalización en camas no asignadas a la unidad, con independencia del motivo de ingreso.
 - En los PP ingresados en el hospital se realizará una planificación precoz del alta hospitalaria. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. Se considerará la intervención del trabajador social en función de las necesidades identificadas.
 - En el momento del alta hospitalaria, a todos los PP incluidos en el PAC se les realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y los problemas activos.
 - En los enfermos con PAC activado, todas las consultas a las diferentes unidades o servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios (hospitalización a domicilio, por ejemplo) se realizarán a través del responsable de la UPP.
43. El episodio UPP comprende el período en el que la gestión clínica del PP se realiza de forma conjunta entre la UPP y los responsables del paciente en el ámbito de atención primaria, y puede incluir uno o varios procesos de atención en alguna de las modalidades asistenciales de la UPP.
44. Con independencia de la obligatoriedad del informe de alta tras cada ingreso hospitalario, el responsable de la UPP emitirá un informe de alta de la unidad cuando se de por finalizado el manejo conjunto del PP, tras su estabilización, lo que devuelve la responsabilidad de su gestión clínica al ámbito exclusivo de la atención primaria. El informe de alta deberá estar acompañado del plan de cuidados elaborado por la enfermera de referencia de la UPP.
45. Toda UPP debe ofertar atención sanitaria a los PP en unidades de hospitalización convencional y de forma ambulatoria en consulta externa y en hospitalización de día (HdD).
46. La UPP debe estar coordinada con la unidad de hospitalización a domicilio, la unidad de cuidados paliativos y el servicio de urgencias.
- La relación de la UPP con la unidad de hospitalización a domicilio y/o la unidad de cuidados paliativos tiene como objetivo garantizar la continuidad asistencial de los pacientes pluripatológicos.
 - La relación de la UPP con la unidad o servicio de urgencias tiene como principal objetivo evitar un uso inadecuado del mismo por los PP y, en la medida de lo posible, minimizar los episodios de atención en dicho servicio cuando los pacientes sufren reagudizaciones.
47. Se deben definir circuitos para garantizar la asistencia especializada urgente o preferente sin pasar por el servicio de urgencias, dentro de un

periodo conocido y acordado entre los clínicos responsables del paciente.

48. La UPP puede apoyarse en otros tipos de recursos sociosanitarios y sociales, especialmente las unidades de media estancia o de recuperación, u otros dispositivos de soporte como residencia asistida y fisioterapia domiciliaria.
 - La coordinación entre la UPP y los recursos sociosanitarios y sociales tiene especial relevancia para la planificación precoz del alta cuando el paciente está hospitalizado y también para ofertar al paciente el apoyo preciso que evite el abandono terapéutico, situaciones de sobrecarga del cuidador y/o el inadecuado ingreso del PP en hospitales generales de agudos.
49. El responsable de la UPP debe estar claramente identificado y accesible telefónicamente para los responsables del PP en atención primaria, con objeto de garantizar la coordinación y programación de ingresos, consultas, estudios o actividades cooperativas. El recurso del teléfono móvil se considera básico para el adecuado funcionamiento de la UPP.
50. La UPP deberá disponer de profesionales (enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos y/o trabajador social) que faciliten la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales y la continuidad de cuidados.
51. Es recomendable la creación de algún tipo de estructura, tipo unidad de gestión clínica, servicio, etc. que añada valor al conjunto de UPP básicas del hospital, por ejemplo en relación con su coordinación.

Estructura y recursos materiales

52. Diferenciamos en la UPP las siguientes áreas:
 - Hospitalización convencional, que incluye el control y apoyos de enfermería.
 - Unidad de día, incluyendo los espacios asistenciales necesarios para la exploración, tratamiento y recuperación (HdD), y consultas
 - Acceso y recepción, que incluye las zonas de espera y registro de los pacientes.
 - Administrativa y de apoyos para el personal.
53. El documento contiene en sus anexos un ejemplo de programa funcional y dimensionado de recursos de UPP.
54. Si es compatible con las dimensiones derivadas de la estimación de la actividad de la UPP, se recomienda valorar la integración estructural de las modalidades asistenciales de la cartera de servicios para la configuración de la unidad.

Recursos humanos

55. El personal necesario en la UPP es el siguiente:
- Responsable de la UPP. Médico, preferiblemente especialista en medicina interna, geriatría o medicina familiar y comunitaria.
 - Coordinador (si existe una estructura que agrupe las UPP), preferiblemente uno de los médicos responsables de la UPP.
 - Coordinador de enfermería.
 - Diplomados universitarios en enfermería, que se encargan de los cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de los pacientes así como de la coordinación y continuidad de los cuidados (enfermería comunitaria de enlace / gestora de casos).
 - Trabajador social.
 - Auxiliares de enfermería.
 - Personal auxiliar administrativo.
 - Personal subalterno.
56. La UPP requiere de otro personal, a tiempo completo o parcial, como es:
- Rehabilitador.
 - Fisioterapeuta.
 - Dietista.
 - Farmacéutico.
57. La dotación de personal médico de la UPP se puede estimar en un especialista por cada 8.000 ± 1.500 personas mayores de 65 años de referencia. La cartera de servicios y los términos en la relación con atención primaria, pueden ajustar esta ratio.

Calidad

58. El documento propone un conjunto de indicadores, relativos a las diferentes modalidades asistenciales integradas en la UPP: hospitalización convencional, hospitalización de día, consultas e interconsultas.
59. Como indicadores de calidad y eficiencia globales de la UPP se proponen los siguientes:
- % reducción en ingresos hospitalarios en personas mayores.
 - % reducción de la estancia media hospitalaria en personas mayores.
 - % reducción del número de estancias hospitalarias / año en personas mayores.
 - % reducción en urgencias hospitalarias en personas mayores.

- Índice de satisfacción.

Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UPP

60. La UPP tiene un desarrollo relativamente reciente en España y su escasa penetración en el sistema sanitario español, con la excepción del Servicio Andaluz de Salud. La posible expansión de estas unidades, así como las modificaciones en la organización y gestión del sistema sanitario, hacen aconsejable que se monitorice el desarrollo e implantación de estas en el sistema, así como que se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a cinco años.
61. Se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de la UPP en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en el documento, los siguientes:
 - Un análisis de los indicadores de calidad propuestos para la UPP.
 - Estudios de evaluación de la asistencia y calidad de vida de los pacientes pluripatológicos en UPP frente a la atención en ausencia de desarrollo de estas unidades.
62. El impulso a la UPP requiere de importantes adaptaciones en la forma de organizar y gestionar la asistencia, incluyendo la estructura de responsabilidad de los hospitales y su relación con el ámbito de atención primaria, así como la necesidad de adaptar los sistemas de información asistencial para registrar la actividad de estas unidades. El desarrollo e implantación de la UPP debe acompañarse de un simultáneo proceso de evaluación de resultados y comparación de experiencias que permita acercarse a la excelencia en la prestación de asistencia a este subgrupo de pacientes.

1. Introducción

El progresivo envejecimiento de la población española se acompaña de una elevada prevalencia de personas, algunas de ellas frágiles, con dos o más enfermedades crónicas. Estos pacientes demandan una elevada utilización de recursos sanitarios y, para mejorar la calidad de su atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales puestos a su disposición, requieren una gestión sistemática de su asistencia. Han surgido varias iniciativas desde las sociedades científicas¹ y distintos servicios de salud de las comunidades autónomas, para desarrollar una asistencia metódica e integral de estos pacientes pluripatológicos (PP). En este sentido, la Unidad de Pacientes Pluripatológicos (UPP) constituye una de las más interesantes.

Lo relativamente novedoso de esta prestación, la diversidad de configuraciones (organizativas, estructurales, funcionales, etc.) que puede tener, así como sus repercusiones en términos de calidad y seguridad para el paciente, la identifican como una de las unidades más propicias para elaborar unos criterios de calidad y seguridad propios. Este es el objetivo de este documento, que se realiza en el marco de las acciones contempladas en el Plan de Calidad del SNS².

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, en sus artículos 27 a 29 establece la necesidad de elaborar garantías de seguridad y calidad que deberán ser exigidas para la regulación y autorización, por parte de las comunidades autónomas, de la apertura y puesta en funcionamiento en su respectivo ámbito territorial de los centros y servicios sanitarios.

El R.D. 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios relaciona y define aquellos que deben ser objeto de la elaboración de requisitos que garanticen su calidad y seguridad. La clasificación de centros y servicios sanitarios fue posteriormente modificada por O.M. 1741/2006. Algunos de los centros y unidades relacionadas en el anexo del R.D. 1277/2003, estarían afectadas por los estándares y recomendaciones que se desarrollan en este documento sobre la UPP, y entre ellos cabe señalar los siguientes:

Tabla 1.1. Centros y unidades incluidas en el R.D. 1277/2003 y afectados por la UPP
Oferta asistencial
U.1. Medicina general/de familia
U.2: Enfermería
U.12. Geriatría
U.13. Medicina interna
U. 65. Hospital de día
U. 66. Atención sanitaria domiciliaria
U. 67. Cuidados paliativos
U. 68. Urgencias
C. 1. 3. Hospitales de media y larga estancia

La creación de una UPP afecta a muchas otras de las unidades o servicios del hospital. Las especialidades médicas se verán afectadas en el momento en que la UPP asuma el control clínico del PP durante su estancia en el hospital y aquellas ejerzan, bajo la coordinación de ésta, un papel de apoyo en el diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas. Algo similar ocurrirá con las especialidades quirúrgicas, pues una vez asumido el PP por la UPP, ésta coordinará la atención quirúrgica del mismo y especialmente la posible descompensación de su pluripatología durante todo el episodio quirúrgico. En realidad se debería llegar a una situación similar al manejo que ya se viene haciendo en muchos hospitales de los pacientes en seguimiento por ciertas especialidades (nefrología, hematología, etc.), en los que, con independencia del motivo de su ingreso hospitalario, éstas son alertadas desde urgencias o de la unidad en donde ha ingresado el paciente PP. También se verán afectadas unidades tan importantes para los PP como rehabilitación y fisioterapia, que colaboran en la recuperación funcional del paciente, con la UPP.

La estrategia 7 del Plan de Calidad para el SNS *Acreditar y auditar centros, servicios y unidades asistenciales*, contiene como objetivo el establecimiento de los requisitos básicos comunes y las garantías de seguridad y calidad que deben ser cumplidas para la apertura y funcionamiento de centros sanitarios del SNS.

En el marco del desarrollo del Plan de Calidad del SNS en el año 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo, asumió la elaboración de estándares y recomendaciones de seguridad y calidad para ciertas unidades, revisando y actualizando los relativos a las unidades de CMA^{3,4}, desarrollando posteriormente los referentes a las unidades de HdD médicas y onco-hematológicas⁵, lo que es ejemplo de iniciativas similares a esta que se presenta, ela-

boración de estándares y recomendaciones para la unidad de pacientes pluripatológicos.

El documento de estándares y recomendaciones sobre la unidad de pacientes pluripatológicos no tiene un carácter normativo, en el sentido de establecer unos requisitos mínimos o estándares para la autorización de la apertura y/o el funcionamiento de estas unidades, o su acreditación.

El **objetivo** del documento sobre estándares y recomendaciones para la UPP es poner a disposición de las administraciones públicas sanitarias, gestores (públicos y privados) y profesionales, criterios para la organización, gestión, diseño y equipamiento de las mismas. Con esto se contribuye a la mejora en las condiciones de calidad y seguridad de la asistencia, incluyendo la eficacia y eficiencia de la prestación de los servicios. Los aspectos que se abordan a lo largo del documento son:

- a) Los derechos y garantías de PP
- b) La seguridad del paciente
- c) Los criterios organizativos y de gestión de la UPP
- d) La estructura física y recursos materiales de la UPP
- e) Los recursos humanos de la UPP
- f) Los aspectos relativos a la calidad asistencial de la UPP
- g) La revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones para la UPP

La Oficina de Planificación y Calidad de la Agencia Calidad del SNS del Ministerio de Sanidad y Consumo ha dirigido el proceso de elaboración del documento de estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por el Plan de Calidad del SNS.

La elaboración del documento se ha realizado por un grupo de personas expertas, seleccionadas por la Agencia de Calidad del SNS en base a la experiencia y conocimiento de los mismos en los aspectos relacionados con el alcance propuesto, o nombrados -con el mismo criterio- por las sociedades científicas y asociaciones profesionales.

El coordinador científico del trabajo designado por la Agencia de Calidad del SNS, ha sido el Dr. Jesús Medina Asensio.

La Agencia de Calidad del SNS ha contado con un grupo de apoyo, que ha realizado las funciones de secretaría del grupo de expertos, segui-

miento de los trabajos, apoyo técnico en las reuniones de grupo de expertos, elaboración del análisis de situación, revisión de los documentos elaborados por los expertos y análisis de evidencia, y colaboración en la elaboración de los distintos borradores y del documento final.

El documento de estándares y recomendaciones de la UPP se apoya en la amplia experiencia nacional e internacional, recogida en las referencias bibliográficas que figuran en el Anexo 14. Entre ellas destacan las experiencias pioneras en España de Manuel Ollero (Hospital Virgen del Rocío, Sevilla)⁶ y Jesús Medina⁷ (Hospital 12 de Octubre, Madrid).

Este informe destaca algunas recomendaciones «fuertes», en el sentido de que están amparadas por requisitos normativos o por una evidencia suficientemente sólida a criterio del grupo de expertos. Cuando se realizan estas recomendaciones se mencionan expresamente como tales y se destacan en **negrita**.

2. Análisis de situación

El consumo de recursos sanitarios no se distribuye de forma homogénea en la población española. Existe un reducido número de pacientes que generan un altísimo consumo de recursos sanitarios. Estos pacientes se concentran básicamente en grupos de edad avanzada. Según los datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria (EMH) de 2006 del Instituto Nacional de Estadística (INE), las tasas de frecuentación hospitalaria (altas por 100.000 habitantes) aumentan de forma notable con la edad (Tabla 2.1. y Figura 2.1.), multiplicándose por más de 10 la frecuentación de los varones mayores de 85 años respecto al grupo de edad entre 15 y 34 años⁽¹⁾:

Grupos de edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	107,24	100,96	113,35
< 1 año	378,62	411,99	343,14
1-4	72,71	81,92	61,83
5-14	32,93	37,22	28,39
15-24	52,72	40,23	65,86
25-34	91,08	41,49	144,07
35-44	76,21	56,63	96,47
45-54	79,05	85,12	73,05
55-64	120,18	143,30	98,36
65-74	188,78	232,83	151,30
75-84	274,33	341,94	227,81
85-89	342,32	412,51	307,62
90-94	375,78	445,21	349,09
> 95	352,73	426,09	328,64

Fuente EMH 2006. INE

⁽¹⁾ En la mujeres no ocurre con la misma intensidad, pues para ello habría que descontar el efecto de los ingresos por causas relacionadas con el embarazo y parto.

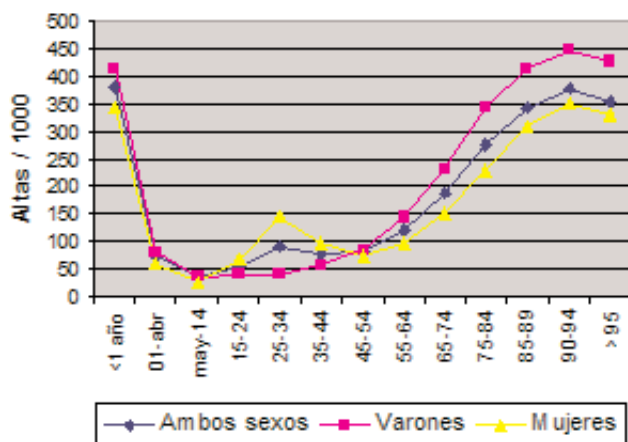


Figura 2.1. Frecuentación hospitalaria por edad y sexo en España (2006)

No sólo la frecuentación hospitalaria es notablemente más elevada en personas mayores, sino que también la estancia media de cada ingreso hospitalario tiende a ser más prolongada en estos grupos de edad (ver Tabla 2.2.):

Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	7	8	6
< 1 año	7	7	7
1-4	4	4	4
5-14	4	4	4
15-24	5	5	4
25-34	4	6	4
35-44	5	7	5
45-54	7	7	6
55-64	7	8	7
65-74	9	9	8
75-84	10	9	10
85-89	10	10	11
90-94	11	11	11
> 95	12	10	12

Fuente EMH 2006. INE

La mayor frecuentación hospitalaria por las personas mayores se acompaña, asimismo, de una mayor utilización de los servicios de consulta médica (Figura 2.2), urgencias (Figura 2.3), hospitalización de día (Figura 2.4) y consumo de medicamentos (Tabla 2.3)^{8,(2)}

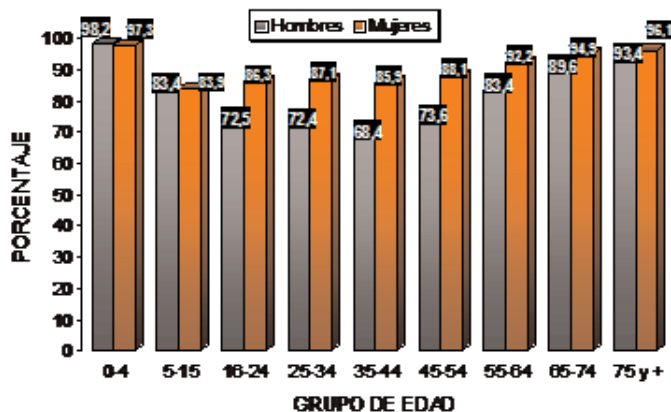


Figura 2.2. Frecuentación consulta médica por edad y sexo, últimos 12 meses (ENS 2006)

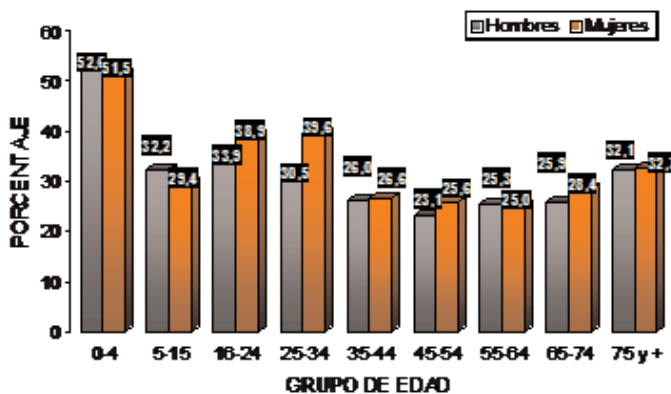


Figura 2.3 Frecuentación urgencias por edad y sexo, últimos 12 meses (ENS 2006)

(2) ENS 2006 (www.ine.es; www.msc.es). Las figuras, que expresan el porcentaje de personas que en cada grupo de edad ha consultado en el transcurso de los últimos 12 meses, están tomadas de la citada publicación.

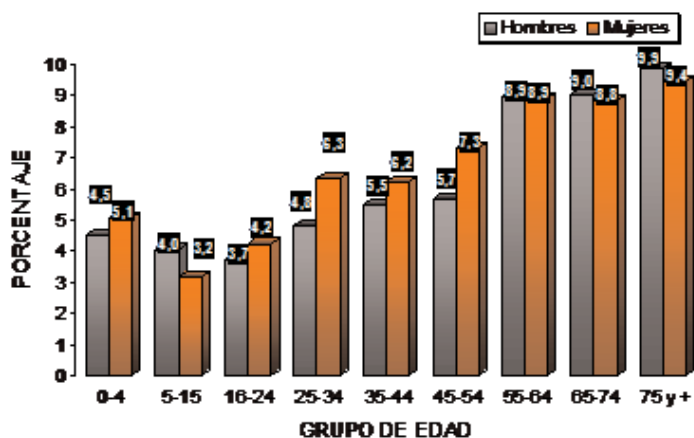


Figura 2.4. Frecuentación hospital de día por edad y sexo, últimos 12 meses (ENS 2006)

Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	61,8%	54,5%	68,8%
0-4	47,9%	48,8%	47,0%
5-15	35,5%	33,5%	37,7%
16-24	47,6%	39,1%	56,4%
25-34	53,4%	44,4%	63,0%
35-44	56,8%	49,0%	65,0%
45-54	65,3%	56,8%	73,7%
55-64	80,1%	74,3%	85,5%
65-74	88,9%	85,0%	91,8%
> 75	93,4%	90,8%	95,3%

Fuente EMH 2006. INE (www.ine.es)

La mayor demanda de recursos sanitarios por las personas mayores coincide con el hecho de tratarse de un grupo que tiene, de forma exponencialmente progresiva, una peor salud subjetiva (Tabla 2.4 y Figura 2.5), una mayor discapacidad y una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, que además se presentan muchas veces de forma simultánea en una misma persona.

Grupos de edad	Total	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Total	100	21,39	48,6	22,46	5,52	2,04
0-4	100	39,73	46,14	11,68	1,57	0,88
5-15	100	40	50,02	8,98	0,72	0,29
16-24	100	33,65	53,64	11,35	0,96	0,4
25-34	100	26,25	54,81	15,51	2,42	1,01
35-44	100	20,54	55,04	19,13	3,47	1,81
45-54	100	12,68	52,27	26,43	6,25	2,37
55-64	100	9,68	42,26	33,84	10,93	3,3
65-74	100	6,98	37,48	39,63	11,6	4,3
> 75	100	5,62	28,73	43,71	16,56	5,39

Fuente EMH 2006. INE (www.ine.es)

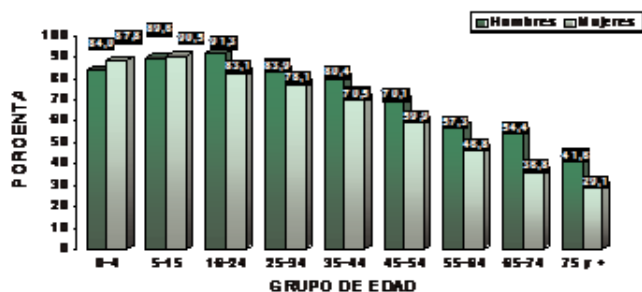


Figura 2.5 Porcentaje de personas que valoran su estado de salud como bueno o muy bueno, por grupos de edad. ENS 2006.

El 14% de las personas mayores de 75 años tiene una limitación muy importante para realizar las actividades de la vida cotidiana, mientras que el 49% tiene alguna limitación de menor intensidad (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Número (en miles) de personas y prevalencia de limitación para desarrollar actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses por grupos de edad.				
Grupos de edad	Limitación grave	Limitación no grave	Prevalencia limitación grave	Prevalencia limitación
Total	1.1765,40	7.512,70	3,98%	20,93%
0-4	17,6	156,5	0,81%	7,99%
5-15	30,4	391,8	0,64%	8,93%
16-24	29	437,9	0,62%	10,02%
25-34	171,6	1.015,90	2,25%	15,60%
35-44	252,3	1018,40	3,48%	17,52%
45-54	237,4	1.133,60	4,02%	23,20%
55-64	286,9	1.133	6,06%	30%
65-74	254,8	1.042,90	6,62%	33,72%
> 75	485,3	1.182,80	14,22%	48,88%
Fuente EMH 2006. INE (www.ine.es)				

De conformidad con los datos proporcionados por la ENS, cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años (Tabla 2.6)

Tabla 2.6. Prevalencia de problemas o enfermedades crónicas por grupos de edad	
Grupos de edad	Prevalencia
Total	1,40
16-24	0,37
25-34	0,57
35-44	0,87
45-54	1,37
55-64	2,15
65-74	2,80
> 75	3,23
Fuente EMH 2006. INE (www.ine.es)	
Elaboración propia ⁽³⁾	

⁽³⁾ Se han considerado los siguientes problemas y enfermedades crónicas: hipertensión arterial; infarto de miocardio; otras enfermedades del corazón; artrosis, artritis o reumatismo; dolor de espalda crónico (cervical y lumbar); bronquitis crónica; diabetes; incontinencia urinaria; cataratas; depresión, ansiedad u otros trastornos mentales; embolia, tumores malignos; osteoporosis; anemia; y problemas de próstata.

Dentro del grupo de riesgo de las personas mayores, la atención al paciente persistentemente sintomático supone un importante reto de organización y gestión, en el que deben implicarse no sólo los servicios sanitarios, sino también los servicios sociales.

2.1. Definiciones: pluripatología, comorbilidad, fragilidad, discapacidad y dependencia

En aras a la adecuada caracterización del concepto de PP que se emplea en este documento, es importante diferenciar lo que consideramos por comorbilidad de lo que asumimos como pluripatología^{9, 10, 11, 12, 13, 14}.

Por **comorbilidad** se suele entender la asociación de cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, que modula el diagnóstico y tratamiento.

La **pluripatología** se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (atención primaria, atención especializada, servicios sociales); demanda, además, que en la mayoría de las ocasiones será imposible programar.

Otros conceptos relevantes son la fragilidad y la discapacidad. Deben definirse para diferenciarlos, entre ellos y de la comorbilidad. La **fragilidad** es un concepto fisiopatológico y clínico que intenta explicar la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas (principalmente osteomuscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de múltiples resultados adversos, como discapacidad, dependencia, hospitalización institucionalización y muerte. Evidentemente no todos los ancianos frágiles tienen comorbilidad ya que, así como ésta traduce un agregado de enfermedades manifiestas en el individuo, la fragilidad realmente nos estaría hablando de un agregado de pérdidas subclínicas.

La **discapacidad**, por su parte, se define como la incapacidad para realizar actividades esenciales de una vida independiente, es decir, se trata de un término utilizado para referirse a los déficit en la actividad de un individuo y las restricciones para su participación en el entorno real en el que

vive. No cabe duda de que en algunas ocasiones, máxime en las personas mayores, tal discapacidad lleva inexorablemente a la **dependencia**, si no se actúa contra ella desde el entorno sanitario, mediante prevención secundaria y terciaria, diagnósticos precisos y tratamientos médicos y rehabilitadores adecuados. Es importante destacar que la dependencia se puede prevenir, minimizar y retrasar si se adoptan las medidas higiénicas, preventivas y asistenciales adecuadas¹⁵.

Indudablemente, ni todos los individuos con fragilidad ni todos los sujetos con comorbilidad tendrán en un momento dado discapacidad, aunque sí sean claros factores predisponentes de la misma; y, a la inversa, ambas se puedan ver exacerbadas por ella. En la figura 2.6, adaptada de Freid⁹, se describen las relaciones entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad encontradas en adultos mayores de 65 años en la comunidad⁽⁴⁾.

Se debe subrayar el hecho de que, **en muchas ocasiones, la dependencia es reversible y que puede ser consecuencia de actuaciones sanitarias inadecuadas, como ingresos prolongados, reposo en cama, fármacos sedantes, etc., que provocan atrofia por desuso, desorientación, etc. Hay circunstancias frecuentes en la vejez (que no son acompañantes inevitables del envejecimiento) que, con un enfoque sanitario adecuado, pueden ser revertidas o al menos atenuadas.** La inclusión de fisioterapeutas y rehabilitadores, en el grupo de profesionales que deben valorar y atender a estos pacientes, contribuye al logro de este objetivo.

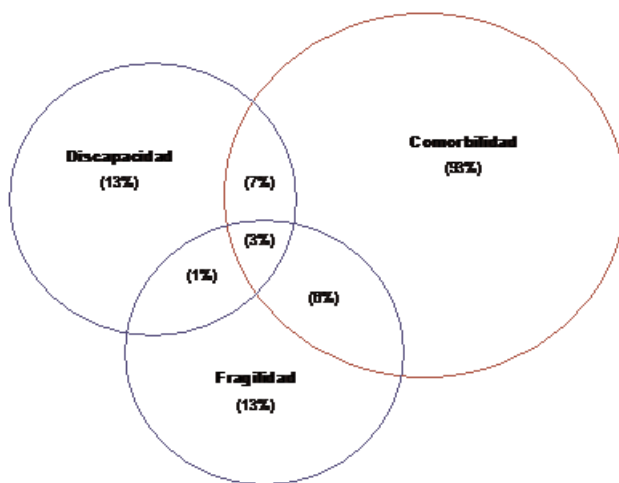


Figura 2.6. Relación entre fragilidad, comorbilidad y discapacidad⁹

⁽⁴⁾ Los porcentajes se expresan sobre una población de 2.762 personas con comorbilidad y/o fragilidad y/o discapacidad. De los 368 que cumplían criterios de fragilidad 46% tenían comorbilidad, 5,7% discapacidad, 22% tenían ambas comorbilidad y discapacidad y un 27% no tenían ni comorbilidad ni discapacidad⁹.

2.2. Antecedentes organizativos y de gestión

Hace años que se conoce la utilidad de las herramientas aportadas por la geriatría (como la valoración geriátrica integral o VGI) en el manejo del anciano frágil¹⁶. En 1984 Rubenstein demostró, en un ensayo aleatorizado¹⁷, cómo los ancianos ingresados en una unidad geriátrica mejoraban su estado funcional, disminuían la institucionalización y tenían una menor mortalidad que el grupo control. En nuestro país también son muchas las publicaciones que demuestran los beneficios de la evaluación geriátrica, tanto para el paciente (disminución de la mortalidad, y de la institucionalización) como para el sistema sanitario (disminución de la estancia media y menores costes)¹⁸. Especialmente interesantes son los documentos que demuestran cómo la intervención geriátrica realizada en PP durante la hospitalización puede disminuir el deterioro funcional tanto en pacientes ingresados en unidades o servicios de geriatría¹⁹, como en ancianos ingresados en otros servicios²⁰.

Para dar respuesta al reto que supone la atención del PP, los países desarrollados han introducido en las últimas décadas distintos modelos organizativos y de gestión. En España tal respuesta ha sido diversa, habiendo adoptado la administración central y los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas distintas soluciones adaptadas al marco sociodemográfico, los recursos asistenciales y de la relación de éstos (en términos de integración o coordinación) con los servicios sociales.

Así, en 1989 el Ministerio de Sanidad y Consumo patrocinó la *I Jornada de asistencia a domicilio en el área de salud*, en cuyas conclusiones se recogía la necesidad de estructurar la modalidad asistencial de HaD de una forma efectiva. Y a través del convenio suscrito entre la Dirección General de Planificación Sanitaria y el INSALUD se establece, por primera vez, los requisitos mínimos de recursos, organización y funcionamiento que deberían cumplir las unidades de HaD. En 1981 se había creado la primera unidad en el Hospital Provincial de Madrid (actual Hospital Gregorio Marañón) y a fecha de hoy pasan de la centena en todo el territorio español, con distinto desarrollo en las diferentes comunidades autónomas en función de su política sanitaria²¹.

La creación de unidades de geriatría en hospitales de agudos, así como en centros sociosanitarios es, asimismo, una respuesta asistencial a este reto.

Cataluña optó en su momento por la creación de una red específica de atención socio-sanitaria especializada (UFISS, PADES, ETODA)²², que atiende a este tipo de pacientes.

Andalucía, por su parte, tras un consenso entre las sociedades regiona-

les de atención primaria y de medicina interna, puso en marcha a principios de esta década la primera UPP, una forma organizativa y de gestión de la asistencia a estos pacientes que ha mostrado interesantes resultados. Estas unidades han surgido con distintas denominaciones y distintos niveles de integración en las unidades o servicios de medicina interna como son la *unidad de continuidad asistencial (UCA)* y la *unidad clínica de atención médica integral (UCAMI)* que comparten la misma misión, cartera de servicios y estructura organizativa que la UPP.

Ollero y cols⁶, se dieron cuenta de que el término “pluripatológico” se utilizaba indistintamente para referirse a la persona anciana frágil, al enfermo polimedicado, al paciente hiperfrecuentador de urgencias, al enfermo reingresador en los hospitales, etc. aunque no era sinónimo de ninguno de estos conceptos y no existía una definición universalmente aceptada del mismo. Sin embargo, todos los profesionales reconocían como características diferenciales de pluripatología la presencia de:

- Enfermedades que el sistema sanitario no cura
- Enfermedades mantenidas en el tiempo y con progresivo deterioro del paciente
- Disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional del paciente
- Importantes repercusiones profesionales, económicas y sociales
- Riesgos múltiples, secundarios a patologías interrelacionadas

Así pues, para la identificación del PP, tanto en el ámbito de la atención primaria como hospitalaria, Ollero y cols. propusieron agrupar sus enfermedades crónicas en categorías clínicas, teniendo presente no incluir los factores de riesgo más prevalentes, sino el daño sobre el órgano diana y la repercusión funcional que éste genera, asignando el calificativo de “pluripatológico” a todo aquel paciente que presentaba enfermedades incluidas en dos o más de las categorías propuestas. Las diferentes publicaciones y comunicaciones, que desde entonces han utilizado la definición de Ollero et al., ponen de manifiesto que, en el entorno hospitalario, los criterios de pluripatología permiten identificar a una población de mayor edad, mayor limitación funcional, mayor mortalidad y mayor consumo de recursos²³.

La prevalencia de PP se ha mostrado superior al 30% en unidades o servicios de medicina interna y cercana al 60% en unidades y servicios con una clara orientación a pacientes crónicos. Un estudio que abarcaba a 24 servicios de medicina interna de Andalucía encontró que el 42% de los pacientes ingresados eran clasificados como pluripatológicos²⁴.

Ya en 1994, Mayoral y cols. encontraron que un 2% de los pacientes de

medicina interna no sólo motivaban un 15% de los ingresos sino que además acumulaban anualmente una media de 3,5 asistencias a consultas externas y 4,5 asistencias a urgencias²⁵. En cada una de estas consultas los pacientes eran atendidos por diferentes profesionales, sin coordinación ni uniformidad de criterios, lo que representaba una dificultad adicional para su control. La puesta en marcha de un programa de pacientes crónicos reingresadores permitió una reducción del 45% de los ingresos hospitalarios, un 26% de días de estancia y un 50% de consultas en urgencias²⁶.

En un servicio de medicina interna de un hospital universitario terciario se encontró que el 38,9% de los ingresos estaban producidos por pacientes con pluripatología y que, en comparación con una cohorte de pacientes generales ingresados en esa unidad, los pacientes pluripatológicos tenían mayor edad, mayor mortalidad, mayor limitación funcional basal al ingreso y al alta, mayor porcentaje de deterioro funcional significativo y mayor consumo de recursos en términos de asistencia urgente (3,6 episodios al año) y hospitalizaciones (1,9 ingresos al año)²⁷.

Otro estudio realizado sobre el total de altas hospitalarias de un hospital de similares características estimó en un 17% el porcentaje de ingresos generados por PP. Estos pacientes, de edad media superior a la media, ingresaban más frecuentemente de forma urgente, generalmente en el área de especialidades médicas; tenían menos derivaciones a domicilio y generaban una estancia media notablemente superior a la media del resto de las altas. Estaban distribuidos por casi todos los servicios del hospital, aunque las especialidades médicas dieron el alta a más de un 75% de ellos. El servicio de medicina interna era responsable de un 31% de los pacientes, mientras que otras especialidades médicas asumían más pacientes. Según datos derivados de este mismo estudio, la mortalidad de los PP fue de casi el 60% a los 4 años del alta, ocurriendo prácticamente el 60% de estos fallecimientos en el ingreso inicial o en el primer año tras el alta⁽⁵⁾.

En unidades y servicios dedicados específicamente a pacientes geriátricos, como las unidades de agudos de los servicios de geriatría, la edad media de los pacientes es más alta (alrededor de 85 años) y la presencia de pluripatología, lógicamente, es mayor (cercana al 90%)²⁷.

En atención primaria hasta el 40% de los PP presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% están polimedicados³⁰, el 34% presentan un índice de Barthel menor de 60 y el 37% tiene deterioro cognitivo³¹. La prevalencia en atención primaria se puede estimar en un 1,38% de la población general lo que representa un 5% en mayores de 65 años de edad³².

⁽⁵⁾ Datos del Hospital Marques de Valdecilla, pendientes de publicación y presentados en congreso nacional de la SEMI (A Coruña, 19-22 de noviembre de 2008).

En los PP, los repetidos episodios de hospitalización condicionan un empeoramiento de su estado funcional provocando el inicio de un deterioro, que se va haciendo progresivo, llevando a su incapacidad funcional e incluso a la muerte. Es necesario, por lo tanto, disponer de escalas, no solo diagnósticas sino también -y muy importante desde el punto de vista pronóstico- útiles para poder identificar grupos de mayor riesgo de mortalidad en el seguimiento a corto y medio plazo. Tales escalas pueden utilizarse de forma paralela al juicio clínico y, de este modo, facilitan las decisiones sobre intervenciones sanitarias que permiten proporcionar al PP unos cuidados de calidad acordes a su situación global, evitando, por ejemplo, procedimientos que puedan ser agresivos y que además conlleven una mala relación coste-beneficio.

Se han postulado varias escalas pronósticas en pacientes de edad avanzada y con múltiples patologías, que contemplan, entre otros aspectos, la situación funcional, la comorbilidad, estado nutricional, etc. y que han sido validadas en la práctica clínica^{33,34,35}. A este respecto el *Grupo de trabajo de PP* y edad avanzada de la SEMI está desarrollando un índice pronóstico (PROFUND) de funcionalidad y mortalidad para estos pacientes, que verá la luz en 2009 y que probablemente resultará ser una valiosa herramienta a tal fin.

