



## Tesis Doctoral

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y Rentabilidad para el Sistema Sanitario



Departamento de Medicina y Psiquiatría

Autor: Alberto E. Pajares Fernández

Directores: Andrés Herrán Gómez y Luís Ansorena Pool

Santander, febrero de 2016





**Facultad de Medicina**

*Departamento de Medicina y Psiquiatría*

D. ANDRÉS HERRÁN GÓMEZ PROFESOR, ASOCIADO DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA Y D. LUIS ANSORENA POOL, JEFE DE SERVICIO DEL SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA DEL HOSPITAL SIERRALLANA DE TORRELAVEGA, como directores de la tesis doctoral:

“UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE ALTA RESOLUCIÓN EN URGENCIAS: LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA. UTILIDAD Y RENTABILIDAD PARA EL SISTEMA SANITARIO.”

CERTIFICAN:

Que dicho trabajo ha sido realizado por D. Alberto Eduardo Pajares Fernández bajo nuestra dirección, y que reúne los requisitos de originalidad necesarios para poder ser presentado como Tesis Doctoral al objeto de que pueda optar al grado de Doctor por la Universidad de Cantabria.

ANDRÉS HERRÁN GÓMEZ

LUIS ANSORENA POOL

# Tesis Doctoral para el grado de Doctor

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución  
en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios  
del Hospital Sierrallana. Utilidad y Rentabilidad  
para el Sistema Sanitario



Departamento de Medicina y Psiquiatría

Autor: Alberto E. Pajares Fernández

Directores: Andrés Herrán Gómez y Luís Ansorena Pool

Santander, febrero de 2016

## **Agradecimientos**

Es posible el olvido de alguna persona, a parte de las que a continuación voy a ir agradeciendo su colaboración para llevar a cabo este trabajo, pero no así el profundo agradecimiento que siento por su ayuda. Por eso, mi primer agradecimiento es para aquellas personas que me han ayudado y que no he sido capaz de reflejarlas en las siguientes líneas:

Al Dr. Luis Ansorena Pool, director de esta tesis, por contagiarme cada día su inquietud y ganas por hacer las cosas y hacerlas lo mejor posible. Por su idea, trabajo, esfuerzo, y sobre todo por su “palabra”.

Al Dr. Andrés Herrán Gómez, director también de esta tesis, por su labor y colaboración desde el principio hasta el final.

A la Dra. Lara Pino, por su colaboración en el arduo campo que para mí es la estadística.

A Pedro Muñoz, por sus consejos y su disponibilidad en cualquier momento en el que le he pedido ayuda.

A Raquel Ansorena De Lucio por su ayuda y sus conocimientos en la parte correspondiente a la Bibliografía.

A Manuel Máuriz Ballester, Cristina Cincunegui Ateca, Raquel López Maza y a Tomás Modino Bedoya, codificadores y amigos del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Sierrallana. Por su día a día, que ha permitido la elaboración de esta y de muchas más tesis doctorales.

A Salvador Díez Aja por su colaboración en la revisión final del trabajo.

A Marta Pascual Sáez del Departamento de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Cantabria por apoyo y disponibilidad.

Al Dr. Guerrero Guerra y colaboradores por la ayuda en el trabajo de campo para la aplicación de los protocolos de Adecuación de Ingresos utilizados en este trabajo.

A Ana Crespo de Santiago, Supervisora de Enfermería del servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Sierrallana, por su cariño y apoyo fundamentales.

A “Marisa”, M<sup>a</sup> Luisa Gómez Echezarreta por tu día a día sin descanso.

A la Dra. M<sup>a</sup> José Rodríguez Lera, Jefa del Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana, por su colaboración y disponibilidad en la parte introductoria de esta tesis.

A mis padres a los que espero corresponder con este trabajo parte de su esfuerzo. A mis hermanas.

Por último lo más importante, a mi mujer, Paloma y a mis hijos Carolina y Jorge, por su apoyo, su interés y sacrificio en los días en los que no les pude atender como se merecen. Espero que se sientan satisfechos en un futuro y que les sirva de ejemplo. A Paloma también por su ayuda, sus conocimientos informáticos (y “mucho” más) para la confección del trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1</b>	<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b>	<b><u>4</u></b>
<b>1.1</b>	<b>LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)</b>	<b>4</b>
1.1.1	REFERENCIA HISTÓRICA. DEFINICIONES. ESTRUCTURA. FUNCIONAMIENTO UCIM	4
1.1.2	MODELOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS	9
1.1.3	VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UCIM	19
<b>1.2</b>	<b>EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS Y LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO. CMBD, GRD Y CASE-MIX</b>	<b>22</b>
1.2.1	LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE)	22
1.2.2	EL CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS. (CMBD)	23
1.2.3	LA MEDIDA DEL PRODUCTO SANITARIO	24
1.2.4	SITUACIÓN ACTUAL. CIE 10 MC Y REGISTRO DE LA ACTIVIDAD SANITARIA ESPECIALIZADA (NUEVO CMBD)	29
<b>1.3</b>	<b>LA CONTABILIDAD ANALÍTICA. UN INSTRUMENTO PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE. TÉCNICAS PARA EL CONOCIMIENTO DE COSTES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS</b>	<b>30</b>
1.3.1	JUSTIFICACIÓN Y TIPOS DE CONTABILIDAD	30
1.3.2	UNIDADES DE PRODUCCIÓN. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA	32
1.3.3	DEFINICIÓN DE COSTE. TIPOS DE COSTES. AFECTACIÓN DE COSTES	34
1.3.4	SISTEMAS DE IMPUTACIÓN DE COSTES Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO	36
1.3.5	MODELOS Y HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE COSTES EN ESPAÑA Y EN EL HOSPITAL SIERRALLANA. SITUACIÓN ACTUAL	41
<b>1.4</b>	<b>INTRODUCCION AL PROTOCOLO AEP</b>	<b>43</b>
<b>1.5</b>	<b>EL HOSPITAL SIERRALLANA</b>	<b>47</b>
1.5.1	ESTRUCTURA	48
1.5.2	GESTIÓN	49
1.5.3	ACTIVIDAD ASISTENCIAL BÁSICA	49
<b>1.6</b>	<b>LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b>	<b>49</b>
1.6.1	INTRODUCCIÓN	49
1.6.2	ESTRUCTURA FÍSICA	50
1.6.3	FUNCIONAMIENTO	51
<b>2</b>	<b><u>HIPOTESIS</u></b>	<b><u>53</u></b>
<b>3</b>	<b><u>OBJETIVOS</u></b>	<b><u>54</u></b>
<b>4</b>	<b><u>MATERIAL Y MÉTODOS</u></b>	<b><u>55</u></b>
<b>4.1</b>	<b>REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>55</b>
<b>4.2</b>	<b>POBLACIÓN A ESTUDIO Y RECOGIDA DE DATOS</b>	<b>56</b>
<b>4.3</b>	<b>RECOGIDA DE DATOS PARA UN ESTUDIO DE COSTES SOBRE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b>	<b>57</b>

<b>4.4</b>	<b>SELECCIÓN MUESTRAL Y RECOGIDA DE DATOS PARA UN ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b> .....	<b>58</b>
<b>4.5</b>	<b>SELECCIÓN MUESTRAL Y RECOGIDA DE DATOS PARA LA REALIZACIÓN DE UNA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b> .....	<b>61</b>
<b>4.6</b>	<b>TRATAMIENTO DE LOS DATOS</b> .....	<b>63</b>
<b>4.7</b>	<b>PERÍODO DE ESTUDIO</b> .....	<b>63</b>
<b>4.8</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS</b> .....	<b>63</b>
<b>4.9</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS. IMPUTACIÓN DE COSTES</b> .....	<b>63</b>
<b>4.10</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS PARA EL ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS</b> .....	<b>64</b>
<b>4.11</b>	<b>ANÁLISIS DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b> .....	<b>64</b>
<b>5</b>	<b><u>RESULTADOS</u></b> .....	<b>65</b>
<b>5.1</b>	<b>ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA ACTIVIDAD Y MORBILIDAD ATENDIDA</b> .....	<b>65</b>
5.1.1	ACTIVIDAD ASISTENCIAL BÁSICA DEL HOSPITAL SIERRALLANA .....	65
5.1.2	ACTIVIDAD Y MORBILIDAD ATENDIDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA .....	65
<b>5.2</b>	<b>RESULTADOS DEL ESTUDIO DE ADECUACIÓN DE INGRESOS</b> .....	<b>77</b>
<b>5.3</b>	<b>RESULTADOS DE LA CALIDAD PERCIBIDA. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN</b> .....	<b>80</b>
5.3.1	CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA (SEXO, EDAD, NIVEL DE ESTUDIOS, OCUPACIÓN O ESTADO LABORAL, NACIONALIDAD Y ESTADO DE SALUD).....	80
5.3.2	EXPLOTACIÓN CUANTITATIVA DE LA INFORMACIÓN .....	85
5.3.3	COMPARACIÓN DE ENCUESTAS .....	108
<b>5.4</b>	<b>ESTUDIO DE COSTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA.</b> .....	<b>139</b>
<b>6</b>	<b><u>DISCUSIÓN</u></b> .....	<b>142</b>
<b>7</b>	<b><u>CONCLUSIONES</u></b> .....	<b>154</b>
<b>8</b>	<b><u>ANEXOS</u></b> .....	<b>156</b>
<b>8.1</b>	<b>ANEXO I. RECURSOS Y DATOS GLOBALES DEL HOSPITAL SIERRALLANA (1-6-2006/ 31-3-2009)</b> .....	<b>156</b>
8.1.1	HOSPITALIZACIÓN HOSPITAL SIERRALLANA (CAMAS).....	156
8.1.2	CONSULTAS EXTERNAS HOSPITAL SIERRALLANA (SALAS DE CONSULTAS).....	156
8.1.3	QUIRÓFANOS HOSPITAL SIERRALLANA.....	156
8.1.4	URGENCIAS HOSPITAL SIERRALLANA.....	157
8.1.5	EQUIPO TECNOLÓGICO HOSPITAL SIERRALLANA .....	157
8.1.6	RECURSOS HUMANOS HOSPITAL SIERRALLANA (1-10-2009).....	157
8.1.7	BALANCE ECONÓMICO ASISTENCIAL HOSPITAL SIERRALLANA.....	158
<b>8.2</b>	<b>ANEXO II. ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL HOSPITAL SIERRALLANA</b> .....	<b>159</b>

