

Unidad de atención continuada y hospital de día como alternativa a la hospitalización convencional: experiencia de 10 años en un hospital comarcal

Mercedes Vergara Gómez^{a,b}, Montserrat Gil Prades^{a,b}, Blai Dalmau Obrador^{a,b}, Mireia Miquel Planas^{a,b}, Jordi Sánchez Delgado^{a,b}, Xavier Calvet Calvo^{a,b}, Enric Brullet Benedí^{a,b}, Félix Junquera Flórez^{a,b}, Valentí Puig Diví^{a,b}, Meritxell Casas Rodrigo^a, Pilar García Iglesias^a, Angelina Dosal Galgueram^a, Raquel García Moreno^a, Neus Mateo Soto^a, Ana Rodríguez Morillo^a y Rafael Campo Fernández^{a,b}

^aServicio de Aparato Digestivo. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Institut Universitari Parc Taulí. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.
^bCIBEREHD. Instituto de Salud Carlos III (C03/02 y PI 05/1157). Madrid. España.

RESUMEN

La unidad de atención continuada y hospital de día permite el manejo ambulatorio de los pacientes con una enfermedad digestiva.

OBJETIVO: Disminuir los ingresos hospitalarios y el número de pacientes con una enfermedad digestiva que acude a urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Los pacientes se atienden según dos niveles asistenciales: *a)* atención continuada, en que se visitan de forma urgente los pacientes con una descompensación aguda de su enfermedad digestiva, y *b)* atención programada, en que se realizan procedimientos que por su complejidad requieren personal de enfermería, sin ser necesario el ingreso hospitalario.

RESULTADOS: En el período comprendido entre 1995 y 2005 se ha pasado de realizar 118 visitas en atención continuada en 1995 a 784 en 2005. En atención programada las paracentesis han aumentado de 237 en 1995 a 687 en 2006 y las infusiones de hierro intravenoso de 111 en 2004 a 519 en 2006. El número de ingresos hospitalarios pasó inicialmente de 605 en 1995 a 430 en 2000, para posteriormente aumentar. El número de pacientes con una enfermedad digestiva que acudió a urgencias disminuyó un 75% estos años.

CONCLUSIONES: La unidad de atención continuada y hospital de día permite una disminución inicial del número de ingresos en el área de hospitalización convencional y en el porcentaje de pacientes con patología digestiva que acuden a urgencias.

CONTINUING CARE UNIT AND DAY HOSPITAL AS AN ALTERNATIVE TO CONVENTIONAL HOSPITALIZATION: 10 YEARS' EXPERIENCE IN A DISTRICT HOSPITAL

The continuing care unit and day hospital allows ambulatory care of patients with digestive diseases.

AIM: Reducing hospital admissions and the number of patients with digestive diseases that attend the emergency department.

MATERIAL AND METHODS: Two types of care are provided: *a)* continuing care; patients are urgently visited when they show acute decompensation of their digestive disease, and *b)* scheduled care: procedures that, due to their complexity, require nursing care but not necessarily hospital admission.

RESULTS: In the period 1995-2005, visits to the continuing care unit increased from 118 in 1995 to 784 in 2005. In scheduled care, the number of paracentesis increased from 237 in 1995 to 687 in 2006. Intravenous iron infusions increased from 111 in 2004 to 519 in 2006. The number of hospital admissions initially decreased from 605 in 1995 to 430 in 2000, and then increased. The number of patients with digestive diseases attending the emergency department decreased by 75% throughout the period studied.

CONCLUSIONS: The continuing care unit and day hospital allowed an initial reduction in the number of conventional hospitalizations and in the percentage of patients with digestive diseases attending the emergency department.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización es una intervención médica de alto coste, no exenta de complicaciones y altamente agresiva para el paciente desde el punto de vista personal y familiar. Por otro lado, el aumento progresivo de las enfermedades cró-

Correspondencia: Dra. M. Vergara.
 Corporación Parc Taulí.
 Parc Taulí, s/n. 08208 Sabadell. Barcelona. España.
 Correo electrónico: mvergara@cspt.es

Recibido el 16-7-2007; aceptado para su publicación el 3-9-2007.

nicas, el aumento de la supervivencia y el envejecimiento de la población ha provocado un aumento exponencial en el número de ingresos hospitalarios, lo que provoca un colapso en nuestro sistema sanitario a todos los niveles.

Hasta hace poco, el modelo clásico de hospital era el de un centro dotado de un gran número de camas en el que los pacientes ingresaban para el control de una descompensación de su enfermedad de base, o bien para acelerar el estudio diagnóstico o someterse a una intervención o exploración de riesgo. Razones tanto sociales como económicas han impulsado el desarrollo de estrategias y dispositivos asistenciales para evitar el ingreso hospitalario, en que la principal finalidad ha de ser la mejora de la calidad asistencial.