Los datos mostrados sirven para ilustrar la magnitud del problema en nuestro país. Cots³⁶ señala que una vez que el colectivo (4%) se ha definido, constatando su extraordinaria repercusión sobre el consumo de recursos (18-20% del coste total de la hospitalización), el reto está en intervenir para disminuir prospectivamente su impacto.

La frecuente reciprocidad entre fragilidad y discapacidad, así como la evolución natural de los PP, obligan a considerar imprescindible la relación de los servicios de asistencia sanitaria destinados a este tipo de pacientes con otros tipos de servicios, como son los sociosanitarios (cuidados paliativos, unidades de recuperación funcional o unidades de media estancia, unidades de larga estancia) y los sociales.

2.3. Estándares y recomendaciones sobre la UPP en el SNS

2.3.1. Autorización y acreditación de centros

Tanto la administración general del estado como la totalidad de comunida-

des autónomas disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros sanitarios. Existen dos tipos de normas: las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

2.3.1.1. Autorización

Todas las comunidades autónomas disponen de normas de autorización de centros sanitarios. Desde la aparición del RD 1277/2003, 10 CC.AA. han modificado su legislación autonómica para adaptarla a esta nueva realidad normativa, en tanto que otras 7 mantienen la previa. En las normas de autorización de centros y servicios sanitarios elaboradas por las comunidades autónomas no existen referencias específicas a la UPP.

2.3.1.2. Acreditación

Se define como un proceso por el que una organización se somete de forma voluntaria a un sistema de verificación externa que evalúa y mide, mediante un conjunto de estándares, el nivel en que se sitúa dicha organización con relación a un conjunto de referentes previamente establecidos, consensuados con los expertos y adaptados al territorio.

Las experiencias de acreditación de centros y servicios sanitarios en España son aún escasas. Dos comunidades autónomas han desarrollado y puesto en marcha sistemas de acreditación de centros posteriores al RD 1277/2003. En algunos casos existen programas de acreditación de algún tipo de centros, servicios o actividades (extracción y trasplante de órganos, reproducción asistida, hemoterapia, etc). Cuatro CC.AA. disponen de normativa y programas oficiales de acreditación de centros sanitarios basados en evaluación externa y voluntaria: Andalucía, Cataluña, Galicia y Extremadura.

Andalucía basa su sistema de acreditación en el Programa de acreditación de centros del Sistema Sanitario de Andalucía⁽⁶⁾. El programa se basa en un patrón de referencia que comprende una serie de estándares característicos del sistema sanitario andaluz. En el sistema de indicadores no hay ninguno referido de forma explícita a la UPP.

Cataluña es la comunidad autónoma que desarrolló en primer lugar un procedimiento oficial para la acreditación de centros sanitarios. El sistema actual es el tercero⁽⁷⁾ y regula la acreditación de centros de atención hospitalaria aguda y el procedimiento de autorización de entidades evaluadoras.

⁽⁶⁾ Andalucía, Resolución de 24 de julio de 2003, de la DG de Organización de Procesos y Formación.

⁽⁷⁾ Generalitat de Cataluña, Decreto 5/2006, de 17 de enero.

Se completa con dos manuales de acreditación con los estándares establecidos^{37,38}, que no hacen referencia a la UPP.

La comunidad autónoma de Galicia estableció en 2001 un sistema de acreditación de centros hospitalarios, regulado por decreto⁽⁸⁾. Es de aplicación a los centros hospitalarios pertenecientes a la red asistencial del Servicio Gallego de Salud y los que actualmente tengan suscritos o quieran suscribir conciertos con éste, deberán obtener el certificado de acreditación previsto en el decreto. No hace referencia a la UPP.

De forma similar a los modelos de Andalucía y Galicia, el sistema extremeño de acreditación de centros de 2005 se orienta a centros sanitarios tanto ambulatorios como hospitalarios con carácter general y no hace referencia a la UPP. Está regulado mediante un decreto y una orden que lo desarrolla⁽⁹⁾.

2.3.1.3. Guías de unidades

Tanto el Ministerio de Sanidad y Consumo como las comunidades autónomas han elaborado guías para algunos tipos de unidades, que sin tener carácter normativo persiguen la elaboración de estándares y recomendaciones. La comunidad autónoma de Andalucía publicó en 2002 el *Proceso asistencial integrado de la atención al paciente pluripatológico*³⁹, que contiene importantes referencias organizativas y de gestión para este tipo de unidades.

2.4. Experiencia internacional y en España

La atención al PP es un reto al que se enfrentan los sistemas sanitarios de los países occidentales desarrollados. En la UE⁴⁰, ⁽¹⁰⁾ el envejecimiento demográfico presenta dos aspectos:

- Desde 1970, un aumento de la esperanza de vida al nacer de 5,5 años para las mujeres y de cerca de 5 años para los hombres. Esta evolución también se traduce en un incremento de la esperanza de vida en buen estado de salud o sin discapacidad.
- Un aumento del número de personas de edad avanzada. En la población europea, el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará de un 16,1 % en 2000 a un 27,5% en 2050, mientras que los mayores de 80

⁽⁸⁾ Galicia, Decreto 52/2001, de 22 de febrero.

⁽⁹⁾ Extremadura, Decreto 227/2005, de 27 de septiembre y Orden 18 de julio de 2006.

⁽¹⁰⁾ <http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11310.htm>

años que representaban un 3,6 % de la población en 2000, alcanzarán un 10 % en 2050.

La Comisión Europea estima que, si se confirman las hipótesis de Eurostat, los gastos públicos de asistencia sanitaria podrían experimentar, durante el periodo 2000-2050, un incremento de 0,7 a 2,3 puntos del PIB.

Tabla 2.7. Estimaciones de la UE
<ul style="list-style-type: none">• Esperanza de vida en 2000: 74,7 para los hombres y 81,1 para las mujeres• Esperanza de vida en 2050 (previsiones de Eurostat): 79,7 para los hombres y 85,1 para las mujeres• Población europea de más de 65 años en 2000: 16,1 %• Población europea de más de 65 años en 2050: 27,5 %• Población europea de más de 80 años en 2000: 3,6 %• Población europea de más de 80 años en 2050: 10 %
Fuente: UE (http://europa.eu/scadplus/leg/es/cha/c11310.htm)

El Observatorio Europeo de la OMS sobre Sistemas y Políticas de Salud señala⁽¹¹⁾ que numerosos países están experimentando con nuevos modelos de provisión de servicios para responder los complejos cambios producidos por la creciente carga de las enfermedades crónicas, rediseñando sistemas que logren una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados. Sin embargo, aunque la integración y continuidad de la provisión de cuidados parecen tener efectos positivos sobre la calidad de la asistencia, la evidencia disponible de la efectividad de los actuales modelos es limitada⁴¹.

Un estudio de la OCDE señalaba, entre sus conclusiones, las siguientes⁴²:

- Los programas dirigidos a problemas específicos (tipo “gestión de la enfermedad”) parecen mejorar la calidad, siendo no concluyente la evidencia sobre su coste-efectividad.
- La coordinación de la asistencia se puede facilitar con una mejor transferencia de la información entre los diferentes ámbitos asistenciales, así como con el uso de las TIC.

⁽¹¹⁾ <http://www.euro.who.int/observatory/Studies>

- Los sistemas de atención ambulatoria deben adaptarse a las nuevas exigencias generadas por pacientes con patologías crónicas⁽¹²⁾.
- La coordinación de la asistencia puede beneficiarse de una mayor integración del sistema sanitario, así como compartiendo recursos sanitarios y sociales, o desarrollando modelos de asistencia integrados.

El Departamento de Salud del Reino Unido estima que un 5% de los pacientes, generalmente con enfermedades crónicas, genera el 42% de las estancias hospitalarias, por lo que ha diseñado un modelo sanitario y social para atender a pacientes con enfermedades crónicas⁴³. La aplicación de un abordaje sistemático a la atención de pacientes con enfermedades crónicas es una de las diez estrategias seleccionadas por la Agencia de Modernización del NHS inglés para mejorar el funcionamiento del servicio⁴⁴. En el desarrollo de este modelo, el Departamento de Salud del Reino Unido ha identificado algunas experiencias de gestión de pacientes crónicos que han obtenido resultados positivos^{45, 46}, como las siguientes:

1) Castlefields Health Centre (UK)

Los logros de esta experiencia son los siguientes:

- Reducción del 15% en ingresos hospitalarios de personas mayores.
- Disminución de la estancia media en un 31% (de 6,2 a 4,3 días).
- Disminución del número de camas utilizadas por este grupo en un 41%.
- Mejor coordinación entre la unidad y otras agencias en la comunidad, lo que propició derivaciones más apropiadas a otros servicios y una respuesta mucho más rápida en la disponibilidad de recursos sociales.

2) Modelo Evercare de gestión de casos para personas mayores en los Estados Unidos^{48, 49}:

Siendo sus resultados:

- Reducción del 50% en ingresos no programados, sin efectos negativos para la salud.

⁽¹²⁾ Asimismo, señala, que:

- Mientras que existe alguna presunción sobre la mejor capacidad de los profesionales de atención primaria para asumir la gestión del paciente pluripatológico, equipos multidisciplinares, que incorporen profesionales sanitarios y no sanitarios pueden estar mejor situados para prestar una asistencia más integral.
 - Los sistemas dominados por proveedores trabajando en consultas aisladas y pagados por acto están peor situados para satisfacer las demandas sanitarias de los pacientes crónicamente enfermos.

- Reducciones significativas en consumo de medicamentos, con beneficios para la salud.
- 97% de satisfacción de familiares y cuidadores y elevada satisfacción de los profesionales.

3) Enfoque de la Veterans Administration (Estados Unidos), en la mejora de la gestión de la enfermedad crónica:

Siendo sus logros:

- Reducción del 50% en tasas de estancias desde 1994 a 1998.
- Reducción del 35% en las tasas de consultas urgentes.
- Moderado incremento en consultas médicas, pruebas de laboratorio y consultas a especialistas.

4) Kaiser Permanente

Existen extraordinarias diferencias en la utilización de estancias entre Kaiser Permanente (y otros proveedores en Estados Unidos) y el NHS inglés⁵⁰. Estas diferencias son debidas en parte a la gestión que esta HMO hace de la enfermedad crónica, facilitada por una mayor integración entre la asistencia primaria y especializada⁵¹. Algunos autores han señalado la relevancia de aspectos de *gobernanza* de las HMO (incluyendo la Kaiser Permanente) que favorecen la implementación y eficiencia de estas formas de integración, como son las presiones competitivas; el importante papel gestor de los médicos en ese tipo de organizaciones; la existencia de incentivos financieros para mejorar la asistencia sobre la base de objetivos acordados entre profesionales y gestores; la identificación de los pacientes de alto riesgo a los que se asigna un cuidado de enfermería intensivo para minimizar los ingresos hospitalarios; y la implementación de programas de gestión de la enfermedad, en los cuales el autocuidado y la educación del paciente⁵² son fundamentales.

Como se puede observar por la relación de iniciativas identificadas por el Departamento de Salud del Reino Unido, existen numerosas experiencias provenientes de las HMO de los Estados Unidos que se están tratando de adaptar a un sistema sanitario con notables diferencias, como es el NHS inglés. El King's Fund ha desarrollado una línea de investigación sobre la mejora de la gestión de las enfermedades crónicas, basada en parte en la comparación de experiencias anglo-americanas^{53, 54}.

En España, Cataluña desarrolló la pionera iniciativa del programa *Vida a los Años*, elaborado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social

en 1986⁵⁵, desarrollando una red específica de servicios sociosanitarios. A pesar de los indudables méritos de la iniciativa, se señala una falta de integración de los circuitos funcionales entre diferentes ámbitos asistenciales, con un sistema excesivamente fragmentado²².

En 1995 el INSALUD publicó las Bases para la *ordenación de servicios de atención sanitaria para las personas mayores*^{56,57}, basando su estrategia en la creación de las *comisiones sociosanitarias* de área de salud, dependientes de las gerencias de atención primaria; en los hospitales generales de agudos se creaban los *equipos de valoración de cuidados geriátricos*. Como desarrollo de esta estrategia, el INSALUD lanza en 1999 el *Programa de atención domiciliaria con equipo de soporte*⁵⁸ (ESAP).

El *Programa de integración y coordinación asistencial* (S-PICA) entre atención primaria, hospital y servicios sociales, ha sido impulsado desde el año 2000 por el Servicio Canario de Salud, la unidad docente de medicina familiar y comunitaria de La Laguna y el Hospital Universitario de Canarias⁵⁹, cuyo foco de atención son los PP, teniendo como elementos nucleares del programa, a modo de servicios formales básicos que deben garantizar, la planificación del alta hospitalaria, la búsqueda de alternativas de cuidados basadas en la familia, como unidad natural de cuidados, y las unidades de atención familiar de los equipos de atención primaria.

En 2002, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía elaboró el *Proceso asistencial integrado de atención al paciente pluripatológico*³⁹, basado en la experiencia de la UPP desarrollada por el Hospital Valme de Sevilla y el Hospital Virgen del Rocío, reeditándolo en 2007⁶. Estas experiencias, así como el modelo de continuidad asistencial del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe⁶⁰ (Sevilla), desarrollan los programas de colaboración entre internistas y médicos de familia propuestos en 1998 por la SEMI y la SEMFYC³. Una aportación fundamental a la integración asistencial en estas experiencias es el papel esencial que se le otorga para la gestión de casos a la relación personalizada entre el internista hospitalario y el médico de familia de atención primaria. Experiencias similares se han desarrollado en otros hospitales del SNS⁷. Servicios de salud de otras comunidades autónomas han desarrollado sus propios modelos de atención a los PP^{61, 62, (13)}.

(13) La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía proporciona una completa información de las iniciativas de las comunidades autónomas a través del *Observatorio de prácticas innovadoras en el manejo de enfermedades crónicas* (<http://www.opimec.com/practicas/practicas-en-espana>).

2.5. Definición de la unidad de pacientes pluripatológicos

La unidad de pacientes pluripatológicos (UPP) atiende a un concepto organizativo y se define como **una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes con pluripatología⁽¹⁴⁾ y cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia para realizar esta actividad.**

Aunque en el capítulo 5 se desarrolla ampliamente, parece oportuno señalar desde el principio los **aspectos organizativos que definen a la UPP:**

1. La **vinculación entre el médico especialista hospitalario** responsable de la unidad y **los médicos del ámbito de atención primaria, dentro de un marco geográfico y poblacional determinado, para la atención sistemática a los PP.** Debe existir, por tanto, una relación mantenida entre el médico especialista, los médicos del ámbito de atención primaria y una población definida de PP.
2. La UPP debe disponer de un **amplio abanico de modalidades asistenciales** que permiten garantizar la atención a los PP en el momento y lugar más adecuado.

La **UPP básica está formada por un médico especialista hospitalario (generalmente internista) y el personal de enfermería y auxiliar que cuida de los pacientes pluripatológicos en el ámbito hospitalario (unidad de hospitalización y unidad de día).** La vinculación y trabajo conjunto con los profesionales de atención primaria es un requisito básico de su funcionamiento.

Ambos criterios se expresan de forma gráfica en las figuras 2.7 y 2.8. En el capítulo 5 se establecen los requisitos organizativos mínimos imprescindibles para la UPP, así como las variables más frecuentes en la configuración organizativa y cartera de servicios de estas unidades.

Otro aspecto relevante, que conviene señalar es que, a partir de los dos principios organizativos expuestos, la UPP deben adaptarse con **flexibilidad** a los criterios de gestión de cada institución sanitaria.

⁽¹⁴⁾ Ver definición en el punto 5.3

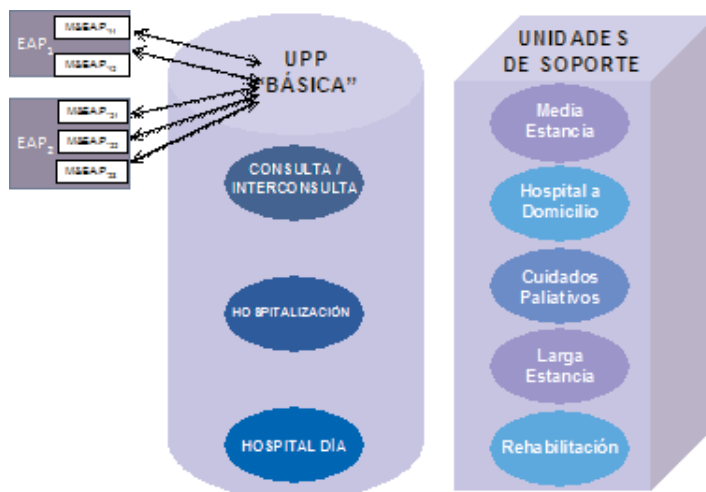


Figura 2.7. Modalidades asistenciales de la UPP, unidades de soporte y vinculación con los profesionales de atención primaria⁽¹⁵⁾

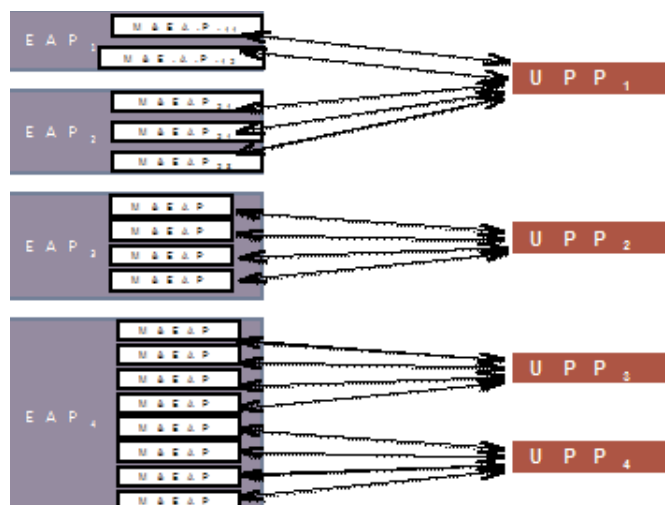


Figura 2.8. Vinculación entre equipos de atención primaria y UPP en una hipotética área de salud

⁽¹⁵⁾ EAP: Equipo de atención primaria
M&EAP: médico y enfermera de atención primaria.

3. Derechos y garantías de los pacientes y cuidadores

Los centros sanitarios deberán observar y respetar los derechos de los pacientes recogidos en la legislación sanitaria.

Los familiares o acompañantes adquieren una dimensión adicional en su papel como cuidadores del PP. Para la evolución longitudinal de muchos de los pacientes atendidos en la UPP es fundamental la participación activa e informada del cuidador/a, lo que implica formación e información. La persona cuidadora es un recurso para el PP y un cliente de la UPP.

En este apartado se recogen con cierto detalle aspectos sobre la información a pacientes y cuidadores de estas unidades y, de forma general, aquellos otros incluidos en la normativa y que deben de ser tenidos en cuenta en este tipo de unidades y, en su caso, en los centros sanitarios en donde se ubican.

3.1. Información a pacientes y cuidadores

La implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención a pacientes con pluripatología. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

La información que debe entregarse a los pacientes atendidos en la UPP atenderá a los siguientes aspectos:

- Información sobre las características generales de la UPP.
- Información detallada sobre los procesos patológicos, su diagnóstico y su tratamiento y cuidados en la UPP.
- Consentimiento informado, que será por escrito en los supuestos contemplados por la normativa.
- Instrucciones y recomendaciones: se pondrá especial atención en que el paciente y su cuidador entiendan la estrecha relación entre la UPP y el médico y enfermera responsables en el ámbito de atención primaria y, en su caso, la enfermería de enlace o gestora de casos⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁶⁾ Recurso previsto por algunos servicios de salud como elemento de coordinación de los recursos sanitarios y sociales

3.1.1. Información sobre las características generales de la UPP

Se recomienda que la información de acogida (folleto, tríptico) incluya, al menos, una descripción de los diferentes recursos relacionados con las modalidades asistenciales en los que puede ser atendido el paciente atendido por la UPP, así como advertencias o consejos especiales sobre su acceso o utilización. La inclusión de fotografías de la UPP y sus recursos puede ayudar a la comprensión del funcionamiento de esta unidad.

Se debe facilitar información amplia y ordenada sobre las condiciones que rodean la estancia de los PP en los diferentes recursos de la UPP: horario y forma de acceso y comunicación con la unidad, normas para acompañantes, uso de la sala de espera, utilización del teléfono, posibilidad de elección de menú, horario de comidas, utilización del televisor, etc.

3.1.2. Información sobre los procesos patológicos, su diagnóstico, tratamiento y cuidados en la UPP

Con independencia de la modalidad asistencial en que el PP sea atendido en la UPP, se recomienda que la información aportada al paciente conste de los siguientes apartados:

- Nociones elementales sobre las enfermedades que tiene el paciente y motivan su alta en la UPP
- Nociones elementales sobre los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y de cuidados realizados en la UPP
- Los profesionales informará al paciente y cuidador sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia del plan de cuidados y tratamiento.

3.1.3. Consentimiento informado

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito⁽¹⁷⁾.

Se recomienda que exista un modelo de consentimiento informado con información particularizada por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico de estas características incluido en la cartera de servicios de la UPP.

La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente y su familia/cuidadores puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley 41/2002⁽¹⁸⁾, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En ella se define el consentimiento informado como *la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.*

El consentimiento informado abordará de forma específica los aspectos relativos al procedimiento a realizar y el tipo de régimen asistencial (ambulatorio/ingreso).

El documento debe incluir unos apartados mínimos de información:

- Identificación del enfermo, del médico, que indica y pide el consentimiento, y de los servicios médicos que lo llevarán a cabo.
- Nombre, descripción y objetivos del procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Riesgos generales y específicos personalizados.
- Beneficios esperados y alternativas diagnósticas/terapéuticas.

⁽¹⁷⁾ Se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos de repercusión sobre la salud del paciente.

⁽¹⁸⁾ B.O.E. nº 274 de 15 de noviembre de 2002

- Información del derecho a aceptar o a rehusar lo que se le propone y a retractarse del consentimiento ya decidido, e información del derecho a explicitar los límites que crea convenientes.
- Confidencialidad y uso de datos.
- Fecha del consentimiento.
- Apartado diferenciado para el consentimiento del representante legal.
- Declaraciones y firmas (paciente y médico).

El documento de consentimiento informado será emitido por duplicado (una copia para el paciente/tutor legal y otra para la historia clínica) y el paciente podrá disponer de un facultativo para aclarar dudas o ampliar la información.

En el caso de que sea necesario algún tipo de anestesia, es precisa la obtención de consentimiento informado sobre la técnica anestésica, una vez valorado el riesgo anestésico e informado el/la paciente, de forma clara, sobre el acto anestésico.

3.2 Atención a la persona cuidadora⁽¹⁹⁾

El cuidador principal de pacientes crónicos y discapacitados es la persona que habitualmente proporciona cuidados a una persona enferma o con discapacidad, física o psíquica, que le impide ser autónoma. Se distingue así de otros cuidadores que intervienen, ocasional o intermitentemente.

Los planes de cuidados del PP, especialmente de aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención del cuidador/a.

El trabajo con cuidadores no debe ceñirse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados del PP, sino que también debe incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas.

La atención al cuidador/a no concluye con el fallecimiento del PP, sino que se prolonga tras él, con objeto de prevenir, identificar precozmente y tratar la aparición de duelos patológicos o alteraciones mentales.

Todos los profesionales que trabajan con los PP (de medicina, de enfermería, de trabajo social, personal administrativo y otros) deben colaborar en la atención del cuidador/a.

⁽¹⁹⁾ Tomado de Ollero M (Coord.), Cabrera JM, Ossorne M y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2002 39.

La atención al cuidador/a debe adaptarse a la organización de cada unidad y en ella cabe identificar las actividades que se relacionan a continuación:

- Identificación de la persona cuidadora principal del PP
- Valoración sociofamiliar y registro, incluyendo los apartados referidos a la persona cuidadora.
- Atención al cuidador incluida en la estrategia de atención al PP, responsabilizando a los profesionales de la UPP.

Cada UPP debe definir la metodología para realizarlas, el responsable de las mismas y *dónde* (domicilio, centro de salud,...), *cómo* (entrevistas, en grupo, consulta...) y *cuándo* se realizan, en muchos casos en coordinación con atención primaria.

Algunos de los criterios de atención al cuidador/a son los siguientes:

- Informar al cuidador/a clara y concretamente sobre la enfermedad del PP, probable evolución, pronóstico y desenlace.
- Adiestramiento del cuidador/a en la realización de cuidados fundamentales y en las técnicas necesarias para con la persona enferma, todo ello con la menor carga de trabajo posible para él.
- Facilitar la gestión adecuada de su tiempo.
- Promover la satisfacción de las necesidades del cuidador/a, en cuanto a:
 - Reposo físico y psíquico, estimulando la realización de actividades gratificantes y sus relaciones sociales.
 - Apoyo familiar, mejorando la comunicación, favoreciendo el reparto de tareas de cuidado, afrontando la toma de decisiones entre todos, etc.
 - Atención a sus problemas de salud detectando la aparición de síntomas de claudicación tanto relacionados con el esfuerzo (dolor mecánico crónico, artralgias, cefaleas, astenia...) como psíquicos (insomnio, depresión, ansiedad...).
 - Apoyo en encarar y adaptarse al proceso de enfermedad del PP.
- Provocar en el cuidador/a la reflexión y promover la modificación de los pensamientos inadecuados (culpa, ineficacia o vergüenza).
- Proponer siempre objetivos realistas con respecto a la persona enferma.
- Reforzar los logros, aumentando la autoestima del cuidador/a.
- Anticipar situaciones que puedan resultarle estresantes, como la posible aparición de complicaciones, accidentes o la enfermedad del propio cuidador, elaborando alternativas.

- Informar y poner en contacto al cuidador/a con los recursos sociales disponibles (como el voluntariado, la ayuda domiciliaria, los centros de día y las ayudas técnicas), haciendo siempre un uso racional de los mismos e incorporándolos de forma progresiva y cuando sean necesarios.
- En el caso de pacientes terminales o con pocas expectativas de vida, detectar en el cuidador riesgos de duelo patológico para su control y apoyo antes (preparando al cuidador para la pérdida) y después del fallecimiento del PP.
- Cuando sea necesario, poner a su disposición apoyo instrumental:
 - Prestaciones complementarias (material ortopédico, fungibles y otros).
 - Ayudas sociales, programas de descanso del cuidador.
- Facilitar al cuidador la accesibilidad de los servicios (horarios, visitas domiciliarias, teléfonos de contacto y otras medidas que agilicen la comunicación).

3.3 Garantías de los derechos de los pacientes

Los centros sanitarios en donde existan UPP deberán disponer de la siguiente documentación y procedimientos, además de aquellos más específicos incluidos en el apartado 3.1:

- a) La cartera de servicios.
- b) El plan de acogida.
- c) El código ético.
- d) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
- e) Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- f) Las historias clínicas.
- g) Procedimiento sobre Instrucciones previas.
- h) Los informes de alta médica y de enfermería.
- i) Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- j) El libro de reclamaciones y sugerencias.
- k) La póliza de seguros.

Se deberá garantizar el derecho de acceso a estos documentos por parte de los pacientes o personas vinculadas por razones familiares o de hecho, en los términos señalados en la legislación vigente, a excepción de los señalados en las apartados d), e) e i).

A continuación se desarrollan, con especial referencia a la UPP, algu-

nos aspectos relativos a estos derechos. Los apartados de cartera de servicios, historia clínica, e informe de alta, están contemplados en el capítulo 5 de este documento.

3.3.1. Plan de acogida

Los hospitales incluirán en el plan de acogida habitualmente destinado a los pacientes ingresados, información sobre la UPP. Esta unidad debe contar con un documento destinado a los PP, con independencia de la modalidad asistencial con la que se relacionen con la unidad y en el que se recoja la información general señalada en el apartado 3.1.1 y 3.1.2, así como la relacionada con el listado anterior de derechos y deberes del paciente.

3.3.2. Código ético

Los centros sanitarios dispondrán de un código ético, en el que se plasme el conjunto de principios y reglas éticas que inspirarán su actividad, de acuerdo con la deontología profesional.

3.3.3. Guías de práctica clínica

Como en el resto de unidades y servicios del hospital, la UPP dejará constancia documental fehaciente de las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados que apliquen en cada una de las prestaciones de su cartera de servicios, junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.

3.3.4. Procedimientos de ensayos clínicos

La realización de ensayos clínicos deberá sujetarse a las condiciones y garantías establecidas en su legislación específica.

3.3.5. Lista de precios

Todos los centros sanitarios deberán disponer de una lista de precios a disposición de los usuarios, que deberá ser comunicada a la administración competente de acuerdo con la normativa específica en la materia.

3.3.6. Reclamaciones y sugerencias

Los centros sanitarios tendrán a disposición de los usuarios hojas de reclamaciones y sugerencias que permitan dejar constancia de las quejas, reclamaciones, iniciativas o sugerencias relativas a su funcionamiento que estimen convenientes.

Su existencia se señalará de forma visible y su situación deberá ser la más accesible para hacer posible su identificación y uso.

Los usuarios de la UPP tienen derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

Las quejas, reclamaciones, iniciativas y sugerencias deberán ser objeto de evaluación periódica.

3.3.7. Seguro de responsabilidad

Los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, deberán disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

Los centros sanitarios privados en donde existan UPP deberán disponer de póliza de seguro de responsabilidad acorde con su actividad para hacer frente a las eventuales indemnizaciones por daños a los pacientes de los que deban responder.

3.3.8. Archivo de pólizas

Los centros y, en su caso, los profesionales sanitarios por cuenta propia deberán conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas.

4. Seguridad del paciente

Los avances en medicina han modificado completamente el pronóstico y el tratamiento de muchas enfermedades. Sin embargo, esta evolución ha ido acompañada de numerosos factores, especialmente de un enorme incremento en la complejidad, la especialización y la segmentación de la asistencia, que han condicionado un incremento de riesgo y de daños para los pacientes. En el momento actual se considera que la provisión de asistencia sanitaria entraña unos riesgos inaceptables en comparación con otras actividades o incluso otras situaciones consideradas de riesgo. Con la excepción de la mortalidad derivada de la anestesia, tanto la hospitalización como la exposición a medicamentos en los hospitales se asocian a una mortalidad mayor que la atribuida a las armas de fuego y a los accidentes de tráfico⁶⁴.

Los errores asistenciales tienen consecuencias graves para los pacientes y sus familias, generan un coste asistencial y económico muy elevado, erosionan la confianza de los pacientes en el sistema y dañan a las instituciones y a los profesionales sanitarios que son, sin duda, su segunda víctima. Por ello, la seguridad del paciente constituye hoy en día una prioridad para las principales organizaciones de salud, como la OMS⁶⁵, organismos internacionales, como la Unión Europea⁶⁶ y el Consejo de Europa⁶⁷ autoridades sanitarias, sociedades profesionales y organizaciones de pacientes.

En España, el Ministerio de Sanidad y Consumo, en su responsabilidad de mejorar la calidad del sistema sanitario en su conjunto, como marca la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS⁶⁸, ha considerado que la seguridad del paciente es un componente clave de la calidad y la ha situado en el centro de las políticas sanitarias. Así se refleja en la estrategia número ocho del Plan de Calidad del SNS², cuyo objetivo es mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en los centros sanitarios del SNS a través de distintas actuaciones, entre las que se encuentran: promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales y los pacientes; diseñar y establecer sistemas de información y notificación de efectos adversos para el aprendizaje; e implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del SNS. Esta estrategia se basa en las recomendaciones de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS y de otros organismos internacionales⁶⁹.

Este capítulo recoge algunas recomendaciones y prácticas dirigidas a mejorar la seguridad de los pacientes durante su asistencia en la UPP y cuando se trasladan a otros servicios o unidades del propio hospital o de atención primaria.

Algunas de las prácticas aquí recogidas se encuentran en una fase inicial de implantación en nuestro país. Se trata de prácticas innovadoras, propuestas conforme ha aumentado el conocimiento en el área de la seguridad del paciente. Su implantación es lenta, ya que implican un profundo cambio en la cultura de las organizaciones o conllevan inversión en tecnología, personal y formación⁷⁰.

Cabe destacar que la implantación de algunas de las prácticas básicas para la seguridad del paciente, como es la disponibilidad de historia clínica electrónica o la prescripción electrónica, está determinada por la política de la comunidad autónoma o del centro sanitario y no son específicas de la UPP, por lo que no se desarrollan en este capítulo.

4.1. Cultura de seguridad

La creación de una cultura de seguridad se considera como un paso decisivo para lograr la mejora de la seguridad del paciente y constituye la primera práctica segura recomendada por el Comité de Sanidad del Consejo de Europa, el *National Quality Forum* y otras organizaciones^{67, 71, 72}. Según el *US Department of Veterans Affairs* la cultura de seguridad podría entenderse como “todas aquellas características de una organización, como los valores, la filosofía, las tradiciones y las costumbres que conducen a un comportamiento de búsqueda continua, tanto individual como colectiva, de la forma de reducir al máximo los riesgos y los daños que se pueden producir durante los distintos procesos de provisión de la asistencia sanitaria”⁷³.

Una cultura de seguridad es una cultura en la que la organización, los procesos y los procedimientos de trabajo están enfocados a mejorar la seguridad. Todos los profesionales están concienciados de manera constante y activa del riesgo de que se produzcan errores, o dicho de otra manera “de que algo puede ir mal”; y de que tienen un papel y contribuyen a la seguridad del paciente. Es una cultura abierta, donde los profesionales son conscientes de que pueden y deben comunicar los errores, de que se aprende de los errores y de que las medidas se introducen para evitar que los éstos se repitan (cultura de aprendizaje)⁷¹.

Se debe fomentar la creación y mantenimiento de una cultura de seguridad en los centros sanitarios en que se encuentre ubicada la UPP. Ello supone el desarrollo de las actuaciones⁷² que se señalan a continuación:

- Establecer y mantener un liderazgo que promueva una cultura de seguridad.
- Evaluar periódicamente la cultura de seguridad, comunicar los resulta

- dos y tomar medidas para mejorarla.
- Formar a los profesionales en técnicas de trabajo en equipo y de los principios de reducción de errores.
 - Establecer programas de notificación y aprendizaje, para identificar y analizar los incidentes que se producen y las situaciones de riesgo, y aplicar y evaluar acciones de mejora en relación con los mismos.

La UPP debe analizar los incidentes de seguridad que hayan ocurrido en la unidad con objeto de establecer las medidas de prevención pertinentes. El Institute for Healthcare Improvement recomienda la realización diaria al comienzo o al final de cada jornada de reuniones informativas de seguridad (safety briefings) de 5 minutos, para comentar problemas o situaciones de seguridad, ya que incrementa la concienciación entre los profesionales y promueve una cultura de seguridad .

Debe realizarse un análisis de riesgos proactivo (mediante un AMFE o similar) **de aquellos procedimientos que puedan suponer un mayor riesgo en la UPP**, con el fin de identificar los posibles fallos que puedan existir e implantar medidas para subsanarlos. Se recomienda efectuar al menos un análisis al año proactivo y siempre que se introduzca una nueva técnica o procedimiento de riesgo.

Se debe fomentar desde la UPP, el flujo de comunicación con atención primaria respecto a temas de seguridad de pacientes, incluyendo regularmente la discusión sobre incidencias de seguridad registradas y la revisión de temas de seguridad del paciente en las reuniones y sesiones conjuntas con atención primaria.

Se debe promover la formación de los profesionales de la UPP en materia de seguridad, incluyendo temas de seguridad en los programas de acogida y de formación continuada.

Se debe actualizar regularmente la información sobre seguridad del paciente y sobre prácticas basadas en la evidencia científica que hayan sido eficaces en la reducción de errores, con el fin de valorar la introducción de nuevas medidas que puedan ser útiles y establecer mejoras continuas en la seguridad de los pacientes atendidos en la UPP.

4.2. Comunicación durante el traspaso de pacientes

Un PP puede ser atendido por distintos profesionales en múltiples unidades (p.e. atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención hospitalaria), en alguna de las cuales puede encontrarse con personal organizado en turnos. La comunicación entre las unidades

en el momento del traspaso del PP o personal de diferentes turnos puede ser incompleta o permitir la interpretación incorrecta, lo que supone un riesgo de seguridad para el paciente. Además, la complejidad de los PP incrementa su vulnerabilidad a los defectos de comunicación⁷⁵.

La comunicación en el momento del traspaso de pacientes está relacionada con el proceso de pasar de un prestador de atención a otro, o al paciente y su familia, la información específica de un PP, a efectos de asegurar la continuidad y la seguridad de la atención. **Aumentar la efectividad de la comunicación entre los profesionales implicados en la atención al paciente durante el traspaso es un objetivo de seguridad prioritario** para la grupos líderes en seguridad como la OMS⁷⁶, la Joint Commission⁷⁷ y el Nacional Quality Forum⁷².

Debe estandarizarse la comunicación tanto entre los profesionales en los cambios de turno o de recurso en la propia UPP, como en el momento del traspaso del PP entre distintas unidades de atención. Para ello se recomienda:

- El uso de técnica SBAR , modelo de lenguaje común para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados:
 - S = Situation (Situación)
 - B = Background(Antecedentes)
 - A = Assessment (Evaluación)
 - R = Recommendation (Recomendación).
- La asignación de tiempo suficiente para comunicar la información importante y para formular y responder preguntas sin interrupciones.
- Debe **estandarizar el alta** para garantizar que el paciente y su siguiente prestador de atención sanitaria dispongan en el momento oportuno de la información clave referente a los resultados de pruebas, diagnósticos, plan de tratamiento, plan de cuidados y medicamentos. El uso de checklist^{75, 79} facilita la transferencia eficaz de la información clave tanto al paciente como al siguiente prestador de asistencia sanitaria.