8.2.1	ACTIVIDAD ASISTENCIAL HOSPITAL SIERRALLANA (1-6-2006/ 31-3-2009). .....	159
8.2.2	INDICADORES ASISTENCIALES. HOSPITAL SIERRALLANA (1-6-2006/ 31-3-2009).....	160
8.2.3	ACTIVIDAD DE SERVICIOS CENTRALES. HOSPITAL SIERRALLANA (1-6-2006/31-3-2009). .....	161
<b>8.3</b>	<b>ANEXO III. RD 866/2001 MÉDICOS DE LA CATEGORÍA DE URGENCIAS HOSPITALARIAS. ....</b>	<b>162</b>
<b>8.4</b>	<b>ANEXO IV. ALTAS DEL TOTAL DE INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA. (PERÍODO 1-6-2006 AL 31-3-2009). ....</b>	<b>166</b>
<b>8.5</b>	<b>ANEXO V. ALTAS EXTERNAS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA (PERÍODO 1-6-2006 AL 31-3-2009). ....</b>	<b>181</b>
<b>8.6</b>	<b>ANEXO VI. COSTES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA (PERÍODO DEL 1-6-2006 AL 31-3-2009).....</b>	<b>189</b>
<b>8.7</b>	<b>ANEXO VII. COSTES POR GRD.....</b>	<b>191</b>
<b>8.8</b>	<b>ANEXO VIII. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA. ....</b>	<b>198</b>
<b>8.9</b>	<b>ANEXO IX. CUESTIONARIO DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DEL HOSPITAL SIERRALLANA. ....</b>	<b>203</b>
<b>8.10</b>	<b>ANEXO X. CARTA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PARA USUARIOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA.....</b>	<b>212</b>
<b>8.11</b>	<b>ANEXO XI. GRD'S INESPECÍFICOS. ....</b>	<b>213</b>
<b>8.12</b>	<b>ANEXO XII. IMÁGENES Y FOTOGRAFÍAS. ....</b>	<b>214</b>
<b>9</b>	<b><u>BIBLIOGRAFÍA</u> .....</b>	<b><u>218</u></b>

## **1 INTRODUCCIÓN**

---

### **1.1 LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS (UCIM)**

#### **1.1.1 REFERENCIA HISTÓRICA. DEFINICIONES. ESTRUCTURA. FUNCIONAMIENTO UCIM**

Fue en 1863, durante la guerra de Crimea, cuando se planteó la creación de la primera Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en base a la necesidad de que, según el nivel de gravedad de los pacientes, éstos eran concentrados o agrupados para sus cuidados de enfermería (1).

En 1923 se creó la primera unidad Neuroquirúrgica en el Hospital Universitario Johns Hopkins de Baltimore (1) dando paso, posteriormente, a la aparición de unidades específicas sobre determinados tipos de pacientes según sus patologías. El razonamiento para su creación, era el de la necesidad de agrupar a pacientes de características clínicas comunes para una mejor utilización de los recursos (1).

En 1950 nace la primera unidad de reanimación en Copenhague en el Hospital Blegman como respuesta a una epidemia de Poliomieltis, demostrándose una disminución considerable de la mortalidad de esos pacientes (1) (2); En 1962 se crean las primeras unidades de coronarias en Toronto, Kansas y Philadelphia, con el fin de detectar y tratar la parada cardiorrespiratoria en los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM) (1) (2).

Durante la década de los 60 comienzan a aparecer las primeras UCI con la misma concepción que las actuales (Pittsburg en 1961 y en 1958 Baltimore). En España se crea la primera UCI en 1963 en la Clínica de la Concepción de Madrid (1).

De esta manera, se dio respuesta a la creciente preocupación entonces por la morbimortalidad de la cardiopatía isquémica y la de los traumatismos graves por causa de accidente que aumentaban su incidencia.

Es a partir de los años 70 cuando empiezan a desarrollarse, dentro de las UCI, las llamadas áreas de Cuidados Intermedios (UCIM) o Unidades de Semicríticos, donde el paciente crítico es “preparado” para su paso a una unidad de hospitalización convencional (1) (2). Había que garantizar la continuidad de cuidados de esos enfermos con un potencial riesgo de empeoramiento, evitando el gran salto asistencial entre una Unidad de Cuidados Intensivos y una sala de hospitalización. En la actualidad también son consideradas como un paso previo a las UCI desde por ejemplo, las salas de urgencias.

Su creación o planteamiento, responde a la entonces y, todavía actual, política sanitaria de contención y reducción de gastos (esto es, en función de la presión asistencial, se asignan los recursos). En este sentido, es el alto costo de las UCI lo que hizo plantearse a los hospitales, en general, diversas estrategias o medidas para optimizar los recursos de los que disponían. En este contexto, surgen las UCIM como una medida más y una alternativa a las costosas UCI (3).

Aunque inicialmente su creación fue debida a criterios económicos, posteriormente se ha demostrado a través de numerosos estudios que estas unidades aportan otros beneficios.

Otra causa que promovió su puesta en funcionamiento fue el desbalance existente en la oferta de camas en las UCI, que obligaba a la creación de nuevas camas o a altas tempranas con el consecuente impacto negativo (reingresos, mortalidad, estancias prolongadas en salas de hospitalización convencionales, por ejemplo) (3).

Al igual que las unidades de atención a pacientes críticos o graves, estas unidades reciben distintas denominaciones según la patología que se atiende. También son llamadas de forma muy variable según cada hospital, pero parece que la más aceptada es la de Cuidados Intermedios o unidades de Semicríticos. En el Reino Unido se definen como Unidades de Alta Dependencia o Cuidados Progresivos (step - down, step – up) (4).

Normalmente los hospitales ofrecen dos tipos de asistencia a los pacientes, la que se da en las Unidades de Hospitalización convencional y la que se da en las UCI. Pero se da la circunstancia de que existen pacientes que, por sus características clínicas, solo precisan de unos cuidados superiores a los que se recibe en las unidades de hospitalización normal, sin llegar a necesitar los cuidados que se ofrecen en las camas de intensivos (una más estrecha vigilancia y monitorización, cuidados especiales de enfermería, monitorización invasiva y tratamiento no invasivo). Son estos pacientes los, en teoría, susceptibles de ocupar las Unidades de Cuidados Intermedios.

Estos pacientes semicríticos podrán proceder de distintas áreas (salidas de UCI, asistencia programada, urgencias, planta de hospitalización, quirófanos, etc.). Cada hospital decidirá que dimensión, que especialidades debe abarcar, su ubicación, criterios de ingreso y qué tipo de especialistas serán los responsables de la misma.

A este efecto, existen unas recomendaciones y unos criterios de ingreso desde el punto de vista clínico establecidos por la American College of Critical Care Medicine (ACCCM) (3) (4) (5) que son los que actualmente están aceptados en este tipo de unidades, aunque debe existir cierta flexibilidad ya que se deben adaptar a las necesidades y entorno del hospital en cuestión.

En cuanto a qué tipo de especialista debe ser el responsable en dichas unidades hay que decir que la ACCCM recomienda que sea un facultativo con experiencia en medicina intensiva. En nuestro país se celebró en Madrid los días 6 y 7 de mayo de 2003 una “Reunión de consenso sobre el desarrollo de las Unidades de Cuidados intermedios en España” (4) en la cual participaron en su organización el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla y el grupo de organización, planificación y gestión de la Sociedad Española de Medicina Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) de la que se extrajeron una serie de conclusiones introduciendo, de manera clara, la necesidad de una “graduación asistencial” del paciente crítico, a las que iré haciendo referencia a medida que vaya profundizando y abordando distintos aspectos.