Ante esta situación, hace más de 10 años que desde el servicio de aparato digestivo se inició un proyecto de cambio en la atención del enfermo con una enfermedad digestiva. Se pasó de un modelo en el que el centro de atención del paciente residía en la sala de hospitalización, a otro en el que el manejo ambulatorio prima sobre el ingreso hospitalario, creándose la unidad de atención continuada y hospital de día.

Las experiencias en atención ambulatoria en digestivo no son nuevas. Las descripciones de los primeros hospitales de día datan de los años ochenta¹. Sin embargo, incluso en la actualidad estos dispositivos no son frecuentes en nuestro medio y únicamente en los últimos años podemos encontrar ejemplos en este sentido, sin que se disponga prácticamente de bibliografía al respecto en nuestro idioma². En los últimos años se han desarrollado algunas experiencias en otros hospitales de nuestra área, como el Hospital de Sant Pau³. Los objetivos que se establecieron para la unidad de atención continuada y hospital de día de hepatología y digestivo fueron:

1. Atención especializada, continuada y personalizada de forma ambulatoria a los pacientes con enfermedades digestivas.
2. Asistencia realizada por el equipo médico habitual, punto de referencia para el paciente ante cualquier descompensación («continuum asistencial»).
3. Disminución del número de ingresos hospitalarios a cargo del servicio de aparato digestivo y del número de pacientes que consultan en el servicio de urgencias por problemas digestivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

La unidad de atención continuada y hospital de día de hepatología y digestivo fue inaugurado en el año 1995 como un proyecto pionero. Al principio, se atendía exclusivamente las enfermedades hepáticas, posteriormente a partir del año 2001 se incluyó la atención a las enfermedades digestivas. Se estableció un espacio físico que se denominó hospital de día, en donde se realiza la actividad asistencial.

Situación física y equipamiento material del hospital de día

El hospital de día de hepato-digestivo está ubicado en el área de consultas externas del hospital. En esta área se realiza el manejo ambulatorio de los pacientes con enfermedades digestivas.



Fig. 1. Área del hospital de día de hepatodigestivo.

Consta de 3 consultorios para visitas ambulatorias. Contigua a los consultorios está la zona del hospital de día. Éste es un espacio rectangular, que contiene un área de trabajo y otra área para la atención de pacientes, dotada con 3 camillas y 2 sillones, y un box cerrado con una camilla, un lavabo y una zona de limpieza (fig. 1).

Equipo asistencial del hospital de día

La dotación actual de recursos humanos está formada por el equipo de enfermería, que consta de 3 diplomadas de enfermería y 2 auxiliares de enfermería, y el equipo médico, formado por 3 médicos especialistas que alternan su actividad entre el hospital de día y las consultas externas.

Niveles asistenciales en el hospital de día y atención continuada

Hay 2 niveles asistenciales que se desarrollan ambos en el ámbito físico de hospital de día:

Atención continuada

En este dispositivo se atiende de forma urgente a todos los pacientes con una enfermedad digestiva agudizada. Según su procedencia, podemos clasificarlos del modo siguiente:

1. Pacientes controlados en nuestra unidad (por algún facultativo del servicio) con alguna enfermedad digestiva crónica y una agudización de ésta, por lo que acude por propia iniciativa a visitarse (previo contacto telefónico en la mayoría de ocasiones).
2. Pacientes visitados en urgencias, remitidos por los médicos que les han atendido, ya sea por una enfermedad digestiva de base o bien por una agudización de una enfermedad digestiva previamente conocida que no requiere ingreso hospitalario, por lo que son dados de alta de urgencias y derivados a nuestra unidad.
3. Pacientes visitados por su médico de familia que al detectar una enfermedad digestiva que precisa una visita preferente se ponen en contacto con un facultativo del equipo para programarla. Dicho facultativo, ante los datos que le son facilitados por el médico, consensúa si el paciente ha de ser visitado en consultas externas de forma preferente (lo que ocurre en la mayoría de los casos) o si ante la urgencia de la enfermedad que presenta ha de acudir de forma rápida a atención continuada para realizar una primera valoración y, tras ésta, organizar el proceso diagnóstico y terapéutico posterior. Los procesos que se atienden con mayor frecuencia en atención continuada son: descompensación ascítico-edematosas, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva, complicaciones infecciosas, brote de enfermedad inflamatoria intestinal.

Atención programada

En la atención programada se realizan todos los procesos que por sus características requieren un personal sanitario especializado, ya sea por

la complejidad o por la necesidad de colocación de una vía intravenosa (p. ej., administración de hierro i.v., transfusión sanguínea, perfusión de infliximab, sangrías, toracocentesis diagnóstica o evacuadora, paracentesis diagnóstica o evacuadora, etc.). Asimismo, se realizan programas de educación sanitaria por parte del personal de enfermería:

Inicio de tratamiento con bloqueadores beta para la prevención de una hemorragia digestiva alta

Tanto la profilaxis primaria como la profilaxis secundaria de la hemorragia digestiva alta se basa en el tratamiento con bloqueadores beta y/o ligadura con bandas⁴.