4.3. Seguridad del uso de los medicamentos

Los medicamentos constituyen la intervención sanitaria más frecuente, por lo que no es de extrañar que sean una de las principales causas de efectos adversos en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en el ámbito ambulatorio. En nuestro país, los estudios ENEAS y APEAS revelaron que los medicamentos eran la causa del 37,4% de los efectos adversos detectados en pacientes hospitalizados y del 47,8% en pacientes ambulatorios, respectivamente^{80,81}.

El proceso de envejecimiento conlleva una serie de cambios, principalmente en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos, que hace que los ancianos sean más vulnerables a los efectos de la medicación y que presenten una mayor incidencia de acontecimientos adversos por medicamentos que otros grupos de edad.

El tratamiento con varios medicamentos, muy frecuente en la situación de pluripatología, incrementa el riesgo de que se produzcan acontecimientos adversos por la medicación.

Si bien algunos de estos acontecimientos adversos son inevitables, muchos de ellos son prevenibles ya que se producen como consecuencia de errores de medicación. Los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos afectan entre un 4,4 y un 43% de los pacientes mayores de 65 años, en función del método empleado y el ámbito del estudio (pacientes hospitalizados, ambulatorios o en residencias de ancianos)^{82, 83}. La reducción de los errores de medicación en la UPP mejora la calidad y seguridad de la asistencia de los PP.

Los tipos de errores asociados más frecuentemente con los incidentes prevenibles detectados en ancianos son la prescripción incorrecta (principalmente de dosis elevadas o de medicamentos inapropiados para la edad o patología subyacente), el seguimiento insuficiente de los tratamientos y la falta de adherencia al tratamiento⁸⁴.

Una parte de los errores de medicación se producen en los procesos de transición asistencial, fundamentalmente por problemas en la comunicación de la información sobre la medicación entre los profesionales responsables o entre éstos y los pacientes. Estos errores dan lugar hasta un 20% de los acontecimientos adversos en hospitales y un porcentaje importante de los reingresos hospitalarios^{85,86}. Por ello, actualmente **se recomienda que se promueva la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales**^{72,76,77,82,83, 87}.

La UPP oferta a los PP varias modalidades asistenciales. Considerando tanto los procesos que configuran el sistema de utilización de medicamentos en hospitales como en atención primaria (Figuras 4.1 y 4.2) y los procesos más proclives a errores de medicación en estos pacientes, a continuación se recogen algunas prácticas que sería conveniente implantar en la medida de lo posible en la UPP.

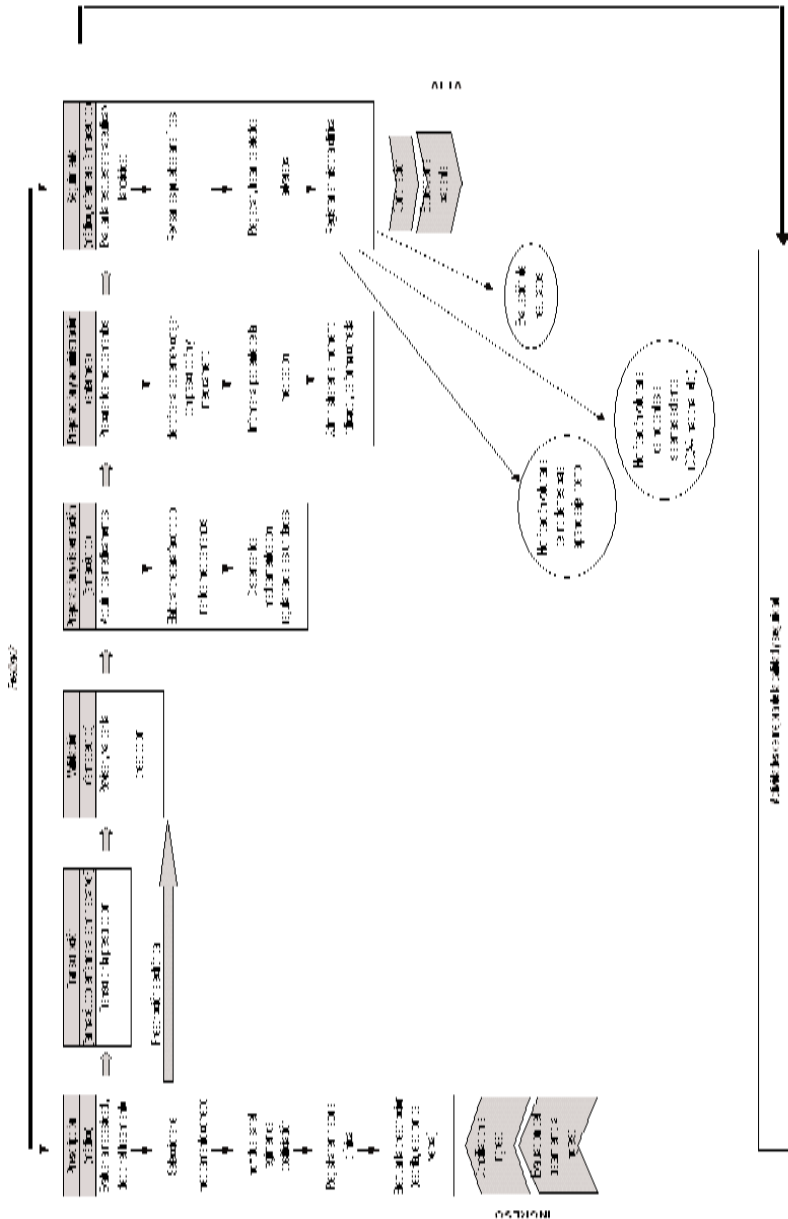


Figura 4.1. Procesos que configuran el sistema de utilización de los medicamentos en los hospitales (Modificado de Aspden⁸⁴)

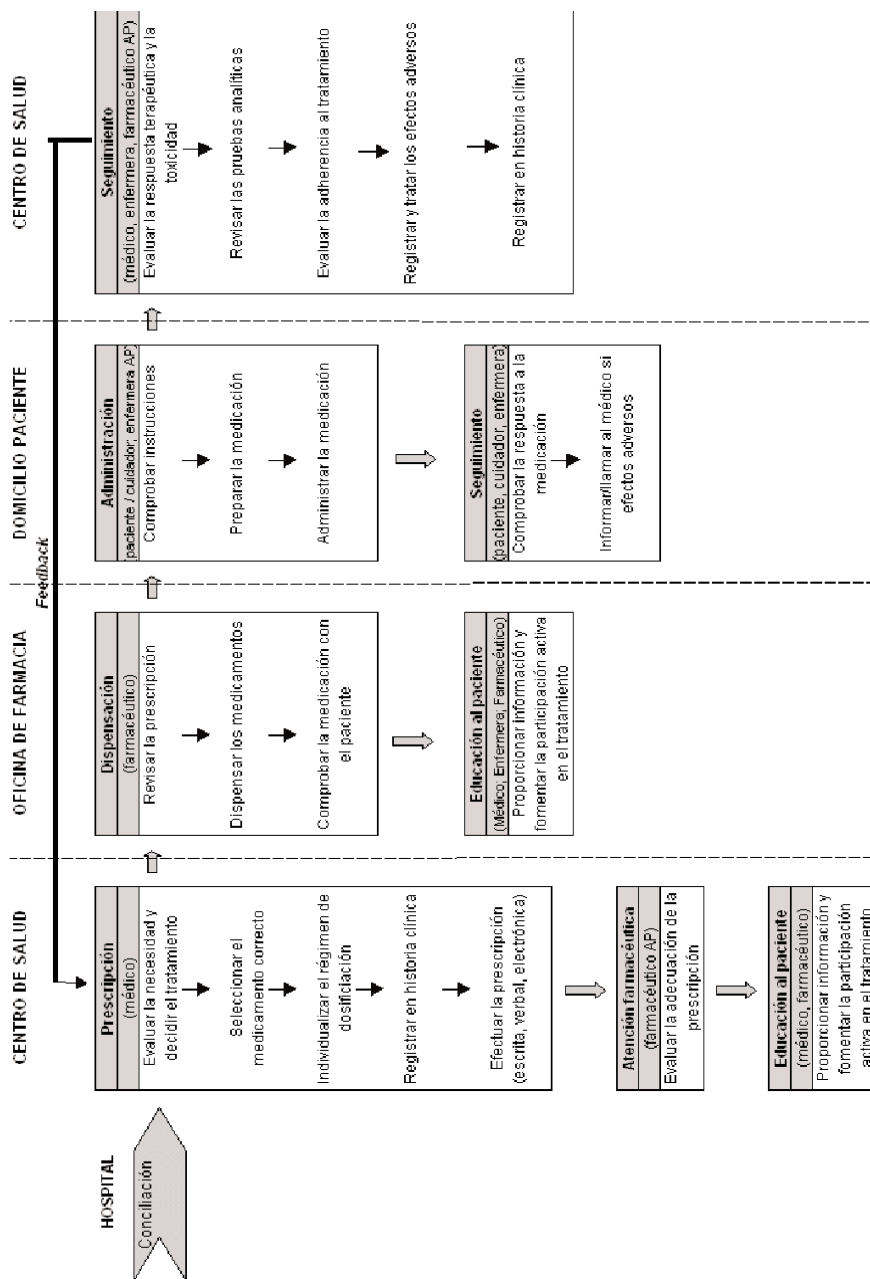


Figura 4.2. Procesos que configuran el sistema de utilización de los medicamentos en atención primaria (Modificado de Aspden⁸² y Galt⁸⁹)

4.3.1. Recomendaciones generales

La UPP seguirá los procedimientos generales establecidos en el centro para garantizar la seguridad en los procesos de prescripción, almacenamiento, preparación y administración de medicamentos.

Se prestará especial atención a los medicamentos de alto riesgo que se manejen en la UPP, para los que se revisarán las condiciones de almacenamiento y se establecerán directrices que aseguren la estandarización de su preparación y administración (concentraciones de las soluciones para infusión, velocidades de administración, criterios para utilización de bombas de infusión, etc.). Estas directrices se revisarán y actualizarán anualmente.

4.3.2. Prácticas de mejora de la prescripción

Se debe fomentar desde la UPP la implantación de nuevas tecnologías de la información y comunicación, especialmente la disponibilidad de historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción electrónica asistida. Para mejorar la seguridad de los PP se recomienda implantar un sistema de prescripción electrónica integrado en la historia del paciente y conectado con el sistema de laboratorio, con el fin de que alerte sobre la necesidad de realizar ajustes en la dosis de los medicamentos. Debe incluir alertas sobre alergias, dosis máximas, medicamentos inapropiados en ancianos, interacciones medicamento-medicamento y medicamento-enfermedad.

Se dispondrá de protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia sobre las principales enfermedades tratadas en la UPP, con el fin de estandarizar la prescripción y el seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos. Estos protocolos contemplarán la adecuación de la dosificación en pacientes ancianos.

Se evitará la prescripción de medicamentos (Anexo 1) considerados inapropiados para los ancianos por presentar una relación riesgo / beneficio desfavorable en estos pacientes y existir otras alternativas terapéuticas^{89,90, 91}. Si es posible, se incluirán estos medicamentos en las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida.

En el momento de la prescripción se realizará sistemáticamente un ajuste de la dosis de los medicamentos considerando la edad, la función renal y la función hepática del paciente.

Se procurará simplificar al máximo el tratamiento, utilizando formulaciones de liberación retardada, medicamentos con pautas semanales, mensuales, etc., así como adecuar la forma farmacéutica a las características del paciente, como por ejemplo con el uso de formas efervescentes para aque-

llos pacientes con problemas de deglución.

Cuando se realice la prescripción al alta (o en consulta) se facilitarán al paciente recetas oficiales (electrónica o manual), especialmente si se efectúan cambios en el tratamiento. En este sentido, sería conveniente que se dotara a la UPP en todas sus consultas y al alta de sistemas informáticos de prescripción de recetas conectados a los sistemas del servicio de salud o del hospital, o bien delegar esta función en las unidades o servicios de farmacia hospitalaria que presten esta función.

4.3.3. Conciliación y revisión de la medicación al ingreso

Al ingreso del paciente (o en consulta) se debe obtener un perfil farmacoterapéutico completo que incluya los medicamentos que toma con y sin receta, así como las plantas medicinales y tratamientos alternativos o complementarios. Para ello es preciso entrevistar al paciente (o cuidador) para verificar el tratamiento real del paciente. Una vez obtenido el perfil, **se efectuará una revisión pormenorizada de la medicación domiciliaria antes de prescribir nuevos medicamentos, para evaluar la adecuación de la medicación**⁹² (indicación, efectividad, dosificación, etc.).

Se utilizará un procedimiento estandarizado para comparar y conciliar la medicación del paciente previa al ingreso (o en consulta) con los medicamentos prescritos al ingreso (o en consulta) (Anexo 2). Cualquier discrepancia no justificada que se observe (omisiones, duplicidades, interacciones, etc.) se solucionará y se registrará.

Se recomienda la colaboración de las unidades o servicios de farmacia hospitalaria para realizar estas intervenciones de educación y conciliación del tratamiento al ingreso^{72,84}.

4.3.4. Conciliación al alta y educación al paciente

Cuando el paciente es dado de alta (o en consulta) y se transfiere a atención primaria se proporcionará una lista completa (y conciliada) de la medicación para los profesionales que serán responsables de la continuación de la asistencia. Se harán constar los cambios que se hayan realizado con respecto a la medicación previa del paciente.

Se proporcionará a los pacientes (o cuidadores) información oral y escrita sobre los medicamentos que se prescriban al alta hospitalaria (o en consulta) y se les instruirá para que puedan consultar cualquier duda con la medicación. La información proporcionada será clara y comprensible.

Se explicará al paciente y/o o cuidador las modificaciones que se hayan producido respecto al tratamiento previo a su ingreso (o atención ambula-

toria) en la UPP.

La información escrita incluirá una lista del tratamiento domiciliario al alta del paciente (o plan farmacoterapéutico) que especifique: nombre genérico y, si no se receta por principio activo, comercial, pauta posológica, horario de administración, indicación, duración del tratamiento, posibles efectos adversos y observaciones importantes. Se recomienda disponer de programas informáticos, que facilitan la planificación horaria del tratamiento en un formato claro y atractivo e incluyen pictogramas, fotografías de los envases, recomendaciones generales de uso y otras ayudas. Contribuyen a evitar errores de administración y mejoran la adherencia al tratamiento.

Si es posible **se programarán con el paciente y/o cuidador los horarios de administración teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizando el número de tomas.**

Se prestará especial atención a los medicamentos que precisen una técnica de administración compleja (Ej.: inhaladores) o que sean de alto riesgo (Ej.: anticoagulantes, antidiabéticos orales), donde el apoyo educativo de la enfermera es imprescindible para mejorar la adherencia al tratamiento y disminuir los errores.

Se recomienda la colaboración de las unidades o servicios de farmacia hospitalaria para realizar estas intervenciones de educación y conciliación del tratamiento en el momento del alta para reducir los acontecimientos adversos después de la hospitalización⁹³.

Es recomendable que en el momento del alta hospitalaria se suministre al paciente la medicación finita, esto es, las dosis necesarias de los tratamientos finitos (antibióticos, corticoides, etc.) hasta completar el tratamiento instaurado en el hospital.

4.3.5. Seguimiento de los tratamientos y valoración de la adherencia

En el seguimiento de los pacientes en consulta, se recomienda incluir una valoración de la adherencia al tratamiento (Anexo 3), con el fin de detectar la falta de adherencia e identificar los factores que pueden motivarla. Con esta información se tratarán de establecer estrategias individuales para mejorarla

Se recomienda coordinar con atención primaria el establecimiento de un procedimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes, con el fin de verificar la adecuación de la prescripción, la necesidad de continuación de los tratamientos, etc.

4.4. Prevención de úlceras por presión

Las úlceras por presión (upp) son una complicación frecuente, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada, en cualquier ámbito asistencial. Las úlceras por presión retrasan la recuperación funcional, pueden complicarse con infección/dolor, disminuyen la calidad de vida de las personas que las padecen, y contribuyen a prolongar la estancia hospitalaria y el coste de la atención sanitaria.

En España, el *Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas* ha estimado⁽²⁰⁾ que diariamente se atienden en España a 80.000 personas por úlceras por presión, en los diferentes ámbitos asistenciales.

La prevención es la clave de la reducción de las úlceras por presión. La implementación de intervenciones basadas en la evidencia en la prevención de las úlceras por presión es una prioridad en el campo internacional de la seguridad del paciente, siendo uno de los 30 objetivos estratégicos de seguridad del NQF⁹⁴, uno de los 16 objetivos nacionales de seguridad (*Nacional Patient Safety Goals*) propuestos por la *Joint Commission* para 2009 y 1 de las 12 estrategias seleccionadas por el *Institute of Healthcare Improvement* en su campaña nacional para proteger a los pacientes de cinco millones de incidentes adversos *5 Million Lives Campaign*⁹⁵.

La prevención de las úlceras por presión en pacientes de riesgo es una de las 8 áreas específicas de prácticas seguras que promueve el MSC a través de convenios con las comunidades autónomas, dentro de la estrategia nº 8 del Plan de Calidad para el SNS.

Los programas de atención de PP deben incluir la prevención de úlceras por presión con las siguientes medidas:

- **Identificación de pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión y valoración del estado de la piel:**
 - **Realizar una evaluación al ingreso de la integridad de la piel, y a partir de aquí realizar una inspección diaria de la piel**
 - **Para evaluar el riesgo combinar el juicio clínico y los instrumentos estandarizados (escalas de Braden, Norton, EMINA)**
 - **Reevaluar a los pacientes con regularidad y documentar los hallazgos en la historia clínica**
- **Mantener y mejorar la tolerancia de los tejidos a la presión para prevenir las lesiones mediante el reconocimiento y tratamiento de los facto-**

⁽²⁰⁾ <http://www.gneaupp.org/>

res que afectan la tolerancia de los tejidos (edad, competencia vascular, control glucémico en diabéticos, nutrición)

- **El plan de cuidados individualizado para el PP debe incluir:**
 - **Cuidados locales de la piel,**
 - **Prevención específica en pacientes con incontinencia,**
 - **Cambios posturales en pacientes con movilidad limitada**
 - **Utilización de superficies especiales en el manejo de la presión en la cama y/o asiento del paciente**
 - **Protección local ante la presión en las prominencias óseas**
 - **Protección de la piel de las fuerzas de fricción y cizalla mediante técnicas adecuadas en la posición, traslados y cambios posturales**

La formación continuada de los profesionales sanitarios vinculados con la UPP debe incluir la prevención y tratamiento de la úlcera por presión.

4.5. Prevención de caídas y reducción del daño

Las caídas en los pacientes en todos los escenarios de atención sanitaria (hospital, atención primaria, atención ambulatoria y atención domiciliaria) representan un importante problema de salud, máxime en personas mayores. Las lesiones debidas a las caídas pueden significar en la población mayor de 65 años una pérdida de la calidad de vida, carga sobre los cuidadores y un impacto sobre la morbi-mortalidad.

Aproximadamente el 30% de las personas mayores de 65 años se cae una vez al año y de éstas un 50% se vuelve a caer durante ese año⁹⁶.

Las caídas son más frecuentes en los mayores institucionalizados, por su mayor fragilidad, morbilidad y dependencia⁹⁷. Algunos estudios sugieren que un 20% de todas las caídas requieren atención médica, un 10% con lesiones importantes (un 4-6% de los ancianos sufre fracturas como consecuencia de una caída, siendo una cuarta parte de ellas fracturas de fémur) y entre un 40 y un 50% padecen lesiones menores, como heridas, contusiones o hematomas⁹⁶.

Con el envejecimiento progresivo de la población es previsible un aumento de la magnitud de este problema de salud.

España, según las estimaciones de ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe) es un país con tasa baja de caídas que va en aumento, que cuenta con una baja implementación de medidas preventivas⁽²¹⁾.

⁽²¹⁾ ProFaNE (Prevention of Falls Network Europe).

La prevención primaria (evitar que se produzcan) y secundaria (evitar el daño si se producen) de las caídas constituyen una de las líneas estratégicas internacionales básicas en Seguridad del Paciente de los principales grupos líderes para 2009: Institute of Healthcare Improvement⁹⁸, Joint Commission^{99,100} y National Quality Forum¹⁰¹ o el Centro Nacional de Prevención y Control de lesiones del CDC¹⁰².

Aunque existe un considerable conocimiento sobre las caídas en ancianos y existen numerosas guías de práctica clínica aplicadas a su prevención^{(8), 103, 104, 105, 106}, hay escasa evidencia firme del impacto de las diferentes intervenciones. En este sentido, los meta-análisis más recientes muestran una modesta reducción de las tasas de caídas en pacientes hospitalizados cuando se utiliza una intervención múltiple, no hallando evidencia de la efectividad de las intervenciones dirigidas a modificar un solo factor de riesgo¹⁰⁷ y una reducción no significativa de las caídas en personas mayores cuando se llevan a cabo intervenciones multifactoriales en atención primaria o en unidades o servicios de urgencias¹⁰⁸.

La UPP deben desarrollar e implementar un programa para la prevención de las caídas que incluya:

- **Identificación de los pacientes con riesgo de caídas**
- **Utilizar un instrumento validado como el Morse Fall Risk Assessment o el Heindrich Fall Risk Assessment para la evaluación multidimensional del riesgo**
- **La valoración de los factores de riesgo de caídas en ancianos debe incluir los siguientes aspectos: anamnesis rigurosa, historial de caídas, revisión de medicación, valoración geriátrica exhaustiva, exploración física general, exploración de los órganos de los sentidos, exploración del equilibrio y la marcha, evaluación del entorno y realización de determinadas exploraciones complementaria**
- **Realizar una evaluación al ingreso y reevaluar el riesgo de caídas del paciente en varios momentos de su estancia, documentando los hallazgos en la historia clínica**
- **Implementación de estrategias preventivas multifactoriales para reducir el riesgo de caídas de los pacientes**
- **Seguimiento y evaluación del programa para determinar su efectividad.**
- **Indicadores de resultado sugeridos: reducción del número de caídas, reducción del número y de la gravedad de las lesiones asociadas a caídas**

4.6. Prevención de infecciones nosocomiales

La UPP 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, así como la información a las autoridades competentes, de conformidad con las disposiciones vigentes.

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, situaciones y tipos de aislamiento de enfermos, y riesgos de infecciones en procedimientos invasivos.

4.7. Identificación de pacientes

En los centros sanitarios existirá un sistema fiable, inequívoco, universal y único de identificación de pacientes.

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

El sistema permitirá la identificación de aquellos PP con PAC activado, desde cualquier servicio del hospital.

4.8. Gestión de hemoderivados

La gestión y seguridad de los hemoderivados es competencia del banco de sangre del centro, que debe estar acreditado para ello⁽²²⁾.

La gestión de hemoderivados debe asegurar la identificación inequívoca del paciente receptor previamente a la toma de muestras y, de nuevo, antes de la transfusión de sangre y hemoderivados.

La gestión de hemoderivados debe asegurar la trazabilidad del proceso de transfusión y delimitar las responsabilidades en la perfusión de los hemoderivados entre el banco de sangre y la UPP.

⁽²²⁾ RD 1.088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los “requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión” y RD 1.301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las “normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos”.

4.9. Alertas epidemiológicas

En el centro sanitario con UPP existirá un dispositivo de alerta epidemiológica conectado con las autoridades sanitarias competentes, de acuerdo con la normativa vigente.

4.10. Plan de autoprotección

El centro sanitario donde exista UPP dispondrá de un plan de autoprotección, que establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o de cualquier otro equivalente, así como para garantizar la evacuación y la intervención inmediata, ante eventuales catástrofes, ya sean internas o externas.

El plan de autoprotección comprenderá la evaluación de los riesgos, las medidas de protección, el plan de emergencias y las medidas de implantación y actualización.

5. Organización y gestión

La UPP se define como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia a pacientes frágiles con pluripatología, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantiza las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad.

La UPP puede estar integrada en otro dispositivo asistencial con una cartera de servicios más amplia que a veces incluye enfermedades en fase avanzada (cuidados paliativos) o en un servicio global como medicina interna o geriatría. Puede considerarse UPP si cumple los requisitos señalados en el apartado 2.5:

1. La vinculación entre el médico especialista (generalmente internista) responsable de la unidad y los médicos del ámbito de atención primaria, dentro de un marco geográfico y poblacional determinado, para la atención sistemática a los PP. Debe existir, por tanto, una relación mantenida entre el médico especialista, los médicos del ámbito de atención primaria y una población definida de PP
2. La disponibilidad, por parte de la UPP, de un amplio abanico de modalidades asistenciales que permitan garantizar la atención a los PP en el momento y lugar más adecuado.

La UPP básica está formada por un especialista hospitalario (generalmente internista o geriatra) y el personal de enfermería y auxiliar que cuida de los pacientes pluripatológicos en el ámbito hospitalario (unidad de hospitalización y unidad de día). La vinculación y trabajo conjunto con los profesionales de atención primaria es un requisito básico de su funcionamiento.

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a los distintos atributos de la UPP como organización: criterios de selección de pacientes; plan de asistencia continuada; cartera de servicios; relación de la UPP con otras unidades y servicios; organización y funcionamiento de la UPP; y varios aspectos relativos a la gestión de pacientes.

5.1. Criterios de selección de pacientes

La aproximación de la Kaiser Permanente, adoptada por el Departamento de Salud del Reino Unido, a la gestión de la población con enfermedades crónicas^{45,46}, identifica tres grupos en relación con los grados de complejidad de los pacientes crónicos. Como puede observarse en la figura, adaptada del Departamento de Salud del Reino Unido, la población con enfermedades crónicas puede encuadrarse en tres niveles de complejidad:

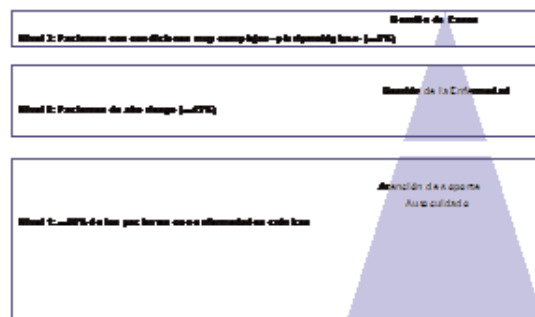


Figura 5.1. Categorización de pacientes crónicos. Adaptado de Improving Chronic Disease Management. Department of Health, 3 March 2004⁴⁵

En el nivel 1 se encuentra la mayoría de la población con enfermedades crónicas, que se puede beneficiar de programas de atención desde el ámbito de atención primaria, prestando especial atención a la educación para la salud y fomentando el autocuidado.

En el nivel 2 se pueden incluir aquellos enfermos crónicos con un protagonismo incuestionable de una enfermedad de un órgano específico que se pueden beneficiar de un programa de “disase management” o “gestión de la enfermedad”¹⁰⁹.

En el nivel 3 se encuadran aquellos PP, con necesidades muy complejas que requieren una infraestructura organizativa específica que les aporte un servicio altamente personalizado.

Esto último es precisamente lo que pretende ser la UPP, la cual (siguiendo la definición funcional de Ollero y cols⁶) identifica como **PP**, tanto en el hospital como en el ámbito de la asistencia primaria, **a todo aquel paciente que sufre enfermedades crónicas de dos o más de las siguientes**

tes categorías clínicas⁶:

- Categoría A:
 - Insuficiencia cardiaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de la NYHA⁽²³⁾.
 - Cardiopatía isquémica.
- Categoría B:
 - Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
 - Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina (>1,4 mg/dl en hombres o >1,3 mg/dl en mujeres) o proteinuria ⁽²⁴⁾, mantenidas durante 3 meses.
- Categoría C:

Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC⁽²⁵⁾, o FEV1<65%, o SaO2 ≤ 90%.
- Categoría D:
 - Enfermedad inflamatoria crónica intestinal.
 - Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular⁽²⁶⁾ o hipertensión portal⁽²⁷⁾.
- Categoría E:
 - Ataque cerebrovascular.
 - Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60)⁽²⁸⁾.
 - Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer⁽²⁹⁾ con 5 ó más errores).
- Categoría F:
 - Arteriopatía periférica sintomática.
 - Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática.
- Categoría G:
 - Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10mg/dl en dos determinaciones separadas más de tres meses.

⁽²³⁾ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

⁽²⁴⁾ 2 Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria >3mg/dl en muestra de orina o albúmina>300 mg/día en orina de 24 horas.

⁽²⁵⁾ 3 Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

⁽²⁶⁾ 4 TNR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl.

⁽²⁷⁾ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

⁽²⁸⁾ Anexo 4. Índice de Barthel.

⁽²⁹⁾ Anexo 5. Cuestionario de Pfeiffer.

- Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa.
- Categoría H:
 - Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel inferior a 60) ⁽³⁰⁾.

La UPP atiende a los pacientes del nivel 3 de complejidad (según la Kaiser Permanente) cuando éstos se desestabilizan, en estrecha colaboración con los profesionales sanitarios de atención primaria⁽³¹⁾.

5.2. Plan de asistencia continuada (PAC)⁶

El modelo de asistencia conjunta, entre atención primaria y la UPP, del PP es denominado plan de asistencia continuada (PAC).

La identificación del PP tanto en el sistema de información del hospital como en la historia clínica es fundamental para la coordinación de las actuaciones de la UPP con otras unidades del hospital.

El PAC se activará cuando el responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UPP consideren, de mutuo acuerdo, que el PP necesita de la intervención conjunta de ambos para su control clínico:

- **Se considerará criterio objetivo para activar el PAC el que alguna de las enfermedades crónicas que justifican la consideración de PP motive un ingreso hospitalario o la necesidad de valoración ambulatoria por más de dos especialidades médicas diferentes de forma simultánea.**
- **La activación del PAC se formalizará mediante una consulta presencial en la unidad de día de la UPP o a través del ingreso hospitalario.**
- La activación del PAC se registrará por el médico de familia en el sistema de información de atención primaria y por el responsable de la UPP en el sistema de información del hospital.
- El PAC permanecerá activo aunque existan periodos de tiempo en los que la asistencia clínica sea llevada a cabo exclusivamente en atención primaria o atención hospitalaria⁽³²⁾.

⁽³⁰⁾ Anexo 4. Índice de Barthel.

⁽³¹⁾ Además de los citados índices de Barthel y Pfeiffer, se utilizan también escalas que miden el riesgo de declive funcional, como la diseñada por Sager et al., que es la más conocida y mejor evaluada, denominada Índice HARP (Hospital Admission Risk Profile)¹³.

⁽³²⁾ La experiencia acumulada por la unidad de gestión clínica de medicina interna / unidad continuidad asistencia, del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla) ha llevado a que, una vez activado el PAC, este nunca se inactiva, con independencia de que se produzcan, como se recomienda en este documento, ingresos y altas de episodios en la UPP.

- Cuando sea el médico responsable del paciente en atención primaria el que concierte con el responsable de la UPP la activación del PAC, aquel realizará por primera vez o actualizará, según el caso, la valoración geriátrica integral (VGI) del PP, emitiendo un informe clínico antes de su envío para consulta o ingreso, que adjunte el plan de cuidados de enfermería.
- Cuando la iniciativa de activación del PAC proceda del responsable de la UPP, éste emitirá el respectivo informe para el médico de atención primaria, que deberá incluir una actualización de la VGI del paciente.
- Durante todo el proceso de asistencia conjunta a través del PAC el médico responsable del paciente en atención primaria y el responsable de la UPP colaborarán estrechamente para unificar los planes terapéuticos y facilitar el cumplimiento de las recomendaciones procedentes de tanto de atención primaria como de atención hospitalaria.

Es importante resaltar de nuevo que los pacientes atendidos en la UPP lo deben ser en estrecha coordinación con su médico / enfermera del ámbito de atención primaria, quienes mantienen en todo momento la tutela sobre el paciente. Por ello, el seguimiento una vez que el PAC ha sido activado, tendrá las siguientes características:

- **Los ingresos hospitalarios se programarán a través del médico responsable en el ámbito de atención primaria quien contactará directamente con el responsable de la UPP de referencia para indicar el ingreso, siendo un objetivo evitar en la medida de lo posible que el paciente recurra a la unidad o servicio de urgencias del hospital.**
- **Durante cualquier episodio de ingreso hospitalario en camas no asignadas a la UPP, el responsable de esta unidad será avisado para valorar al paciente**, independientemente del motivo y unidad o servicio donde se efectúe. Tras la oportuna valoración, se decidirá, en colaboración con el correspondiente especialista de la unidad donde haya ingresado el paciente, la oportunidad o no del seguimiento durante el ingreso hospitalario.
- **En los PP ingresados en el hospital se realizará una planificación precoz del alta hospitalaria**¹¹⁰. Para ello se hará una evaluación de las necesidades de cuidados del paciente, familia y entorno. Se considerará la intervención del Trabajador Social en función de las necesidades identificadas.
- **En el momento del alta hospitalaria, a todos los PP incluidos en el PAC se les realizará un informe de continuidad de cuidados que recoja el nivel de dependencia y los problemas activos.** En él figurarán el teléfo-

no y el nombre de la enfermera de referencia de la UPP. Este informe será entregado al paciente e irá dirigido a la enfermera del ámbito de atención primaria y, cuando proceda, a la enfermera comunitaria de enlace o gestora de casos.

- **En los enfermos con PAC activado, todas las consultas a las diferentes unidades o servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios (hospitalización a domicilio, por ejemplo) se realizarán a través del responsable de la UPP.**
- El responsable de la UPP y la enfermera de referencia de la misma se encontrarán disponibles para comentar los tratamientos y cambios en los planes de cuidados con el médico y enfermera responsables en el ámbito de atención primaria
- La activación de los diferentes dispositivos de soporte domiciliario se realizará por acuerdo entre el médico responsable del paciente en el ámbito de atención primaria y el responsable de la UPP.

Las características de cronicidad y progresividad de sus enfermedades hacen que un PP seguido en la UPP, pueda ser incluido en otros programas (diálisis o cuidados paliativos), lo que puede dar lugar a duplicidad asistencial. En el caso de que estos programas asuman la atención integral del enfermo, se desactivará el PAC de la UPP.

5.3. Episodio UPP

La experiencia, basada en las características clínicas y evolución de los PP, ha modificado el criterio inicial de activación e inactivación del PAC³⁹, para mantenerlo una vez que este ha sido iniciado⁹. Sin embargo, desde la perspectiva del control de gestión es conveniente definir aquellos períodos en los que la gestión clínica del PP es compartida entre la UPP y los profesionales de atención primaria, diferenciándolos de aquellos en donde la responsabilidad de esta gestión corresponde principalmente a los profesionales de atención primaria.

El episodio UPP comprende el período en el que la gestión clínica del PP se realiza de forma conjunta entre la UPP y los responsables del paciente en el ámbito de atención primaria, y puede incluir uno o varios procesos concretos de las modalidades asistenciales que desarrolla la UPP: ingreso/alta hospitalaria (incluyendo, en su caso, HaD); sesión de HdD; o consulta. Con independencia de la obligatoriedad del informe de alta tras cada ingreso hospitalario, el responsable de la UPP emitirá un informe de alta cuando, estabilizado el PP y devuelta su gestión clínica al ámbito de la atención primaria, se de por finalizado el manejo conjunto del paciente

hasta la aparición de un nuevo evento. El informe de alta deberá estar acompañado del plan de cuidados elaborado por la enfermera de referencia de la UPP.

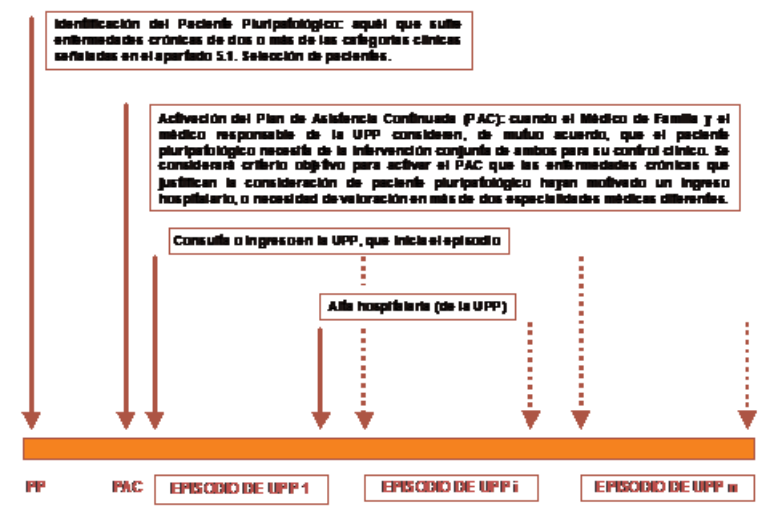


Figura 5.2. Identificación del PP, PAC y episodio UPP

5.4. Cartera de servicios⁷

La UPP tiene dos niveles de despliegue de su cartera de servicios. Un primer nivel con las modalidades asistenciales que se ofertan en la unidad y un segundo nivel con los procedimientos que se realizan, algunos de ellos específicos de una determinada modalidad asistencial.