Siguiendo con los adecuados criterios de ingreso en una Unidad de Cuidados Intermedios, *la ACCM establece* los siguientes:

1. Patología cardiovascular.
  - IAM evolucionado no complicado y con estabilidad hemodinámica.
  - Síndrome Coronario Agudo (SCA) sin complicaciones mayores.

- Arritmias cardíacas con estabilidad hemodinámica.
- Bradicardias sintomáticas de origen farmacológico o eléctrico.
- Taquiarritmias sintomáticas sin alteraciones hemodinámicas de alto riesgo.
- Pericarditis que supongan riesgo.
- Cualquier paciente estable hemodinámicamente y sin evidencia de IAM que requiera la implantación de un marcapasos temporal.
- Postcirugía tras colocación de marcapasos definitivo.
- Insuficiencia cardíaca de gravedad media-moderada (Killip I-II)
- Insuficiencia cardíaca hasta clase III o IV de la New York Heart Association (NYHA) sin medidas de soporte ventilatorio invasivo.
- Urgencia hipertensiva sin evidencia de afectación orgánica.
- Monitorización en pacientes con riesgo hemodinámico.

## 2. Patología respiratoria.

- Pacientes ventilados, médicamente estables para extubar y cuidados crónicos.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con criterios de compromiso tisular sin necesidad de ventilación invasiva.
- Cualquier paciente hemodinámicamente estable con alteraciones gasométricas y enfermedad no determinada que puedan potencialmente desarrollar insuficiencia respiratoria y que requieren observación y/o ventilación no invasiva.
- Neumonía grave de la comunidad u hospitalaria sin necesidad de ventilación invasiva.
- Pacientes que requieren monitorización frecuente de signos vitales o fisioterapia respiratoria agresiva.

## 3. Patología del sistema nervioso

- Pacientes con ictus establecidos que requieren frecuentes aspiraciones
- Pacientes con daño cerebral traumático que presentan un Glasgow (GCS) mayor de 9 puntos que requieren frecuente monitorización de signos vitales para objetivar deterioro neurológico.
- Daño cerebral traumático grave que requiera fisioterapia respiratoria.
- Estado convulsivo epiléptico.
- Hemorragia subaracnoidea, cuidados postclipaje, para monitorización de posible vasoespasmo o hidrocefalia.
- Hemorragia Subaracnoidea a la espera de cirugía.
- Pacientes con ventriculostomías para mantener el shunt ventrículo-peritoneal.
- Pacientes neuroquirúrgicos estables que requieran drenaje lumbar.
- Pacientes lesionados medulares estables
- Pacientes con afectación crónica del Sistema Nervioso Central (SNC) estables, como desórdenes neuromusculares que requieran cuidados de enfermería.

## 4. Ingesta de drogas y sobredosis

- Cualquier paciente que requiera monitorización neurológica, pulmonar y cardíaca y que permanece hemodinámicamente estable.

## 5. Patología gastrointestinal

- Hemorragia gastrointestinal con mínima hipotensión ortostática y que responde a fluidoterapia.
- Sangrado secundario a varices esofágicas sin evidencia de sangrado gástrico y signos vitales estables.
- Fallo hepático agudo con signos vitales estables.

#### 6. Patología endocrina

- Pacientes con cetoacidosis diabética que requieren infusión de insulina intravenosa, o frecuentes inyecciones de insulina regular durante una fase temprana.
- Estados hiperosmolares con resolución del coma.
- Tirotoxicosis, estados hipotiroideos que requieren monitorización.
- Alteraciones hidroelectrolíticas severas que precisan monitorización electrolítica.

#### 7. Patología quirúrgica

- Postoperatorios de cirugía mayor, hemodinámicamente estables, que requieren resucitación con fluidos y transfusiones debida al tercer espacio.
- Postoperatorios que precisan de cuidados de enfermería durante las primeras 24 horas.

#### 8. Miscelánea

- Tratamiento inicial de cuadros sépticos sin evidencias de shock o fallo orgánico secundario.
- Pacientes provenientes de UCI en período de recuperación.
- Pacientes provenientes de Planta o Urgencias que precisan alto grado de cuidados de enfermería por su mala evolución, o enfermos graves de difícil atención pero no tributarios de técnicas invasivas.
- Pacientes que requieren un ajuste apropiado de fluidoterapia.
- Pacientes obstétricas para control pre o posparto de eclampsia/preeclampsia u otros problemas médicos.

Algunos autores (4) proponen que el ingreso de pacientes en las UCIM debe responder a unos criterios de gravedad como los que establece el sistema Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE), que define de manera indirecta el riesgo de mortalidad al ingreso en una UCI. Es el caso de Henning y colaboradores (6) que abalados por un estudio de una unidad polivalente de pacientes médicos y quirúrgicos, llegaron a la conclusión de que las UCIM deberían ser organizadas de acuerdo a la gravedad del paciente en el momento del ingreso defendiendo como límite un APACHE menor de 10 (3), es decir, con esa puntuación se requieren unos mínimos medios y un escaso tiempo de estancia en UCI. En nuestro país, precisamente en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, en su remodelación en el año 2000 y creación del llamado “Complejo de Urgencias” se instauró la Unidad de Semicríticos, la cual maneja, entre otros, como criterio de ingreso un riesgo de mortalidad calculado por el sistema APACHE II y/o III de entre 5% y el 25% (7). Estos criterios son parecidos a los que se usan las Unidades de Alta Dependencia en El Reino Unido (como allí se llaman las unidades de cuidados intermedios) (1).

El sistema APACHE, surge en 1981 como un sistema para la cuantificación de la gravedad de la enfermedad a través de la valoración una serie de variables fisiológicas otorgando una puntuación que da idea del estado clínico del paciente, una valoración de la edad con la consiguiente puntuación y una última estimación mediante también una puntuación, de enfermedades crónicas o estado de salud previo. Inicialmente se utilizó para pacientes críticos ingresados en las UCI. Posteriormente, ha ido evolucionando (APACHE II y APACHE III) para ser usado como sistema de medición de case-mix en unidades de hospitalización. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los tres apartados dará la puntuación final que define la gravedad de la enfermedad (APACHEII) y en cuanto a riesgo relativo de muerte esperada (APACHEIII) (8).

Son sistemas pronósticos que además sirven a las distintas unidades para su autoevaluación y que son utilizados como verdaderas herramientas de gestión, ya que permiten agrupar pacientes en grupos homogéneos para la planificación de los recursos tanto materiales como de personal que se precisarán. En España, como en otros países, se realizó una adaptación de APACHE III y de APACHE II (9).

Haciendo mención a lo que la *Reunión de consenso de mayo de 2003* (4) propuso sobre los criterios de ingreso en las Unidades de Cuidados intermedios estos deben basarse en dos criterios mayores:

- a) Nivel de carga asistencial superior a la que puede ofrecer una unidad convencional de hospitalización.
- b) Situación de inestabilidad/riesgo que indique la necesidad de monitorización de parámetros biológicos.

En dicho documento también se señaló que los criterios de ingreso no deben apoyarse en la utilización de escalas de gravedad e índices pronósticos de uso habitual. También se establece que los indicadores de carga asistencial, que dan idea de la dotación de recursos humanos necesarios, utilizados en la actualidad, como son los índices de esfuerzo terapéutico TISS (Therapeutic Intervention Scoring System o Sistema de Puntuación de Intervenciones Terapéuticas) (10) y NEMS (nine equivalents of nursing manpower used score) (11), no sirven para aplicarlos a las UCIM (4).

El TISS, creado por Cullen en 1974 y posteriormente modificado en 1983 (11), cuantifica el nivel de gravedad a través de un total de 76 posibles actuaciones de monitorización y terapéuticas en los enfermos que acuden a servicios de cuidados críticos y urgencias, puntuando la mayor o menor agresividad de la actuación. Se atribuyen 4 puntos a las más complejas y uno a las más simples. El cálculo se realiza sobre 24 horas.

El consumo de recursos se divide en 3 niveles: nivel I que se corresponde con el consumo similar al de una planta de hospitalización convencional, el nivel III que equivale al de una UCI y el nivel II o intermedio.

En 1994 se publicó un nuevo sistema TISS que incluía variables que se realizan en una sala de hospitalización convencional y así poder aplicarse a cualquier unidad del hospital.

El índice NEMS es una versión sencilla del TISS que determina de forma sencilla mediante 9 variables el esfuerzo terapéutico que requiere un paciente crítico (11).

Lo que está claro, como incluso así lo detalla el trabajo que se extrae de la Reunión de Consenso sobre cómo se deben desarrollar las Unidades de Cuidados Intermedios en nuestro medio (4), es que cada hospital deberá adecuar los criterios de ingreso y la distribución o dotación de personal en estas unidades de acuerdo a sus necesidades, el tipo de población que se atiende, en definitiva, su propia idiosincrasia.