En la visita basal se realiza un electrocardiograma (valorado por el médico) y se tomarán las constantes (presión arterial y frecuencia cardíaca). Posteriormente, el paciente empezará a tomar dosis bajas de nadolol (Solgol®) (20 mg/día) y aumentará la dosis progresivamente hasta conseguir una frecuencia cardíaca de alrededor de 55 lat/min o hasta la tolerancia del paciente. La enfermera lo citará con una periodicidad semanal valorando los posibles efectos adversos del fármaco y si requiere o no un aumento de la dosis de medicación hasta llegar a las cifras deseadas.

Educación para la administración subcutánea o intramuscular de la medicación

1. Tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina. Las visitas de enfermería no sólo implican la enseñanza de la técnica de inyección. Se instruye a los pacientes a mitigar el síndrome seudogripal con la administración preventiva de paracetamol en el momento de la inyección. También se le comenta los principales efectos indeseables que pueden presentar durante la semana y cómo tratarlos, reforzando la información previamente administrada por el médico. Es una información que reciben tanto el médico como de la enfermera en un intento de aumentar el cumplimiento terapéutico.
2. Administración de metrotexato. Es una medicación que se utiliza en los pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal resistente al tratamiento con azatioprina o 6-mercaptopurina⁵. La dosis aconsejada oscila entre 15 y 25 mg/semana i.m. para inducir la remisión. La medicación se prepara en la farmacia y habitualmente la enfermera la administra en el hospital de día.
3. Adalimumab. Es un fármaco utilizado en casos muy específicos de enfermedad inflamatoria intestinal con resistencia a otros fármacos activos, por lo que en la actualidad se tiene que administrar como medicación de uso compasivo⁶. El papel de la enfermera es el adiestramiento para que el paciente aprenda a administrárselo por sí mismo en su domicilio.

Control en el tratamiento con azatioprina

La azatioprina es el inmunomodulador más utilizado en la enfermedad inflamatoria intestinal; sin embargo, presenta como principal complicación la aparición de leucopenia. La prevención de la leucopenia grave obliga a la realización de una analítica de control cada 3 meses. Los pacientes en tratamiento crónico con inmunosupresores están a menudo asintomáticos y son laboralmente activos. Por ello, en noviembre de 2005 se centralizó la asistencia en un diplomado en enfermería que realiza los controles periódicos, evalúa los resultados, informa al médico en caso de resultados patológicos y concierta los nuevos controles con el paciente. La persona encargada de la monitorización lleva a cabo las siguientes tareas:

1. Realiza las extracciones para el hemograma, controlando que la periodicidad sea la adecuada.
2. Adecua las extracciones a los horarios de los pacientes minimizando la pérdida de horas de trabajo.
3. Comenta con el médico e informa a los pacientes del resultado de los controles y cita a estos para el siguiente control.

Esto reduce el número de visitas médicas disminuyendo listas de espera y asegurando la correcta periodicidad de los controles, con la consiguiente reducción del riesgo de complicaciones graves.

Biopsia hepática ambulatoria

Se realizan estancias ambulatorias de 8 h de duración para la realización de una biopsia hepática ambulatoria. Los criterios para realizar la biopsia de forma ambulatoria son los siguientes:

- Plaquetas > 100.000 µl.
- Tiempo de protrombina < 1,16.
- Sin diabetes insulinodependiente.
- Estar acompañado las primeras 24 h después de la biopsia.
- Ausencia de trastornos psiquiátricos mayores.

El día de la biopsia hepática, una vez llega el paciente a hospital de día la enfermera le administra una ampolla de midazolam 7,5 mg v.o. y una ampolla de atropina i.m., colocándole una vía intravenosa. Se traslada al servicio de radiología y, una vez se ha realizado la biopsia hepática dirigida por ecografía, vuelve nuevamente a hospital de día, donde permanece durante 8 h en observación, en las cuales se tomarán las constantes de forma regular, se valora la presencia de complicaciones inmediatas y se reinicia la reingesta oral. Si no ha habido complicaciones, el paciente se remite nuevamente al domicilio acompañado por un familiar.

RESULTADOS

Los resultados que hemos obtenido en los primeros 10 años de funcionamiento de la unidad de atención continuada y hospital de día son los siguientes.

Atención continuada

Los pacientes atendidos en atención continuada se pueden dividir en 2 grupos:

Primeras visitas

El hecho de que nuestra unidad de atención continuada y hospital de día fuese progresivamente conocida hace que el número de pacientes visitados haya ido aumentando con los años, de manera que si en 1995, año en que se abrió el hospital de día se visitaron un total de 3 pacientes, en el año 2006 fueron 53 (fig. 2). Todos los pacientes han sido derivados por su médico de familia o desde la unidad de urgencias de nuestro hospital.

Segundas visitas

Dado que el número global de pacientes crónicos con una enfermedad digestiva ha ido aumentando con los años, las consultas a atención continuada han ido incrementándose. Así, en el año 1995 se realizó un total de 118 visitas de atención continuada, mientras que en el año 2006 fueron 837 (fig. 1).