Toda UPP debe ofertar atención sanitaria a los PP en unidades de hospitalización convencional y de forma ambulatoria en consulta externa y en hospitalización de día (HdD). Todos estos recursos se consideran imprescindibles para el funcionamiento de la UPP. Los recursos de hospital de día pueden, eventualmente, estar integrados en una unidad de HdD polivalente⁵, que debe garantizar a la UPP la disponibilidad de un determinado número de puestos para los PP.

Se recomienda que la UPP disponga o esté coordinada con dispositivos de hospitalización a domicilio y cuidados paliativos.

La UPP debe ofertar a otras unidades de su ámbito de actuación acti-

vidades de interconsulta.

Además de la unidad de hospitalización a domicilio o de cuidados paliativos, la UPP puede apoyarse en otros tipos de recursos, especialmente las unidades de media estancia o de recuperación, u otros dispositivos de soporte sociosanitario como residencia asistida y fisioterapia domiciliaria, para la atención de los PP.

La estructura de la UPP se acomodará a la organización del hospital y servicio de salud correspondientes

La amplitud y condiciones de esta oferta de servicios estarán en función de la organización de cada hospital, el tamaño de la UPP y los recursos disponibles, la organización y gestión de los mismos y la población de referencia.

Se recomienda que la UPP se organice para prestar cobertura asistencial a los PP tanto en días laborables como en festivos, lo que permitirá reducir la utilización de urgencias y mejorar la gestión de ingresos y altas de los PP en la unidad de hospitalización convencional. **La UPP debe definir la oferta horaria de atención a los PP**, identificando aquella correspondiente a festivos, tanto en cuanto a la programación de su actividad ambulatoria en la unidad de día como relativa a la accesibilidad horaria de los profesionales de la UPP dirigida a los propios pacientes, a la unidad o servicio de urgencias y a los profesionales de atención primaria vinculados con la unidad.

5.4.1. Hospitalización convencional

La UPP debe disponer de camas de hospitalización convencional. La modalidad de hospitalización convencional atiende a aquellos pacientes que precisan valoración, cuidados, vigilancia y tratamiento de forma continuada las 24 horas del día. Los criterios organizativos son los siguientes:

- Todos los PP estarán asignados a una enfermera referente, responsable de:
 - Realizar una valoración⁽³³⁾,¹¹¹ orientada a explorar la capacidad para el autocuidado, detectar necesidades de cuidados no cubiertas e identificar los problemas de colaboración y diagnósticos de enfermería activos en el paciente, marcando aquellos de abordaje prioritario.
 - Establecer un plan de cuidados individualizado donde se determinarán qué objetivos, intervenciones y actividades se pondrán en

⁽³³⁾ Por ejemplo, según los patrones funcionales de M. Gordon¹¹⁴ o necesidades básicas de V. Henderson⁶.

marcha para la colaboración y/o resolución de aquellos problemas identificados. Los planes de cuidados deben, para los procesos más frecuentes, estar estandarizados.

- Informar y educar al paciente y cuidador/a sobre los cuidados que va a requerir durante su hospitalización y al alta al domicilio.
- Apoyar al cuidador desde una perspectiva bio-psico-social mientras dure la permanencia en la UPP.
- Garantizar la continuidad de cuidados al alta hospitalaria realizando para ello el informe de continuidad de cuidados (informe al alta de enfermería), valorando la necesidad de material de apoyo y activando los dispositivos asistenciales necesarios.
- **Todos los PP deben recibir al alta un informe de enfermería**, que contendrá la VGI, valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar del PP.
- El informe de alta debe incluir una lista completa y conciliada de la medicación y ser facilitado a los PP y a los referentes de atención primaria.
- En la planificación del alta, se considerará la necesidad de movilización de recursos a través de la coordinación con atención primaria y los recursos sociosanitarios⁽³⁴⁾ y sociales.
- El responsable de la UPP debe ser informado del ingreso del PP en servicios quirúrgicos para su valoración, tras la que se decidirá la necesidad o no de seguimiento por el responsable de la UPP.

5.4.2. Interconsulta

La UPP deberá atender a los PP que está siguiendo cuando ingresen en otra unidad o servicio del hospital y deberá realizar búsqueda activa de PP ingresados en otras unidades o servicios.

La UPP debe ofertar a otras unidades de su ámbito de actuación actividades de interconsulta. La interconsulta con el ámbito de atención primaria puede ser presencial o virtual (telefónica, videoconferencia, etc.) y forma parte fundamental de la actividad de esta unidad. La interconsulta con otras unidades o servicios del hospital es necesaria para la identificación de PP,

⁽³⁴⁾ La cartera de servicios sociosanitarios del SNS no está desarrollada. Los dispositivos sociosanitarios de las comunidades autónomas son variables en tipología y dotación. Dentro de los recursos sociosanitarios se pueden mencionar las unidades de media estancia o de recuperación; las unidades de larga estancia; los hospitales de día; y también pueden incluirse los equipos y unidades de cuidados paliativos. Las estancias en hospitales de agudos supone un especial riesgo para los PP mayores. Una opción es disponer de camas de "apoyo sociosanitario" para el PP que necesite un ingreso hospitalario sin necesidad de atención en un hospital general de agudos de alta intensidad tecnológica. Estas unidades, en contacto estrecho con la UPP para ingresos, derivaciones, etc podrán ser un lugar adecuado para finalizar tratamientos o ver evolución y poder además realizar la rehabilitación para evitar la dependencia.

para seguimiento y/o alta precoz de los PP ya identificados, y resulta ser un dispositivo de soporte a urgencias, servicios quirúrgicos y otros servicios médicos.

Este modelo de tratamiento multidisciplinar ha demostrado beneficios en pacientes ingresados en otras especialidades, especialmente quirúrgicas como traumatología²⁰.

5.4.3. Unidad de día

A lo largo del documento se denomina unidad de día a los recursos de la UPP en los que se atiende a los PP ambulatoriamente: consulta externa y hospital de día.

La UPP, además de contar con consulta externa, debe disponer de puestos de hospitalización de día o tener acceso a un HdD médico⁽³⁵⁾ que permita realizar las exploraciones o tratamientos sin necesidad de ingreso hospitalario (por ejemplo, la administración de tratamientos parenterales, realización de transfusiones y exploraciones diagnósticas y terapéuticas invasivas).

La integración de la actividad ambulatoria de la UPP en la unidad de día requiere:

- Que los PP estén identificados como tales en los sistemas de registro.
- Que el responsable de la UPP tenga capacidad de gestionar las agendas para introducir las citas concertadas desde el ámbito de atención primaria.

Al finalizar el episodio de unidad de día, se emitirá un informe de alta. Dicho informe contendrá la información de la asistencia realizada, reflejando la condición de PP y una referencia a las áreas clínica, funcional, psicoafectiva y sociofamiliar (VGI), especialmente si se ha detectado la necesidad de intervención en estas áreas.

El apartado de tratamiento del informe de alta de unidad de día contendrá indicaciones respecto a cuidados, estilos de vida, hábitos, dietas y otras medidas aconsejadas para el mejor control de las enfermedades crónicas del paciente.

Todos los informes de alta de unidad de día han de contener un **plan de actuación** con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico, especialmente en las circunstancias en las que la comorbilidad o el pronóstico aconsejen individualizar los objetivos terapéuticos para las

⁽³⁵⁾ Unidad de hospital de día médico polivalente, o puestos de hospital de día integrados físicamente en la UPP.

enfermedades crónicas que el paciente padece.

5.4.3.1. Hospitalización de día

La UPP debe disponer de puestos de hospitalización de día. La hospitalización de día es una modalidad asistencial que tiene por objeto 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.

La cartera de servicios de la unidad de día recoge los procedimientos y cuidados ofertados a los PP en esta modalidad asistencial de la UPP. En el anexo 7 se recoge un listado de estos procedimientos.

El hospital de día se puede corresponder con la tipología de HdD médico polivalente (unidad autónoma que pone sus recursos a disposición de la UPP y de otras unidades y servicios del hospital) o, preferiblemente, puede estar constituido por varios puestos de HdD integrados en la propia UPP, bajo la dependencia funcional y jerárquica del responsable de la UPP y ubicados en el mismo entorno que la consulta de alto rendimiento o atención inmediata. De esta manera consulta y HdD conforman una unidad de día, que permite una respuesta adaptada a las necesidades del paciente mientras está activado el episodio del PAC.

La configuración que cada hospital adopte estará sujeta a la estimación de la carga de trabajo de la unidad, condicionada por la población de referencia de la UPP, disponibilidad de espacio, y forma de organización y gestión del hospital, que es la variable más relevante, en especial en relación con la gestión de los recursos humanos.

5.4.3.2. Consulta de alto rendimiento o atención inmediata

La integración de la consulta de alto rendimiento o atención inmediata en la cartera de servicios de la UPP está destinada a:

- Atención a pacientes clínicamente inestables.
- Estudios diagnósticos de rápida resolución.
- Seguimiento de las altas precoces (continuar el estudio diagnóstico y/o seguimiento de la respuesta terapéutica hasta estabilización).
- Controles frecuentes de pacientes con enfermedad activa, que si es preciso ingresan, con alta rápida y nuevo control por la consulta o el ámbito de atención primaria.

El paciente y el médico responsable del paciente en el ámbito de aten-

ción primaria deben recibir un informe de la consulta externa de la UPP, siempre que acontezca un hecho relevante (por ejemplo un cambio terapéutico). Incluirá, en caso necesario, información de enfermería.

5.5. Relación de la UPP con otras unidades y servicios

La UPP tiene especial relación con las siguientes unidades: equipos de atención primaria o dispositivos de atención primaria del subsistema sanitario correspondiente; unidades o servicios del hospital (especialmente especialidades médicas; rehabilitación; unidad o servicio de urgencias del hospital); y recursos sociosanitarios y sociales del hospital o del Área de Salud.

5.5.1. Hospitalización a domicilio

La hospitalización a domicilio (HaD), definida como una modalidad asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en el hospital y por un plazo limitado de tiempo.

La HaD puede ser una alternativa a ofertar dentro de la cartera de servicios de la UPP¹¹², o estar incluida en la cartera de servicios del hospital, fuera de la UPP.

La atención de los PP en la HaD puede contar con resultados similares a la hospitalización convencional para ciertos subgrupos de pacientes^{113,114}, si bien se carece de suficiente evidencia sobre su eficiencia relativa en relación con su coste¹¹⁵.

El PP será atendido en domicilio cuando, cumpliendo criterios de estancia adecuada en un hospital de agudos, cumpla con los requisitos propios de este tipo de modalidad asistencial (ver Tabla 5.1.):

Tabla 5.1. Requisitos de ingreso en HaD
DEPENDIENTES DEL PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> • Situación clínica indicativa de cuidados hospitalarios • Ausencia de datos de inestabilidad futura • Proceso que se supone transitorio “a priori” • Tipo de paciente adecuado para la HAD • Consentimiento informado
DEPENDIENTES DEL ENTORNO SOCIO-FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none"> • Residencia en el área de cobertura de la UHD • Vivienda higiénica y con espacio suficiente • Teléfono en el propio domicilio • Colaboración familiar asegurada
DEPENDIENTES DEL MEDICO RESPONSABLE
<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud de ingreso del paciente en la UHD • Asesoramiento posterior • Garantizar el reingreso • Seguimiento ambulatorio al alta

Dependiendo de cada hospital existe la posibilidad de tratar unos u otros procesos del PP en régimen de HaD, ofreciéndole una amplia variedad de medios diagnósticos y terapéuticos que garantizan los mismos resultados en eficacia, calidad y seguridad que hubiera obtenido el PP en caso de haber sido ingresado en una unidad de hospitalización convencional.

Para el mejor desarrollo de la actividad en HaD se recomienda potenciar los sistemas que permitan el acceso a información clínica de la historia de salud digital desde el domicilio del PP y que al mismo tiempo faciliten el registro de la información generada en la misma.

5.5.2. Relación de la UPP con el ámbito de atención primaria

La adecuada relación entre la UPP y atención primaria es un requisito esencial para el eficiente funcionamiento de la unidad. El protocolo de relación entre ambos cuando se activa el PAC está recogido en los apartados 5.2. y 5.3.

El principio que ha de regir en todo momento la relación ha de ser el de la toma de decisiones previo acuerdo entre el responsable de la UPP y el responsable del paciente en atención primaria, gestionando entre ambos la confianza del paciente.

El responsable de la UPP debe estar claramente identificado y accesible telefónicamente para cada responsable del PP en atención primaria, con objeto de garantizar la coordinación y programación desde el hospital de ingresos, consultas, estudios o actividades cooperativas.

Las relaciones entre la UPP y atención primaria pueden utilizar los siguientes instrumentos:

5.5.2.1. Sesiones clínicas

Se deben realizar sesiones clínicas conjuntas del responsable de la UPP con los profesionales del ámbito de atención primaria. Se recomienda una periodicidad mensual. En las sesiones se deben debatir los problemas clínicos de los pacientes consultados y derivados.

Las sesiones clínicas serán multidisciplinarias, asistiendo a ellas todos los profesionales sanitarios y sociales que intervengan en el proceso asistencial del PP.

5.5.2.2. Circuitos

Se deben elaborar, en colaboración con el ámbito de atención primaria, circuitos para la programación de ingresos directos urgentes y programados, así como para la programación de procedimientos tras el alta hospitalaria. En especial se debe tomar en consideración:

- **Definir circuitos para garantizar la posibilidad de asistencia especializada urgente o preferente, sin pasar por la unidad o servicio de Urgencia**, y con una demora acordada conjuntamente entre los clínicos responsables del paciente.
- Facilitar visitas hospitalarias del médico de familia y enfermera de atención primaria a los pacientes que requieran ingresos hospitalarios prolongados.
- Evitar derivaciones, citas y revisiones meramente burocráticas, como las revisiones en fase estable y las citas para concertar exploraciones, entregar informes o cumplimentar recetas. La información clínica compartida puede resolver la inmensa mayoría de estos trámites.
- Los pacientes, una vez dados de alta de la UPP para el seguimiento de su médico y enfermera de AP, sólo podrán ser atendidos de nuevo en la UPP a través de éste, siguiendo los circuitos establecidos a tal fin.

5.5.2.3. Generar vínculos en la relación que contribuyan a unificar el concepto de salud y visión integral del paciente

- Facilitar periodos de reciclaje de los médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria en la UPP vinculados a los programas de colaboración con la posibilidad de estudiar conjuntamente pacientes remitidos desde atención primaria.
- Desarrollar líneas de investigación clínica y especialmente aquellas relacionadas con los problemas clínicos abordados conjuntamente.
- Estas líneas debieran contribuir a evaluar la calidad de vida global del paciente y no solo aspectos fisiopatológicos o clínicos puntuales.
- Colaborar en la elaboración de guías de práctica clínica basadas en la evidencia. En este sentido las unidades de epidemiología clínica y los profesionales de la UPP y del ámbito de atención primaria debieran coordinar sus esfuerzos para elaborar guías clínicas y seminarios conjuntos.
- Plantear actividades docentes incluidos cursos de doctorado, seminarios y talleres conjuntos con intervención docente de responsables de UPP y médicos y enfermeras del ámbito de atención primaria.
- Difundir las experiencias de colaboración y mostrar los resultados obtenidos en la atención a los PP profundizando en los conceptos de salud y cuidados sanitarios para avanzar en el desarrollo de un modelo de atención integral y continuada.
- Crear grupos de trabajo conjuntos de temas específicos tales como docencia, investigación, registro e informatización, gasto farmacéutico, formulario terapéutico del área, etc.

5.5.3. Relación de la UPP con otras unidades o servicios del hospital

El responsable de la UPP será avisado para valorar al PP, durante cualquier episodio de ingreso en el hospital, con independencia del motivo y servicio (médico o quirúrgico) donde se haya efectuado el ingreso. Tras la valoración, se decidirá la oportunidad o no del seguimiento durante el ingreso hospitalario por la UPP.

Recíprocamente, las especialidades médicas y quirúrgicas deben desarrollar un papel de apoyo en el diagnóstico y en la toma de decisiones terapéuticas para el PP atendido en la UPP, bajo la supervisión y control de la propia UPP.

Las unidades de rehabilitación y fisioterapia, deben colaborar estre-

chamente con la UPP en la recuperación funcional del paciente, especialmente en el ámbito ambulatorio.

Asimismo, la relación con la unidad o servicio de Farmacia, tiene especial importancia en la implantación de medidas para el uso seguro de la medicación.

5.5.4. Relación de la UPP con la unidad o servicio de urgencias del hospital

La relación de la UPP con la unidad o servicio de urgencias tiene como principal objetivo evitar un uso inadecuado del mismo por los PP y, en la medida de lo posible, minimizar los episodios de atención en dicho servicio cuando los pacientes sufren reagudizaciones. Para ello se pueden contemplar, entre otros, los siguientes circuitos:

- Pacientes remitidos a la UPP desde el servicio de urgencias para estudio preferente y control estrecho (primera visita). La característica principal de estos pacientes será la de que en otras circunstancias estos pacientes serían ingresados.
- Enfermos crónicamente sintomáticos, posiblemente PP, con mejoría parcial en el servicio de urgencias pero que precisan controles cercanos para evitar volver al mismo.
- Captación de pacientes que precisan ciertos procedimientos de forma periódica, como, por ejemplo, transfusiones de hemoderivados (sin control por la unidad o servicio de hematología) o paracentesis evacuadoras (sin control por el especialista de digestivo).

Los pacientes con PAC activado serán atendidos en la unidad o servicio de urgencias en las horas de no cobertura de la unidad de día de la UPP (véase epígrafe 5.2.1.), desde donde se decidirá el alta, la atención en la unidad de día o el ingreso del paciente en las camas de hospitalización convencional asignadas a la UPP. En tal caso se deberá tener en cuenta:

- Evitar ingresos inadecuados en camas de hospitalización de agudos.
- Dar preferencia al ingreso en la UPP de los pacientes que son atendidos por médicos de atención primaria que cooperan con la respectiva UPP.

La relación entre la UPP y el servicio de urgencias del hospital debe tender, como con atención primaria, a generar vínculos que contribuyan a

unificar el concepto de salud y visión integral del paciente, mediante:

- Sesiones periódicas para la puesta en común de los pacientes enviados y los resultados (diagnósticos y terapéuticos) obtenidos.
- Planteamiento de trabajos conjuntos para mejorar la atención del paciente (evitar ingresos innecesarios para adelantar estudios, evitar consultas al servicio de urgencias para controles estrechos clínico-analíticos) por medio de protocolos de actuación conjunta.

5.5.5. Relación de la UPP con los servicios sociales y socio-sanitarios

La coordinación de la UPP con el ámbito de atención primaria debe complementarse con el desarrollo de mecanismos de coordinación de ambos con los recursos sociales y sociosanitarios disponibles. Esta necesidad está motivada por la estrecha relación, señalada en el capítulo 2, entre fragilidad y dependencia, así como por la evolución de estos pacientes. En la figura 5.2. se muestran, tomadas de la guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos elaborada por el MSC, las distintas trayectorias hasta la muerte en personas mayores de 65 años con enfermedad terminal no maligna^{116, 117}. El gráfico c de la Figura 5.2 muestra la trayectoria más característica de los PP.

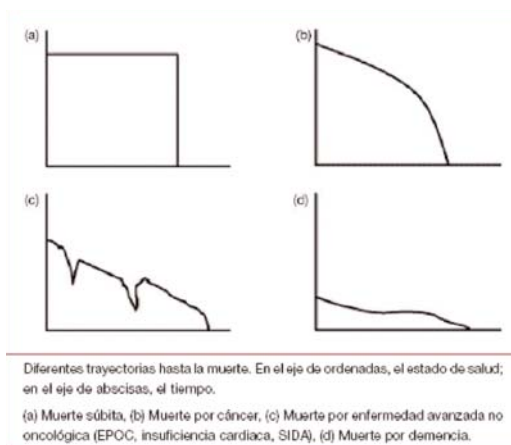


Figura 5.3. Trayectorias hasta la muerte de pacientes mayores de 65 años con enfermedad terminal no maligna

La coordinación entre la UPP y los recursos sociosanitarios y sociales tiene especial relevancia para la planificación precoz del alta cuando el paciente está hospitalizado¹¹⁸. También para ofertar al paciente el apoyo preciso que evite, entre otros beneficios, **los ingresos inadecuados en hospitales generales de agudos y situaciones de sobrecarga del cuidador** e incluso los abandonos terapéuticos.

En la 1ª *Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España*, para la prevención de la dependencia en las personas mayores¹⁰ se recomienda la dotación de unidades de subagudos (unidades de media estancia / recuperación) para pacientes con Ictus, fractura de cadera y pacientes ancianos que una vez estabilizada la fase aguda de su enfermedad presentan deterioro funcional de su situación basal subsidiario de recuperación. Es recomendable **la relación entre la UPP y las unidades de subagudos, para garantizar al PP una atención rehabilitadora precoz, con el objetivo de reducir la dependencia**. Estas unidades pueden estar en el mismo hospital de agudos donde se ubica la UPP o en su proximidad.

De acuerdo con la *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*¹¹⁶ que recomienda que "las organizaciones sanitarias y los servicios asistenciales deberían garantizar la coordinación entre los distintos servicios y ámbitos asistenciales y la continuidad de cuidados, durante 24 horas al día, los 365 días del año"; la UPP puede realizar esta función cuando está integrada en otros dispositivos asistenciales con una cartera de servicios más amplia que incluya a otras enfermedades crónicas en fase avanzada (cuidados paliativos) o se coordina con los recursos de cuidados paliativos de la correspondiente organización sanitaria.

La coordinación con los servicios sociales se basará en una evaluación de las necesidades que presenta el paciente y el entorno familiar, desde las más básicas a otras como de relación u ocio, y puede incluir desde apoyo para aseo del paciente y la limpieza de la vivienda, centros de día, servicios de teleasistencia, hasta manutención y alojamiento, en régimen de internado o atención diurna, entrenamiento en la autonomía personal y rehabilitación psicosocial y de integración sociolaboral. Los servicios sociales ofertan también servicios de apoyo familiar, de readaptación al entorno comunitario, y talleres de animación sociocultural. En este campo existen experiencias en algunas Comunidades Autónomas basadas en Enfermería de Enlace o Gestora de Casos que sirven como elementos de referencia, coordinación y de gestión de los cuidados necesarios, o mediante el apoyo de trabajadores sociales.

La UPP deberá disponer de profesionales (enfermera comunitaria de enlace / gestora de casos y/o trabajador social) que faciliten la coordinación de los recursos sanitarios, sociosanitarios y sociales y la continuidad de cui-

datos.

5.6. Organización y funcionamiento de la UPP

La descripción de la organización de la UPP se articula en relación con el proceso de atención al paciente: acceso a la unidad, estancia y alta de la UPP.

A lo largo del seguimiento del manejo del paciente en el entorno y dentro de la UPP se dan alternativas organizativas y de gestión distintas. Cada organización sanitaria deberá dar prioridad a las alternativas más adecuadas a su sistema organizativo y de gestión.

- **Debe facilitarse el acceso de todos los pacientes pluripatológicos con criterios de inclusión en la UPP, que se puedan beneficiar de esta organización asistencial.**
- Debe evitarse que las condiciones de entorno impidan la práctica de esta modalidad asistencial a pacientes que cumplen con el resto de los criterios.
- **El ámbito de atención primaria tiene un papel primordial, tanto en la captación como en el seguimiento de los pacientes pluripatológicos.**
- **Debe evitarse el ingreso innecesario de estos pacientes en las unidades de hospitalización convencional. Es necesaria la coordinación de la UPP con los servicios de urgencias del hospital para reducir esta hospitalización innecesaria.**

5.6.1. Acceso a la UPP

La activación del PAC, mediante una toma de decisión conjunta del profesional responsable del paciente en el ámbito de atención primaria y el responsable de la UPP de referencia, es la que facilita el acceso del paciente a la UPP. A partir de la activación del PAC los diversos caminos de acceso a la UPP (desde la misma atención primaria, o la unidad o servicio de urgencias, o desde otras unidades y servicios del hospital), han sido descritos en el apartado 5.5.

El acceso debe ser lo más ágil posible, para evitar la atención del paciente en unidades y servicios menos adecuados, y la gestión del mismo debe ser asimismo rápida, recomendando descentralizar en la propia UPP la gestión de la admisión del paciente a la misma.

5.6.2. Estancia en la UPP

El PP utiliza los recursos que la UPP maneja o con los que está coordinada de forma flexible, evitando en lo posible estancias hospitalarias innecesarios o la necesidad de acudir a la unidad o servicio de urgencias.

5.6.3. Alta de la UPP

La desactivación del episodio de UPP marca la salida del paciente de la UPP, devolviéndolo al control exclusivo de la atención primaria de salud, o por pasar el paciente a ser atendido por otra unidad o servicio que se hace responsable de su manejo clínico integral (cuidados paliativos, por ejemplo) ⁽³⁶⁾, en colaboración estrecha con el médico responsable del PP en atención primaria.

5.6.4. Requisitos organizativos imprescindibles

En función de las necesidades derivadas del proceso integrado de atención al paciente incluido en un programa de UPP, se consideran requisitos imprescindibles los que se recogen en el recuadro siguiente:

- **Coordinación de la UPP con el ámbito de atención primaria y los recursos sociosanitarios y sociales disponibles.**
- El diseño de un horario de funcionamiento y una programación de los procedimientos en los recursos de **unidad de día que evite al máximo los ingresos en hospitalización convencional**
- **La disponibilidad de camas en hospitalización convencional, recursos de hospital de día y locales de consulta.**
- Disponer o poder coordinarse con recursos de HaD, cuidados paliativos y unidades de media estancia / recuperación, así como con los recursos sociales. El domicilio del paciente debe considerarse como un ámbito de recuperación / rehabilitación.
- Es necesario desarrollar y utilizar las nuevas tecnologías de la información tanto para servir de soporte a la coordinación entre atención primaria / servicio de urgencias y la UPP, como para evitar desplazamientos de pacientes (gestión de agendas), o repetición de pruebas complementarias (historia compartida), etc.
- **Teléfono móvil para el responsable de cada UPP básica.**

⁽³⁶⁾ Por ejemplo, en casos de especial complejidad o si la UPP no dispone de dispositivos de soporte.

- Es muy aconsejable disponer de redes informáticas que faciliten la posibilidad de compartir información clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.
- Los informes de alta de la UPP han de contener un plan de actuación con una referencia a los objetivos terapéuticos y seguimiento clínico, especialmente en las circunstancias en las que la comorbilidad o el pronóstico aconsejen individualizar los objetivos terapéuticos para las enfermedades crónicas que el paciente padece.

5.7. Estructura de gestión de la UPP

En el caso de que un hospital disponga de varias UPP, es recomendable la creación de algún tipo de estructura, tipo unidad de gestión clínica, servicio, etc. que añada valor al conjunto de UPP básicas del hospital, por ejemplo en relación con su coordinación. Esta estructura organizativa puede mejorar aspectos como el desarrollo y unificación de los protocolos de atención, la coordinación con otras unidades (urgencias, atención primaria, HaD, cuidados paliativos, unidades de media estancia) y mejorar la utilización de recursos vinculados con la UPP. Esta estructura también puede promover la formación continuada de los profesionales de la unidad y el desarrollo de actividades de docencia y de investigación. Esta estructura debe trabajar en la gestión de calidad de la asistencia y seguridad del paciente.

El elemento fundamental de la gestión de la UPP es la relación directa del médico de la UPP con los responsables de estos pacientes en el ámbito de atención primaria. En ningún caso la estructura de gestión deberá interferir en la vinculación directa entre el responsable de la UPP básica y los responsables del ámbito de atención primaria.

En la estructura de gestión deberán estar identificados los siguientes responsables:

- Un director (de entre los médicos asignados a la UPP) con dedicación parcial o completa, dependiendo de la carga de trabajo estimada que la dirección conlleve. El director es el responsable final de la gestión de la agrupación de UPP, considerada como una unidad y, por tanto, de los recursos humanos y materiales asignados a la misma.
- Un responsable de enfermería (de entre los profesionales de enfermería asignados a la UPP) con dedicación parcial o completa, dependiendo de la carga de trabajo estimada que la dirección de enfermería de la UPP conlleve.

- Un responsable de las enfermeras gestoras de casos / enfermeras de enlace o de los trabajadores sociales vinculados a la UPP
- Puede valorarse la identificación de un responsable -puede ser a tiempo parcial- de cada uno de los servicios horizontales del hospital (económico-financiero, personal, servicios generales, etc.) como apoyo de la unidad⁽³⁷⁾.

5.8. Manual de organización y funcionamiento

La UPP deberá disponer de un manual de organización y funcionamiento en el que esté descrita la oferta asistencial, el proceso asistencial, los protocolos así como las líneas de responsabilidad en cada uno de los actos. Dispondrá por lo tanto de la siguiente documentación:

- a) El organigrama de la unidad
- b) Modalidades asistenciales y cartera de servicios
- c) La ubicación y recursos de la unidad
- d) Procedimientos, actividades y protocolos:
 - Plan de asistencia continuada.
 - Otros instrumentos de coordinación asistencial con atención primaria y otras unidades y servicios del hospital, sociosanitarios o sociales, incluyendo los de continuidad de la atención (planes asistenciales integrados¹¹⁹, o similares).
 - Descripción de las actividades del proceso asistencial.
 - Los protocolos necesarios y los puntos de introducción de estos en el circuito asistencial.
 - Profesionales que intervienen y líneas de responsabilidad

En el manual se respetarán los requisitos generales organizativos previamente descritos.

El manual deberá ser abierto y actualizable según las modificaciones en la cartera de procedimientos o cuando los cambios estructurales o funcionales así lo requieran.

A. Organigrama

Existirá un responsable clínico y un responsable de enfermería.

Las responsabilidades, así como las líneas jerárquicas, atribuciones y

(37) Todo el servicio de medicina interna del Hospital Nuestra Señora del Rocío se ha configurado en torno a la UPP.

competencias de cada uno de los miembros de la UPP, tendrán que estar definidas.

B. Modalidades asistenciales y cartera de servicios

La UPP tienen dos niveles de despliegue de su cartera de servicios:

- Primer nivel: las modalidades asistenciales que se ofertan en la unidad (apartado 5.2.).
- Segundo nivel: los procesos y procedimientos que se atienden mediante cada modalidad asistencial (por ejemplo, anexo 7, para los procedimientos que se realizan en la hospitalización de día).

C. Ubicación y recursos de la unidad

El manual de organización y funcionamiento deberá incluir:

- Ubicación de la UPP y sus interrelaciones con otras áreas del hospital
- Descripción de los recursos estructurales al servicio de la UPP
- Descripción del equipamiento disponible

D. Manual de normas

A continuación se esquematizan los requisitos estructurales, organizativos y los protocolos a lo largo del circuito asistencial, siguiendo el esquema de circulación de pacientes descrito en el apartado 5.4:

Modalidad asistencial	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen ⁽³⁸⁾
Consulta	Atención a pacientes clínicamente inestables	<ul style="list-style-type: none"> • Local específico de consulta. • Dotación informática. redes informáticas. Posibilitar informes clínicos. Ayudas al diagnóstico con las escalas funcionales en el programa. 	Plan de asistencia continuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Personal médico • Personal de enfermería
	Estudios diagnósticos de rápida resolución	<ul style="list-style-type: none"> • Posibilitar informes clínicos. Ayudas al diagnóstico con las escalas funcionales en el programa. 	Proceso asistencial integrado al PP (o instrumento del que se haya dotado el servicio de Salud u organización sanitaria para el manejo de la atención continuada de estos pacientes).	<ul style="list-style-type: none"> • Personal auxiliar y de apoyo
	Seguimiento de las altas precoces.	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono directo. • Teléfono móvil. 	Otros instrumentos de gestión clínica (guías de práctica clínica; etc.).	
	Seguimiento de PP con enfermedad activa subsidiaria de controles frecuentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Fax. 		

⁽³⁸⁾ El cuidador no es un profesional, pero interviene de forma activa, por lo que sus necesidades específicas (de formación, soporte, etc.) deberán ser atendidas.

Modalidad asistencial	Actividades	Requisitos estructurales	Protocolos	Profesionales que intervienen ⁽³⁸⁾
Hospitalización de día	<p>Procedimientos específicos.</p> <p>Transfusiones de hemoderivados</p> <p>Infusión intravenosa que precise más de 15 min.</p> <p>Gammaglobulinas</p> <p>Hierro</p> <p>Antibióticos</p> <p>Inmunosupresores y pulsos de corticoides</p> <p>Analgésicos, etc.</p> <p>Paracentesis evacuadora</p> <p>Toracocentesis evacuadora</p> <p>Curas especializadas.</p> <p>Otros (Anexo 7)</p>	<ul style="list-style-type: none"> HdD médico Polivalente³, o Puestos de HdD integrados en la UPP (véase Capítulo 5.1. y Anexo 11 Programa funcional) 	<p>Identificación del paciente</p> <p>Plan de cuidados estándar</p> <p>Protocolos para procedimientos específicos</p> <p>Transfusión de hemoderivados</p> <p>Infusión i.v.</p> <p>Paracentesis</p> <p>Toracocentesis</p> <p>Valoración y alta de la HdD</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico Farmacéutico Otros especialistas (banco de sangre) Personal de enfermería Personal auxiliar de enfermería Personal auxiliar administrativo Otro personal de apoyo
Hospitalización Convencional	<p>Cuidados y monitorización continuados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Habitaciones / camas de hospitalización convencional asignadas a la UPP 	<p>Identificación del paciente</p> <p>Planificación del alta</p> <p>Planes de cuidados</p> <p>Protocolos para procesos y procedimientos específicos</p> <p>Valoración</p> <p>Informe de alta</p> <p>Informe de continuidad de cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> Personal médico Personal de enfermería de la UPP. Enfermería de enlace o gestora de casos y/o trabajador social. De otros servicios y unidades del hospital

5.9. Gestión de pacientes

5.9.1. 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 UPP. 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 UPP.

5.9.2. 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.

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.

5.9.2.1. Historia clínica

La historia clínica deberá ser única para cada paciente y deberá 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 trazabilidad y localización, e incluya criterios escritos sobre archivo, custodia, conservación y acceso a la documentación.

En determinados casos⁽³⁹⁾, 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 UPP las historias clínicas de los pacientes en quienes concurren estas circunstancias, siempre que se respete la unidad de la historia clínica; su gestión centralizada bajo la responsabilidad del archivo central; y su disponibilidad para cualquier otro servicio o unidad del hospital que la precise, en las mismas condiciones que las demás historias.

5.9.2.2. Identificación de pacientes con PAC activado y registro de pacientes atendidos

El sistema de información del hospital debe permitir identificar la situación de pacientes con PAC activado a otros servicios y unidades del hospital (por ejemplo, a la unidad o servicio de urgencias), para posibilitar la inmediata interconsulta con la UPP.

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/s.
- Procedimiento/s.
- Fecha de traslado, si lo hubiere, y el lugar de destino.
- Fecha de alta médica.
- En su caso, informe de alta del PAC.
- Informe de valoración integral (en las circunstancias señaladas en el apartado 5.1.1.).

⁽³⁹⁾ Por ejemplo, en hospitales con historias clínicas convencionales (en soporte papel), puesto que la informatización de la historia clínica, entre otras muchas ventajas, resuelve radicalmente este problema.

- Circunstancias del alta.
- Identificación del médico responsable del alta.
- Identificación de la enfermera de referencia hospitalaria, así como de los profesionales de atención primaria responsables del paciente y, en su caso, de la enfermería de enlace, gestora de casos o recurso similar.

5.9.2.3. Informe de alta

Al final del proceso asistencial, así como con ocasión de traslado, el paciente o, en su caso, cuidador, familiar o persona vinculada, tiene derecho a la expedición por la UPP del informe de alta médica a que se refiere la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁽⁴⁰⁾. Así mismo para asegurar la continuidad de cuidados, se adjuntará el Informe al Alta de Enfermería.

5.9.3. Protección de datos sanitarios

5.9.3.1. Obligaciones y derechos

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 de organización, 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.

5.9.3.2. Sujeto responsable de los ficheros

Todos los centros garantizarán la seguridad y conservación de todos los ficheros de los que dispongan, estén o no automatizados.

Los centros sanitarios designarán la persona responsable de los ficheros automatizados que se comunicará a la administración competente. El

⁽⁴⁰⁾ Disposición transitoria única. Informe de alta. El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la OM de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley.

responsable del fichero y las personas que intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de los pacientes están sometidos al deber de secreto profesional.

5.9.3.3. Confidencialidad de los datos

Todo paciente tiene derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud en los términos establecidos por la Ley reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

5.9.3.4. Cesión de datos.

La cesión de los datos relativos a los pacientes requerirá en todo caso, el consentimiento expreso de los afectados, con las excepciones previstas en la legislación sanitaria y en la legislación de protección de datos.

5.9.4. Sistema de información

El sistema de información estará integrado en el sistema general del hospital, debiendo atender a los distintos requerimientos de la UPP: la gestión de pacientes, la estación clínica y la gestión económico-administrativa y de servicios generales.

- Gestión de pacientes:
 - Filiación.
 - Citación.
 - Admisión.
 - Alta y codificación.

El sistema de información debe permitir: la identificación del PP; la identificación de aquellos PP con PAC activado, y la delimitación de los “episodios de UPP” y los procesos (hospitalización convencional; HaD; sesión de HdD; consultas) integrados en cada episodio.