De esta manera, podemos decir que así como el documento resultante de la Reunión de Consenso define, por ejemplo que la dotación o, mejor dicho el ratio enfermera-o/ paciente, debe ser 1/5. En otras revisiones se recomienda que sea de 1/3-4. Para dar una idea más completa, será preciso decir que en una UCI el ratio enfermera-o/ paciente es de ½ y en una planta convencional de 1/12-36 (1).

En el caso de la dotación de facultativos, el documento de la Reunión de consenso no define, ni cree necesario hacerlo, el ratio médico/ paciente. Encontraremos que habitualmente estas Unidades de Cuidados Intermedios tienen un ratio médico/ paciente de 1/6 y de 1/3 en una UCI (1).

### **1.1.2 MODELOS DE UNIDADES DE CUIDADOS INTERMEDIOS**

Como se ha indicado anteriormente, la creación de una Unidad de Cuidados Intermedios en un hospital vendrá determinada por las necesidades que ha de cubrir cada hospital en base a sus circunstancias y características. De esta manera podemos encontrar modelos departamentales, o dependientes de servicios concretos (especializados):

- Coronarios-Cardiológicos.
- Patología respiratoria.
- Pediatría.
- ICTUS.
- Cuidados postquirúrgicos.

Sin embargo, en los hospitales comarcales estas unidades las encontraremos vinculadas a:

- Medicina Intensiva.
- Medicina Interna.
- Urgencias.

Cada centro hará más adecuado uno u otro modelo.

Lo que está claro es que debe existir una colaboración entre los diferentes servicios, sea cual sea el modelo, para desarrollar este modelo asistencial basado en la atención gradual del paciente crítico buscando un beneficio para el mismo evitando incrementos de gastos o incluso disminuyéndolos.

En los hospitales comarcales, como es el caso que nos ocupa, las unidades de Cuidados Intermedios podrán coexistir o no con UCI. El que no exista UCI no deberá suponer que la Unidad de Cuidados Intermedios funcione como una verdadera UCI ni tampoco que, cuando se dé el caso contrario, funcione como una UCI encubierta cuando no haya camas disponibles en esta última.

Como se ha dicho antes, es un hecho extendido la existencia de modelos departamentales o Unidades de Cuidados Intermedios dependientes de un servicio concreto. Quizá sería preciso describir alguno de estos tipos de unidades, los fundamentos y razones de su creación, funcionamiento y resultados.

#### **1.1.2.1 Unidades de Cuidados Intermedios de Cardiología**

Las Unidades de Coronarias, a lo largo de su historia (comenzaron a instaurarse en los años sesenta), han ido evolucionando pasando primero a ser unidades destinadas exclusivamente al cuidado de pacientes con Infarto Agudo de Miocardio (IAM), posteriormente al tratamiento y cuidado de forma más amplia de pacientes con Cardiopatía Isquémica (incluyendo pacientes con sospecha de IAM o con Síndrome Coronario Agudo sin elevación de segmento ST) y, en la actualidad, a atender pacientes con Enfermedad Cardíaca Aguda de forma general (pacientes con Insuficiencia Cardíaca Aguda, Arritmias, pacientes sometidos a técnicas terapéutico diagnósticas complejas, etc.).

Esta evolución ha de ser contemplada en el momento de planificar y considerar la creación de las Unidades de Cuidados Intermedios Cardiológicas, ya que deberán atender el mismo espectro de pacientes.

Quizá este tipo de unidades sea la más documentada a nivel bibliográfico e, incluso, justificada científicamente. De hecho, es la que más se aproxima a las necesidades que pueden presentar hoy en día un hospital comarcal ya que un porcentaje elevado de los pacientes que se atienden en la Unidad son pacientes con patología coronaria o trastornos de la conducción cardíaca, Edema Agudo de Pulmón (EAP), etc.

Tanto es así, que la propia Sociedad Española de Cardiología (en concreto desde su Sección de Cardiopatía Isquémica y Unidades Coronarias), desarrolló un documento sobre la necesidad, estructura y organización de esta clase de unidades. La Junta Directiva de la Sociedad Española de Cardiología decidió en 2004 la realización de este documento a raíz de las propuestas de numerosos cardiólogos, para lo cual se designaron una serie de expertos y cuya resolución final se llevó a cabo durante el año 2006 (12).

Dicho documento expone varias razones en las que se apoya la Sociedad Española de Cardiología para la creación de estas Unidades de Cuidados Intermedios.

En primer lugar, la creciente incidencia del Síndrome Coronario Agudo (SCA) con elevación del segmento ST (pacientes ingresados por ese motivo en España a razón de un aumento de 2,28% de forma anual desde 1997) (13). Dos razones fundamentales que explican ese aumento que son: el envejecimiento de la población y la mayor esperanza de vida (14).

En segundo lugar, el actual modelo asistencial resulta ya insuficiente desde el punto de vista de la calidad de atención al paciente y desde el punto de vista de gestión de pacientes (gestión de camas). Por ejemplo, un paciente atendido en Urgencias por un SCA, pasa a una Unidad de Coronarias o de Cuidados Intensivos de la cual, tras su mejoría, pasa a ingresar en una unidad o sala de hospitalización convencional, donde los cuidados todavía no son los adecuados (de

un menor nivel en cuanto a los cuidados de enfermería y a la dotación tecnológica requerida para tratamiento y vigilancia). Así mismo se dan actualmente dos circunstancias fundamentalmente, estos pacientes, una vez superada su fase crítica de la enfermedad, permanecen ingresados en salas de alto nivel de cuidados por falta de camas en unidades de hospitalización convencional o bien se precipita su salida por la falta de camas en esas unidades de alto nivel de cuidados.

Son varias las sociedades científicas (Sociedad Española de Cardiología, American Heart Association (AHA)/ American College of Cardiology (ACC) y la Sociedad Europea de Cardiología) las que proponen en sus Guías de práctica Clínica tanto la necesidad como indicaciones de ingreso, características de estructura, organización y funcionamiento de Unidades de Cuidados Intermedios Cardiológicas.

Organizativamente, estas Unidades Coronarias de Cuidados Intermedios se pueden encontrar de tres maneras diferentes (entendiendo que se tratan de unidades dependientes del Servicio de Cardiología):

- a. Integrada en la Unidad de Coronarias. En el mismo espacio físico. Sería el modelo menos aconsejable, puesto que no facilita la selección de pacientes con el perfil de ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios, aumenta el coste, aumenta la incomodidad del paciente y familiares, aunque facilita la continuidad asistencial y no suponen el traslado físico del paciente.
- b. Próxima a la Unidad de Coronarias. Esta proximidad física supone una mayor comodidad para el paciente y familiares (descanso, régimen de visitas, privacidad), y facilita el traslado del paciente a la unidad especializada en el caso de presentarse una complicación.
- c. Integrada en la unidad de hospitalización convencional del Servicio de Cardiología.

La Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológica, según el documento resultante, debería contemplar una serie de requisitos en cuanto a infraestructura que debe presentar, esto es su ubicación ideal, diseño de las habitaciones, material necesario, personal más adecuado, que se describe en la siguiente tabla y se corresponde con las recomendaciones extraídas del documento resultante del trabajo realizado por la Sociedad Española de Cardiología (12) (ver Tabla 1).

**Tabla 1. Infraestructura Unidad de Cuidados Intermedios Cardiológicos.**

<i>Infraestructura</i>	<i>Características</i>
a. Estructura física:	
Ubicación	Proximidad a la Unidad de Coronarias o Unidad de Hospitalización Cardiología.
Visualización	Adecuada visualización del paciente. (Incluso sistemas de video vigilancia).

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

Habitaciones	Superficie: no menor a 15 m <sup>2</sup> (individuales) y 25 m <sup>2</sup> (dobles)
	Ancho de puertas aproximado de 1,5m.
	Timbre de llamada de emergencia.
	Una toma de O <sub>2</sub> y de vacío por paciente.
Suministro eléctrico	Conexión a un grupo electrógeno y sistema de suministro eléctrico ininterrumpido
Tamaño	3-4 camas/ 100.000 habitantes.
b. El equipamiento:	
Monitorización	Pulsioxímetro
(Con o sin telemetría)	Presión Arterial (TA)
	Electrocardiograma (ECG). Al menos 2 derivaciones. Monitor cabecera o central
Camas	
	Móviles
	articuladas
	barreras desmontables
	cabecero extraíble
	90 cm de anchura
Desfibrilador	(>1)
Marcapasos temporal	(1/ 4 camas)
Carro de paradas	desfibrilador, ambú, fármacos, equipo de intubación, vías de amplio calibre.
Sistemas de ventilación	Respirador portátil, BIPAP y CPAP.
Tabla masaje cardiaco	(1/ 4 camas).
Sistema de aspiración	1/ habitación
Bombas de infusión.	2 / 1cama.
ECG de 12 derivaciones	
Dispositivo medida de Glucemia	
Dispositivo Compresión Vascular mecánica	Para hemostasia tras procedimientos intervencionistas
Sistema de información.	Integrado con el sistema de información del hospital
c. Personal de la unidad:	
Personal médico	Un responsable (especialista en cardiología). 1 cardiólogo/ 6 camas.
Personal de enfermería	1 supervisor- a, 1 enfermera-o / 4-6 camas, 1 auxiliar de clínica/ cama.
Celadores	Exclusivo o compartido con otras unidades próximas
Administrativo	Propio o compartido

Respecto a qué pacientes debe atenderse en estas Unidades de Cuidados Intermedios Cardiológicos, también en dicho documento se consensuaron una serie de criterios clínicos para el ingreso en la Unidad de Intermedios, pero con un denominador común, la atención a la cardiopatía aguda, principalmente el SCA que presenta una “estabilidad intermedia”, es decir, que no tienen la estabilidad clínica suficiente como para su ingreso en la planta convencional ni están lo suficientemente inestables para ingresar en la Unidad de Coronarias. Para concretar

un poco el tipo de “inestabilidad-estabilidad” se trataría de pacientes con riesgo de sufrir arritmias cardíacas o recurrencia de la isquemia que, por lo tanto, requirieren un mayor nivel de vigilancia.