Atención programada

Tratamientos programados

Paralelamente al aumento en las visitas en atención continuada y el aumento global de los pacientes controlados por el servicio de aparato digestivo, el número de procedimientos programados ha ido creciendo paulatinamente con los años, como puede observarse en la figura 3. El procedimiento más frecuente es la paracentesis evacuadora en los pacientes con cirrosis hepática. Cuando se inició la actividad del hospital de día el número de paracentesis realizadas fue de 237, que fue prácticamente triplicado en el año 2006, con un total de 687. Otra de las actuaciones

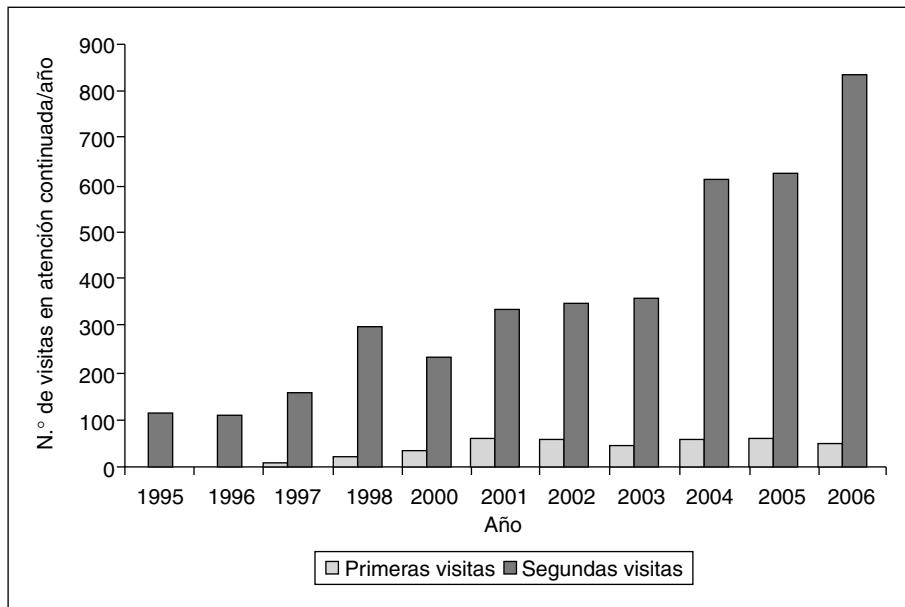


Fig. 2. Número de consultas a atención continuada.

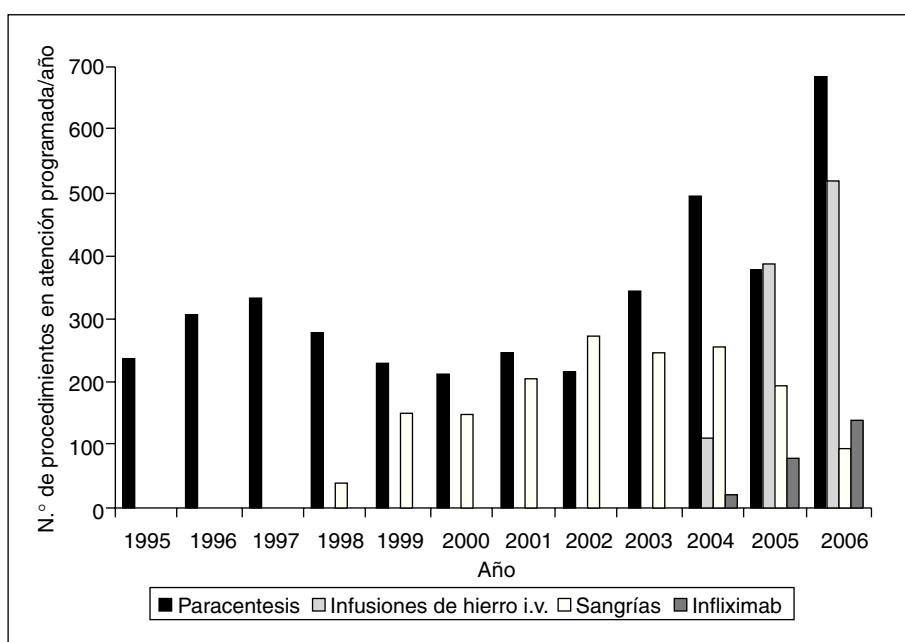


Fig. 3. Número de tratamientos programados realizados en atención programada.

que ha ido aumentando de forma progresiva en atención programada es la infusión de hierro i.v. en pacientes con enfermedades hepatodigestivas crónicas, que presentan con elevada frecuencia anemia ferropénica y requieren suplementos de hierro. Las infusiones se iniciaron en hospital de día en el año 2004, con un total de 111, que habían llegado a 519 en el año 2006. Por otro lado, las sangrías en los pacientes con hemocromatosis hereditaria se han mantenido estables o han disminuido ligeramente (fig. 3). En los últimos 3 años, se ha iniciado también de forma ambulatoria la perfusión de Infliximab para la enfermedad inflamatoria intestinal refractaria al tratamiento convencional. En 2004 se realizaron únicamente 20 infu-

siones, mientras que en 2006 se practicaron un total de 140 (fig. 3).