A diferencia de la actividad de hospitalización convencional y de cirugía mayor ambulatoria, no existe un sistema universal, dentro del SNS, de codificación de los procesos atendidos en las UHdD. El SAS codifica, mediante el CMBD, esta actividad⁽⁴¹⁾. Por ello, en el documento de estándar-

⁽⁴¹⁾ SAS D.G. Asistencia Sanitaria. SD de AE - Gestión Sanitaria. Servicio de Producto Sanitario. “Manual de Instrucciones del CMBD Hospitalización, Hospital de día quirúrgico y Hospital de día médico”. Andalucía 2007.

res y recomendaciones para las unidades de HdD, elaborado por la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, se recomienda que “se desarrolle un sistema común para todo el Sistema Nacional de Salud, incluyendo al sector privado, de codificación y registro en una base de datos de la actividad de HdD”(5). Esta misma recomendación debería extenderse a otras modalidades asistenciales que pueden estar incluidas en la cartera de servicios de la UPP, como la HaD.

- Gestión de la documentación clínica.
- Estación clínica:
 - Historia clínica electrónica.
 - Aplicaciones departamentales (laboratorio, diagnóstico por la imagen...)
- Gestión económico-administrativa y de servicios generales⁽⁴²⁾:
 - Almacén (pactos de consumo, gestión de stocks, solicitudes de compra, etc.).
 - Farmacia (sistema de prescripción electrónica; unidosis; sistema de conciliación de medicación).
 - Contabilidad.
 - Esterilización.
 - Gestión de personal (incapacidad transitoria, incidencias, permisos, sustituciones, etc.).
- Evaluación (cuadro de mando):
 - Costes por proceso (contabilidad analítica).
 - Encuestas de satisfacción.
 - Indicadores de actividad.
 - Indicadores de calidad.
 - Indicadores de rendimiento.

⁽⁴²⁾ La gestión económico administrativa estará centralizada, realizándose algunas gestiones dentro de la UPP.

6. Estructura y recursos materiales

Este capítulo está dedicado a aquellos criterios y orientaciones referidos a las condiciones estructurales y funcionales de la UPP: programa funcional, equipamiento e instalaciones. En los anexos 10 y 11 se desarrollan aspectos estrechamente vinculados con este capítulo: dimensionado (Anexo 10), y un ejemplo de programa funcional de espacios para una agrupación de cuatro UPP (Anexo 11).

6.1. Programa funcional

La configuración de una UPP requiere la elaboración previa de un programa funcional, que parte del análisis de los aspectos que se recogen más adelante, lo que permitirá identificar a la población diana de la UPP, elaborar la cartera de servicios, cuantificar los recursos correspondientes a cada modalidad asistencial, definir sus relaciones y adaptarlos a la estructura organizativa y de gestión descrita en el capítulo 5 de este documento.

- Análisis demográfico e identificación del ámbito territorial de la unidad
- Análisis de los recursos de atención primaria vinculados con el hospital y la UPP.
- Criterios de selección de pacientes.
- Estimación de la demanda teórica de cada una de las modalidades asistenciales de la UPP. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre esta en pleno funcionamiento.
- Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de la UPP (tanto para la definición de una nueva infraestructura como para la adaptación de la ya existente).
- Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia.
- Análisis y definición de la cartera de servicios de la unidad.
- Análisis y definición de las relaciones de la unidad con otras unidades.
- Estudio de necesidades de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios del hospital

- en que se encuentre ubicada la UPP.
- Definición de sus criterios de funcionamiento con referencias al manual de normas, y detallando los esquemas de circulación de pacientes, personal, cuidadores y materiales.
 - Configuración del circuito asistencial (formas de acceso de los pacientes, tramitación administrativa de su recepción, tránsito dentro de la UPP, alternativas a su salida, etc.), las formas de asistencia médica post-alta y las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno (servicios centrales, urgencias, atención primaria, etc.).
 - Programa funcional.
 - Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa.

6.1.1. Consideraciones generales

El programa funcional tendrá por objeto la configuración de un entorno específico adecuado a las características de los PP que serán atendidos en la unidad y a los tratamientos que estos han de recibir, para lo que debe disponer de instalaciones y equipamiento adecuados a la cartera de servicios ofertada y al nivel de actividad esperado en la unidad.

Las características estructurales de la UPP vienen determinadas por su función asistencial. Debe considerarse, por tanto, que se trata de una unidad que ofrece atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades asistenciales adecuadas a los requerimientos del PP, bajo un esquema funcional caracterizado por la necesidad de coordinación con el ámbito de atención primaria; la utilización de diferentes recursos del hospital, tales como la hospitalización convencional y la actividad ambulatoria (hospitalización de día y consulta externa); la intensa coordinación con otras unidades del hospital a través de interconsultas o con criterios de derivación/atención de los PP como urgencias o rehabilitación; así como por la integración o coordinación con recursos de hospitalización a domicilio y sociosanitarios.

La integración puede desarrollarse a diferentes niveles, dependiendo del volumen de actividad y dimensionamiento de la unidad; o recursos disponibles por la unidad y el hospital en el que se ubique. Resulta indispensable a nivel organizativo, y es recomendable a nivel estructural, en tanto que la proximidad de los medios disponibles contribuye a su optimización y faci-

lita que la atención dispensada al PP se adecue en cada momento a sus necesidades.

Por esta razón, siempre que sea compatible con el dimensionamiento resultante de la estimación de la demanda y no existan condicionantes arquitectónicos, se recomienda tomar la integración estructural de las modalidades asistenciales comprendidas en su cartera de servicios como referente para la configuración de la UPP. En todo caso, la UPP deben disponer de:

- Hospitalización convencional, para la atención de pacientes que precisan valoración, cuidados, vigilancia y tratamiento de forma continuada las 24 horas del día.
- Puestos de hospital de día, para la administración de tratamientos o realizar técnicas diagnósticas a pacientes que requieran, de forma continuada durante unas horas, atención médica o cuidados de enfermería, incluyendo su recuperación previa al alta, sin que sea necesario su ingreso en el hospital.
- Consulta externa, para la atención ambulatoria de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o seguimiento.

El programa funcional de la UPP debe elaborarse a partir del modelo de hospital y del servicio en la que esté integrada, una vez establecida su cartera de servicios y estimada la actividad, analizados los condicionantes estructurales y definidas las relaciones con otras unidades (cuidados paliativos, hospitalización a domicilio).

A continuación se identifican algunos criterios que pueden orientar la definición estructural de los diferentes dispositivos vinculados con la UPP.

Para la ubicación de la unidad dentro del hospital se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

- Las áreas asistenciales, fundamentalmente la unidad de día, deben ser fácilmente accesibles desde el exterior para pacientes y acompañantes.
- Minimizar la circulación de pacientes y personal dentro del hospital y entre los diferentes recursos de la unidad, reduciendo su impacto en el resto del centro.
- Identificar cruces indeseables entre las circulaciones de pacientes, personal o material, para evitarlos.
- Facilitar la movilidad del personal sanitario de la unidad, entre los recursos asignados a la misma, minimizando los tiempos destinados a ello.

Conviene identificar y distribuir los espacios físicos teniendo en cuenta la programación de las actividades, asignando, siempre que ello sea posible, recursos específicos, lo que contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes y el personal sanitario.

Deben considerarse dos zonas asistenciales diferenciadas: una destinada a la hospitalización convencional, cuyo recurso básico es la cama, y otra, destinada a la atención de pacientes ambulatorios, unidad de día, que incluye la consulta externa y la hospitalización de día, y cuyos recursos básicos son la consulta y el puesto de hospital de día.

El desarrollo de las actividades de la unidad requiere, además de las zonas asistenciales señaladas, de un acceso y recepción vinculada con la unidad de día, y de un área administrativa y de apoyo para el personal, que deberá estar bien relacionada con la hospitalización convencional y el hospital de día.

La UPP contará, por lo tanto, con las siguientes cuatro áreas:

- Hospitalización convencional, que incluye el control y apoyos de enfermería.
- Unidad de día, incluyendo los espacios asistenciales necesarios para la exploración, tratamiento y recuperación (HdD), y consultas
- Acceso y recepción, que incluye las zonas de espera y registro de los pacientes.
- Administrativa y de apoyos para el personal.

Los espacios físicos de soporte necesarios para el correcto funcionamiento de estas áreas asistenciales serán compartidos, siempre que ello suponga una ventaja derivada de la economía de escala.

El programa funcional de la unidad contemplará las condiciones de los locales asistenciales, que deben garantizar a los pacientes el respeto a su intimidad y dignidad.

6.1.2. Aspectos estructurales de la UPP

Los recursos estructurales y de equipamiento de la UPP estarán en relación con las características de la actividad clínica y con el grado de autonomía que, con respecto a los recursos existentes en otras unidades del hospital, precise disponer.

En este apartado se desarrollan los criterios generales para la programación funcional de la UPP, mientras que en el Anexo 11 a este documento se desarrolla un ejemplo de programa funcional de una unidad de hospitalización convencional de 33 camas (22 habitaciones, con un 50% de las

mismas para uso individual), 6 puestos de hospital de día y 2 consultas externas⁽⁴³⁾.

A continuación se incluye una descripción de las principales características estructurales y funcionales de las zonas en las que se estructura la UPP:

- Acceso y recepción.
- Unidad de día.
- Hospitalización convencional:
 - Pacientes y cuidadores.
 - Control de enfermería.

6.1.2.1 Acceso, vestíbulo, recepción y sala de estar/espera

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 hasta el alta.

Esta zona tendrá las siguientes características y locales:

Acceso:

- La unidad de día de la UPP debe disponer de rotulación que permita su fácil identificación desde el exterior a la misma en su punto de acceso.
- La rotulación de la UPP debe incluir el nombre del responsable de la unidad y las actividades incluidas en la cartera de servicios de la misma.
- Es conveniente diferenciar el acceso de los pacientes ambulantes (asistidos en la unidad de día) y el de los hospitalizados.
- Es deseable que el acceso a la unidad de día de UPP desde el exterior a la misma se realice mediante puertas de apertura automática, que permitan la visibilidad en ambos sentidos.
- Es deseable diferenciar el acceso del personal de la unidad y de equipamiento y materiales (suministros, alimentos, farmacia, lence-

⁽⁴³⁾ El dimensionado de la UPP depende de la organización sanitaria en donde se imbrique la cartera de servicios, la organización de la atención primaria, etc. Para una UPP básica con una población asignada de 40.000 habitantes ($\approx 8.000 \pm 1.500$ personas mayores de 64 años) y cartera de servicios prioritariamente dirigida a PP se estima que precisaría ≈ 8 camas de hospitalización convencional; 1,5 puestos de hospital de día; y $\frac{1}{2}$ consulta / día. El programa funcional y el dimensionado de los anexos 10 y 11 se corresponden, por tanto, con una agrupación funcional de 4 UPP.

- ría, residuos, etc.) del acceso de PP y acompañantes.
- Los usuarios y pacientes de la UPP deben disponer de información general de la unidad en el/los punto/s de acceso a la misma.

Vestíbulo y recepción:

- El vestíbulo de entrada será amplio para permitir la fácil circulación de pacientes y acompañantes.
- Es conveniente la existencia de un área específica de recepción, admisión e información en la UPP, ubicada en la unidad de día.
- La unidad de día de la UPP debe disponer de un mostrador de recepción, ubicado de forma que resulte fácilmente localizable y accesible desde la entrada principal, para pacientes y acompañantes. El personal de recepción debe controlar desde el mostrador el acceso principal y las circulaciones del público.
- Se recomienda que toda la tramitación administrativa relacionada con la atención de los pacientes de la unidad: filiación, ingreso, cita-ción, alta, etc.; se realice, siempre que sea posible, en el propio mostrador de recepción, garantizando un cierto grado de privacidad.
- El área administrativa contará con el equipamiento necesario para desarrollar eficazmente su actividad (ofimática, informática, correo electrónico, teléfonos, fax, contestador automático para atención fuera de horario) y prever espacio para almacenar la documentación específica: protocolos, folletos informativos, etc.
- La recepción y el vestíbulo deben contar con dotación de mobiliario para almacenar y facilitar a los pacientes, en su caso, la documentación general o específica de la unidad: protocolos, folletos informativos, etc.

Estar/espera:

- Deberá existir un espacio para estar/espera específico de pacientes y acompañantes, adyacentes a la recepción. Esta sala de estar/espera principal tendrá preferentemente acceso directo desde el vestíbulo de entrada, permitirá el contacto visual con el mostrador de recepción y dará acceso a los recursos asistenciales de la unidad de día (hospital de día y consultas).
- La sala de estar / espera será un área confortable. Estará dotada de teléfono, televisión y fuente automática de agua fría.
- El dimensionamiento de la zona de espera se realizará a partir de la estimación de actividad diaria de la UPP, con una previsión de 1,5

asientos cómodos (los tiempos de espera pueden ser largos) por paciente que se encuentre en cualquier área de la unidad incluyen los pacientes hospitalizados en el caso de que la sala de estar/espera sea un espacio compartido para la unidad de día y la unidad de hospitalización convencional de la UPP.

Aseos:

- Se garantizará la accesibilidad a los aseos públicos desde la sala de estar/espera de pacientes y acompañantes.
- El nº de aseos será proporcional a la capacidad de la sala de espera.
- El área de aseos debe estar adaptada para su uso por minusválidos.

Ámbito	Función	Características
ACCESO	Permite la entrada a las áreas de admisión y espera	<ul style="list-style-type: none"> • Señalización exterior adecuada. • Ubicación a nivel de calle, si es posible. • Recorridos cortos si los accesos son compartidos. • Facilitar acceso para minusválidos. • Acceso diferenciado de material y suministros.
VESTÍBULO / RECEPCIÓN	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: Ofimática, informática, teléfonos, contestador automático, fax, etc. • Fácilmente localizable. • Debe permitir que el personal de recepción, estando sentado, observe la entrada a la unidad y la sala de espera.
ESTAR / ESPERA	Facilitar la permanencia de pacientes y acompañantes en las mejores condiciones posibles de comodidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Confortabilidad (posibles largas esperas). • 1,5 cómodos asientos por paciente que se encuentre en la unidad. • Teléfono público. • 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. • Adaptado para minusválidos. • En número proporcional a la dimensión de la sala de espera.

6.1.2.2 Unidad de día

Comprende el conjunto de espacios en que se desarrollan los procesos de atención ambulatoria al paciente pluripatológico.

Es una zona que siempre debe estar bien comunicada con la unidad de hospitalización convencional. El grado de conexión o integración entre la unidad de hospitalización y la unidad de día se definirá tras estimar la actividad global de la unidad y en cada recurso y valorar su dimensionamiento. La integración de la unidad de día y la unidad de hospitalización es un modelo a valorar, especialmente cuando la actividad global de la misma es reducida, por lo que la ubicación de los puestos de hospitalización de día y las consultas y camas de hospitalización integrados en el mismo área de trabajo simplifica la circulación de pacientes y profesionales, así como la gestión de los recursos de la unidad de pluripatológicos.

Se recomienda un diseño flexible para permitir su adaptación a los requerimientos de las diferentes modalidades de tratamientos

La unidad de día tendrá las siguientes características y locales:

Consulta:

- La atención al paciente pluripatológico requiere la realización de consultas, generalmente de alto rendimiento, que incluyen la exploración, diagnóstico e indicación de las pautas terapéuticas, así como la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. Además, de ello es necesario facilitar al paciente la información pertinente y obtener su consentimiento.
- Estas funciones se desarrollan en la consulta. El número de locales de consulta externa esta en relación con el volumen de actividad y el horario de funcionamiento.
- El local de consulta debe permitir el desarrollo de estas actividades. La puerta única optimiza las condiciones de intimidad, y se permite una mayor versatilidad en la utilización de un espacio que, funcionalmente, resulta más flexible.
- La consulta debe tener un tamaño suficiente para acoger al médico, el personal de enfermería necesario para los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a realizar, el paciente, y en su caso, un acompañante.
- La consulta debe disponer de mobiliario de despacho (mesa, sillón y sillas), una camilla de exploración accesible por ambos lados, aislable mediante cortinas o biombos, y mobiliario clínico para conte-

ner el material fungible e instrumental de uso en la consulta.

- En el caso de unidades grandes debe valorarse la comunicación entre las consultas adyacentes para posibilitar la circulación del personal sanitario. La comunicación entre locales dificulta la privacidad del paciente y exige mas espacio.

Box de extracciones:

- Se recomienda la habilitación de un box de extracciones, adecuado para la obtención de muestras biológicas y su preparación para el envío al laboratorio central.

Puestos de hospitalización de día:

- Los puestos de HdD son plazas diferenciadas (camas o sillones) destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, 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.
- El paciente puede acceder directamente a un puesto de hospital de día desde la sala de espera, sin necesidad de ser atendido previamente en consulta.
- La recuperación suele tener lugar en el mismo recurso en que se administre el tratamiento.
- En algunos casos, cuando termina la utilización del puesto de hospitalización sin que esté indicada el alta del paciente, y siempre y cuando que las condiciones del paciente lo permitan, éstos pueden esperar en la sala de espera general (p.e. hasta ser atendidos pasado un tiempo en consulta o recibir determinada información clínica) y dejar libre el puesto de hospitalización para ser ocupado por otro paciente.).
- Los puestos de hospitalización de día pueden habilitarse en salas comunes o puestos individuales, en función de las características del tratamiento.
- En las salas comunes cada puesto debería ocupar, como mínimo, un espacio de 3 x 2,5 m.
- Los puestos de hospital de día deben permitir que el personal sanitario acceda al paciente de la forma más sencilla posible.
- Los puestos de hospital de día tendrán tomas de oxígeno y vacío y, camas o sillones de tratamiento, según las necesidades, regulables en altura, una mesita con espacio para contener los efectos perso-

nales de los pacientes y ala para apoyar bandejas, así como espacio para una silla adicional (a utilizar por un acompañante en el caso de que ello resulte indicado).

- Cada puesto dispondrá de todas las instalaciones eléctricas necesarias tanto para su iluminación como para la conexión de los equipos electro-médicos cuya utilización requiera la administración del tratamiento y/o la recuperación del mismo.
- Todos los puestos de hospitalización de día deben disponer de una unidad de control manual por parte del paciente, que le permita avisar a la enfermera, manejar la iluminación y, en su caso, el mando a distancia de la televisión.
- Los tratamientos estándar pueden precisar de negatoscopios (o en instalaciones de nueva planta de estaciones de trabajo que permitan la consulta de la documentación clínica e imágenes radiográficas) lámparas de exploración y equipos para RCP (como soporte ante eventuales complicaciones).
- Todos los puestos de hospitalización de día deben contar con puntos accesibles y fácilmente reconocibles para el lavado de manos con solución hidroalcohólica.
- Todos los puestos deben poder aislarse mediante cortinas o biombo o, en su caso, mamparas fijas. Siempre que sea posible, los pacientes deberían permanecer bajo luz natural y con vistas al exterior, situación compatible con proporcionar la necesaria intimidad cuando la administración del tratamiento así lo requiera.
- Es conveniente que todos los puestos de hospitalización dispongan de televisión.

Vestuarios:

- La unidad de día debe disponer de vestuarios, que estarán ubicados en un espacio contiguo a los puestos de tratamiento.
- Estarán diferenciados para hombres y mujeres y deberán contar con espacio suficiente para taquillas, que permitan la custodia de ropa y objetos personales.

Aseos de pacientes:

- La unidad de día debe disponer de aseos para uso específico de pacientes, ubicados junto a los vestuarios, con dotación similar a los aseos de público y dimensión adecuada al tamaño de la unidad.

Tabla 6.2 Características estructurales de la zona de unidad de día		
Ámbito	Función	Características
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, adecuadas para 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.
BOX DE EXTRACCIONES	Apoyo a la consulta, como ámbito de enfermería o para la obtención de muestras biológicas. Adecuado para la toma de muestras, y su preparación para el envío al laboratorio central.	
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 estructura flexible, adecuada para cubrir la gama más amplia posible de tratamientos, según los requerimientos funcionales de los mismos.
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 custodia de efectos personales.
ASEOS DE PACIENTES	Para el aseo de pacientes 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.

6.1.2.3 Hospitalización convencional

El papel reservado a la hospitalización en el proceso asistencial característico de los hospitales de agudos ha cambiado drásticamente a lo largo de las últimas décadas. La irrupción de nuevas modalidades asistenciales, como la cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización de día o las consultas de alta resolución, paralela a la evolución tecnológica y la consiguiente aparición de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas, ha posibilitado la configuración de episodios más intensivos en el tiempo y, progresivamente, menos invasivos para los pacientes.

Las unidades de hospitalización convencional están fuera del ámbito de este documento de estándares y recomendaciones. Por ello, se ha optado por incluir en este epígrafe un conjunto de espacios adecuados a las actividades asistenciales y de soporte más habituales en la práctica de la hospitalización convencional, ordenados en el contexto de una UPP de forma que el diseño propuesto resulte compatible con cualquiera de las soluciones organizativas que pudieran implementarse.

El recurso básico de la hospitalización convencional es la cama, de forma que la definición de las actividades asistenciales a realizar en torno a ella determinará las características físicas de los espacios destinados al tratamiento de los pacientes ingresados, y la realización de los procesos de soporte que conlleva esta modalidad asistencial.

El área de hospitalización tiene las siguientes características generales:

El control de enfermería debe estar próximo al acceso de usuarios desde el exterior (pacientes y acompañantes), mientras que el correspondiente a la circulación interna (profesionales y pacientes) puede ubicarse algo más alejada del puesto de control.

Circulaciones. Existen dos tipos de circulaciones, externa (visitas de familiares y acompañantes) e interna (pacientes encamados, personal, suministros y servicios de soporte). Ambas circulaciones deben ser independientes.

La unidad no debe constituir tráfico de paso para acceder a otras unidades.

Orientación. En la medida de la posible, se considera deseable que las habitaciones destinadas a pacientes ingresados así como las zonas de trabajo del personal sanitario dispongan de la mejor orientación e iluminación natural.

Vistas. Las habitaciones de pacientes deben tener vistas hacia el

exterior, lo que sirve de elemento de relajación de la ansiedad. Debe facilitarse, siempre que sea posible, la visión del exterior desde el cabecero de las camas (altura de huecos de fachada).

Ruidos. La ubicación de la unidad atenderá al nivel de ruidos existente y previsible en las distintas zonas de la parcela.

2.a. Zona de pacientes y acompañantes:

Habitación de pacientes:

Cada vez es mayor el volumen de actividades asistenciales realizadas en la habitación del paciente durante un episodio de hospitalización, cuya duración debe ser lo más corta posible. Asimismo, el nivel de comorbilidad, fragilidad y discapacidad del PP hospitalizado tiende a ser, por regla general, alto de forma que demandará un elevado nivel de atención y cuidados, lo que implicará un uso intensivo de recursos humanos y de equipamiento.

Por otra parte, debe tenerse en cuenta la presencia junto al PP de los familiares y cuidadores que están cada vez más preparados e implicados para colaborar con el personal sanitario en el cuidado de los mismos.

Las actividades que tienen lugar en la habitación del paciente ingresado pueden tipificarse bajo las siguientes categorías:

- Tratamiento y cuidados del paciente, adiestramiento:
 - Consulta y reconocimiento
 - Intervenciones médicas, cuidados de enfermería y observación
 - Rehabilitación
 - Enseñanza y adiestramiento al paciente y sus cuidadores
- Atención personal:
 - alimentación
 - Aseo
 - Ocio y entretenimiento
 - Visitas
- Actividades de soporte:
 - Realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos
 - Registros clínicos
 - Comunicaciones
 - Adiestramiento del personal sanitario

La realización de estas actividades requiere que la habitación cuente con espacio para acceder al paciente desde ambos lados de la cama, el necesario para la circulación y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte de enfermos.

La habitación deberá contar con zona de estar de pacientes y acompañantes y/o cuidadores.

La habitación puede ser de uso individual o doble. La habitación individual ofrece mayor intimidad para el paciente y, por regla general, el espacio libre en torno a la cama es mayor en ella que en la habitación doble, de forma que resulta más sencillo el trabajo del personal sanitario y las condiciones de habitabilidad para acompañantes, cuidadores y visitantes son mejores.

Sin embargo, la superficie total necesaria para unidades de hospitalización con habitaciones individuales, para el mismo número de camas y, proporcionalmente el coste de su construcción y mantenimiento, es significativamente más alto que en unidades de hospitalización con habitaciones dobles.

La solución que finalmente se adopte dependerá de las condiciones específicas de cada proyecto, ya sea de nueva construcción o de reforma de instalaciones ya existentes. En todo caso, se recomienda la adopción de soluciones modulares tan flexibles como resulte posible, habida cuenta de la rápida evolución de la tecnología y de la naturaleza cambiante de las necesidades.

Un ejemplo de este tipo de soluciones, que respeta la estructura física de otras unidades de hospitalización, aunque en algunos casos varíe la distribución interior y algunos locales y posibilita una adaptación sencilla del volumen de los recursos habilitados a la evolución de la demanda asistencial, se incluye en el Anexo 11 a este documento, en el que se desarrolla un programa funcional con una zona de hospitalización compuesta por habitaciones dobles, reservando un determinado porcentaje para uso individual.

La habitación de paciente deberá contar con la siguiente dotación:

- Una cama móvil, articulada y con altura regulable, preferentemente eléctrica o neumática.
- Un armario ropero.
- Una mesa tipo cigüeña para comer en la cama.
- Un sillón reclinable para el paciente.
- Un sillón para el acompañante o cuidador (adecuado para una presencia continuada).
- Una mesita de paciente para objetos personales.
- Una luminaria en la cabecera de la cama.

- Un panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore:
Tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electro-médicos.
Mando de control de la luminaria.
Sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso.
Sistema de control de medios audiovisuales (radio, TV, video, auriculares...)
Punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, internet..), adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso del paciente y/o su acompañante.
- Tomas de oxígeno y vacío, con caudalímetro y vacuómetro.
Esta dotación deberá duplicarse en el caso de habitaciones de uso doble. En este caso, deberán instalarse sistemas de cortinas que permitan la separación visual de los pacientes y proporcionen el ambiente de intimidad necesario para su exploración, cuidado y la realización de procedimientos diagnóstico y/o terapéuticos. Resulta conveniente que las cortinas sean lavables e impermeables, ignífugas y, si están colgadas del techo, deben permitir la iluminación y ventilación necesarias para mantener un ambiente adecuado en cada cama.
Las habitaciones contarán, en todo caso, con los sistemas de seguridad antiincendio previstos en la normativa vigente.
Todas las habitaciones de paciente, ya sean de uso individual o doble, incluirán un aseo que permita el acceso de pacientes incapacitados en silla de ruedas ayudados por el personal. Dispondrán de ducha (sin barreras en el suelo, amplia y antideslizante), lavabo, inodoro y lavacañas. Se cuidará la generación de ruidos de estos elementos.
Los aseos dispondrán de patinillos de instalaciones que faciliten la independencia dentro de la unidad, con acceso desde el exterior para facilitar su mantenimiento.

Despacho de información:

Destinado para que el personal facultativo y sanitario facilite a los familiares y cuidadores del pacientes detalles del proceso asistencial en condiciones adecuadas de privacidad.

Sala de estar para pacientes ingresados:

Dotada de los elementos necesarios para proporcionar un ambiente de descanso y comodidad en estancias prolongadas.

Dependiendo de las dimensiones de la unidad y las posibilidades estructurales, el despacho de información y la sala de estar de pacientes podrán ser específicos para la zona de hospitalización o compartidos con la unidad de día, en cuyo caso deberán evitarse los posibles cruces de la circulación de pacientes ambulantes y la correspondiente a los flujos internos del personal sanitario y demás actividades de soporte a la hospitalización.

2.b. Control de enfermería y apoyos:

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

Control de enfermería:

La zona de hospitalización dispondrá de un control para el trabajo del personal de enfermería, que se ubicará próximo al acceso exterior a la unidad y contará con los espacios necesarios para el desarrollo de las actividades de soporte, situados alrededor del puesto de control.

El puesto de control tendrá un mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera. Debe disponer de espacio para almacenar el material de trabajo. Requiere de una zona de trabajo de personal, que contará con una estación clínica con acceso al sistema de información del hospital y, en su caso, el trabajo con historia clínica informatizada.

- **Estar de enfermería**, asociado al control, de manera que facilite el descanso del personal compatible con el seguimiento de la unidad y el acceso rápido a las habitaciones de pacientes, en caso de necesidad
- **Sala de curas y técnicas**, dotada con el equipamiento necesario para la atención a los pacientes

- **Baño asistido**
- **Oficio de limpio**, para la preparación de farmacia, dispuesta para el manejo de los medicamentos, de sucio y clasificación de residuos, de comidas y de limpieza.
- **Almacenes** de lencería, material fungible y equipos y espacio para sillas de ruedas

Se recomienda incorporar a la zona de apoyos los avances disponibles en logística (p.e. tubos neumáticos; sistemas multi-almacén con doble cajetín; armarios automatizados para la dispensación de medicamentos o, en su defecto, dispositivos para la unidosis), la restauración (p.e. bandeja isotérmica o elementos para la regeneración de alimentos preparados, si se han desarrollado sistemas de línea fría de cocina) y la segregación de los residuos.

Ámbito	Función	Características
HABITACIÓN DE PACIENTE	Estancia de pacientes, previsiblemente con alto nivel de dependencia, durante el episodio de hospitalización, a lo largo del que se desarrollarán actividades de tratamiento clínico y cuidados, atención personal y soporte a la atención sanitaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Espacio suficiente para acceder al paciente por ambos lados de la cama, incluyendo el necesario para las circulaciones y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte de enfermos. • Con zona reservada para estar de pacientes y acompañantes y/o cuidadores, en la que se ubicarán sendos sillones de descanso. • Dotada con los medios técnicos necesarios para la atención al paciente hospitalizado. • Si la habitación es doble, contará con un sistema de cortinas que permita la separación visual de los pacientes y proporcionen el ambiente de intimidad necesario para su exploración, cuidado y la realización de procedimientos diagnóstico y/o terapéuticos. • Con aseo, que permita el acceso de pacientes incapacitados en silla de ruedas ayudados por personal de la unidad. Dispondrá de ducha (sin barras en el suelo, amplia y antideslizante), lavabo, inodoro y lavacuchos.

Ámbito	Función	Características
OTRAS INS-TALACIONES PARA PACIENTES Y CUIDADORES	Atención al paciente y a sus acompañantes fuera de la habitación de hospitalización.	<ul style="list-style-type: none"> • Despacho de información. • Sala de estar de pacientes ingresados.
CONTROL DE ENFERMERÍA	Trabajo del personal de enfermería: 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"> • Ubicado en el centro de la zona de hospitalización. • Para minimizar los recorridos. • Mostrador con superficie para escribir e instalación de equipos de comunicación, incluyendo la central de recepción de llamadas a la enfermera y espacio para almacenar el material de trabajo. • Área de trabajo con estación de trabajo y acceso a las aplicaciones de gestión de pacientes y estación clínica.
APOYOS	Realización de curas y otras técnicas. 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.

6.1.2.4 Área administrativa y de apoyos para el personal

Se consideran incluidos en esta zona los espacios necesarios de despachos y salas de reuniones del personal que trabaja en la unidad, de manera que puedan desarrollarse adecuadamente las actividades asistenciales, docentes y el descanso.

Esta zona tendrá las siguientes características y locales:

Despachos:

El número de despachos será proporcional a las dimensiones de la plantilla de la unidad, en concreto de profesionales cuya actividad precise la utilización de despacho, ya sean individuales (p.e. despachos de responsables médicos y de enfermería) o comunes (salas de trabajo, biblioteca).

Los despachos estarán dotados de mobiliario ergonómico, garantizarán la privacidad y facilitarán el trabajo en equipo. Dispondrán de comunicaciones telefónicas y acceso a la red de datos, así como de

estaciones de trabajo con acceso a las aplicaciones de estación clínica, teniéndose especialmente en cuenta las necesidades de coordinación y comunicación con el ámbito de atención primaria y el desarrollo de la hospitalización a domicilio.

Área de descanso:

Con sala de estar de tamaño adecuado a las dimensiones de la unidad y aseos específicos, así como espacio para vestuario en función del sistema de organización adoptado y la existencia o no, en su caso, de una zona próxima dotada de ese recurso.

6.1.2.5 Programa genérico de locales

El programa genérico de locales (un ejemplo concreto de UHdD se recoge en el anexo 11 a este informe) queda configurado de la siguiente forma⁽⁴⁴⁾:

Tabla 6.4 Programa de locales				
Zona	Local	Nº	Superficie	Sup. Total
RECEPCIÓN	1. Sala de espera principal. 2. Aseos de público. 3. Aseo de minusválido. 4. Recepción.			
HOSPITALIZACIÓN	5. Habitaciones de pacientes e instalaciones para familiares y acompañantes: 5.1. Habitación de paciente 5.2. Aseo en habitación de paciente 5.3. Despacho de información 5.4. Sala de estar de pacientes ingresados 6. Control de enfermería y apoyos 6.1. Mostrador y zona de trabajo de personal 6.2. Estar de enfermería 6.3. Sala de curas y técnicas 6.4. Baño asistido 6.5. Oficio de limpio 6.6. Oficio de comidas			

⁽⁴⁴⁾ Se indican, exclusivamente, en este programa las zonas y locales, puesto que el número de estos y su superficie deben especificarse para unas dimensiones concretas de la UHdD. Para un ejemplo de programa funcional de una UPP, véase el Anexo 10.

Zona	Local	Nº	Superficie	Sup. Total
	6.7. Oficio de limpieza			
	6.8. Oficio de sucio y clasificación de residuos			
	6.9. Almacén de material y equipos			
	6.10. Almacén de material fungible			
	6.11. Almacén de lencería			
	6.12. Espacio para sillas de ruedas			
UNIDAD DE DÍA	7. Consulta			
	8. Box de extracciones			
	9. Sala de hospital día			
	10. Aseos de pacientes ambulantes			
	11. Vestuarios de pacientes ambulantes			
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	12. Despacho de dirección médica			
	13. Despacho de supervisión			
	14. Despacho de médicos			
	15. Despacho de trabajo administrativo			
	16. Sala de reuniones / sala de trabajo / biblioteca			
	17. Aseos y vestuarios del personal			

6.2. Equipamiento e instalaciones.

En el anexo 10 a este documento se desarrollan los criterios de dimensionado y en el anexo 11, el programa funcional de UPP con 33 camas de hospitalización convencional (22 habitaciones dobles, con el 50% de ellas reservadas para uso individual), dos consultas y seis puestos de HdD (50% de ellos, camas y, el otro 50%, sillones de tratamiento).

Los criterios y recomendaciones contenidos en ambos Anexos, junto con el detalle de las principales características técnicas y la relación de equipos necesarios en cada uno de los locales considerados en el programa de espacios, que se incluye a continuación, pueden servir de ayuda para planificar el equipamiento de una UPP⁽⁴⁵⁾.

⁽⁴⁵⁾ Se evitan referencias numéricas, pues dependen del número concreto de puestos y de las demás dimensiones características de los espacios propuestos.

Tabla 6.5. Relación de equipamiento por local	
Local	Equipamiento
RECEPCIÓN	
<p>Sala de espera principal</p> <p><i>Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la unidad.</i></p> <p><i>Conexiones telefónicas y música ambiental.</i></p> <p><i>Máquinas de bebidas y comida fría.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillas / sillones. • Bancadas de tres plazas. • Cuadros. • Mesas bajas. • Perchas. • Fuente de agua fría.
<p>Recepción</p> <p><i>Acogida de pacientes y cuidadores. Trámites administrativos de registro y alta.</i></p> <p><i>Con mostrador con altura adecuada para atender a pacientes con sillas de ruedas.</i></p> <p><i>Conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estaciones de trabajo / ordenadores. • Impresora láser. • Mueble mostrador. • Cajoneras. • Estanterías. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Teléfono. • Fax.
<p>Aseos de público</p> <p><i>Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
<p>Aseo de minusválido</p> <p><i>Con lavabo e inodoro.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
HOSPITALIZACIÓN	
<p>Habitación de pacientes e instalaciones para familiares / acompañantes</p>	
<p>Habitación de paciente</p> <p><i>La habitación debe ser diseñada (iluminación, color, vistas) pensando en que la posición normal del paciente es la horizontal.</i></p> <p><i>Debe existir un dispositivo que gradúe la intensidad de la luz en la habitación.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cama eléctrica con accesorios. • Armario. • Caudalímetro. • Vacuómetro . • Decoración. • Esfingomanómetro digital portátil.