Estas indicaciones de ingreso son:

- a. Pacientes con SCASEST (Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST) de riesgo intermedio-alto estables hemodinámicamente (sin arritmias ventriculares, sin insuficiencia cardíaca, sin hipotensión arterial).
- b. Pacientes con IAM con elevación del segmento ST no complicado.
- c. Pacientes con IAM con elevación del segmento ST de alto riesgo, estabilizados tras fase inicial complicada.
- d. Pacientes para su control tras procedimiento invasivo.
- e. Otras cardiopatías agudas (Insuficiencia Cardíaca, Bloqueo AV avanzado o Disfunción Sinusal estables hemodinámicamente y pendientes de marcapasos definitivo, Tratamiento de Arritmias Supraventriculares y otro tipo de enfermedades a criterio del cardiólogo responsable como Endocarditis, Disección Aórtica, Crisis Hipertensiva).
- f. Otras. Pacientes en el postoperatorio de cirugía cardíaca (extubados y sin drenajes) que por alguna complicación cardíaca como Insuficiencia Cardíaca o Arritmias que impiden su ingreso en planta convencional.

Su relación con otros servicios y áreas del hospital resulta muy amplia. Desde la Unidad de Coronarias (para la que inicialmente se crearon), el área de Urgencias, Unidad de Dolor Torácico si la hubiera, UCI, Cirugía Cardiovascular, Medicina Interna y otros servicios médicos. Será interesante su relación con otros hospitales, funcionando como unidad de apoyo en el caso de cardiopatías agudas.

#### **1.1.2.2 Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios**

Al hilo de lo que se ha descrito en cuanto a las Unidades de Cuidados Intermedios de Cardiología o en la descripción general de este tipo de unidades, las Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios, pueden contribuir a atender pacientes que ingresarían en una Unidad de Cuidados Intensivos consumiendo una gran cantidad de recursos y pueden ofrecer la asistencia necesaria que tampoco una unidad de hospitalización convencional les ofrecería a esos pacientes, además mejorar la coordinación con otras áreas del hospital.

Todas estas mejoras giran en torno al creciente desarrollo de la Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI), que permite a los especialistas en Neumología, por ejemplo, manejar pacientes más complicados que históricamente eran atendidos en áreas de Medicina Intensiva.

Por lo tanto, no es muy diferente lo que se puede encontrar en la bibliografía actual respecto a las Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios comparado con otro tipo de Unidades de

Cuidados Intermedios departamentales o generales en cuanto a ventajas que ofrece y requisitos que debe presentar, según las respectivas sociedades científicas que las promueven o apoyan.

En el caso de estas unidades dependientes del Servicio de Neumología, se podrían apuntar ciertos argumentos que justificarían su existencia:

- a) Menor consumo de recursos (estos pacientes suelen atenderse en UCI).
- b) Los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), suelen necesitar una estancia muy prolongada si han precisado ventilación artificial en UCI para su retirada y podrían beneficiarse de la VMNI en una unidad como la de cuidados intermedios.
- c) El balance costo- eficaz favorable del uso de la VMNI.

Una Unidad de Cuidados Intermedios Respiratoria está concebida como “un área de monitorización y tratamiento de pacientes con Insuficiencia Respiratoria Aguda o Re-agudizada causada por una enfermedad primaria respiratoria” (15).

Según la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) y, en concreto su Grupo de Trabajo de Cuidados Intermedios, estas unidades tendrían, como objetivo principal, la monitorización no invasiva cardiorrespiratoria y el tratamiento de la insuficiencia respiratoria mediante VMNI (15). Se atenderían pacientes con un perfil de gravedad intermedia entre los que son susceptibles de ser tratados en una UCI y los que son tratados en una unidad convencional. Principalmente, el ingreso en esta unidad estaría indicado en pacientes con las siguientes características:

- a) Pacientes que requieren VMNI por Insuficiencia Respiratoria Aguda o Re-agudizada.
- b) Cuidado de pacientes portadores de traqueotomía (destete) o post-operados de alguna cirugía torácica (en el caso de ser una unidad médico quirúrgica).
- c) Pacientes críticos que precisan VMNI para su progresiva retirada de VMI (Ventilación Mecánica Intensiva).

Tanto de los objetivos que ha de cubrir, como de los argumentos que justifican su creación, se desprende una conclusión fundamental, y es que la VMNI es la principal razón de la existencia de estas unidades.

En la actualidad, el futuro de estas unidades en España, pasa por la progresiva incorporación de la figura del Neumólogo en el cuidado y tratamiento de estos pacientes críticos que, hoy en día, son manejados principalmente por profesionales del área de la Medicina Intensiva que todavía predominan, por ejemplo, en los Servicios de Urgencias.

Siguiendo un poco el esquema desarrollado, en cuanto a su descripción, por el Grupo de Trabajo de Cuidados Respiratorios Intermedios de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, (15) podemos decir que este tipo de unidades se ubican de diferente forma

en los hospitales (ver Tabla 2) y cada ubicación tendrá sus ventajas y desventajas como por ejemplo son la mayor privacidad en las independientes, mejor continuidad asistencial y facilidad en el traslado de pacientes en las Unidades de Intermedios integradas en la propia UCI o Unidad de Neumología, pero en este caso implicando un alto coste por cama en relación a las unidades independientes. Al final, la mejor ubicación depende de las necesidades y características de cada hospital.

En cuanto a la estructura, esta debe estar orientada a una serie de objetivos que vienen a ser comunes en todo este tipo de unidades de Cuidados Intermedios (ya sean de Cardiología, Unidades de ICTUS, etc.). Ha de contemplarse una correcta visualización del paciente, espacio suficiente en la habitación o dependencia para cualquier eventualidad, número de camas necesario que en el caso de las Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios puede venir condicionado por el número de pacientes candidatos a VMNI que incluso será mayor en ciertas épocas del año que en otras. El uso de VMNI en estas unidades condiciona también el número de conexiones eléctricas, tomas para gases (oxígeno, aire comprimido), vacío, material fungible (mascarillas,...) (Tabla 2).

Si hablamos del personal sanitario que debe integrar esta unidad, debe contar con especialistas en Neumología, personal de enfermería y fisioterapeutas entrenados en el manejo de respiradores, colocación de mascarillas, tratamiento de pacientes con insuficiencia respiratoria grave, etc. (Tabla 2)

El material, a parte del más o menos común del de otras unidades departamentales o de ámbito más general, (carro de paradas, material para monitorización no invasiva como electrocardiograma, monitorización de la tensión Arterial, Pulsioximetría, etc.) en estas Unidades de Cuidados Intermedios Respiratorios, habrá que tener en cuenta la necesidad de material para la monitorización de ciertos parámetros más específicos (Presión CO2 Transcutánea, Presión Transdiafragmática, Capnografía la final de la espiración, etc.) (ver Tabla 2).

**Tabla 2. Infraestructura Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios.**

<i>Infraestructura</i>	<i>Características</i>
a. Estructura física:	
Ubicación	Independiente. Paralela. Adyacente a UCI. Integrada (UCI o Planta de Neumología).
Visualización	Adecuada visualización del paciente. Estructura abierta (habitual) o cerrada (sistemas de video vigilancia).
Habitaciones	Superficie: el doble que una habitación de hospitalización convencional.
	Avisador acústico y/ o interfono.
	2 tomas de O2 y aire presurizado y 3 de vacío por paciente.
	Barras auxiliares junto a las camas (para material fungible)
	Una grúa por unidad.
Tamaño	Ajustado a las necesidades.