Programas de educación al paciente

Educación para tratamientos subcutáneos o intramusculares:

- Interferón pegilado y ribavirina. Anualmente, una media de 60 pacientes inicia tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina. Los pacientes realizan una media de 2 visitas con la enfermera que realiza la educación de dicho tratamiento, lo que supone un total de 120 visitas anuales.

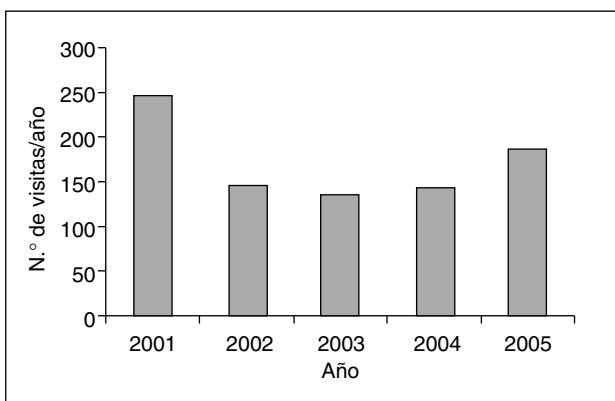


Fig. 4. Número de pacientes visitados anualmente para el inicio de tratamiento con bloqueadores beta.

Asimismo, este programa de educación se complementa no sólo con la administración de información en forma de manuales o libros, sino también facilitando a los pacientes un acceso directo telefónico tanto con el personal de enfermería como con el equipo médico en un amplio horario laboral.

– Inicio de tratamiento con bloqueadores beta para la prevención de la hemorragia digestiva en pacientes con cirrosis hepática. El número de pacientes que ha recibido controles del tratamiento con nadolol o propanolol se ha mantenido estable, alrededor de 50 (fig. 4). Cada paciente requiere una media de 4 visitas para ajustar la dosis de tratamiento adecuada, lo que implica una media de 200 visitas anuales por parte del personal de enfermería (fig. 4).

– Control de azatioprina. Se controlan un total de 120 pacientes con enfermedad de Crohn en tratamiento con imuram. Únicamente 3 pacientes han precisado una disminución de la dosis por presentar leucopenia.

Ingresos ambulatorios para biopsia hepática

El descenso progresivo de la indicación de biopsia hepática ha hecho que también de forma progresiva disminuya

el número de ingresos ambulatorios en los últimos años; en la actualidad se realiza una media de 50 biopsias ambulatorias al año.

Hospitalización

Paralelamente a la puesta en funcionamiento del dispositivo de hospital de día, uno de los objetivos del programa era ir disminuyendo de forma progresiva los ingresos hospitalarios. Este objetivo se consiguió inicialmente con una disminución inicial de 605 en el año 1995 hasta 430 en el año 2000 (fig. 5). Sin embargo, a partir de este año el aumento de los ingresos hospitalarios ha sido progresivo, a pesar del funcionamiento de la unidad de atención continuada y hospital de día.

Por otro lado, la carga asistencial que presenta el hospital de día, donde se lleva a cabo de forma ambulatoria el manejo de muchos pacientes que previamente tenían que ser ingresados, lo que ha repercutido en el aumento de la complejidad de los ingresos hospitalarios (fig. 6).

Atención digestiva en urgencias

Tal y como puede observarse en el figura 7, el porcentaje de pacientes que acuden a urgencias por un problema hepatodigestivo agudo ha ido disminuyendo progresivamente desde 1994. Actualmente, se sitúa en cerca de un 24% del total de los que inicialmente acudían en 1995; el resto llega a la unidad de atención continuada y hospital de día (fig. 7).

DISCUSIÓN

La limitación actual de los recursos sanitarios exige rentabilizar al máximo nuestra actividad asistencial. Una de las ventajas que ofrece el hospital de día es la derivación de la actividad menos compleja, liberando camas de hos-