Local	Equipamiento
HOSPITALIZACIÓN	
Habitación de pacientes e instalaciones para familiares y acompañantes.	
<p><i>Sistema de climatización regulable y adaptado a todo tipo de minusvalía en cada habitación.</i></p> <p><i>Ventanas de apertura regulable y controlable por el personal de la unidad.</i></p> <p><i>Control acústico mediante mobiliario adecuado y paneles insonorizantes en paredes.</i></p> <p><i>.Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria, sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso, Sistema de control de medios audiovisuales (radio, TV, video, auriculares punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, internet..), adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso del paciente y/o su acompañante.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa cigüeña para comer. • Mesita. • Silla s/r. • Sillón reclinable paciente. • Sillón para acompañante. • Sistema de llamada personalizada. • TV.
<p>Aseo en habitación de paciente</p> <p><i>Con lavamanos, lavacúñas, inodoro y ducha; repisa; toallero, perchas, portarrollos y soporte de cuñas.</i></p> <p><i>Duchas a nivel del suelo para favorecer la accesibilidad de todos los pacientes; funcionamiento como ducha asistida.</i></p> <p><i>Grifería monomando; fluxores del inodoro de bajo nivel de ruido.</i></p> <p><i>Se desaconseja la iluminación con fluorescente.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensador de jabón. • Dispensador de papel. • Dispensador de toallas de papel. • Escobilla. • Espejo. • Papelera con tapa basculante de 25L. • Percha.
<p>Despacho de información</p> <p><i>Para información a pacientes y cuidadores.</i></p> <p><i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Sillón ergonómico con ruedas. • Sillas sin ruedas. • Estación de trabajo / ordenador. • Teléfono. • Cuadro.
<p>Sala de estar de pacientes ingresados.</p> <p><i>Para descanso de los familiares y acompañantes del paciente ingresado.</i></p> <p><i>Diseñada para lograr la mayor comodidad posible y reducir en la medida de lo posible el nivel de ruidos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadro. • Mesa baja • Mesa TV • Silla / sillón • TV

Local	Equipamiento
<p>Control de enfermería y de apoyos</p> <p>Mostrador y zona de trabajo de personal (control). <i>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</i> <i>Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente / enfermera mediante un sistema acústico y luminoso.</i> <i>Instalación de terminal de tubo neumático.</i> <i>Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases.</i> <i>Conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mueble mostrador. • Sillones ergonómicos con ruedas. • Impresora láser. • Armario archivo. • Cuadro. • Estantería metálicas. • Sistema de comunicaciones tipo Tel DECT. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Papelera. • PDA's gestión cuidados. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario estantería cerrado. • Estaciones de trabajo / ordenadores. • Teléfono.
<p>Estar de enfermería. <i>Para descanso del personal.</i> <i>Con punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armarios altos y bajos. • Cuadros. • Encimera con pileta, microondas y frigorífico. • Mesa centro. • Percha. • Sillas. • Sillones de descanso. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Teléfono.
<p>Sala de curas y técnicas. <i>Para la realización de curas fuera de las habitaciones de paciente.</i> <i>Encimera de acero inoxidable con un seno y grifería térmica con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración.</i> <i>Tomas de oxígeno y vacío.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumental para curas. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Pie de gotero. • Mesa auxiliar. • Foco de exploración. • Encimera inoxidable con pileta y accesorios. • Carro de curas. • Camilla de exploración. • Aspirador. • Armario para material estéril. • Multiboxes para material fungible.

Local	Equipamiento
Control de enfermería y de apoyos	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón.
<p>Baño asistido.</p> <p><i>Para el aseo de los pacientes con dificultad de movilización.</i></p> <p><i>Dotado de los medios necesarios para su baño y aseo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Grúa movilización pacientes • Dispensador de jabón • Dispensador de papel • Dispensador de toallas de papel • Espejo • Papelera con tapa basculante de 25L • Percha
<p>Oficio de limpio</p> <p><i>Almacén de material limpio y preparación de fármacos.</i></p> <p><i>Punto de agua para mueble con doble pileta.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taburete fijo de 60 cm. • Mueble clínico con doble pileta y espacio de almacenamiento inferior. • Dispensador de jabón. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel. • Armario vitrina colgado de 80 x 90 x 35 cm. • Frigorífico.
<p>Oficio de comidas</p> <p><i>Llegada de carros de comida y preparación de alimentos.</i></p> <p><i>Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Armario para vajilla. • Frigorífico. • Microondas. • Mueble escurridor, doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
<p>Almacén de limpieza.</p> <p><i>Para útiles y productos de limpieza.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estanterías metálicas.
<p>Oficio de sucio y clasificación de residuos</p> <p><i>Almacenaje de ropa sucia y basura.</i></p> <p><i>Punto de agua.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mueble de doble pileta y basura. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de toallas de papel.
<p>Almacén de material y equipos</p> <p><i>Para aparatos y equipos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estanterías metálicas.
<p>Almacén de material fungible</p> <p><i>Para pequeño material de uso habitual.</i></p> <p><i>Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica.</i></p> <p><i>Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros.</i></p> <p><i>Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de almacenamiento de doble cajetín. • Estanterías metálicas.

Local	Equipamiento
Control de enfermería y de apoyos	
Almacén de lencería <i>Para ropa limpia.</i>	Carros de lencería para ropa limpia. Esteras metálicas.
Espacio para sillas de ruedas y grúas para movilizar a enfermos encamados. <i>Fuera de la circulación de la unidad.</i>	
UNIDAD DE DÍA	
Consulta <i>Con zona de exploración y de despacho - consulta.</i> <i>Encimera de acero inoxidable con un seno y grifería térmica con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración.</i> <i>Conexiones informáticas y telefónicas.</i> <i>Tomas de oxígeno y vacío.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Armario de consulta. • Sillas sin ruedas. • Vitrina metálica alta con puertas correderas. • Sillón ergonómico con ruedas. • Camilla exploración. • Cuadro. • Diverso instrumental de consulta, según las especialidades. • Linterna de lápiz. • Mesa modular de trabajo con cajonera. • Luz frontal. • Esfingomanómetro digital portátil. • Impresora láser. • Fonendoscopio. • Foco de exploración. • Teléfono. • Estaciones de trabajo / ordenadores. • Vacuómetro. • Caudalímetro. • Dispensadores de toallas de papel. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Dispensador de jabón. • Negatoscopio⁽⁴⁶⁾.
Boxes de hospital de día (en sala común) <i>Puestos para la administración de tratamientos y, en su caso recuperación de los mismos.</i> <i>En sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de cierre para mantener la privacidad (compatible con la seguridad del paciente).</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aspirador con filtro para administrar medicación inhalada. • Camas eléctricas con accesorios. • Balones de resucitación autoinflables. • Carro de parada. • Camilla de transporte. • Caudalímetro.

⁽⁴⁶⁾ Sólo en el caso de que no se disponga de imagen radiológica digitalizada accesible desde la estación clínica.

Local	Equipamiento
UNIDAD DE DÍA	
<p><i>Dotados de sillón de tratamiento o cama.</i></p> <p><i>Ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación.</i></p> <p><i>Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío.</i></p> <p><i>Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera.</i></p> <p><i>Pre-instalación de televisión y música.</i></p> <p><i>Conexiones informáticas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desfibrilador con palas de adulto y recién nacidos. • Estaciones de trabajo / ordenadores. • Material vario (pies gotero, ganchos techo, etc.). • Mesa cigüeña para comer. • Monitor multiparamétrico. • Carro medicación urgencia. • Monitor TA con manguitos de varios tamaños. • Oxímetro. • Respirador de transporte. • Bomba perfusión. • Vacuómetro. • Silla sin ruedas.
<p>Box de extracciones</p> <p><i>Con encimera para la preparación del material y punto de agua .</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Camilla exploración • Encimera • Estantería metálica • Mesita • Silla para extracción • Taburete. • Báscula con tallímetro. • Esfigmomanómetro de pared.
<p>Aseos de pacientes ambulantes</p> <p><i>Con lavabo e inodoro (incluye aseo para pacientes discapacitados).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.
<p>Vestuarios de pacientes ambulantes</p> <p><i>Cambio de ropa y depósito de objetos personales.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taquillas individuales. • Bancos.

Local	Equipamiento
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	
<p>Despacho de coordinador médico <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Negatoscopio⁽⁵¹⁾. • Teléfono.
<p>Despacho de supervisora <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sillón ergonómico con ruedas. • Armario estantería cerrado. • Cuadro. • Estación de trabajo / ordenador. • Impresora chorro de tinta / láser. • Mesa de despacho con ala y cajonera. • Mesa reuniones circular. • Papelera. • Percha. • Sillas sin ruedas. • Armario archivo. • Pizarra mural. • Teléfono.
<p>Despacho de médicos <i>Con acceso a la red de voz y datos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de despacho con ala y cajonera • Armario archivo • Armario estantería cerrado • Cuadro • Estaciones de trabajo / ordenadores • Impresora chorro de tinta / láser • Papelera • Percha • Pizarra mural • Silla s/r • Sillón ergonómico c/r

Local	Equipamiento
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	
<p>Despacho de trabajo administrativo <i>Con acceso a la red de voz y datos.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesa de despacho con ala y cajonera • Armario archivo • Armario estantería cerrado • Cuadro • Estaciones de trabajo / ordenadores • Impresora chorro de tinta / láser • Papelera • Percha • Pizarra mural • Silla s/r • Sillón ergonómico c/r • FAX • Teléfono
<p>Sala de reuniones <i>Con conexiones informáticas y telefónicas.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estanterías de madera. • Pizarra mural. • Percha. • Papelera. • Impresora chorro de tinta / láser. • Estaciones de trabajo / ordenadores. • Cuadros. • Cañón de proyección. • Armarios archivo. • Mesa circular de reuniones. • Sillas sin ruedas. • Teléfono. • Negatoscopio⁽⁵¹⁾.
<p>Aseos y vestuarios del personal <i>Con características similares a los aseos de visitantes.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensadores de papel. • Dispensadores de toallas de papel. • Escobillas. • Espejos. • Papelera con tapa basculante de 25 l. • Percha. • Dispensador de jabón.

6.3. Material sanitario. Esterilización

Los centros sanitarios 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 (p.e. de doble cajetín).

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.

Todo material o instrumental no desechable que atraviese la piel o las mucosas o que contacte con mucosas, sangre u otros fluidos orgánicos deberá ser limpiado y esterilizado antes de su uso en cada paciente, mediante un sistema eficaz y adecuado a sus características.

Siempre que lo requiera la actividad, se utilizarán elementos de protección personal para los profesionales y los pacientes.

6.4. Prevención y control de las enfermedades transmisibles

Los centros sanitarios deberán establecer los procedimientos adecuados para prevenir y controlar las enfermedades transmisibles en el medio hospitalario. Dichos procedimientos deberán analizar los procesos asistenciales que se desarrollen específicamente en la unidad y definir las pautas de actuación que resulten pertinentes.

En general, la UPP es un lugar con unos requerimientos frente al riesgo de adquisición de enfermedades transmisibles similares a los correspondientes en salas de hospitalización y las consultas o lugares donde se realicen procedimientos diagnósticos o terapéuticos. Como en estos lugares, dicho riesgo de adquisición puede ser tanto de los pacientes como de los profesionales sanitarios, y en ambos sentidos de transmisión. Por ello, deben

ser observadas las *precauciones universales* y las políticas hospitalarias de control de infección.

6.5. Protocolos de limpieza

La UPP deberá mantener en óptimas condiciones de limpieza e higiene sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario.

Existirá un protocolo de limpieza, desinfección, desinsectación y desratización de la unidad, que atienda a sus especificidades. Este protocolo estará acompañado del contrato de prestación de servicio que garantice su cumplimiento, salvo que se realice su ejecución con medios propios.

Asimismo, deberá existir un protocolo de limpieza, desinfección y, en su caso, de esterilización del equipamiento, material e instrumental sanitario no desechable.

6.6. Gestión de residuos sanitarios

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

A los efectos de cumplir con la anterior obligación, deberán contar con un protocolo de identificación, clasificación y gestión interna de los residuos sanitarios, adaptado a la legislación vigente, que deberá ser conocido y aplicado por el personal de la unidad.

7. Recursos humanos

7.1. Registro de personal sanitario

En los centros en donde existan UPP deberá haber un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia.

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del SNS en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará, al menos, una vez cada tres años, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Constará en el registro de profesionales sanitarios la adscripción de cada profesional a la unidad funcional en que preste servicio y, específicamente, a la UPP.

7.2. Expediente personal

Todos los centros sanitarios dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal que se encuentre en la situación de pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

7.3. Titulación y funciones

El personal ejercerá su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables⁽⁴⁷⁾.

⁽⁴⁷⁾ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

El personal necesario en una UPP responde a las siguientes titulaciones:

- **Responsable de la UPP.** Será un médico especialista preferiblemente en medicina interna, geriatría o medicina familiar y comunitaria. Desarrolla sus actividades en estrecha coordinación con el ámbito de atención primaria, haciéndose responsable del desarrollo de la organización y funcionamiento de la unidad, descritos en el capítulo 5 de este documento.
- **Coordinador**⁽⁴⁸⁾ Será un médico de entre los responsables de cada UPP. Las funciones del coordinador son:
 - Organizar a un conjunto de profesionales sanitarios, de diversas especialidades y categorías profesionales, 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, y
 - Garantizar la calidad.
 - Desarrollar, con la colaboración del resto de los responsables y profesionales de la UPP y del ámbito de atención primaria, instrumentos de gestión clínica (procesos asistenciales, protocolos, guías, vías clínicas), así como los planes de calidad, formación continuada e investigación.

Se deberá conocer públicamente quien es el coordinador y la persona en la que éste delega, en su caso, debiéndose contemplar este aspecto en las normas de funcionamiento de la unidad.

- **Coordinador 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 UPP.
 - Programar las actividades del profesional de enfermería y personal auxiliar.
 - Controlar la disponibilidad de los recursos materiales.
 - Colaborar con el coordinador en la elaboración de instrumentos de gestión clínica, así como los planes de calidad, formación continuada e investigación.
- **Enfermería.** Diplomados universitarios en enfermería, que se

⁽⁴⁸⁾ Cuando una estructura (servicio; unidad de gestión clínica; etc.) agrupe y coordine a varias UPP, incorporando eventualmente otras unidades (hospitalización a domicilio; unidad de cuidados paliativos; unidad de media estancia / recuperación).

encargan de los cuidados relacionados con la administración de los tratamientos y la recuperación de los pacientes. Asimismo se puede encargar de la coordinación y continuidad de los cuidados (enfermería comunitaria de enlace / gestora de casos).

Las funciones de la enfermería dentro de la UPP son muy relevantes, por lo que se desarrollan con mayor detalle:

- Valoración geriátrica: participar en la valoración geriátrica que incluye el estado funcional, social, mental, de los pacientes que están siendo atendidos en la UPP. Para ello utilizan escalas e instrumentos de valoración validados en la literatura internacional: índice de Katz, FAC, mini-mental test, escala geriátrica de depresión (GDS). En ocasiones es necesario contactar con los familiares, cuidadores o sanitarios que se ocupaban del paciente antes del ingreso.
- Participar en el diagnóstico y seguimiento: deterioro funcional, demencia, depresión, confusión, desnutrición, incontinencia, úlceras por presión, etc.
- Educación sanitaria dirigida al paciente y a sus cuidadores, y promoción del autocuidado. Es necesario conseguir la colaboración del paciente y la familia en el plan de cuidados establecido durante el ingreso hospitalario: Enseñar a administrar insulina, alimentación por sonda nasogástrica, movilización para prevenir la dependencia, aseo del paciente encamado, tratamiento no farmacológico del paciente demenciado con trastornos del comportamiento, etc.
- Seguimiento de la evolución y continuidad de los cuidados. En determinadas patologías concretas (fractura de cadera, deterioro funcional, cuadro confusional agudo, úlceras por presión), la enfermera realiza un seguimiento telefónico de su evolución.
- Coordinación con otros profesionales en distintos niveles asistenciales:
 - Coordinación extrahospitalaria. Con el equipo de atención primaria (médico y enfermera) o profesionales de la residencia donde vive el paciente, para recabar datos sobre la historia clínica o para preparar el alta e informar del plan de cuidados previsto o para aclarar dudas sobre el manejo al alta hospitalaria de determinadas patologías. Cuando el paciente va a ser trasladado a un centro

de convalecencia o de media estancia la enfermera de la UPP se coordina con este nivel para preparar el alta.

- Coordinación intrahospitalaria. Coordinación con otros profesionales sanitarios encargados de ciertos cuidados del paciente. Dietista, fisioterapeuta, trabajador social ,etc.

- Coordinación con los cuidadores. Información a la familia del plan de cuidaos (plan al alta, objetivos, etc).

- Informes al alta. Informe de enfermería para el alta hospitalaria, especificando los planes de cuidados.
- Registros.
- Formación. Participación en las actividades docentes de la UPP: sesiones clínicas y bibliográficas; docencia sobre PP a enfermeras y auxiliares, así como en actividades docentes dentro y fuera del centro donde esté ubicada la UPP.
- Investigación. Participación en la elaboración de hojas de registro y protocolos de manejo de los PP; recogida y manejo de datos en las distintas bases de datos que utiliza la UPP; diseño y realización de estudios de enfermería; preparación de comunicaciones a Congresos y en las reuniones de investigación de la UPP. Impulso de la enfermería basada en la evidencia.
- **Trabajador social.** Planificación del alta. Evaluación del riesgo social. Coordinación con recursos sociosanitarios y sociales.
- **Auxiliares de enfermería.** Técnico medio en cuidados auxiliares de enfermería
- **Secretaria** (auxiliar administrativo). Técnico medio no sanitario.
- **Personal subalterno.** Celador.

Es adecuado que se integren en la UPP, a tiempo completo o parcial:

- **Rehabilitador**
- **Fisioterapeuta**
- **Dietista**
- **Farmacéutico.**

El personal adscrito a la UPP desempeñará en la misma las funciones inherentes a su categoría profesional, conforme a los protocolos y procedimientos de trabajo incluidos en sus normas de funcionamiento y bajo la

dirección de su responsable.

7.4. Identificación y diferenciación del personal

Los centros sanitarios en donde existan UPP adoptarán las medidas necesarias para garantizar la identificación de su personal y la diferenciación del mismo según su titulación y categoría profesional ante los usuarios o sus acompañantes, de modo que a estos les sea posible conocer quién los atiende.

El personal sanitario estará diferenciado por categorías profesionales reconocibles por el uniforme e identificado mediante una tarjeta personal, en la que conste de forma visible su nombre, apellidos y categoría laboral.

El profesional sanitario tiene el deber y la obligación de identificarse cuando así sea requerido por el paciente o usuario, indicando su nombre, apellidos, titulación y especialidad, así como su categoría y función, siempre que esta no sea correctamente percibida por el paciente.

7.5. Medios documentales

Para el correcto ejercicio de su profesión, los centros facilitarán al personal sanitario que preste servicio en la UPP, en función de su categoría profesional, los siguientes recursos:

- a) El acceso a la historia clínica de sus pacientes.
- b) Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y asistencial.
- c) Las normas escritas de funcionamiento interno, así como la definición de objetivos y funciones, tanto generales como específicas de la unidad.
- d) La documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.
- e) Los procedimientos, informes, protocolos de elaboración conjunta o indicadores que permitan asegurar la continuidad asistencial de los pacientes.

7.6. Formación de grado y especializada

La enseñanza de grado y especializada en ciencias de la salud deberá abarcar en los próximos años no solo las nuevas modalidades de asistencia, como la cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización de día o la hospitalización a domicilio, sino también las tendencias de la medicina actual, el empleo coste-efectivo de los avances tecnológicos, el control de calidad, la compe-

tencia entre proveedores de servicios, la elaboración de vías y guías clínicas, en definitiva, deberá adaptarse a las técnicas de la gestión clínica.

En relación con la UPP se deberían alcanzar los siguientes objetivos:

1. Tomando en consideración el importante volumen de pacientes pluripatológicos, incluir de forma sistemática estas unidades asistenciales en las prácticas de los estudiantes de medicina.
2. Formar a los residentes en los diversos elementos que componen el circuito funcional de la UPP.
3. Contribuir, aprovechando los dos objetivos anteriores, a difundir los principios básicos de la asistencia sanitaria gestionada.

Los estudiantes de grado en ciencias de la salud, de una manera general, y los residentes de las especialidades con presencia en la UPP, en profundidad, deberán conocer los elementos diferenciales de estas unidades.

7.7. Formación continuada

La UPP debe adoptar las medidas necesarias para facilitar la realización de actividades de formación continuada y de investigación y docencia de sus profesionales.

La UPP dispondrá de un programa de formación para la actualización de su personal en los conocimientos relativos a la seguridad de los pacientes y la calidad, adaptado a sus características.

Los servicios de salud y otras organizaciones sanitarias pueden considerar el desarrollo de la UPP como alternativa a las modalidades de asistencia que habitualmente se viene dispensando a los pacientes pluripatológicos en los hospitales.

Para ello, se debe proveer, cuando se requiera:

- Entrenamiento específico para los facultativos especialistas y demás personal sanitario, tanto en las técnicas relacionadas con los tratamientos incluidos en la cartera de servicios de UPP, como en los criterios de organización y funcionales precisos para su desarrollo y aplicación, así como sobre las ventajas que estas técnicas aportan a los pacientes.
- Oportunidades para asistir y practicar en UPP de referencia.
- Incentivos locales.

7.8. Criterios para el cálculo de los recursos necesarios

Los recursos de personal que se consideran necesarios varían en función de la población atendida, el horario de funcionamiento y la cartera de servicios de la UPP.

Para su puesta en marcha, la UPP debe contar con personal médico y de enfermería que, además de la titulación específica, experiencia asistencial en hospitalización convencional en unidades médicas y hospital de día, conozcan las peculiaridades en el trabajo en coordinación con otros recursos asistenciales, fundamentalmente los de atención primaria.

Corresponde a los facultativos el control evolutivo de los pacientes, la decisión sobre la realización de procedimientos diagnósticos y la adecuación de las pautas de tratamiento. Se considera necesaria la adscripción específica del médico a la UPP, pudiendo compaginar dentro de ésta las actividades correspondientes a las diferentes modalidades asistenciales incluidas en su cartera de servicios.

Para el cálculo de los recursos humanos necesarios, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Facultativos especialistas: la dotación de recursos médicos señalada por un hospital que ha desarrollado este tipo de unidades⁽⁴⁹⁾ resulta de aplicar la proporción de un médico por cada 8.000 ± 1.500 personas mayores de 65 años, aunque la intensidad de la relación entre el responsable de la UPP con los responsables de atención primaria correspondiente, puede ajustar esta ratio.

El número de efectivos a plena dedicación puede calcularse utilizando la siguiente expresión:

$$F = \frac{(C \times TC) + (E \times TE) + (TOA \times DA)}{HD \times DA \times 60 \times RA}$$

⁽⁴⁹⁾ Hospital 12 de Octubre. 1 responsable por 40.000 habitantes -población general-. La población depende de la estructura de gestión adoptada y de la cartera de servicios que asume. El dimensionado para servicios de medicina interna organizados en base a UPP es de 1 responsable por 25.000 habitantes (≅ 5.000 ± 1.000 > 64 años) -M. Ollero-.

Donde:

- F es el número necesario de facultativos especialistas adscritos con plena dedicación a la UPP
- C es el número esperado de consultas de UPP en un año.
- TC es el tiempo medio expresado en minutos de duración de las consultas de UPP, expresado en minutos.
- E es el número esperado de estancias de hospitalización convencional en la UPP en un año.
- TE es el tiempo medio por estancia expresado en minutos de atención del facultativo especialista a cada paciente ingresado en la UPP.
- TOA es el tiempo medio expresado en minutos que, cada día, dedican los facultativos especialistas a otras actividades de la UPP diferentes de la sala y la consulta (por ejemplo, tratamientos de hospital de día, hospitalización a domicilio, interconsultas, coordinación con el responsable de atención primaria, etc.).
- HD es el número diario de horas de trabajo de un facultativo especialista.
- DA es el número de días de trabajo en un año de un facultativo especialista.
- RA es el rendimiento asistencial de los facultativos expresado en porcentaje.

- Personal en enfermería: el procedimiento de cálculo es similar.

- Personal de apoyo no sanitario: Dependiendo del nivel de informatización de la UPP, para una agrupación de 3-4 UPP como la prevista en el programa funcional recogido en el Anexo 11, se precisará uno o dos auxiliares administrativos y un celador con plena dedicación.

8. Calidad

8.1. Autorización y registro

La UPP responde a un criterio organizativo sobre como integrar distintas modalidades asistenciales y de coordinación con el ámbito de atención primaria, por lo que desde el punto de vista administrativo, su autorización descansa en la del centro hospitalario del que dependen.

8.2. Acreditación y auditoría

No existen, en España, criterios para la acreditación de este tipo de unidades. Tratándose de unidades de gestión clínica podrían eventualmente someterse al proceso de acreditación que para estas unidades han iniciado algunas comunidades autónomas.

8.3. Indicadores de calidad

El *Proceso asistencial integrado de atención a Pacientes Pluripatológicos*, publicado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía⁶, recoge un conjunto de indicadores de proceso.

Asimismo, se pueden aplicar los indicadores específicos para cada modalidad asistencial incorporada a la cartera de servicios de la UPP^{(50), 120}:

Hospitalización convencional. A expensas de lo que los estándares y recomendaciones sobre las unidades de hospitalización convencional recojan, los indicadores de calidad más frecuentemente utilizados, y que se propone incorporar a la UPP, son los siguientes:

- Estancia media ajustada por casuística < 1.
$$\text{EMAC} = \frac{\text{Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU)}}{\text{Total de Altas E}}$$

⁽⁵⁰⁾ Adaptado de Indicadores Clave del SNS. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Diciembre de 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo¹²⁰. Los indicadores de efectividad se pueden comparar: 1. para una población delimitada geográfica y poblacionalmente, antes y después de la implantación de la UPP; 2. comparando, para un mismo hospital, indicadores entre áreas geográficas y poblacionales con cobertura de UPP respecto de otras áreas sin cobertura; y 3. comparando UPP entre sí.

Se trata de la estancia promedio que tendría una determinada unidad estudiada (U) si atendiera con la estancia media que presenta (EMU) en cada uno de los GRD, a los pacientes del estándar (Altas E), es decir, el universo de comparación. Para los cálculos se excluyen los Casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la UPP⁽⁵¹⁾.

- Estancia media ajustada por el funcionamiento < 1.
$$\text{EMAF} = \text{Sumatorio (GRD a GRD...)} (\text{Altas U} * \text{EME}) / \text{Total Altas U}$$

Es la estancia media que habría tenido una determinada unidad estudiada (U) si hubiera atendido a sus mismos casos (Altas U) con la estancia media que para cada GRD ha tenido el Estándar * (EME) Para los cálculos se excluyen los Casos extremos. Se recomienda compararse con el estándar más bajo de entre el conjunto del SNS o el correspondiente al “cluster” de hospitales en donde esté ubicada la UPP.
- Porcentaje de reingresos:
$$[a / b] * 100$$

a Número de altas hospitalarias con reingresos.
b Total de altas por esa causa del período.
Se considera reingreso a todo ingreso inesperado (ingreso urgente) tras un alta previa en el mismo hospital. Para una serie correspondiente a la totalidad de un año se realiza sobre los ingresos índices ocurridos en los primeros 11 meses del año, exceptuando aquellas altas por fallecimiento.
- Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos.
$$[a / b] * 1.000$$

a N° de notificaciones sobre sospecha de reacción adversa a medicamentos, realizadas en un determinado período de tiempo.
b Altas en ese período.
Se incluyen todas aquellas notificaciones realizadas por cualquier profesional de la salud, al SEFV e incluidas en la base de datos FEDRA.

⁽⁵¹⁾ http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/NORMA_GRD_2006_Cluster.xls

- Tasa de infección hospitalaria:
 $[a / b] * 1.000$
a Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año.
b Total de altas en ese año.
El numerador incluye las altas hospitalarias en las que figure, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.3, 996.6x, 998.5x, o 519.01 Exclusiones y/o excepciones: En la definición de origen (*Agency for Healthcare Research and Quality*), se excluyen los casos con estancia inferior a 2 días, y cualquier código que indique que el paciente es o está en una situación inmunodeprimida o de cáncer.
- Tasa de reacciones trasfusionales:
 $[a / b] * 1.000$
a Número total de altas hospitalarias que incluyen reacciones a la transfusión, en un año.
b Total de altas en ese mismo año.
En el numerador se incluyen, en cualquier posición de diagnóstico secundario, los códigos 999.5 al 999.8 o el E876.0, de la clasificación CIE-9 en su versión MC. Se consideran excluidos los casos en los que la de reacción transfusional figure como código de diagnóstico principal El *Health Care Quality Indicators Project* (OCDE): incluye los códigos siguientes: 9996 *ABO Incompatibility Reaction*, 9997 *RH Incompatibility Reaction*, *E8760 Mismatched Blood In Transfusion* y la excepción de altas en pacientes de 18 años o más o de la categoría diagnóstica mayor 14 (embarazo parto y puerperio).
- Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria:
 $[a / b] * 1.000$
a Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con diagnóstico de úlceras por presión, en un año.
b Total de altas del período de más de 4 días de estancia en ese año.
El numerador incluye todas aquellas altas en las que consta, en cualquier posición de diagnóstico secundario, el código 707.0 de la clasificación CIE-9 MC. Exclusiones: Altas con días de estancia inferior o igual a 4. Úlcera por decúbito como diagnóstico principal. Altas de categoría diagnóstica mayor (CDM) 9 (piel y tejido subcutáneo), 14 (Embarazo, parto y puerperio), pacientes con diagnósticos de hemiplejía y paraplejía, espina bífida o daño cerebral por anoxia (definición de la *Agency for Healthcare Research and*

Quality).

- Tasa de caídas:
 $[a / b] * 1.000$
 a Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con información de caída durante su estancia en UPP, en un año.
 b Total de altas del periodo de más de 4 días de estancia en ese año.
- Tasa de mortalidad intrahospitalaria global:
 $[a / b] * 1000$
 a Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados.
 b Total de altas.

Hospital de día. Los indicadores específicos de esta modalidad asistencial recomendados en el documento de esta misma colección que propone los estándares y recomendaciones sobre unidades de hospitalización de día son los siguientes⁵:

Tabla 8.1. Indicadores de calidad de HdD		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la HdD	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 sistema	3. Índice de ambulatorización	% (Sesiones HdD / estancias médicas en H. convencional) (excluye la hospitalización de día y estancias quirúrgicas)

Consultas e interconsulta con el ámbito de atención primaria. No se dispone de indicadores de calidad específicos de esta modalidad asistencial consensuados, por lo que se recomienda su elaboración e incorporarlos en la actualización del presente documento de estándares y recomendaciones. Se recomienda la utilización de un indicador de proceso, en relación con la coordinación primaria / especializada:

Nº reuniones del responsable de la UPP con los profesionales de atención primaria / año⁽⁵²⁾.

Como indicadores de funcionamiento global de la UPP, se proponen, basándose en los objetivos que tiene el desarrollo de este tipo de unidades, los siguientes:

- % Reducción en ingresos hospitalarios en personas mayores:
[(Tasa de frecuentación hospitalaria año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada⁽⁵³⁾) / (Tasa de frecuentación hospitalaria año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].
- % Reducción de la estancia media hospitalaria en personas mayores:
[(Estancia media hospitalaria año X de personas mayores de 65 años en el Hospital / (Estancia media año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el hospital) * %].
- % Reducción del número de estancias hospitalarias / año en personas mayores:
[(Nº días de estancia en hospitalización convencional año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada) / (Nº días de estancia en hospitalización convencional año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].

⁽⁵²⁾ Equipos de atención primaria o equivalentes, en el SNS

⁽⁵³⁾ Zonas básicas de salud vinculadas a la UPP, en el SNS

- % Reducción en urgencias hospitalarias en personas mayores:
[(Tasa de frecuentación urgencias año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada / (Tasa de frecuentación de urgencias año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].

Por último, 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 UPP, se podría utilizar la formulación de la pregunta y de la contestación conforme a la metodología del Barómetro Sanitario de forma que todas las encuestas incluyan la misma pregunta de satisfacción global:

- ¿En general, la atención que ha recibido en la UPP ha sido...?
- Muy buena.
- Buena.
- Regular.
- Mala.
- Muy mala.
- N.S. / N.C.

Con: [a) / b)] *100, siendo:

- a Encuestados que han acudido en el último año a la UPP que declaran haber recibido una atención buena o muy buena.
- b Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

Se configuraría, por tanto, un conjunto de indicadores, que se resumen en la siguiente tabla:

Tabla 8.2. Indicadores de calidad de la UPP		
Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Global	1. % Reducción en ingresos hospitalarios en personas mayores	[(Tasa de frecuentación hospitalaria año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada ⁽⁵⁴⁾) / (Tasa de frecuentación hospitalaria año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].
	2. % Reducción de la estancia media hospitalaria en personas mayores	[(Estancia media hospitalaria año X de personas mayores de 65 años en el hospital / (Estancia media año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el hospital) * %].
	3. % Reducción del número de estancias hospitalarias / año en personas mayores	[(Nº días de estancia en hospitalización convencional año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada) / (Nº días de estancia en hospitalización convencional año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].
	4. % Reducción en urgencias hospitalarias en personas mayores	[(Tasa de frecuentación urgencias año X de personas mayores de 65 años en un área geográfica y poblacional determinada) / (Tasa de frecuentación de urgencias año 0 -el año inmediatamente anterior de la puesta en funcionamiento de la unidad- de personas mayores de 65 años en el mismo área) * %].
5. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Hospitalización convencional	5.1. Estancia media ajustada por casuística	EMAC = Sumatorio (GRD a GRD) (Altas E* EMU) / Total de altas E
	5.2. Estancia media ajustada por funcionamiento	EMAF = Sumatorio (GRD a GRD...) (Altas U* EME) / Total altas U
	5.3 Porcentaje de reingresos	[a] / b] * 1.000 a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.
	5.4 Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	[a] / b] * 1.000 a) Número de altas hospitalarias con reingresos. b) Total de altas por esa causa del período.

⁽⁵⁴⁾ Zonas Básicas de Salud vinculadas a la UPP, en el Sistema Nacional de Salud.

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
	5.5 Tasa de infección hospitalaria	[a] / b] * 100 a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
	5.6 Tasa de reacciones transfusionales	[a] / b] * 100 a) Número de altas hospitalarias con diagnóstico de infección nosocomial, en un año. b) Total de altas en ese año.
	5.7. Tasa de úlceras por presión al alta hospitalaria	[a] / b] * 1.000. a) Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con diagnóstico de úlceras por presión, en un año. b) Total de altas del período de más de 4 días de estancia en ese año.
	5.8. Tasa de caídas	[a] / b] * 1.00. a) Número de altas hospitalarias de más de 4 días de estancia, con información de caída durante su estancia en UPP, en un año. b) Total de altas del periodo de más de 4 días de estancia en ese año.
	5.9 Tasa de mortalidad intrahospitalaria global	[a] / b] * 100 a) Número de altas hospitalarias por fallecimiento, total y para cada uno de los procesos seleccionados. b) Total de altas.
6. Eficiencia y calidad científico-técnica	6.1 Cancelación de sesiones	% [(cancelaciones / pacientes citados)].
	6.2. Tasa de reacciones transfusionales	% [(reacciones transfusionales / sesiones en las que se ha realizado una transfusión de sangre o hemoderivados)].
	6.3. Índice de ambulatorización	% (Sesiones HdD / Estancias médicas en Hospitalización convencional) (excluye la hospitalización de día y estancias quirúrgicas).
7. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. HaD	Pendiente de definir	

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
8. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Consulta externa	Pendiente de definir.	
9. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Interconsultas.		Nº reuniones del responsable de la UPP con los profesionales de atención primaria / año
10. Calidad percibida por el usuario de la UPP	10.1 Índice de satisfacción	$[a / b] * 100$ a Encuestados que han acudido en el último año a la UPP que declaran haber recibido una atención buena o muy buena. b Encuestados que han utilizado dichos servicios en el último año.

8.4. Objetivos de gestión de la calidad

Se proponen, en base a los indicadores de calidad seleccionados y de la experiencia internacional en la gestión sistemática de PP (véase apartado 2.2.), los siguientes objetivos de gestión de la calidad que posibiliten medir la efectividad de la UPP. Entre paréntesis se hace una propuesta tentativa y provisional de objetivos mínimos a aplicar a la población cubierta por la UPP):

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Global	1. % Reducción en ingresos hospitalarios en personas mayores	Reducir la tasa de ingresos en personas ≥ 65 años ($\geq 15\%$).
	2. % Reducción de la estancia media hospitalaria en personas mayores	Reducir la estancia media (hospitalización de agudos) en personas ≥ 65 años ($\geq 20\%$).
	3. % Reducción del número de estancias hospitalarias / año en personas mayores	Reducir el número estancias / año (hospitalización de agudos) en personas ≥ 65 años ($\geq 30\%$).
	4. % Reducción en urgencias hospitalarias en personas mayores	Reducir la tasa de urgencias hospitalarias en personas ≥ 65 años ($\geq 30\%$).

Dimensión de la calidad	Indicador	Cálculo
5. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Hospitalización convencional	5.1 Estancia media ajustada por casuística	Reducir el IEMAc en personas ≥ 65 años ($\geq 20\%$).
	5.2 Estancia media ajustada por el funcionamiento	Reducir el IEMAf (hospitalización de agudos) en personas ≥ 65 años ($\geq 20\%$).
	5.4 Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	Reducción $\geq 20\%$.
6. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. HdD	6.3. Índice de ambulatorización.	($\geq 20\%$).
8. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Consulta externa	Tasa de notificación de reacciones adversas a medicamentos	Reducción $\geq 20\%$.
9. Eficiencia y calidad científico-técnica de la UPP. Interconsultas		≥ 10 Reuniones del responsable de la UPP con los profesionales de atención primaria / año
10. Calidad percibida por el usuario de la UPP	10.1. Índice de satisfacción.	($\geq 90\%$).

9. Criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones de la UPP

Las unidades de PP tienen una experiencia relativamente reciente en España y su penetración en el sistema sanitario español es, con la experiencia del SAS, escasa. La posible expansión de estas unidades, así como los cambios previsibles en la organización y gestión del sistema sanitario, hacen aconsejable que se monitorice el desarrollo e implantación de estas en el sistema, así como que **se realice una revisión y actualización de este informe en un plazo no superior a cinco años.**

A lo largo del proceso de debate para la elaboración de este informe se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de la UPP en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que la próxima revisión recoja, además de los tópicos abordados en este documento, los siguientes:

- Un análisis sistemático de los **indicadores de calidad** de la UPP, que comprenda el conjunto de indicadores recomendado en el apartado 8 de este informe, desarrollando aquellos que no han sido especificados.
- Se deben realizar estudios que permitan evaluar los resultados de la UPP y la comparación de los mismos la atención de los pacientes pluripatológicos según el modelo tradicional.

El desarrollo de UPP confronta uno de los retos asistenciales más relevantes para el sistema sanitario español. Las características de los PP hacen que el dispositivo asistencial tradicional no se adecue eficazmente a sus necesidades, por lo que el impulso a la UPP requiere de importantes adaptaciones en la forma de organizar y gestionar la asistencia, incluyendo la estructura de responsabilidad de los hospitales y su relación con el ámbito de atención primaria, así como la necesidad de adaptar los sistemas de información asistencial para registrar de forma diferenciada la actividad de estas unidades. El desarrollo e implantación de la UPP debe acompañarse de un

simultáneo proceso de evaluación de resultados y comparación de experiencias que permita acercarse a la excelencia en la prestación de asistencia a este subgrupo de pacientes.

Anexo 1. Medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores, según los criterios de Beers actualizados

(Adaptado⁽⁵⁵⁾ de referencia 92).

A. Medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores independientemente del diagnóstico o situación clínica.

Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Aceite mineral (parafina líquida)	Riesgo en caso de aspiración. Existen alternativas más seguras.	Alto
AINE no selectivos de la COX-2 o de semivida larga (piroxicam, etc.), en tratamientos prolongados	Riesgo de producir hemorragia gastrointestinal, insuficiencia renal, elevación de la presión arterial e insuficiencia cardiaca.	Alto
Amiodarona	Riesgo de alteraciones del intervalo QT. Escasa eficacia en ancianos.	Alto
Amitriptilina sola o en combinación	Debido a sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedantes, raramente es antidepresivo de elección en ancianos.	Alto
Anticolinérgicos y antihistamínicos (clorfeniramina, difenhidramina, hidroxizina, ciproheptadina, prometazina, dexclorfeniramina, etc.)	Poseen propiedades anticolinérgicas potentes. En pacientes mayores deben utilizarse antihistamínicos no anticolinérgicos.	Alto
Barbitúricos (excepto fenobarbital)	Riesgo de adicción en ancianos. Pueden causar más efectos adversos que la mayoría de los hipnóticos y sedantes. Sólo se deben utilizar en ancianos para la epilepsia.	Alto

⁽⁵⁵⁾ Por M^a José Otero para el Documento de estándares y recomendaciones de la UPP.

Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Benzodiazepinas de acción corta a dosis mayores de: alprazolam 2 mg lorazepam 3 mg oxazepam 60 mg triazolam 0,25 mg	Debido al aumento de la sensibilidad a las benzodiazepinas en ancianos, dosis más bajas pueden ser eficaces y mejor toleradas. La dosis total diaria no debe exceder la dosis máxima recomendada.	Alto
Benzodiazepinas de acción larga (clordiazepóxido, diazepam, quazepam, halazepam, clorazepato, etc.)	Presentan semivida larga en ancianos (con frecuencia días), produciendo sedación prolongada e incremento del riesgo de caídas y fracturas. Usar preferiblemente benzodiazepinas de acción corta o intermedia.	Alto
Cimetidina	Efectos adversos sobre el SNC incluyendo confusión.	Bajo
Clonidina	Riesgo de hipotensión ortostática y efectos adversos sobre el SNC.	Bajo
Clorpropanida	Presenta una semivida de eliminación larga y puede ocasionar hipoglucemia prolongada. Es el único hipoglucemiante que puede causar SIADH.	Alto
Dextropropoxifeno	Pocas ventajas como analgésico frente a paracetamol y presenta los efectos adversos de otros opioides.	Bajo
Difenhidramina	Puede causar confusión y sedación. No se debe utilizar como hipnótico. En el tratamiento de urgencias alérgicas, se debe usar a la dosis más baja posible.	Alto
Digoxina a dosis > 0,125 mg (excepto en caso de arritmias auriculares)	Aumento del riesgo de toxicidad, como consecuencia de la disminución de la función renal en ancianos.	Alto
Dihidroergotoxina	No ha mostrado ser efectivo a las dosis estudiadas.	Bajo
Dipiridamol (formulaciones de acción corta), excepto en pacientes portadores de válvulas cardíacas artificiales.	Puede causar hipotensión ortostática.	Bajo

Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Disopiramida	Antiarrítmico con potente acción inotropa negativa. También posee efectos anticolinérgicos. Usar preferiblemente otros antiarrítmicos.	Alto
Doxazosina	Riesgo de hipotensión, sequedad de boca y problemas urinarios.	Bajo
Doxepina	Por sus potentes propiedades anticolinérgicas y sedantes, raramente es antidepressivo de elección en ancianos.	Alto
Espasmolíticos gastrointestinales (dicycloverina, alcaloides de belladona, etc.)	Presentan marcados efectos anticolinérgicos con una eficacia discutible. Se recomienda evitar estos fármacos (especialmente su uso prolongado).	Alto
Estrógenos solos (oral)	Evidencia de potencial carcinogénico (cáncer de mama y endometrial) y escaso efecto cardioprotector en ancianas.	Bajo
Fluoxetina diaria	Presenta semivida larga y riesgo de producir estimulación excesiva del SNC, agitación y alteraciones del sueño. Existen alternativas más seguras.	Alto
Flurazepam	Benzodiazepina de semivida de eliminación muy larga. Produce sedación prolongada y aumenta la incidencia de caídas y fracturas. Usar preferiblemente benzodiazepinas de acción corta o intermedia.	Alto
Indometacina	De todos los AINE disponibles es el que produce más efectos adversos sobre el SNC.	Alto
Ketorolaco	Se debe evitar su uso en ancianos, ya que muchos pacientes presentan trastornos gastrointestinales asintomáticos.	Alto
Laxantes estimulantes del peristaltismo (biscodilo, etc.), en tratamientos prolongados. (excepto para uso con analgésicos opiodes)	Pueden agravar las alteraciones del funcionamiento intestinal.	Alto

Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Meperidina (petidina)	Puede causar confusión y presenta muchas desventajas respecto a otros opioides.	Alto
Meprobamato	Muy adictivo y sedante. Su uso durante periodos prolongados puede requerir retirada escalonada.	Alto
Metildopa	Puede causar bradicardia y exacerbar la depresión.	Alto
Metiltestosterona	Puede producir hipertrofia prostática y problemas cardíacos.	Alto
Nifedipino de acción corta	Riesgo de hipotensión y estreñimiento.	Alto
Nitrofurantoina	Puede producir daño renal. Existen alternativas más seguras.	Alto
Pentazocina	Analgésico opioide que causa con frecuencia efectos adversos sobre el SNC, incluyendo confusión y alucinaciones. Además es un agonista-antagonista.	Alto
Relajantes musculares y espasmolíticos: carisoprodol, ciclobenzaprina, metocarbamol, oxibutinina (excepto formas de liberación retardada), etc.	La mayoría de estos medicamentos son mal tolerados por los ancianos, por sus efectos adversos anticolinérgicos, sedación y debilidad. Además, su eficacia a las dosis toleradas por los ancianos es cuestionable.	Alto
Sulfato ferroso >325 mg/día	Dosis >325 mg/día no conllevan un aumento de la cantidad absorbida e incrementan la incidencia de estreñimiento.	Bajo
Ticlopidina	No ha demostrado ser mejor que la aspirina en la prevención de episodios trombóticos y puede ser más tóxica. Existen alternativas más seguras y eficaces.	Alto

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; COX-2: ciclooxigenasa-2; SIADH. síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética; SNC: Sistema Nervioso Central.

B. Medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes mayores considerando la situación clínica.

Situación clínica	Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Alteración cognitiva	Barbitúricos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, relajantes musculares y estimulantes del SNC.	Efectos adversos sobre el SNC.	Alto
Alteraciones de la coagulación o tratamiento anticoagulante	Ácido acetilsalicílico, AINE, dipyridamol, ticlopidina y clopidogrel.	Pueden prolongar el tiempo de protrombina, elevar el INR o inhibir la agregación plaquetaria, aumentando el riesgo de sangrado.	Alto
Anorexia y malnutrición	Estimulantes del SNC (anfetaminas, metilfenidato) y fluoxetina.	Efectos de supresión del apetito.	Alto
Aritmias	Antidepresivos tricíclicos (imipramina, doxepina, amitriptilina).	Efectos proarrítmicos y capacidad para alterar el intervalo QT.	Alto
Depresión	Uso prolongado de benzodiazepinas, agentes simpaticolíticos (metildopa)	Pueden causar o agravar la depresión.	Alto
Estreñimiento crónico	Bloqueantes de canales de calcio, anticolinérgicos y antidepresivos tricíclicos.	Pueden agravar el estreñimiento.	Bajo
Epilepsia/trastorno convulsivo	Bupropion, clozapina, clorpromazina y tioridazina.	Pueden disminuir el umbral convulsivo.	Alto

Situación clínica	Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
EPOC	Benzodiazepinas de acción larga (clordiazepóxido, diazepam, quazepam, halazepam, clorzepato, etc.) y betabloqueantes (propranolol).	Efectos adversos sobre el SNC. Pueden agravar o causar depresión respiratoria.	Alto
Hipertensión	Pseudoefedrina, "píldoras adelgazantes" y anfetaminas.	Elevación de la presión arterial secundaria a la actividad simpatomimética.	Alto
Incontinencia de estrés	Alfa-bloqueantes (doxazosina, prazosina y terazosina), anticolinérgicos, antidepressivos tricíclicos y benzodiazepinas de acción larga.	Pueden producir poliuria y empeoramiento de la incontinencia..	Alto
Insomnio	Descongestivos, teofilina, metilfenidato, IMAO y anfetaminas.	Efectos estimulantes sobre el SNC	Alto
Insuficiencia cardíaca	Disopiramida y medicamentos con alto contenido en sodio (sales de sodio como: bicarbonatos, fosfatos, bifosfatos, citratos, salicilatos y sulfatos).	Efecto inotrópico negativo. Riesgo de retención de líquidos.	Alto
Obesidad	Olanzapina.	Puede estimular el apetito e incrementar el peso.	Bajo

Situación clínica	Medicamento/s	Justificación del riesgo	Nivel de gravedad (alto o bajo)
Obstrucción de la vejiga urinaria	Anticolinérgicos, antihistamínicos, espasmolíticos intestinales, relajantes musculares, oxibutinina, flavoxato, antidepresivos, descongestivos y tolterodina.	Pueden reducir el flujo urinario, ocasionando retención urinaria.	Alto
Parkinson	Metoclopramina, antipsicóticos convencionales y tacrina.	Efectos antidopaminérgicos/ colinérgicos.	Alto
SIADH/hiponatremia	ISRS (fluoxetina, citalopram, fluvoxamina, paroxetina, sertralina).	Puede agravar o causar SIADH	Bajo
Síncope o caídas	Benzodiazepinas de acción corta o intermedia, antidepresivos tricíclicos.	Puede producir ataxia, alteración de la función psicomotora, síncope y caídas.	Alto
Úlcera gástrica o duodenal	AINE y ácido acetilsalicílico (>325 mg).	Pueden agravar úlceras existentes o inducir la aparición de nuevas úlceras.	Alto

AINE: antiinflamatorios no esteroideos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; SIADH. síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética; SNC: Sistema Nervioso Central.

Anexo 2. Modelo de impreso para la conciliación

(adaptado con permiso del modelo de conciliación al ingreso del Hospital Son Dureta¹²¹)

CONCILIACIÓN DEL TRATAMIENTO

Medicación crónica del paciente a valorar por el médico.

Alergias méd: No Sí

Intolerancias: No Sí

PACIENTE: Nº HISTORIA CLÍNICA: CAMA: SERVICIO:

ESTA HOJA NO TIENE VALOR DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA
CONTINUAR (C) , DISCONTINUAR (DC) O INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (IT)
SEGÚN VALORACIÓN DE LA MEDICACIÓN, SITUACIÓN DEL PACIENTE Y GUÍA DEL
HOSPITAL

Fuente de información: HC Entrevista paciente/cuidador Informe AP Informe residencia
 Otros

MEDICACIÓN	DOSIS	PAUTA	VÍA	ÚLTIMA DOSIS	RECOMENDACIÓN			COMENTARIOS
					N			
1.					C	DC	IT	
2.					C	DC	IT	
3.					C	DC	IT	
4.					C	DC	IT	
5.					C	DC	IT	
6.					C	DC	IT	
7.					C	DC	IT	
8.					C	DC	IT	
9.					C	DC	IT	
10.					C	DC	IT	
11.					C	DC	IT	
12.					C	DC	IT	

MEDICAMENTOS SIN RECETA / AUTOMEDICACIÓN	
Antihistamínicos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Colirios: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Aspirina/AINE/cefalea/fiebre: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Tos/resfriado: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Antiácidos/laxantes: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Para dormir: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
PLANTAS MEDICINALES <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Anticonceptivos: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Persona que recoge la información: _____

Fecha: _____

Médico prescriptor: _____ **Firma:**

Fecha: _____

Anexo 3. Valoración de la adherencia al tratamiento

La tasa de adherencia de un determinado paciente a un determinado tratamiento se define académicamente como el número de tomas correctamente efectuadas respecto al total de tomas previstas para un periodo de tiempo que puede ir desde dos días hasta varias semanas. Dado que su cálculo es complejo cuando no imposible, se recurre a definiciones de adherencia más holísticas y subjetivas, basadas en diversos métodos de análisis como más adelante se comenta.

Existen diversos métodos de valoración de la adherencia: los llamados métodos directos que consisten en la determinación del fármaco en fluidos orgánicos y los llamados métodos indirectos que son todos los demás.

Entre los métodos indirectos están:

- 1 - Recuento de la medicación sobrante.
- 2 - Entrevista personalizada.
- 3 - Control de las dispensaciones.
- 4 - Auto-cuestionario.
- 5 - Frascos con tapa electrónica.
- 6 - Evolución de la enfermedad y/o parámetros clínicos.

Ninguno de ellos tiene una fiabilidad del 100%. Por eso, se recomienda siempre combinar varios métodos y compararlos entre sí para detectar posibles incongruencias en los resultados.

Cabe aquí llamar la atención sobre las inmensas posibilidades que se abren para el método de control de las dispensaciones a partir de los sistemas de receta electrónica. En algunas comunidades autónomas, como Andalucía, el médico de familia puede seguir desde su consulta las fechas y las cantidades en que un determinado paciente retiró medicación de su farmacia.

Por su simplicidad los métodos basados en la entrevista del paciente o el autocuestionario parece que serían los más adecuados para el entorno clínico. En todos ellos la detección de pacientes incumplidores es muy sensible, pero se corre el riesgo de obtener falsos positivos (que aparezcan pacientes cumplidores cuando no lo son).

No existe un método de encuesta o autovaloración específico para PP habiéndose usado en la bibliografía varias encuestas pensadas para pacien-

tes crónicas de diversa entidad.

Seguidamente se proponen tres escalas complementarias, proponiéndose la primera de ellas (Morisky) como de utilidad para la asistencia clínica habitual, y las otras dos para programas específicos o en investigación.

	Escala de Morisky	Escala general de adherencia	Brief Medication Questionnaire
Origen	Diseñada para hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares	Se publicó por primera vez a partir del MOS (Medical Outcomes Study) que hizo el grupo RAND, para evaluar la adherencia en pacientes con diabetes, hipertensión IAM o IC	Se publicó por primera vez ¹²² por Svarstad en 1999
Objetivo	Valorar actitudes correctas respecto al tratamiento farmacológico	Medir la tendencia general de ese paciente al cumplimiento, no tanto el cumplimiento del tratamiento actual	Medir el cumplimiento de cada uno de los fármacos separadamente
Web	No se ha encontrado	http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_adherence.html	No se ha encontrado
Validación	Buena correlación con resultados en presión arterial en pacientes hipertensos (Morinsky 2008) Mala correlación interna entre las distintas preguntas en un trabajo realizado en enfermedades cardiovasculares	Se ha validado en el propio proyecto MOS y en numerosos trabajos sucesivos. Tiene buena concordancia interna (inter-observador)	Se ha validado frente a MEMS, MUAH y para diversas patologías como diabetes, Hta, etc. Muy usado en enfermedades respiratorias
Validación en PP	No se ha podido encontrar	No se ha podido encontrar	No se ha podido encontrar
Tipo de escala	Entrevista clínica Consta de 4 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no)	Autocuestionario Consiste en 5 preguntas a completar en 5 minutos. Cada pregunta se puntúa en una escala de Likert. Las respuestas se promedian y se trasladan a una escala lineal de 1-100.	Autocuestionario Tiene una primera parte con 7 preguntas sobre cada medicamento prescrito. Dos partes adicionales con preguntas generales

	Escala de Morisky	Escala general de adherencia	Brief Medication Questionnaire
Duración	No evaluada	5 minutos	No descrita
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> Validada para muchas enfermedades crónicas Gran simplicidad Informa sobre las causas del incumplimiento 	<ul style="list-style-type: none"> Se desarrolló para pacientes con enfermedades crónicas Está muy validada y ha tenido un amplio uso Permite caracterizar pacientes con problemas estables de cumplimiento con las recomendaciones 	<ul style="list-style-type: none"> Evalúa el cumplimiento de cada fármaco Está muy validado
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> No ha sido encontrada una versión en español No es específica para evaluar cumplimiento farmacológico No es específica de pacientes pluripatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> No ha sido encontrada una versión en español No es específica para evaluar cumplimiento farmacológico No es específica de pacientes pluripatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Es muy largo y engorroso y necesita tiempo por parte del paciente No hay versión en español Complejo procedimiento de valoración
Lugar en proceso PP	<p>En el ingreso hospitalario (Internista de referencia)</p> <p>Anualmente o un mes después de cambios importantes en el tratamiento farmacológico (médico de familia)</p>	<p>En la valoración inicial del PP</p> <p>En proyectos de investigación</p>	<p>En proyectos de investigación</p>

1. Prueba de Morisky (modificada)

Valora la actitud del paciente ante el cumplimiento terapéutico.

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Olvida tomar los medicamentos a la hora indicada?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Se considera no cumplidor si se contesta "sí" en alguna de las preguntas.

2. Escala General de Adherencia

Table 1: Medical Outcomes Study: General Adherence Items

How often or each of the following statements true for you during the past 4 weeks?

(Circle One Number on Each Line)

	None of the time	A little of the time	Some of the time	A good bit of the time	Most of the time	All of the time
1. I took it at the time I was told to take it.	1	2	3	4	5	6
2. I followed my doctor's suggestions for taking it.	1	2	3	4	5	6
3. I was unable to do what was necessary to follow my doctor's treatment plans.	1	2	3	4	5	6
4. I found it easy to do the things my doctor suggested.	1	2	3	4	5	6
5. Generally speaking, how often during the past 4 weeks were you able to do what the doctor told you to?						
	(Circle One)					
	None of the time	1				
	A little of the time	2				
	Some of the time	3				
	A good bit of the time	4				
	Most of the time	5				
	All of the time	6				

3. Brief Medication Questionnaire

APPENDIX A

SAMPLE ITEMS FROM BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE (**)

1. Please list below all of the medications you took in the PAST WEEK. For each medication you list, please answer each of the questions in the box below.

IN THE PAST WEEK:						
a. Medication name and strength	b. How many days did you take it?	c. How many times per day did you take it?	d. How many pills did you take each time?	e. How many times did you miss taking a pill?	f. For what reason were you taking it?	g. How well does the medicine work for you? 1 = well 2 = okay 3 = not well
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

APPENDIX A (CONT.)

2. Do any of your medications bother you in any way? YES _____ NO _____

a. IF YES, please name the medication and check below how much it bothers you.

Medication name	How much did it bother you?				In what way did it bother you?
	A lot	Some	A little	Never	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

3. Below is a list of problems that people sometimes have with their medicines. Please check how hard it is for you to do each of the following:

	Very hard	Somewhat hard	Not hard at all	COMMENT (Which medicine)
a. Open or close the medication bottle	_____	_____	_____	_____
b. Read the <u>print</u> on the bottle	_____	_____	_____	_____
c. Remember to take all the pills	_____	_____	_____	_____
d. Get your refills in time	_____	_____	_____	_____
e. Take so many pills at the same time	_____	_____	_____	_____

(**) The original copyrighted instrument is available from the first author.

SCORING PROCEDURES FOR BMQ SCREENS

Screen	Scoring
Regimen Screen (Questions 1a-1e)	
Did R fail to list the prescribed drug in the initial (spontaneous) report?	1= yes 0= no
Did R stop or interrupt therapy due to a late refill or other reason?	1= yes 0= no
Did R report any missed days or doses?	1= yes 0= no
Did R reduce or cut down the prescribed amount per dose?	1= yes 0= no
Did R take any extra doses or more medication than prescribed?	1= yes 0= no
Did R report "don't know" in response to any questions?	1= yes 0= no
Did R refuse to answer any questions?	1= yes 0= no
NOTE: Score of ≥ 1 indicates positive screen for potential nonadherence.	
Belief Screen (Questions 1g and 2-2a)	
Did R report "not well" or "don't know" in response to Q 1g?	1= yes 0= no
Did R name the prescribed drug as a drug that bothers him/her?	1= yes 0= no
NOTE: Score of ≥ 1 indicates positive screen for belief barriers.	
Recall Screen (Question 1c and 3c)	
Did R receive a multiple dose regimen (2 or more times/day)?	1= yes 0= no
Did R report "very hard" or "somewhat hard" in response to Q 3c?	1= yes 0= no
NOTE: Score of ≥ 1 indicates positive screen for recall barriers.	

R= respondent

Anexo 4. Índice de Barthel

DESCRIPCIÓN	
<p>■ Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria, y según estas puntuaciones clasifica a los pacientes en:</p> <p>1- Independiente: 100 puntos (95 si permanece en silla de ruedas).</p> <p>2- Dependiente leve: >60 puntos</p> <p>3- Dependiente moderado: 40-55 puntos</p> <p>4- Dependiente grave: 20-35 puntos</p> <p>5- Dependiente total: <20 puntos</p> <p>■ Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.</p> <p>■ Tiempo estimado de administración: 5 minutos.</p>	
ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN
ALIMENTACIÓN	<p>10 Independiente Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.</p> <p>5 Necesita ayuda Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.</p> <p>0 Dependiente Necesita ser alimentado</p>
BAÑO	<p>5 Independiente. Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.</p> <p>0 Dependiente Necesita alguna ayuda.</p>
VESTIRSE	<p>10 Independiente Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braquero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.</p> <p>5 Necesita ayuda Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.</p> <p>0 Dependiente.</p>
ARREGLARSE	<p>5 Independiente. Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.</p> <p>0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.</p>
DEPOSICIONES	<p>10 Continente. Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.</p> <p>5 Incontinencia ocasional. Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.</p> <p>0 Incontinente</p>

ACTIVIDAD	PUNTUACIÓN
<p>MICCIÓN (Valorar la semana previa)</p>	<p>10 Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo. 5 Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos. 0 Incontinente.</p>
<p>USAR EL RETRE- TE</p>	<p>10 Independiente. Entra y sale solo y no necesita ningún tipo de ayuda por parte de otra persona. 5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda: es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo. 0 Dependiente. Incapaz de manejarse sin ayuda mayor.</p>
<p>TRASLADO AL SILLÓN / CAMA</p>	<p>15 Independiente. No precisa ayuda. 10 Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física. 5 Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. 0 Dependiente. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.</p>
<p>DEAMBULACIÓN</p>	<p>15 Independiente. Puede andar 50 m, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo. 10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona. Precisa utilizar andador. 5 Independiente. (En silla de ruedas) en 50 m. No requiere ayuda o supervisión. 0 Dependiente.</p>
<p>SUBIR/BAJAR ESCALERAS</p>	<p>10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona. 5 Necesita ayuda. Precisa ayuda o supervisión. 0 Dependiente. Incapaz de salvar escalones</p>

Anexo 5. Cuestionario de Pfeiffer

DESCRIPCIÓN

- Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores (útil, por tanto, en el cribado). También puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).
- Es una de las escalas más utilizadas especialmente en atención primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.
- Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error mas si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año).
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? o... ¿cuál es su dirección? (si no tiene tlf).
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes y año)
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0

Puntuación Total.....

VALORACIÓN

- Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas. Puntuaciones intermedias son dudosas y precisan confirmación.
- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse en las primeras 72 horas tras el ingreso y al alta del paciente.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).
- Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación:
Puntúan los errores, 1 punto por error.
 - 0-2 errores: normal.
 - 3-4 errores: leve deterioro cognitivo.
 - 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico.
 - 8-10 errores: importante deterioro cognitivo.

Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.

Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

Anexo 6. *Hospital Admisión Risk Profile (HARP) o Índice de fragilidad*¹³

Sirve para estratificar el riesgo de declive funcional (RDF), o el riesgo de perder autonomía para las actividades básicas de la vida diaria, de los ancianos, en el momento de ingresar por una enfermedad aguda en el hospital.

Pondera tres variables: la edad, el estado cognitivo (medido por un Minimental abreviado*) y la dependencia para siete actividades instrumentales de la vida diaria**.

	Puntos
Edad (años)	
< 75	0
75-84	1
> 85	2
MMSE ABREVIADO*	
15 - 21 puntos	0
0 - 14 puntos	1
AIVD**	
Independencia para 6 -7	0
Independencia para 0 -5	2

Cuanto mayor sea la puntuación global obtenida (de 1 a 5), mayor será la fragilidad o RDF.

Puntos	RDF
0-1	Bajo
2-3	Intermedio
4-5	Alto

* **Mini-Mental State Examination abreviado:** se realiza en el momento del ingreso. La versión del MMSE de Folstein omite los ítems de lenguaje y construcción del test original (nominación, repetición, órdenes, lectura, escritura y copia). La puntuación obtenida va de 0 a 21 puntos. Incluye los siguientes ítems:

1. **ORIENTACIÓN** (10 ítems): preguntarle por estación del año, año, mes, día del mes, día de la semana, ciudad o pueblo, provincia o comunidad autónoma, país, casa u hospital, calle o planta del hospital.
2. **REPETICIÓN** (3 ítems): que repita 3 palabras que le diremos separadas un segundo (casa, árbol, perro).
3. **ATENCIÓN** (5 ítems): que deletree la palabra MUNDO al revés o que reste 7 a 100 sucesivamente hasta 5 veces.
4. **RECUERDO:** que nos repita las 3 palabras dadas anteriormente

** **Actividades instrumentales de la vida diaria:** Se pregunta al paciente (o a su cuidador principal) la capacidad que tenía, 2 semanas antes del ingreso, para realizar siete actividades de la vida diaria. Los pacientes son clasificados como dependientes si refieren no realizar la actividad o bien requieren para ello la ayuda de otra persona. Las actividades valoradas son:

- Usar el teléfono
- Salir a comprar
- Preparar comida
- Tareas domésticas
- Usar transporte público
- Tomar la medicación
- Manejar el dinero

Anexo 7. Cartera de servicios del HdD integrado en la UPP⁽⁵⁶⁾

- Aspiración.
- Biopsia (hepática, muscular, ósea, pleural, renal,...).
- Bomba subcutánea.
- Cuidados post procedimiento diagnóstico-terapéutico.
- Extracción sanguínea.
- Cuidado de catéter venoso central y reservorios subcutáneos.
- Curas.
- Drenajes.
- Infusión intravenosa (quimioterapia).
- Infusión intravenosa (otros).
- Intubación nasogástrica.
- Inyección.
- Nebulización.
- Paracentesis.
- Punción-biopsia de médula ósea.
- Punción lumbar.
- Quimioterapia⁽⁵⁷⁾.
- Toracocentesis.
- Artrocentesis.
- Transfusión sanguínea.

⁽⁵⁶⁾ Agencia de Calidad del SNS. Unidad de hospitalización de día. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.

⁽⁵⁷⁾ La categoría G, que se utiliza para identificar a los PP (Capítulo 5.1), incluye cualquier “neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa”. Existen PP a los que se administra quimioterapia con carácter paliativo, siendo subsidiarios de recibirla bien en el hospital de día y/o bien en hospitalización a domicilio, individualizando los casos y garantizando la seguridad del paciente, sus cuidadores, medio ambiente y personal sanitario.

Anexo 8 Criterios de dimensionamiento de los recursos

La determinación de las dimensiones básicas de los recursos asistenciales de la UPP depende de factores demográficos (estructura de la población atendida), epidemiológicos (morbilidad), clínicos (criterios de indicación de las diferentes modalidades que integran su cartera de servicios) y de gestión (utilización de la capacidad productiva disponible).

Se trata, en todo caso, de establecer las necesidades asistenciales mediante la estimación de la demanda esperable y de adecuar a las mismas, las dimensiones de los recursos-tipo de la unidad (camas de hospitalización convencional, consultas y puestos de hospital de día) ajustadas a un perfil de productividad previamente establecido.

1. Para calcular el **número de camas de hospitalización convencional** necesarias para atender las necesidades asistenciales en una UPP (**C**) se considerará el número esperado de ingresos en un año (**I**), el objetivo de estancia media (**EM**) y la ocupación prevista (**O**):

$$C = \frac{I \times EM}{365 \times O}$$

Donde:

- **El n° esperado de ingresos (I)** se calcula a partir de la fórmula en la que **Fr PP** es la frecuentación de hospitalización convencional de los PP

$$I = \text{Población} \times \frac{\text{Fr PP}}{1.000}$$

- **La ocupación prevista (O)**, se expresa en tanto por 1 (0,85 para una ocupación del 85%)

2. Para calcular el **número de locales de consultas (C)** de la UPP, se tendrá en cuenta el total de consultas que se realizan en un año en la UPP, el tiempo medio por consulta, el tiempo total anual con actividad de consulta en el local y la ocupación de la consulta, relacionándola a través de la siguiente fórmula :

$$C = \left(\frac{CT \times TCons. UPP}{TDCUPP \times OCUPP} \right)$$

- El **total de consultas que se realizan en un año (CT)** se estima a partir de la estimación del número de pacientes y de la media de consultas por paciente en la UPP, con la fórmula siguiente:

$$CT = C/PP \times PP$$

Donde:

- **C/PP** es la media anual de consultas por PP en la unidad
- **PP** es el número de PP en la unidad, en un año
- El **tiempo medio por consulta (T Cons UPP)** en minutos
- El **tiempo disponible de consulta**, estimado a través de la expresión:

$$TDCUPP = N^{\circ} \text{ días/año} \times N^{\circ} \text{ horas cons / día} \times 60$$

Donde:

- **N° días/año**, es el número de días de consulta de UPP en un año
- **N° horas cons/día**, es el número de horas de consulta de UPP cada día
- **La ocupación de las consultas de UPP (OCUPPD)**, expresada en porcentaje, que refleja el uso efectivo del local.

3. Para calcular el **número de puestos de hospital día (P)** ha de considerarse el tiempo necesario para realizar los tratamientos y el tiempo disponible en cada puesto, corregido por su ocupación:

$$P = \left(\frac{TuHD}{TdHD \times OHD} \right)$$

- El **tiempo necesario para realizar los tratamientos** esperados en el HdD (TuHD), expresado en horas:

$$TuHD = T.HD \times TMTHD$$

Donde:

- **TMTHD**, es el tiempo medio expresado en horas para la realización de los tratamientos.

- El **tiempo disponible de HdD (TdHD)**, expresado en horas vendrá dado por la siguiente expresión:

$$TdHD = N^{\circ} \text{ horas/día.} \times N^{\circ} \text{ días / semana} \times N^{\circ} \text{ semanas / año}$$

Donde:

- **N° horas/día**, es el número de horas diarias de funcionamiento
- **N° días/semana**, es el número previsto de días hábiles de HdD por semana
- **N° semanas/año**, es el número previsto de semanas en que funcionará la unidad a lo largo del año.

- La **ocupación del HdD (OHD)**, en porcentaje del TdHD expresado como:

$$OHD = \left(\frac{TuHD}{TdHD} \right) \times 100$$

4. La estimación de la necesidad de recursos vinculados a la UPP se realizará a partir de la información disponible (ver ejemplo en Tabla A5.1).

Tabla A5.1. Ejemplo 1. Dimensionado de los recursos de una UPP

- La **estimación del nº de camas** necesarias para la hospitalización convencional en la UPP puede realizarse como sigue.

La frecuentación hospitalaria de a UPP puede estimarse a partir de datos disponibles que señalan que el 17% de los ingresos hospitalarios (o bien que entre el 31% y el 42% de los ingresos de un servicio de medicina interna) en un hospital de agudos corresponden a pacientes pluripatológicos.

Considerando una frecuentación de 100 ingresos por mil habitantes, el nº anual de ingresos estimado para una población de 40.000 habitantes (similar a la utilizadas para dimensionar algunas UPP⁽⁵⁸⁾) es de 680:

$$680 \text{ ingresos / año de PP } (= 17 * 40)$$

Si un 50% de estos ingresos fuera a ser atendido en una UPP⁽⁵⁹⁾, para una estancia media de 7 días y una ocupación del 85%, el número de camas necesarias es de 8:

$$8 \cong 7,67 (= (340*7)/(365*0,85))$$

- La **estimación de locales de consulta** en la UPP, puede realizarse a partir de la frecuentación de consultas externas.

Suponiendo que el 1% de la población sea PP cuyos procesos se agudicen a lo largo de un año y precisen una media de consultas en la UPP tres veces superior a la frecuentación general (1,7 consultas/año) de consultas especializadas ($5 \cong 5,1 = 1,7 \text{ consultas de atención especializada / año } *3$), estimamos en 2.000 el número anual consultas en la UPP.

$$\text{Nº de consultas externas} = (4000*0,01)*(1,7*3) = 400*5,1 \cong 2.000$$

Considerando que 250 días al año se oferte actividad de consulta externa en la UPP, la media diaria de consultas por 40.000 habitantes es de 7.

$$\text{Media diaria de consultas externas} = 2.000 / 250 = 7$$

Considerando media hora como el tiempo medio de duración de la consulta, se estima en 3,5 horas la media diaria de utilización del local, por lo que éste cubriría las necesidades de 80.000 habitantes

$$1 \text{ local de consulta externa por } 80.000 \text{ habitantes}$$

- La **estimación de puestos de HdD** puede realizarse a partir de la frecuentación de esta morbilidad asistencial.

Suponiendo que el 1% de la población sea PP cuyos procesos se agudicen a lo largo de un año y precisen atención en el HdD dos veces en el mismo periodo, estimamos en 800 el número de tratamientos en el HdD de la UPP.

$$\text{Nº de tratamientos en HdD} = (4000*0,01)*2 = 400*2 \cong 800$$

⁽⁵⁸⁾ Hospital 12 de Octubre de Madrid. Véase la nota 31, en 5.5.

⁽⁵⁹⁾ El 50% restante estaría incluido en otros programas (hemodiálisis, onco-hematológicos o similares) o servicios

Considerando que 250 días al año, se oferte actividad en el HdD de la UPP, la media de actividad en el HdD es de 3,2 tratamientos al día.

$$\text{Media de actividad diaria en HdD} = 800 / 250 = 3,2$$

Manteniendo los mismos parámetros poblacionales (40.000 habitantes, de los cuales un 1% precisaría tratamiento de HdD a lo largo de un año), y suponiendo una media de dos tratamientos por paciente y 250 días/año de funcionamiento de los puestos de HdD en la UPP, se tendría una media de:

$$3 \text{ tratamientos día } (\cong 3,2 = 800 / 250)$$

Si el tiempo medio de duración del tratamiento es de 3 horas, se estima en 9 horas la utilización diaria de un puesto de hospitalización de día. Si el horario de funcionamiento de cada puesto es de 6 horas, resulta que con 1,5 puestos se cubrirían las necesidades de una población de 40.000 habitantes.

Anexo 9. Programa funcional

Se incluye un ejemplo de programa funcional que agrupa a cuatro UPP “básicas” en el que se identifican las tres áreas asistenciales (área de hospitalización convencional, consultas y HdD) y los apoyos.

El uso individual del 50% de las habitaciones de la unidad de hospitalización de la UPP, permitiría atender en ella las necesidades de ingreso de los PP de una población de referencia de 160.000 hb, posibilitando adaptar la relación uso individual / doble a las variaciones estacionales o de otra índole de la demanda.

Los dos locales de consulta y seis puestos de HdD (50% de ellos, camas y, el otro 50%, sillones de tratamiento), permitirían la atención de PP de, aproximadamente, 32.000 + 4.000 personas mayores de 65 años, en un hospital de agudos con un área de influencia de 160.000 habitantes⁽⁶⁰⁾, disponiendo de márgenes de flexibilidad para incrementar la actividad en estos recursos.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
RECEPCIÓN	1. Sala de espera principal	20	1	20	Para unas 10 personas, asociada a la recepción de la unidad. Acondicionada para estancias de varias horas y con capacidad adecuada a las dimensiones de la UPP. Conexiones telefónicas y música ambiental. Máquinas de bebidas y comida fría.
	2. Recepción	18	1	18	Acogida de pacientes y cuidadores. Trámites administrativos de registro y alta. Con mostrador con altura adecuada para atender a pacientes con sillas de ruedas. Conexiones informáticas y telefónicas.