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

b. El equipamiento:	
Monitorización (Con o sin telemetría)	Pulsioxímetro.
	Presión Arterial ( TA)
	Electrocardiograma (ECG). Al menos 2 derivaciones. Monitor cabecera o central.
	Peak Flow.
	Frecuencia Respiratoria.
	Presión y Flujo del respirador.
Camas	Móviles. Idealmente eléctricas.
	Articuladas.
	Barreras desmontables..
	Cabecero extraíble
	Colchones anti escaras.
Carro de paradas	Desfibrilador, ambú, fármacos, equipo de intubación, vías de amplio calibre, equipo de intubación traqueal,
Material para tratamiento respiratorio	Respirador portátil, BIPAP y CPAP. Material fungible necesario para VMNI (máscaras, arneses, tubuladuras)Material traqueotomía. Nebulizadores.
Equipamiento para pacientes de Cirugía Torácica	Sistemas de drenaje pleural (sistemas de sellado y aspiración)
Sistema de aspiración	
Bombas de infusión.	2 / 1cama.
ECG de 12 derivaciones	
c. Personal de la unidad:	
Personal médico	Un responsable (especialista en Neumología). 1 Facultativo / 6 camas.
Personal de enfermería	1 Supervisor- a, 1 Enfermera-o / 4- cama, 1Fisioterapeuta/ 6 camas, Auxiliar de clínica/ cama.
Celadores	Exclusivo o compartido con otras unidades próximas.

Así mismo, los pacientes tendrán que cumplir unos criterios de ingreso que también se recogen en el trabajo resultante del mencionado Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (15). Como en cualquier situación en la que es necesario plantearse el ingreso de un paciente, la decisión se debe tomar de forma individualizada, ya que intervendrán otro tipo de factores como son la edad, comorbilidades, opinión o deseo del propio paciente y/ o familiares, etc.

En cualquier caso los criterios de ingreso establecidos a cumplir por el paciente son los siguientes:

- a. Pacientes estables, procedentes de UCI conectados a ventilación invasiva y en los que se ha intentado la desconexión sin éxito (a través de VMNI o traqueotomía), con el fin de su desconexión definitiva o para programar la ventilación mecánica domiciliaria.

- b. Pacientes que tras su estancia en UCI por proceso grave que ha requerido VMI prolongada precisan de cuidados de enfermería y/ o fisioterapia antes de su paso a una planta de hospitalización convencional.
- c. Paciente que ingresa para aplicar VMNI por Insuficiencia Respiratoria Aguda o Crónica Reagudizada.
- d. Insuficiencia Respiratoria Grave que sin precisar ventilación sí precisa monitorización no invasiva.
- e. Pacientes sometidos a cirugía torácica (neumonectomía) con comorbilidades importantes o edad superior a 70 años o presencia de complicaciones derivadas de la intervención graves.
- f. Hemoptisis que amenaza la vida.

Respecto a su funcionamiento, coordinación y relación con otros servicios, la más importante será con la UCI (permitiendo optimizar sus camas). También se beneficiará de la existencia de una Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios el Servicio de Cirugía Torácica, ya que es capaz de ofrecer tratamiento fisioterápico y sobretodo VMNI, permitiendo la estabilización del paciente intervenido en 24-48 horas. Por supuesto serán útiles al Servicio de Neumología, de Medicina Interna y al de Otorrinolaringología. Otra utilidad añadida será la destinada a pacientes que han sido sometidos a Cirugía correctora de obesidad para el tratamiento de Síndrome de Apneas del Sueño y cuidados de la vía respiratoria.

### **1.1.2.3 Unidades de ICTUS**

Las Unidades de ICTUS son otra posible Unidad de Cuidados Intermedios departamental que se puede describir por las semejanzas que presenta en lo que corresponde al tipo de paciente que es atendido, de qué manera y las ventajas derivadas de su existencia respecto a una Unidad de Cuidados Intermedios de tipo general como la que dispone el Hospital de Sierrallana.

Se define una Unidad de ICTUS como “aquella sala dedicada a cuidados no intensivos o semicríticos durante la fase aguda y, una vez estabilizado el paciente, éste se trasladaría a una sala de Neurología general, donde se continuaría el proceso diagnóstico y terapéutico hasta el alta domiciliaria o el traslado a sala de Rehabilitación o de Geriátrica” (16).

Las primeras Unidades de ICTUS surgen en la década de 1970 y fueron concebidas como Unidades de ICTUS de Cuidados Intensivos, es decir, con tratamiento y monitorización agresivos. Después, en la década de 1980, se cambió el concepto pasando a ser unidades de cuidados agudos no intensivos. Ya en la década de los 90 el interés por las Unidades de ICTUS se vio incrementado, debido a que diversos estudios demostraron los beneficios derivados de su instauración (disminución de la mortalidad y mejora en la recuperación funcional) comparándose con unidades o salas de hospitalización convencional. En 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el European Stroke Council elaboraron la “Declaración de Helsinborg”, en la cual se estableció un objetivo: en 2005 todo paciente con ICTUS en fase

aguda tendría una evaluación precoz y especializada, así como tratamiento en una Unidad de ICTUS. Actualmente las sociedades científicas de Neurología coinciden en la necesidad de instaurar Unidades de ICTUS en los hospitales, que en caso de no ser así convendría ser sustituidas por el llamado Equipo de ICTUS.

Pero además de todas las evidencias científicas que apoyan la existencia de estas unidades, existe la demanda social que reclama la atención especializada a pacientes con ICTUS. De hecho, las asociaciones de enfermos neurológicos y la Sociedad Española de Neurología elaboraron en el año 2000 la "Declaración de Madrid": "derecho de todos los ciudadanos a ser atendidos cuando sea necesario por un experto con especial competencia en las diversas patologías neurológicas, teniendo acceso a las técnicas diagnósticas y terapéuticas más actuales y poder ser atendidos en unidades interdisciplinarias específicas donde puedan obtener toda la ayuda necesaria para su problema de salud, con garantías de que ésta sea de la mejor calidad posible". Incluso el Defensor del Pueblo en su "Informe sobre el daño cerebral sobrevenido" recomendaba a las consejerías de salud de las comunidades autónomas que se acentuara la atención precoz y especializada al ICTUS a través de la creación de unidades específicas de ICTUS o mediante equipos especializados en ICTUS de modo que quedase cubierta toda la población.

Parece ser que el factor determinante de los beneficios de estas unidades es el manejo del paciente con ICTUS durante la fase aguda en cuanto al control de los parámetros fisiológicos como la Tensión Arterial, Temperatura, glucemia, saturación de oxígeno y la prevención de complicaciones. Pero es el mantenimiento de la homeostasis en esta fase aguda lo que determina la disminución de la mortalidad y el mejor pronóstico funcional a corto plazo. Teniendo en cuenta que está demostrado que el 54-87% del gasto total del ICTUS es por el ingreso hospitalario en su fase aguda y que los beneficios clínicos de la unidad se pueden traducir además de la ya comentada disminución de la mortalidad y mejor recuperación funcional de los pacientes, hay que añadir la disminución de la estancia media hospitalaria de estos pacientes, disminución de la hospitalización crónica y el aumento de altas a domicilio. Si añadimos que se ha demostrado también que la estancia media y el destino al alta son buenos indicadores para la realización del análisis de costes en el ICTUS, se podrá decir que las Unidades de ICTUS son costo-efectivas. Aún con todos estos razonamientos y evidencias no se han acabado de instaurar de forma más o menos generalizada estas unidades como ha ocurrido con las Unidades de Coronarias.

A nivel organizativo, de funcionamiento y dotación, tanto material como de personal, estas unidades han de ser coordinadas por neurólogo responsable especializado en patología cerebrovascular, con personal formado y entrenado de forma específica (Enfermería y Fisioterapeuta) y un neurólogo las 24 horas de presencia. Su ubicación deseable sería la integrada en la propia área de Neurología. Con camas y mobiliario adaptados, posibilidad de monitorización no invasiva de parámetros como la Tensión Arterial, Electrocardiograma, Pulsioximetría y Temperatura corporal. Así mismo, sería necesario también poder realizarse estudios neurovascular a través de ultrasonografía como la ecografía doppler transcraneal. Deberán existir unos criterios de ingreso precisos coordinación y establecimiento de protocolos de tratamiento y diagnóstico con otros servicios del hospital (Cardiología,

Neurorradiología, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Rehabilitación; Hematología, Medicina Intensiva, Geriátrica y Trabajador Social) (17).

### **1.1.3 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA IMPLANTACIÓN DE UCIM**

Para hablar de **beneficios** derivados de su puesta en funcionamiento habrá que diferenciar entre los beneficios que se aportan al paciente y los que se aportan a la organización y a la gestión de la asistencia.

#### **1. Al paciente:**

Es importante atender a lo perjudicial que puede llegar a ser la falta de comunicación entre paciente y familiares o la sensación de peligro por la vida que se puede percibir en una Unidad de Cuidados Intensivos. Por ello una Unidad de Cuidados Intermedios, con sus características, supondrá:

- Un mejor medio ambiente. Mejorarán sus condiciones de descanso, su ritmo de sueño que contribuirán a una más fácil recuperación.
- Atendiendo a la esfera psíquica, el pasar de una unidad de máxima asistencia a otra de menor nivel de cuidados y, por lo tanto con menor estrés. Ayudar a mejorar el grado de distanciamiento entre el paciente y sus familiares que supone un régimen de visitas estricto como el de una UCI. En este aspecto, supondrá una mejora en la satisfacción tanto del paciente como de su familia.