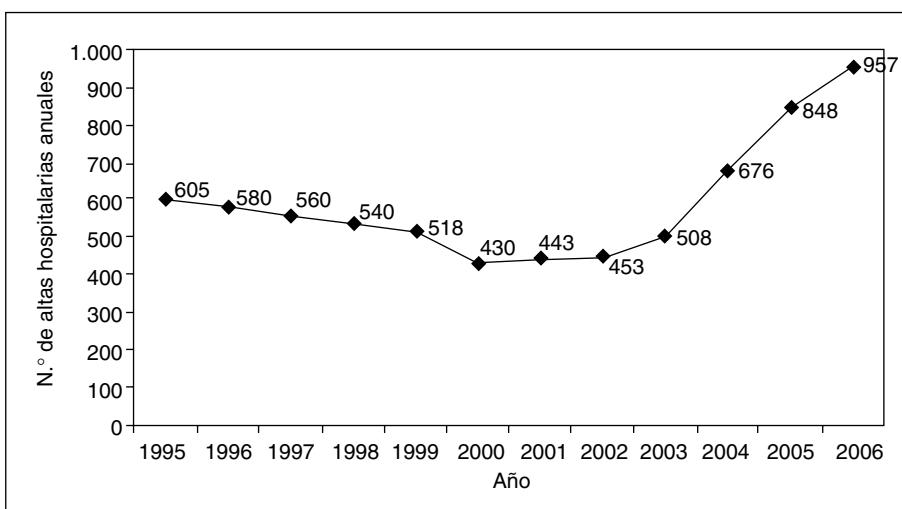


Fig. 5. Número de ingresos hospitalarios durante el período de funcionamiento de la unidad de atención continuada y hospital de día.

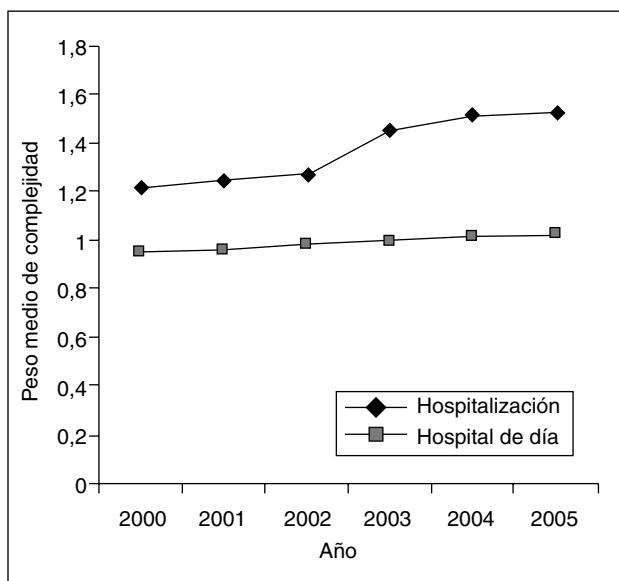


Fig. 6. Peso medio de la complejidad de los ingresos hospitalarios y de atención programada y hospital de día.

pitalización para los procedimientos que requieren una mayor dificultad, lo que implicaría una disminución del número de ingresos. En nuestra unidad este objetivo se consiguió inicialmente. Posteriormente, aumentó de nuevo la hospitalización, tal vez por diversas razones: aumento de los procedimientos terapéuticos más complejos que requieren ingreso hospitalario, como el tratamiento de los tumores hepáticos (embolización o radiofrecuencia), o la introducción en nuestro hospital de nuevas téc-

nicas diagnósticas (ecoendoscopia con punción), que también precisan ingreso hospitalario. Por otro lado, desde el año 2003 se ha asumido durante la hospitalización el ingreso de pacientes con enfermedades que tradicionalmente controlaba el servicio de cirugía, como la hemorragia digestiva alta o la pancreatitis aguda no quirúrgica. Finalmente, el punto que creemos fundamental está relacionado con el aumento en el número de pacientes controlados en nuestro servicio, tanto por el incremento de la población con enfermedades digestivas crónicas, como por su mayor supervivencia, este punto más significativo en los pacientes con cirrosis hepática⁷. En nuestro país se ha constatado en los últimos años una disminución en la tasa de mortalidad por cada 100.000 pacientes con cirrosis hepática, de 26,37 en los años 1980-1982 a 11,75 en 2000-2002. Estos datos son igualmente favorables en el rango de edad comprendido entre los 35 y los 64 años, que fue de 52,89 y 23,6, respectivamente⁸. Los autores del artículo concluyen que esta disminución se debe a la disminución del consumo de alcohol y de la infección por hepatitis B y C en la población general, pero probablemente también puede atribuirse a un mejor manejo de la propia enfermedad y sus complicaciones. Los autores no disponen de datos de prevalencia de la enfermedad, lo que permitiría sustentar más la hipótesis. Por otro lado, la introducción y la mejora del tratamiento antiviral y de sus resultados en los pacientes con hepatitis crónica por el virus C ha mejorado sustancialmente el pronóstico a largo plazo de éstos⁹.

Otra de las ventajas que ofrece la unidad de atención continuada y hospital de día es su funcionamiento como sistema de urgencias específico, es decir, los pacientes son atendidos directamente por el equipo médico habitual y el