⁽⁶⁰⁾ Véase Anexo 8.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	3. Aseos de público	8	2	16	En función de la organización general del área ambulatoria. Servicios higiénicos para visitas y pacientes. Con lavabo e inodoro.
	4. Aseo de minusválido	4	1	4	Integrado en el bloque de aseos para el público. Servicios higiénicos para visitas y pacientes, adaptados para minusválidos. Con lavabo e inodoro.
SUPERFICIE TOTAL RECEPCIÓN				58	
HOSPITALIZACIÓN	5. Habitaciones de pacientes y otras instalaciones para familiares y acompañantes				
	5.1. Habitación del paciente	22	22	484	22 habitaciones dobles, con un 50% de las mismas reservadas habitualmente para uso individual. La habitación debe ser diseñada (iluminación, color, vistas) pensando en que la posición normal del paciente es la horizontal. Así la altura de la ventana debe permitir la visión del exterior desde la cama del paciente. Debe existir un dispositivo que gradúe la intensidad de la luz en la habitación. Los interruptores eléctricos deben ser fácilmente accesibles por todos los usuarios (a 90 cm del suelo) pueden ser activados por personas en silla de ruedas. Habitación dotada con armario individual, y con equipo cabecero de cama de 2,80 metros. Sistema de climatización regulable y adaptado a todo tipo de minusvalía en cada habitación. Protecciones en paredes contra impactos de camas. Ventanas de apertura regulable y controlable por el personal de la unidad. Control acústico mediante mobiliario adecuado y paneles insonorizantes en paredes.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
<p>Uso del color en función del tipo de paciente y la posición del plano de la habitación en función de la posición del paciente.</p> <p>Con espacio suficiente para acceder al paciente por ambos lados de la cama, incluyendo el necesario para las circulaciones y el uso de equipamiento médico y camillas o sillas de transporte de enfermos.</p> <p>Con zona reservada para estar de pacientes y acompañantes y/o cuidadores, en la que se ubicarán sendos sillones de descanso.</p> <p>Dotada con los medios técnicos necesarios para la atención al paciente hospitalizado.</p> <p>Si la habitación es doble, contará con un sistema de cortinas que permita la separación visual de los pacientes y proporcionen el ambiente de intimidad necesario para su exploración, cuidado y la realización de procedimientos diagnóstico y/o terapéuticos.</p> <p>Con panel de servicios en la cabecera de la cama, que incorpore tomas eléctricas adecuadas para el uso de equipos electromédicos, mando de control de la luminaria, sistema de llamada al personal sanitario, con indicador luminoso,</p> <p>sistema de control de medios audiovisuales (radio, TV, video, auriculares punto de acceso a red de voz y datos (teléfono, internet.), adecuado tanto para el trabajo del personal sanitario en una estación clínica como para el uso del paciente y/o su acompañante.</p>					

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	5.2. Aseo en habitación de paciente	4	22	88	<p>Con lavabo, lavacañas, inodoro y ducha; repisa; toallero, perchas, portarrollos y soporte de cañas.</p> <p>Duchas a nivel del suelo para favorecer la accesibilidad de todos los pacientes; funcionamiento como ducha asistida.</p> <p>Barras asideras con altura adecuada para pacientes en silla de ruedas.</p> <p>Espejos con altura e inclinación adecuadas para pacientes en sillas de ruedas.</p> <p>Grifería monomando; fluxores del inodoro de bajo nivel de ruido.</p> <p>Iluminación que penetre el vapor sobre la ducha. Se desaconseja la iluminación con fluorescente.</p>
	5.3. Despacho de información	12	1	12	Para información a pacientes y cuidadores. Con conexiones informáticas y telefónicas.
	5.4. Sala de estar de pacientes ingresados	20	1	20	<p>Para descanso de cuidadores y acompañantes del paciente ingresado.</p> <p>Diseñada para lograr la mayor comodidad posible y reducir en la medida de lo posible el nivel de ruidos.</p>
6. Control de enfermería y apoyos					
	6.1. Mostrador y zona de trabajo (control)	25	1	25	<p>Debe permitir la observación directa de todos los puestos de la sala común.</p> <p>Adecuado para funciones de mando y control, con una zona accesible para personas en silla de ruedas; comunicaciones paciente / enfermera mediante sistema acústico y luminoso.</p> <p>Instalación de terminal de tubo neumático. Control de la instalación de seguridad y protección contra incendios, cuadro de alarma de gases. Conexiones informáticas y telefónicas.</p>

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	6.2. Estar de enfermería	10	1	10	Para descanso del personal. Próximo al control. Con punto de agua.
	6.3. Sala de curas y técnicas	20	1	20	Para la realización de curas fuera de las habitaciones de paciente. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Tomas de oxígeno y vacío.
	6.4. Baño asistido	15	1	15	Para el aseo de los pacientes con dificultad de movilización. Dotado de los medios necesarios para su baño y aseo.
	6.5. Oficio de limpio	10	1	10	Almacén de material limpio y preparación de fármacos. Punto de agua para mueble con doble pileta
	6.6. Oficio de comidas	8	1	8	Llegada de carros de comida y preparación de alimentos. Adaptado a la tecnología de preparación de comidas y distribución del hospital, con encimera con fregadero de dos senos y escurridor, espacio para almacenamiento de carros de comida.
	6.7. Almacén de limpieza	4	1	4	Para útiles y productos de limpieza.
	6.8. Oficio de sucio y clasificación de residuos	12	1	12	Almacenaje de ropa sucia y basura. Punto de agua.
	6.9. Almacén de material y equipos	8	1	8	Para aparatos y equipos.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	6.10 Almacén de material fungible	8	1	8	Para pequeño material de uso habitual. Espacio para carros de suministro de material mediante sistemas de reposición periódica. Las superficies deben ser lavables. Sistemas modulares de estanterías con altura superior a la de los carros. Espacio adecuado para almacenamiento de sueros.
	6.11 Almacén de lencería	6	1	6	Para ropa limpia.
	6.12. Espacio para sillas de ruedas	2	1	2	Fuera de la circulación de la unidad
SUPERFICIE TOTAL HOSPITALIZACIÓN				732	
UNIDAD DE DÍA	7. Consulta	18	2	36	Con zona de exploración y de despacho - consulta. Mueble de consulta, encimera de acero inoxidable con un seno y grifería termostática con mando de codo. Iluminación específica en camilla de exploración. Conexiones informáticas y telefónicas. Tomas de oxígeno y vacío.
	8. Sala de pacientes del hospital de día	60	1	60	6 boxes o puestos para la administración de tratamientos y, en su caso recuperación de los mismos. En sala diáfana, distribuidos de forma que sea posible la visión directa de todos los puestos desde el control de enfermería, con posibilidad de aislamiento visual para garantizar cierta privacidad, compatible con la seguridad, del paciente. Dotados de sillón de tratamiento o cama.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
					Ventanas con posibilidad de bloqueo y postura para limpieza y ventilación. Cabeceros con tomas eléctricas y de oxígeno y vacío. Sistema integrado de llamada y comunicación con la enfermera. Pre-instalación de televisión y música. Conexiones informáticas.
	9. Box de extracciones	8	1	8	Para la toma de muestras biológicas, previa a la administración de tratamientos en el hospital de día. Con encimera para la preparación del material y punto de agua .
	10. Aseos de pacientes ambulantes	8	2	16	Servicios higiénicos para pacientes. Con lavabo e inodoro.
	11. Vestuarios de pacientes	6	2	12	Junto a los aseos de pacientes o con ellos integrados. Cambio de ropa y depósito de objetos personales.
SUPERFICIE TOTAL UNIDAD DE DÍA				132	
ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL	12. Despacho del coordinador médico	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas
	13. Despacho de supervisora	12	1	12	Con conexiones informáticas y telefónicas
	14. Despacho de médicos	12	3	36	Área de trabajo para los facultativos de la unidad. Con acceso a la red de voz y datos.
	15. Despacho de trabajo administrativo	16	1	16	Área de trabajo para el personal administrativo de la unidad (dos puestos de trabajo) Con acceso a la red de voz y datos.

Zona	Local	Sup. útil	Núm.	S. útil total	Observaciones: características funcionales y técnicas
	16. Sala de reuniones	30	1	30	Zona de trabajo para el personal, con conexiones informáticas y telefónicas.
	17. Aseos y vestuarios del personal	10	2	20	Para apoyo del personal de la unidad. Con características similares a los aseos de visitantes.
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL ZONA ADMINISTRATIVA Y DE APOYOS PARA EL PERSONAL				126	
SUPERFICIE TOTAL ÚTIL UNIDAD DE HdD				1048	
Características generales de la unidad					
<p>La UPP dispone de dos áreas asistenciales: una destinada a la hospitalización convencional, y otra, destinada a la atención de pacientes ambulatorios y conformada como unidad de día, que incluye el local de consulta y la sala de hospitalización de día.</p> <p>Los espacios físicos de soporte necesarios para el funcionamiento de estas áreas asistenciales pueden ser compartidos, siempre que su proximidad lo permita y existan ventajas por economías de escala.</p> <p>El desarrollo de las actividades características de la unidad requiere, en todo caso, la existencia de cuatro zonas principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recepción, que incluye las zonas de espera y registro de los pacientes. • Área asistencial, formada por: <ul style="list-style-type: none"> • Área de hospitalización convencional. • Unidad de día, compuesta por puestos de HdD, incluyendo los espacios asistenciales necesarios para la exploración, tratamiento y recuperación, y consultas • Control de enfermería y apoyos generales. • Área administrativa y de apoyos para el personal. <p>El desarrollo del programa funcional deberá facilitar, cualquiera que sea la modalidad de asistencia, la circulación entre las diferentes áreas asistenciales de la UPP. Los pacientes podrán desplazarse a pie, en silla de ruedas o en camilla, acompañados o no por personal sanitario, dependiendo de sus condiciones. Asimismo, deberá favorecerse la circulación entre la UPP y las demás áreas asistenciales (especialidades médicas, rehabilitación, urgencias) y servicios centrales y de apoyos generales del hospital, conforme a la intensidad en las relaciones existentes entre ellas. La facilidad de movimientos en la unidad es igualmente necesaria para su personal y la distribución de materiales, debiendo planificarse los flujos principales para minimizar los desplazamientos, evitando en la medida de lo posible cruces no deseados y pérdida de tiempo.</p> <p>Los requerimientos de localización de la UPP 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. Su ubicación viene condicionada por la prestación de hospitalización convencional incluida en su cartera de servicios; pese a ello, deberá procurarse que los pacientes y sus acompañantes puedan acceder fácilmente desde el exterior.</p>					

Anexo 10. Índice alfabético de definiciones y términos de referencia.

Acreditación: *“Acción de facultar a un sistema o red de información para que procese datos sensibles, y determinación del grado en el que el diseño y la materialización de dicho sistema cumple los requerimientos de seguridad técnica preestablecidos.”* Procedimiento al que se somete voluntariamente una organización en el cual un organismo independiente da conformidad de que se cumplen las exigencias de un modelo determinado.

Auditoría de la calidad: Auditoría: *“Proceso que recurre al examen de libros, cuentas y registros de una empresa para precisar si es correcto el estado financiero de la misma, y si los comprobantes están debidamente presentados.”* Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se lleven a cabo eficazmente y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

Autorización / Habilitación: Autorización sanitaria: resolución administrativa que, según los requerimientos que se establezcan, faculta a un centro, servicio sanitario para su instalación, su funcionamiento, la modificación de sus actividades sanitarias o, en su caso, su cierre.

Cartera de servicios: Conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias de un centro o servicio sanitario.

Centro sanitario: Conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Código ético: Conjunto de reglas o preceptos morales que el centro sanitario aplica en la conducta profesional relacionada con la atención sanitaria de los enfermos que atiende.

Comorbilidad: La asociación de cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, que modula el diagnóstico y trata-

miento.

Consentimiento informado: Conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Consulta externa: Local de un centro sanitario dedicado a la asistencia de pacientes ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un enfermo, que no requieren atención continuada médica o de enfermería.

Corta estancia: Estancia en hospitalización convencional entre 24-72 horas.

Dependencia: Estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Fuente: Consejo de Europa. En: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, editor. Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Capítulo 1: Bases demográficas: estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. p.19-92.

Discapacidad: Incapacidad para realizar actividades esenciales de una vida independiente, es decir, se trata de un término utilizado para referirse a los déficit en la actividad de un individuo y las restricciones para su participación en el entorno real en el que vive.

Documentación clínica: Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Episodio UPP: Comprende el período en el que la gestión clínica del PP se realiza de forma conjunta entre la UPP y los responsables del paciente en el ámbito de atención primaria, y puede incluir uno o varios procesos concretos de las modalidades asistenciales que desarrolla la UPP: ingreso/alta hospitalaria (incluyendo, en su caso, HaD); sesión de HdD; o consulta

Fragilidad: Es un concepto fisiopatológico y clínico que intenta explicar la diferencia entre envejecimiento satisfactorio y patológico, definiéndose como un declinar generalizado de múltiples sistemas (principalmente osteomuscular, cardiovascular, metabólico e inmunológico) cuya repercusión final lleva a un agotamiento en la reserva funcional del individuo y a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de múltiples resultados adversos, como discapacidad, dependencia, hospitalización institucionalización y

muerte

Historia clínica: Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial. Incluye la identificación de los médicos y demás profesionales que han intervenido en los procesos asistenciales (Art. 3 y 14 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Hospitalización convencional: Ingreso de un paciente con patología aguda o crónica reagudizada en una unidad de enfermería organizada y dotada para prestar asistencia y cuidados intermedios y no críticos las 24 horas del día a pacientes, y en la que el paciente permanece por más de 24 horas.

Hospitalización a domicilio (HaD): Modalidad asistencial capaz de realizar en el domicilio procedimientos diagnósticos, terapéuticos y cuidados similares a los dispensados en el hospital y por un plazo limitado de tiempo.

Atención sanitaria domiciliaria: unidad asistencial pluridisciplinar que, bajo la supervisión o indicación de un médico, desarrolla actividades para prestar atención sanitaria a personas enfermas en su propio domicilio (RD 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios).

Hospitalización de día (HdD): Modalidad asistencial que tiene por objeto 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.

Índice de ambulatorización HdD: % [(sesiones en UHdD/estancias totales)], (excluye la hospitalización de día y estancias quirúrgicas). Mide el impacto global de la UHdH sobre la actividad de hospitalización convencional del Hospital.

Informe de alta: Documento emitido por el médico responsable de un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente o con ocasión de su traslado a otro centro sanitario, en el que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas. Otros términos similares utilizados: informe clínico de alta; informe de alta médica (Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984).

Intervención o procedimiento en consulta: Intervención o procedimiento realizado en una consulta médica que reúna las condiciones adecuadas de diseño, equipamiento y seguridad.

Paciente ambulatorio: Paciente tratado exclusivamente en la consulta externa, incluyendo procedimientos ambulatorios, radiología intervencionista, radioterapia, oncología, diálisis renal, etc.

Paciente de Hdd: Paciente que debe ser sometido a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

Paciente ingresado: Paciente que genera ingreso (pernocta) en una cama de hospital.

Paciente pluripatológico: Paciente que sufre enfermedades crónicas de dos o más de las categorías clínicas incluidas en el apartado 5.1. de este documento.

Fuente: Ollero M (Coord.). Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.

Plan de asistencia continuada (PAC): Conjunto de actuaciones de la UPP y el ámbito de atención primaria que se activa por decisión conjunta del médico general o de familia a cargo del paciente y el responsable de la UPP en aquellos pacientes pluripatológicos complejos que comienzan a requerir soporte hospitalario.

Fuente: Adaptado de “Ollero M (Coord.). Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2007”.

Pluripatología: La coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica que grava al paciente con un deterioro progresivo, y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes niveles asistenciales (atención primaria, Atención Especializada, servicios sociales); demanda, además, que en la mayoría de las ocasiones será imposible programar (“urgente”).

Porcentaje de cancelaciones: % [(cancelaciones / pacientes citados)].

Procedimiento ambulatorio: Intervención o procedimiento realizado en la consulta o sala de tratamiento o diagnóstico de un hospital público o privado, sin internamiento.

Puesto hospital de día: Plazas diferenciadas destinadas a hospitalización durante unas horas, ya sea para diagnóstico, 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. No se incluyen los puestos dedicados a servicios de urgencias.

Fuente: Indicadores clave del SNS. Instituto de Información Sanitaria. Diciembre 2007.

Registro de centros y servicios sanitarios: Conjunto de anotaciones de todas las autorizaciones de funcionamiento, modificación y, en su caso, instalación y cierre de los centros y servicios sanitarios concedidas por las respectivas administraciones sanitarias.

Registro de pacientes: Conjunto de datos seleccionados sobre los pacientes y su relación con el centro sanitario, con motivo de un proceso sanitario asistencial.

Requisitos para la autorización: Requerimientos, expresados en términos cualitativos o cuantitativos, que deben cumplir los centros y servicios sanitarios para ser autorizados por la administración sanitaria, dirigidos a garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias.

Sistema de información: Conjunto de procesos, sean o no automáticos, que, ordenadamente relacionados entre sí, tienen por objeto la administración y el soporte de las diferentes actividades que se desarrollan en los centros y servicios sanitarios, así como el tratamiento y explotación de los datos que dichos procesos generen.

Unidad de día: La consulta y hospital de día conforman la “unidad de día” de la UPP. Esta configuración de los recursos ambulatorios de la unidad permite una respuesta adaptativa a las necesidades del PP mientras está activado el PAC.

Unidad de hospitalización de día (UHdD): 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.

Desde la perspectiva organizativa, las UHdD tienen entidad propia dentro de la estructura organizativa del centro sanitario al que pertenecen, siendo su actividad principal la prestación de cuidados a pacientes atendidos mediante esta modalidad asistencial, y disponen de recursos específicos para dicha actividad y tienen un único responsable de su gestión, diferenciándose de los puestos de HdD integrados en otras unidades.

La UHdD son unidades intermedias que desarrollan su actividad para los servicios finales que indican tratamientos de HdD a sus pacientes.

Se distingue la UHdD de los puestos de hospital de día integrados en otras unidades como, por ejemplo, la UPP⁵.

Unidad de pacientes pluripatológicos (UPP). UPP “básica”: Organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a pacientes vulnerables con pluripatología, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar esta actividad.

La UPP básica está formada por un especialista hospitalario (internista, geriatra) y el personal de enfermería que cuida de estos pacientes en el hospital (hospitalización, unidad de día). La vinculación y trabajo conjunto con los profesionales de atención primaria es un requisito básico de su funcionamiento.

Valoración geriátrica integral (VGI): Valoración clínica, funcional, psicoafectiva y social del paciente pluripatológico.

Anexo 11. Siglas y acrónimos

APEAS	Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud.
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.
AMFE	Análisis Modal de Fallos y Efectos
CMA	Cirugía mayor ambulatoria
CMBD	Conjunto Mínimo Básico de Datos
DG	Dirección General
EMAC	Estancia Media Ajustada por Casuística
EMH	Encuesta de Morbilidad Hospitalaria (INE)
ENEAS	Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización.
ENS	Encuesta Nacional de Salud
ETODA	Equips de Teràpia d'Observació Directa Ambulatoria ²² .
FEDRA	Farmacovigilancia en España. Detección de Reacciones Adversas (www.agemed.es)
GPC	Guía de Práctica Clínica
GRD	Grupos Relacionados por el Diagnóstico
HaD	Hospitalización a Domicilio.
HdD	Hospitalización de día.
HMO	Health Maintenance Organization.
INE	Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es)
INSALUD	Instituto Nacional de la Salud
NHS	National Health Service (Reino Unido)
NICE	National Institute for Clinical Excellence (Reino Unido)
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (www.ocde.org)
OMS	Organización Mundial de la Salud (www.oms.org)
ONU	Organización de las Naciones Unidas (www.un.org)
PAC	Plan de asistencia continuada
PADES	Programa d'Atenció Domiciliària Equips de Suport ²²
PP	Paciente Pluripatològic
SAS	Servicio Andaluz de Salud
SEFV	Sistema Español de Farmacovigilancia (www.agemed.es)
SEGG	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (www.segg.es)
SEMFYC	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

	(www.semfy.com)
SEMI	Sociedad Española de Medicina Interna (www.fesemi.org)
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la información y comunicaciones
UCA	Unidad de Continuidad Asistencial
UCAMI	Unidad Clínica de Atención Médica Integral
UFISS	Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sociosanitàries ²²
UE	Unión Europea
upp	Úlceras por presión
UPP	Unidad de Pacientes Pluripatológicos
VGI	Valoración Geriátrica Integral

Anexo 12. Bibliografía

1. Ollero M (Coord.). Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. SEMI, SEMFYC. 1998.
2. Agencia de Calidad del SNS. “Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud”. Marzo, 2006.
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Cirugía mayor ambulatoria. Guía de organización y funcionamiento. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de hospitalización de día. Estándares y recomendaciones. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008.
6. Ollero M (Coord.), Álvarez M, Barón B y cols. Proceso asistencial integrado. Atención a pacientes pluripatológicos. 2ª Edición. Consejería de Salud. Andalucía. 2007.
7. Medina J. Unidad de pacientes con pluripatología y atención médica integral. Proyecto fin de máster. Agencia Laín Entralgo. 2005.
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. INE. Encuesta nacional de salud 2006.
9. Freid L, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology* 2004; 59:255-263.
10. Gómez Pavón J et al. Documento de consenso: Prevención de la dependencia de las personas mayores. *Rev Clin Esp* 2008; 208(7): 361.e1-e39.
11. Ferrucci L, Guralnick M, Studenski S, Fried L, Cutler GB, Waltson JD, for The Interventions on Frailty Working Group. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 625-34.
12. Formiga F et al. Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos. *Rev Mult gerontol* 2005; 15(1): 8-11.
13. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M y cols. “Hospital Admission Risk Profile (HARP): Identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization”. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 251-257.

14. Abizana P, Romero L, Luengo C. Uso apropiado del término fragilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2005; 40(1): 58-9.
15. García Pavón J (Coord.). 1.^a Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España Prevención de la dependencia en las personas mayores. MSC. 2006.
16. Champion EW. The value of geriatric interventions. *N Eng J Med* 1995; 332:1376-1378.
17. Rubenstein LZ et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Eng J Med* 1984; 311:1664-1670.
18. Baztán JJ. Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Med Clin (Barc)* 2000; 115:704-707.
19. Baztán JJ, Suarez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis. *BMJ* 2009;338:b50
20. Vidán M et al. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: A randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:1476-1482.
21. González Ramallo VJ, Pérez Tamayo MI. Introducción. En Damborenea MD et al. Hospitalización a domicilio (1^a edición, 1998, Ed. Hoescht Marion Roussel).
22. Els serveis per a la salut: mirant cap al futur. Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. 2006.
23. García JS, Bernabeu M, Ollero M, Aguilar M, Ramírez N, González MA, Limpio P, Romero S, Cuello JA. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna *Medicina Clinica (Barc)* 2005; 125 (1): 5-9.
24. Zambrana García JL, Velasco Malagón MJ, Díez García F, Cruz Caparrós G, Martín Escalante MD, Adarraga Cansino, MD. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2005;205(9):413-7.
25. Mayoral L, Montero MJ, Vigil E. El reingreso como problema asistencial en el área de Medicina Interna. Detección, cuantificación y descripción de una población de reingresadores. *An Med Intern (Madrid).* 1994;14.).
26. Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, De Villar Conde E, Vega Sánchez J, Mayoral Martín L, López Alonso R. Un nuevo modelo para la asistencia a los pacientes multiingresadores. *Rev Clin Esp.* 2002;202:

- 187-96.
27. Aguilar M, Ramírez N, Romero S, Ollero M, Limpo P, Cuello JA, Bernabeu M, García JS, González MA. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de medicina interna. *Medicina Clínica* 2005;125:5-9.
 28. Fernández Miera M. El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit* 2008; 22 (2): 137-143.
 29. González Montalvo et al. Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2007; 42:240-250.
 30. Ramírez Duque N, García Morillo S, Nieto Guindo M y cols. Mapa de interacciones medicamentosas con relevancia clínica tras entrevista domiciliaria, en una cohorte de pluripatológicos y polimedicados del área de Sevilla. XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna. *Rev. Clin. Esp.* 2006.
 31. Ortiz Camuñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanaspá A, Yerro Páez V, Bernabeu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; *Aten. Primaria* 2006; 38. Ext Nov.
 32. Ramírez-Duque N, Ollero-Baturone M, Bernabeu-Wittel M, Rincón-Gómez M, M. Á. Ortiz-Camuñez M.A., García-Morillo S. Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en Atención Primaria Características clínicas, funcionales, mentales y sociales de pacientes pluripatológicos. Estudio prospectivo durante un año en atención primaria. *Rev Clin Esp.* 2008;208(1):4-11.
 33. Tenó JM, Harrell FM, Knaus WA. Prediction of survival for older hospitalized patients: the HELP survival model. *J Am Geriatr Soc* 2000;48 Suppl:16-24.
 34. Walter LC, Brand RJ, Counsell SR, Palmer RM, Landefeld CS, Fortinsky RH et al. Development and validation of a prognostic index for 1-year mortality in older adults after hospitalization. *JAMA* 2001;285:2987-94.
 35. Desai M, Bogardus ST, Williams CS, Vitagliano G, Inouye SK. Development and validation of a risk-adjustment index for older patients : The high risk diagnosis for the elderly scale. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:474-81.
 36. Cots. F. Comentario. La atención al paciente pluripatológico. ¿Hay oportunidades de mejora?. *Gac San* 2008;22(2):137-143.

37. Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 1. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
38. Acreditación de centros de Atención Hospitalaria aguda en Cataluña. Manual. Volumen 2. Estándares esenciales. Generalitat de Catalunya Departament de Salut.
39. Ollero M (Coord.), Cabrera JM, Ossorne M y cols. Proceso Asistencial Integrado. Atención al Paciente Pluripatológico. Consejería de Salud. Andalucía. 2002.
40. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, 05.12.2001. COM (2001) 723 final.
41. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005;17:141-6.
42. Hofmarcher M, Oxley H, Rusticelli E. Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. OECD Health Working Paper No. 30. OECD, 2007.
43. Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration. Department of Health. 2005.
44. NHS Modernization Agency. 10 High Impact Changes for Service Improvement and Delivery. Agosto, 2004
45. Improving Chronic Disease Management. Department of Health. 3 March 2004.
46. NHS. Modernisation Agency . Learning distillation of Chronic Disease. Management programmes in the UK. July 2004 (www.natpact.nhs.uk).
47. Colin-Thome D, Penny J. Learning from the Castlefields Health Center. Julio 2004 (www.natpact.nhs.uk).
48. Adapting the Evercare Programme for the National Health Service. Evercare. 2003 (www.natpact.nhs.uk).
49. Implementing the Evercare Programme. Interim Report. Evercare. February 28, 2004 (www.natpact.nhs.uk).
50. Feachem R, Sekhri N, White K. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324:135-43.
51. Ham C, York N, Sutch S, Shaw R. Hospital bed utilisation in the NHS, Kaiser Permanente, and the US Medicare programme: analysis of rou-

- tine data. *BMJ* 2003;327:1257.
52. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Can the NHS learn from US managed care organisations?. *BMJ* 2004;328:223-225 .
 53. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?. King's Fund Research Paper. January 2004.
 54. Rosen R, Asaria P, Dixon A. Improving Chronic Disease Management. An Anglo-American exchange. King's. Seminar Report. November 2007.
 55. Salvà A, Vallès E, Llevadot D, et al. Una experiencia de atención socio-sanitaria: programa Vida als Anys. Realidad y expectativas de futuro. *Revista de Administración Sanitaria.* (1999) 3 (11): 413-428.
 56. Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores. INSALUD. Secretaría General. Madrid, 1995.
 57. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores INSALUD. Secretaría General. Madrid, 1995.
 58. Dodero J (Coord.). Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Subdirección General de Atención Primaria. 1999.
 59. Vázquez JR (Coord.). S-PICA. Memoria 2000-2001. Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria "La Laguna-Tenerife Norte" Gerencia de Atención Primaria del Área de Tenerife. Hospital Universitario de Canarias. Técnicas Competitivas. La Laguna, 2001.
 60. Fernández Moyano A, García Garmendia JL, Palmero Palmero C. Continuidad asistencial. Evaluación de un programa de colaboración entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria. *Rev Clin Esp* 2007; 207: 510 – 520.
 61. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana. 2007-2011. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. 2007.
 62. Gaspar JI (Dir). Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. 2006.
 63. Otero MJ. La gestión de riesgos en la prevención de los errores de medicación. En: Formación continuada en farmacoterapia de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Madrid. Arán Ediciones, S.L.; 2007. p. 109-51.
 64. Shojania KG, Wald H, Gross R. Understanding medical error and improving patient safety in the inpatient setting. *Med Clin N Am* 2002; 86: 847-67.

65. World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2005. Disponible en: www.who.int/patientsafety
66. European Commission. DG Health and Consumer Protection. Patient safety- Making it Happen! Luxembourg Declaration on Patient Safety. 5 April 2005.
67. Council of Europe. Recommendation Rec(2006)7 of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care. 24 May 2006. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=1005439&BackColorInternet=9999CC&BackColorIntranet=FFBB55&BackColorLogged=FFAC75>
68. Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003 de 28 de mayo. Boletín Oficial del Estado , nº 128 (29-5-2003).
69. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud español. Resultados del periodo 2005-2007. Diciembre 2007.
70. Estudio de evaluación de la seguridad de los sistemas de utilización de los medicamentos en los hospitales españoles (2007). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/evaluacionSeguridadSistemasMedicamentos.pdf>
71. National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. London: National Patient Safety Agency. February 2004.
72. NQF. Safe Practices for Better Healthcare—2006 Update: A Consensus Report. Washington, DC: National Quality Forum; 2006. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
http://www.qualityforum.org/publications/reports/safe_practices_2006.asp.
73. Kizer KW. Large system change and a culture of safety. En: Proceedings of Enhancing Patient Safety and Reducing Errors in Health Care, Rancho Mirage, CA, 1998. Chicago: National Patient Safety Foundation; 1999.p.31-3.
74. Institute for Healthcare Improvement. Safety Briefings. 2004. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
<http://www.wsha.org/files/82/SafetyBriefings.pdf>
75. Halasyamani L, Kripalani S, Coleman EA, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, Torcson P, Bookwalter T, Budnitz T, Manning D. Transition of care for hospitalized elderly - the development of a Discharge Checklist for Hospitalists. Journal of Hospital Medicine. 2006;(1):354-360.
76. WHO Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Preámbulo a las soluciones para la seguridad del paciente. Comunicación durante el

- traspaso de pacientes. Soluciones para la seguridad del paciente. Volumen1, Solución 3. Mayo 2007. Disponible en: World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Patient Safety Solutions. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
<http://www.jcpatientsafety.org/14685/>
77. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals Hospital Program.
<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
 78. Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. Mar 2006;32(3):167-175.
 79. The Care Transitions Program. Checklist for patients.
<http://www.caretransitions.org/documents/checklist.pdf>
 80. Estudio Nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 2006. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp2.pdf
 81. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008. Consultado 15/9/2008. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
 82. Aspden P, Wolcott JA, Lyle Bootman J et al. Preventing medication errors. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press; 2007.
 83. Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Marzo 2007. Disponible en: Expert Group on Safe Medication Practices. Creation of a better medication safety culture in Europe: Building up safe medication practices. Strasbourg: Council of Europe, 2007. Disponible en: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/public_health/pharma_and_medicine/Specific_projects.asp#TopOfPage
 84. Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC et al. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; 289: 1107-16.
 85. Rozich JD, Resar RK. Medication safety: One organization's approach to the challenge. *J Clin Outcomes Management* 2001; 8: 27-34.
 86. Nassaralla CL, Naessens JM, Chaudhry R et al. Implementation of a medication reconciliation process in an ambulatory internal medicine clinic. *Qual Saf Health Care* 2007; 16: 90-4.20.

87. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) and National Patient Safety Agency. Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital. December 2007. Disponible en:
<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byId&o=11897>
88. Galt KA, Rule AM, Clark BE, Bramble JD, Taylor W, Moores KG. Best practices in medication safety: areas for improvement in the primary care physician's office. En: *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*. AHRQ Publication No. 050021. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. Volume 1, p. 101-129.
89. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, MacLean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Results of a US Consensus Panel of Experts. *Arch Intern Med* 2003; 163:2716-2725.
90. Laroche ML, Charmes JP, Merle L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *Eur J Clin Pharmacol* 2007; 63: 725-31.
91. Pennsylvania Patient Safety Authority. The Beers criteria: screening for potentially inappropriate medications in the elderly. *PA-PSRS Patient Safety Advisory Vol 2, N° 4, Dec 2005*.
92. Hanlon JT, Schmadre KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 1045-51.
93. Schnipper JL, Kirwin JL, Cotugno MC, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalisation. *Arch Intern Med* 2006; 166: 565-571).
94. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE et al. 2º Estudio nacional de prevalencia de úlceras por presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. Vol. 17, N° 3, 2006, pags. 154-172
95. JCAHO. Strategies for preventing pressure ulcers. *The Joint Commission Perspectives on Patient Safety*. January 2008. Vol 8; issue 1.
96. Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD000340.
97. Silva Gama, Zenewton André da, Gómez Conesa, Antonia and Sobral Ferreira, Marta Epidemiología de caídas de ancianos en España: Una revisión sistemática, 2007. *Rev. Esp. Salud Publica*, Feb 2008, vol.82, no.1, p.43-55

98. Institute of Healthcare Improvement. Reducing Harm from Falls.
<http://www.ihl.org/IHI/Topics/PatientSafety/ReducingHarmfromFalls/>
99. National Quality Forum. Joint Commission 2009 National Patient Safety Goals. Hospital Program.
<http://www.jointcommission.org/PatientSafety/NationalPatientSafetyGoals>
100. Catalano K, Fickenscher K. Complying with the 2008 National Patient Safety Goals. *AORN J.* 2008 Mar;87(3):547-56.
101. Safe Practices For Better Healthcare: 2009 Update.
<http://www.qualityforum.org/projects/ongoing/safe-practices>.
102. Stevens JA, Sogolow ED. Preventing Falls: What Works A CDC Compendium of Effective Community-based Interventions from Around the World. 2008. Centers for Diseases Control and Prevention. National Center for Injury Control.
103. NICE guideline N° 21. Falls: The assesment and prevention of falls in older people. 2004.
<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG021NICEguideline.pdf>.
104. Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Prevention of falls and fall injuries in the older adult. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario (RNAO); 2005 Mar.
105. American Geriatrics Society, British Geriatrics Society, and American Academy of Orthopaedic Surgeons Panel on Falls Prevention. Guideline for the prevention of falls in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:664-72.
106. US Department of Veteran Affairs. National Center for Patient Safety. National Center for Patient Safety Falls Toolkit.
<http://www.va.gov/ncps/SafetyTopics/fallstoolkit/>.
107. Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC, Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta-analyses. *BMJ.* 2007 Jan 13;334(7584):82. Epub 2006 Dec 8.
108. Gates S, Fisher J D, Cooke M W, Carter Y H, Lamb S E. Multifactorial assessment and targeted intervention for preventing falls and injuries among older people in community and emergency care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2008;336:130-133.
109. Rodríguez Artalejo F, Banegas J.R., Guallar-Castillón P, Hernández Vecino R. Los programas de gestión de enfermedades y su aplicación a la enfermedad cardiovascular. *Med Clín (Barc)* 1999; 113::704-9.
110. Naylor MD, Brooten D, Campbell R, Jacobsen BS, Mezey MD, Pauly MV, Schwartz JS. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA.* 1999 Feb

- 17;281(7):613-20.
111. Gordon M. *Diagnostico Enfermero*. 3ª Ed. Mosby Doyma, 1996.
 112. San José A, Pérez J, Alemán C y cols. Atención especializada domiciliaria de patologías médicas desde un hospital universitario terciario urbano. Coordinación entre los servicios médicos del hospital y la atención primaria de salud del territorio. *Rev Clin Esp* 2008;208(4):182-6.
 113. Fernández-Miera MF, Escalada-Sarabia C, Sampedro-García I. Manejo del paciente pluripatológico en una unidad de hospitalización domiciliaria. *Med Clin (Barc)* 2006; 126: 37-8
 114. Davies L, Wilkinson M, Bonner S, Calverley P M A, Angus R M. "Hospital at home" versus hospital care in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: prospective randomised controlled trial. *BMJ* 2000;321:1265-8.
 115. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD000356. DOI: 10.1002/14651858.CD000356.pub2.
 116. Grupo de Trabajo de la GPC sobre Cuidados Paliativos. *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Gobierno Vasco. 2008.
 117. Coventry PA, Grande GE, Richards DA, Todd CJ. Prediction of appropriate timing of palliative care for older adults with non-malignant life-threatening disease: A systematic review. *Age & Ageing*. 2005;34(3):218-27.
 118. Ensuring the effective discharge of older patients from NHS acute hospitals. Report by the Comptroller and Auditor General. HC 392 Session 2002-2003: 12 February 2003. National Audit Office, 2003.
 119. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales*. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. 2001.
 120. *Indicadores Clave del SNS*. Ficha técnica de los indicadores clave del SNS. Diciembre de 2007. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
 121. Delgado O, Serra G, Fernández F, Martínez I, Crespi M. Conciliación de medicación: evaluación horizontal del tratamiento. *El Farmacéutico Hospitales* 2006; 182: 26-33.
 122. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37:113-24
 123. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2008 May;10:348-54.

124. Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported Morisky score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother.* 2004;38:1363-8.