#### **2. A la organización y a la gestión de la asistencia:**

Son diversos los estudios de coste-efectividad (Franklin y colaboradores (18), Fineberg y colaboradores (19), Tosteson y colaboradores (20), Byric y colaboradores (21), Wagner y colaboradores (22)) que demuestran los distintos beneficios que aporta este modelo asistencial. Incluso respecto a patologías concretas como la Cardiopatía Isquémica descompensada atendidas en una UCI en lugar de ser atendidas en salas de hospitalización convencionales o en las UCI o Unidades de Coronarias (4).

Pero también existen trabajos que cuestionan esos efectos beneficiosos derivados de la instauración de las Unidades de Cuidados Intermedios (23).

- Mejora de la eficiencia de la atención al paciente crítico. Hoy día está estimado que los servicios de medicina intensiva consumen una importante porción del gasto hospitalario (entre el 15 y el 25%) (3). En nuestro país el porcentaje del PIB español que se dedica a la medicina intensiva es del 0,20%. (4).
- Disminución de la estancia media global del hospital.
- Disminución del consumo de recursos, sobre todo a costa de precisar menos personal sanitario, pero habrá que añadir otros factores que supondrán un ahorro como es el menor número de procedimientos realizados. (24) (18).

- Disminución de las estancias en las UCI.
- Aumento de la disponibilidad de camas en las UCI (descarga asistencial) (3). El estudio realizado sobre una unidad polivalente médico quirúrgica por Franklin y colaboradores (18) demostró una mejora en el acceso de pacientes de alto riesgo a camas de críticos gracias a una mayor disponibilidad de camas proporcionada por la existencia de una UCIM (4).
- Reducción del alta precoz de UCI y su impacto (reingresos, mortalidad) (3) (4). Franklin y colaboradores estudiaron los reingresos en una UCI (25) y calcularon que un 62% de los reingresos podrían haberse evitado en caso de no haberse producido un alta precoz.
- Disminución de la mortalidad del hospital. Existen múltiples estudios sobre unidades de cuidados intermedios que se corresponden con el modelo departamental (coronarias, ictus,...) (16) que ponen en conocimiento esa disminución de la mortalidad si el paciente con la patología concreta, tras su fase aguda, es trasladado a una unidad de cuidados intermedios de dicha especialidad. Dado que las primeras Unidades de Cuidados Intermedios se instauraron bajo el concepto de unidades de cuidados progresivos coronarios con el fin de ingresar a los pacientes con IAM, tras el alta de la unidad de coronarias, diversos estudios (26), (27) y (28), objetivaron un descenso de la mortalidad de esos pacientes comparando su atención en unidades convencionales respecto a si se ingresaron en la Unidad de Cuidados Intermedios que han justificado su creación (4).

Más recientemente en 1993 Langhorne y colaboradores (29) demuestran en un estudio sobre 1586 pacientes con ictus de los cuales 766 fueron ingresados tras fase aguda en una unidad de ictus respecto a 820 ingresados en una sala convencional una reducción de la mortalidad durante los primeros 4 meses del 28% que se mantuvo tras los 12 primeros meses.

- Disminución del número de paradas cardiorrespiratorias en el hospital (3).
- Disminución del número de traslados a hospital de referencia por la no disponibilidad de camas en UCI (30).
- Disminución de ingresos inadecuados en unidades de hospitalización convencionales y en UCI.

### ***Desventajas***

Como se ha comentado ya, una de las iniciativas tomadas en algunos hospitales para mitigar el problema común del déficit de camas de hospitalización, de las UCI en particular y disminuir costos, ha sido la creación de las Unidades de Cuidados Intermedios en los Servicios de Urgencias, donde los pacientes son atendidos por médicos no intensivistas (31). Hay diversos estudios que concluyen que la existencia de estas unidades conlleva un retraso del ingreso en las UCI de estos pacientes con unas consecuencias o impacto negativo que se traducen en

estancias más prolongadas y un aumento de la mortalidad que es independiente de otros factores conocidos de mortalidad de los pacientes críticos (32).

Y es que, hablando de mortalidad, ésta es uno de los indicadores indispensables para el conocimiento del estado de salud de una población y de las medidas necesarias para llevar a cabo acciones de salud sobre la misma.

En las Unidades de Cuidados Intermedios, al ser unidades en las que se atienden pacientes críticos con patología muy diversa, recae un gran porcentaje de la mortalidad hospitalaria.

En un trabajo realizado sobre una Unidad de Cuidados Intermedios de 4 camas dependiente de la UCI en el Hospital Universitario Asociado General de Castellón se analizó la estancia y la mortalidad intra y post ingreso en UCI, llegándose a la conclusión de que la puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Intermedios dependiente del Servicio de Medicina Intensiva aumenta la capacidad asistencial del mismo, pero no mejora los datos de mortalidad global del hospital (33).

Sin embargo, en un estudio sobre la mortalidad intrahospitalaria de una UCI en pacientes que precisaron ventilación mecánica (VM) (34) donde el objetivo era establecer la mortalidad oculta (cuya definición es la mortalidad de pacientes que tras su alta de UCI fallecen en el medio intrahospitalario) y el análisis de los factores asociados al incremento de mortalidad hospitalaria, concluyó que las medidas que contribuirían a un descenso en esa mortalidad oculta podrían concentrarse en prolongar la estancia de los pacientes con esos factores de riesgo ( edad > 74 años, APACHE II superior a 29% y el tiempo de estancia en UCI) o bien ser dados de alta a unidades de cuidados intermedios, ya que uno de los factores identificados como contribuyente al incremento de la mortalidad intrahospitalaria es la presión asistencial sobre las camas de UCI.

En los trabajos realizados por Gordo F. y su grupo (34) y por Bembibre y colaboradores en un hospital cubano (35) donde se aborda la mortalidad oculta tanto de las UCI como de las Unidades de Cuidados Intermedios respectivamente, se encuentran cifras muy variables, pero en ningún caso se establece un estándar de la misma. En el primer estudio, se detallan los resultados de los estudios realizados por García y Manzano (36) sobre una Unidad Polivalente con un resultado de un 10% de mortalidad oculta, Net y colaboradores (37) de un 5% en pacientes dados de alta de UCI y de Sotillo (38) de un 12% de pacientes tratados con VM. En el segundo, sobre una Unidad de Cuidados Intermedios, se detecta una mortalidad oculta menor del 3%.

Otro de los efectos negativos o desventajas a hacer referencia, son las posibles infecciones nosocomiales en las Unidades de Cuidados Intermedios. En el estudio realizado por Clara Morales Pérez y sus colaboradores (39) se demuestra el aumento del coste de los pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intermedios debido a una mayor estancia hospitalaria y al costo por el uso de antimicrobianos.

En todo caso, es preciso volver a hacer referencia al documento que se extrajo de la Reunión de Consenso sobre el desarrollo de las Unidades de Cuidados Intermedios en nuestro país (4),

puesto que en él se definen una serie de indicadores de calidad, de evaluación y de seguimiento que, respecto a los distintos beneficios y desventajas comentadas, establece los siguientes valores de referencia:

- a) Estancia media en la unidad <5 días.
- b) Tiempo de acceso a la unidad < 2 horas. En algunas revisiones se menciona como tiempo límite 6 horas (32).
- c) Número de pacientes que con criterios de ingreso en la unidad ingresan en otras salas del hospital. Umbral >1%
- d) Índice de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que pueden ser evitados por estar ingresados en UCIM en lugar de estarlo en otras áreas hospitalarias. Umbral>0%.
- e) Coste /eficacia. Adecuación de estancias y costes directos.
- f) Coste / resultados. Adecuación de estancias y costes indirectos.
- g) Cumplimiento de registros del grado de satisfacción de usuarios. Umbral > 100%.
- h) Exitus <5%.
- i) Reingresos a Urgencias/Hospitalización en menos de 7 días umbral > 0%.
- j) Infecciones nosocomiales umbral > 0%.

## **1.2 EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE URGENCIAS Y LA MEDICIÓN DEL PRODUCTO HOSPITALARIO. CMBD, GRD Y CASE-MIX**

### **1.2.1 La clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)**

Nos tendríamos que trasladar al siglo XVII para identificar el inicio del desarrollo de los sistemas de clasificación de enfermedades, cuando se realizó el primer estudio epidemiológico sobre las causas de muerte (John Grant) que se basó en el análisis de los certificados de defunción de Londres. (40)

Fue William Farr en 1837 quien elaboró la primera clasificación de causas de mortalidad.

En 1896 el Instituto Internacional de Estadística en Viena desarrolló una “Lista de Causas de Defunción” que era revisada cada 10 años. Esta clasificación supondrá la base sobre la que se estableció la actual Clasificación Internacional de Enfermedades, ya que en su sexta revisión en el año 1948 (CIE-6), momento en el cual se hace cargo de la misma la OMS, se produce un cambio que consistió en pasar de una clasificación de causas de mortalidad a una clasificación Internacional de causas de mortalidad y morbilidad, dando lugar a su actual denominación, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En 1959 se introducen algunos cambios en esta clasificación con el objetivo de que sirviese para la elaboración de estadísticas de mortalidad, pero también para el análisis de la morbilidad hospitalaria.