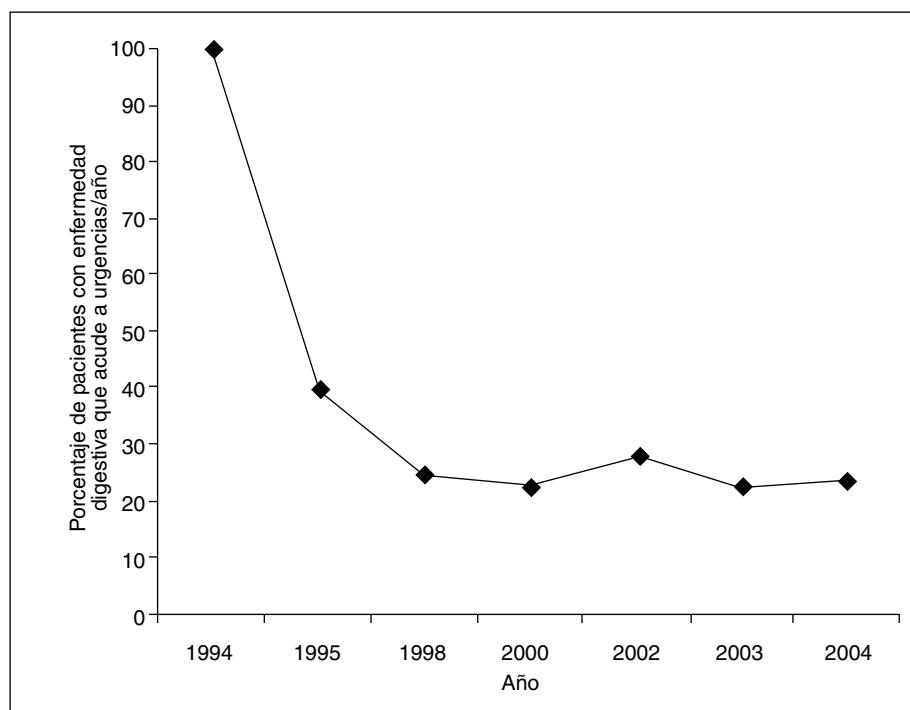


Fig. 7. Porcentaje de pacientes con una enfermedad hepatodigestiva que acude a urgencias desde 1995.

especialista en patología hepática y digestiva. Ello permite en muchos casos la detección precoz de las agudizaciones o el manejo ambulatorio durante todo el proceso de la agudización. Hasta la actualidad, en nuestro país no hay publicado ningún artículo sobre el manejo ambulatorio que específicamente realice una atención continuada, sino únicamente ambulatoria³.

Otro de los objetivos de la unidad en su inicio fue la descongestión del servicio de urgencias. Nuestro hospital tiene una población de referencia de 400.000 habitantes. Esto condiciona una de las tasas de camas por habitante más baja de toda España. La insuficiente dotación de camas del área, junto con un elevadísimo número de urgencias (más de 500 al día) condiciona una gran sobrecarga y una acumulación de pacientes en urgencias. Este contexto de sobrecarga y retrasos asistenciales en urgencias perjudica a los pacientes, especialmente a los que presentan afecciones crónicas y, por tanto, frecuentan los servicios de urgencias. En urgencias se dan ocasionalmente dos aspectos; por un lado el conocimiento de las enfermedades digestivas no es siempre el óptimo, por falta de especialistas de guardia y, por otro lado, la carencia de datos de primera mano de la historia del paciente y de su evolución pueden propiciar la aplicación de tratamientos subóptimos y el retraso en la resolución de los problemas pacientes concretos¹⁰. Con la apertura de la unidad de atención continuada y hospital de día se ha logrado en los últimos años una disminución exponencial del número de pacientes con enfermedades hepatodigestivas crónicas que acuden a urgencias, hasta un 75% menos de los que lo hacían inicialmente. Tal vez, en estos momentos los pacientes controlados en nuestra unidad únicamente acuden al servicio de urgencias ante situaciones vitales que no pueden esperar al horario habitual (p. ej., coma hepático, hemorragia digestiva grave, sepsis, etc.).

Uno de los procedimientos que se realizan con una frecuencia creciente es la paracentesis evacuadora, como se observa en la figura 3. La paracentesis evacuadora es un procedimiento seguro con la administración concomitante de seroalbúmina¹¹. En los años previos al inicio de hospital de día, los pacientes con una primera descompensación ascítica o con ascitis refractaria tenían que ingresar en el hospital para la realización del tratamiento pertinente. En la actualidad, el manejo es exclusivo en hospital de día, donde se realizan los controles de función renal y de la ascitis. El incremento progresivo del número de paracentesis evacuadora está igualmente relacionado con el aumento del número y la supervivencia de los pacientes con cirrosis hepática.

Otro procedimiento que ha ayudado a disminuir los ingresos hospitalarios es la posibilidad de realizar la biopsia hepática de forma ambulatoria cuando se cumplen los criterios de inclusión previamente aprobados en un protocolo clínico. Nuestra experiencia es amplia y el número de complicaciones muy baja, tal como previamente publicamos¹². La introducción de los agentes biológicos anti-factor de necrosis tumoral (infliximab) en los pacientes con una enfermedad inflamatoria intestinal ha supuesto un nuevo abanico de posibilidades para la atención ambulatoria en

los pacientes con dicha enfermedad, que pueden recibir el tratamiento sin necesidad de ingreso hospitalario¹³.

La hepatitis crónica por el virus C tiene una gran prevalencia en la población (el 1,6-2,6%) y hay datos que sugieren que este número está infradiagnosticado¹⁴. La enfermera adscrita a hospital de día es la que imparte los programas de educación para el tratamiento antiviral con interferón pegilado y ribavirina en pacientes con hepatitis crónica por el virus C. El hecho de que los pacientes reciben una educación adecuada para el tratamiento y que tengan la posibilidad de contacto telefónico diario con nuestra unidad facilita el cumplimiento de éste, lo que mejora la respuesta¹⁵. En los últimos años, hemos complementado en el hospital de día dicha educación con el servicio de farmacia que suministra la medicación para ofrecer más ayuda a los pacientes¹⁶.

Esta forma de trabajo tiene numerosas ventajas, que se han ido describiendo durante en este artículo, pero también inconvenientes. La realización de una atención continuada comporta problemas organizativos, dado que el trabajo diario es difícil de prever con antelación, y supone mucha sobrecarga para el personal sanitario, que además de realizar el trabajo habitual en consultas externas o de atención programada ha de atender todas las visitas urgentes, los procedimientos terapéuticos y las llamadas telefónicas de pacientes y/o médicos de familia (difícil de contabilizar en número y tiempo). La adaptación comporta un aumento de personal y de recursos que se han ido procurando a lo largo de los años, aunque nunca al ritmo que el personal sanitario hubiese deseado.

En conclusión, la unidad de atención continuada y hospital de día consigue una disminución inicial del número de hospitalizaciones. Asimismo, disminuye el número de pacientes con agudización de su enfermedad digestiva que acuden a urgencias, y se consigue una atención más rápida y eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Northfield TC, Kirkham JS. Five years' experience of a gastroenterology day-case unit. Lancet. 1983;1:342-5.
2. Fontanet G, Casellas F, Malagelada JR. The Crohn-Colitis care unit: analysis of the first 3 years of activity. Gac Sanit. 2004;18:483-5.
3. Torras C, Cusso F, Gallego MA, Gómez OC, Soriano PG, Villanueva SC, et al. Evaluation of the utility and efficacy of a day hospital in a gastroenterology department. Gastroenterol Hepatol. 2001;24:223-7.
4. De Franchis R. Evolving consensus in portal hypertension. Report of the Baveno IV consensus workshop on methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. J Hepatol. 2005;43:167-76.
5. Feagan BG, Rochon J, Fedorak RN, Irvine EJ, Wild G, Sutherland L, et al. Methotrexate for the treatment of Crohn's disease. The North American Crohn's Study Group Investigators. N Engl J Med. 1995;332:292-7.
6. Colombel JF, Sandborn WJ, Rutgeerts P, Enns R, Hanauer SB, Panaccione R, et al. Adalimumab for maintenance of clinical response and remission in patients with Crohn's disease: the CHARM trial. Gastroenterology. 2007;132:52-65.
7. Blei AT. Portal hypertension and its complications. Curr Opin Gastroenterol. 2007;23:275-82.
8. Bosetti C, Levi F, Lucchini F, Zatonski WA, Negri E, La Vecchia C. Worldwide mortality from cirrhosis: an update to 2002. J Hepatol. 2007;46:827-39.

9. Lawson A, Hagan S, Rye K, Taguri N, Ratib S, Zaitoun AM, et al. The natural history of hepatitis C with severe hepatic fibrosis. *J Hepatol.* 2007; 23:69-73.
10. Vergara M, Calvet X. Introducción. En: Vergara M, Calvet X, editores. Unidad de atención continuada y hospital de día: manejo ambulatorio integral del paciente con patología digestiva. Madrid: Scientific Communication Management S.L.; 2007.p. 7-13.
11. Sola-Vera J, Minana J, Ricart E, Planella M, González B, Torras X, et al. Randomized trial comparing albumin and saline in the prevention of paracentesis-induced circulatory dysfunction in cirrhotic patients with ascites. *Hepatology.* 2003;37:1147-53.
12. Branera J, Puig J, Gil M, Bella R, Darnell A, Malet A. Punción-biopsia hepática ambulatoria guiada por ultrasonografía: descripción técnica y complicaciones. *Radiología.* 2007;47:32-6.
13. Doménech E, Esteve M, Gomollón F, Hinojosa J, Panes J, Obrador A, et al. GETECCU-2005 recommendations for the use of infliximab (Remicade) in inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol.* 2005;28:126-34.
14. Bruguera M, Forns X. Hepatitis C in Spain. *Med Clin (Barc).* 2006;127:113-7.
15. Raptopoulou M, Tsantoulas D, Vafiadi I, Ketikoglou I, Paraskevas E, Vassiliadis T, et al. The effect of adherence to therapy on sustained response in daily or three times a week interferon alpha-2b plus ribavirin treatment of naïve and nonresponder chronic hepatitis C patients. *J Viral Herat.* 2005;12:91-5.
16. Kolor B. Patient education and treatment strategies implemented at a pharmacist-managed hepatitis C virus clinic. *Pharmacootherapy.* 2005;25:1230-41.