En su octava revisión en 1968 (CIE-8) se incluyen más enfermedades que describen morbilidad y no causas de mortalidad. Esta edición es la que se comienza a utilizar en algunos hospitales españoles, pero sin un control o coordinación ni nacional ni internacional.

En 1979, se publica la novena revisión (CIE-9), aceptándose su utilidad hospitalaria. En esta edición se introducen unas importantes aportaciones (más categorías, clasificación histológica, clasificación de procedimientos, listado de otros factores que influyen en la salud y contacto con los servicios sanitarios, lista tabular de enfermedades).

En 1994 se publica la décima revisión (CIE-10) que también introduce importantes cambios como la utilización de un sistema de codificación alfanumérico, introducción de más códigos y sobre todo modificaciones por cambios de criterios clínicos de alguna enfermedad como el SIDA. Esta clasificación es la actualmente utilizada en las estadísticas de mortalidad.

*La Clasificación Internacional de Enfermedades, novena revisión, modificación clínica (CIE-9-MC).* Es una modificación de la novena edición realizada en Estados Unidos con el objetivo de poder ser utilizada para recoger, agrupar y comparar resultados de asistencia sanitaria, facilitar la obtención de datos para la investigación y para el análisis de los sistemas sanitarios. Es actualmente la más utilizada y sobre la que se han elaborado los distintos sistemas de clasificación de pacientes (GRD,...). En España es de obligada utilización desde 1987 para la codificación de la morbilidad hospitalaria.

Con ella se logra llegar a establecer un lenguaje común para todos los sistemas de información sanitarios que facilitará los estudios comparativos, el análisis y el intercambio de información. En definitiva para hablar todos de lo mismo.

### **1.2.2 El conjunto mínimo de datos. (CMBD)**

Propiciado por el aumento de los gastos sanitarios que promovieron la actual política sanitaria restrictiva, surge la necesidad de crear sistemas de información para el conocimiento real de la productividad sanitaria, su eficiencia y calidad. Para ello, como fuente de información se utilizó la historia clínica de la cual se extraen los datos necesarios.

En Estados Unidos, en 1973 se crea el concepto de "Uniform Hospital Discharge Data Set", que se trata de un resumen de datos básicos extraídos de la historia clínica.

En Europa, la Comunidad Económica Europea crea en 1982 el European Basic Data Set (MBDS), concebido como la información básica necesaria para la gestión, planificación y evaluación de la asistencia sanitaria, además de para la investigación clínica y epidemiológica.

Este concepto se introdujo en cada país de la CEE y en España se aprueba en 1987 el "Conjunto Mínimo Básico de Datos" tras el alta hospitalaria y que cada CCAA fue incorporando como sistema de información obligatorio.

Los datos de cada episodio hospitalario que forman el CMBD en España son 14 (40), estructurados de la siguiente forma:

1. *Datos de identificación del paciente:* nº de historia, sexo, fecha de nacimiento, residencia. Todos estos datos se extraen del fichero maestro de pacientes.
2. *Datos de identificación del episodio:* financiación, fecha de ingreso, circunstancias del ingreso (programado o urgente), circunstancias del alta (a domicilio, a otro hospital, Exitus, alta voluntaria) y fecha del alta.
3. *Datos clínicos:* Diagnóstico principal y secundarios, procedimientos quirúrgicos u obstétricos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos y por último el médico responsable del alta.

Para todo ello es fundamental que la fuente de información sea fiable, esto es la historia clínica. En este sentido, existe cierta controversia en si debe ser suficiente el informe de alta del episodio en cuestión para la extracción de toda esa información. Parece evidente que si fuera así, el informe de alta debería ser de una calidad altísima, y es de sobra conocido que eso, en general, es muy complicado en nuestros hospitales. Hay que decir también que los objetivos de información que contiene un informe de alta no son los mismos que la información que se persigue para elaborar el CMBD (entre otras cosas, va destinado al paciente, por ejemplo). Así pues para un correcto análisis y extracción de datos será necesaria la consulta de la historia clínica.

Desde 1992 todos los hospitales tienen la obligación de, en un plazo determinado, enviar su CMBD a su administración sanitaria correspondiente que a su vez junto con los demás CMBD en el Ministerio de Sanidad y Consumo se conforma un CMBD nacional.

Para cada hospital, el CMBD será una importantísima fuente de información.

### **1.2.3 La medida del producto sanitario**

Creo necesario realizar una descripción evolutiva del creciente aumento del gasto sanitario que llevó en un momento determinado a tomar la decisión de conocer en qué se gasta en sanidad para gestionar mejor los recursos y contener ese creciente gasto sanitario generalizado a nivel mundial.

Hay que echar la vista atrás y analizar los diversos factores que históricamente han influido en la actual manera de gestionar los recursos sanitarios y la actual política sanitaria.

En Europa, en el siglo XIX, se producen fenómenos como la industrialización, el nacimiento de la clase obrera, que a lo largo también del siglo XX se traducen en cambios sociales y políticos. Surgen las primeras reivindicaciones sociales que exigen, entre otras cosas mejoras en las condiciones de trabajo, creación de sistemas de protección social que cubran el riesgo a enfermar (seguros sanitarios), el envejecimiento (las pensiones), la incapacidad laboral, el desempleo, etc. que al principio se hacía a través de mutualidades que aseguraban cada riesgo de forma individual. Más tarde se crean los Sistemas de Seguridad Social, que en Europa

obedecen a dos tipos fundamentales: en Alemania el Gral. Von Bismarck, tras la Segunda Guerra Mundial, promueve uno, el llamado contributivo (cimentado en la cotización de los trabajadores y de los empresarios) que protege a los trabajadores y sus riesgos. En Inglaterra, el modelo anglosajón, el creado por Beveridge y basado en una financiación a través de los impuestos y que cubre a todos los ciudadanos.

Estos Sistemas de Seguridad Social protegían las necesidades “sociales”, entre las cuales se encontraba la protección sanitaria. Cada país europeo adoptó un modelo u otro.

Pero esta cobertura sanitaria pasa a ser universal. Se promulgan, a nivel internacional y nacional, normativas que reconocen derechos a los ciudadanos (como la Declaración de los Derechos Humanos en diciembre de 1948) o como nuestra Constitución en 1978.

Si nos detenemos en nuestro país por poner un ejemplo, en 1978 existía una gran preocupación por la gran tasa de desempleo. Nuestro país se basaba en un sistema de seguridad social que respondía al modelo contributivo. Había una carencia de protección en los colectivos que no trabajaban y el dinero derivado solo de los que cotizaban no era suficiente para llegar a esas personas que no cotizaban. Así que en nuestra constitución se inicia declara la universalización de la asistencia sanitaria ya que se establece el derecho a la protección de la salud del ciudadano. También da pie a un proceso de desligamiento de la seguridad social respecto a la protección sanitaria.

Es en 1986 cuando con la Ley General de Sanidad se universaliza la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos creándose definitivamente el Sistema Nacional de Salud pasando el presupuesto de la sanidad a depender, en su mayor parte, de los impuestos, cosa que queda definitivamente establecida con la Ley de Presupuestos Generales del Estado en 1999.

Esto particularmente en nuestro país tuvo esa trayectoria. Pero el hecho es que tenemos una sanidad pública, que debe ser universal por ley, presupuestada por impuestos y que debe ser además: de alta calidad, equitativa y eficiente.

El nacimiento del Sistema nacional de Salud junto a factores influyentes como el aumento de la expectativa de vida (envejecimiento de la población), incorporación de la alta tecnología (que no siempre resulta justificada y hasta en ocasiones cuestionable en cuanto a resultados), el aumento de la exigencia de los pacientes, un creciente desarrollo de la medicina preventiva frente a la curativa (campañas de prevención, etc.) llevaron a un **incremento del gasto sanitario**.

En definitiva, en la década de los 70 existe una gran crisis financiera que influye de manera importante sobre el gasto sanitario que obliga a ser más eficientes, a mejorar en cuanto gestión. En muchos países el porcentaje del gasto sanitario sobre el PIB (Producto Interior Bruto) aumentó y ha seguido aumentando.

En España en ese período se intenta contener el gasto sanitario a través de la congelación del presupuesto destinado a sanidad.

Sin embargo en otros países como Estados Unidos, se intentaron otras estrategias dirigidas a ser más eficientes a través de una mejor gestión.

Este crecimiento del gasto sanitario era más acuciado o evidente a nivel hospitalario donde se decidió concentrar los esfuerzos en cuanto al control del gasto. Para ello era necesario primero saber en qué se gastaba el dinero, cuál era el producto sanitario del hospital y medirlo, saber cuánto cuesta.

Los hospitales se pueden parecer a empresas productoras de servicios, lo cual todavía dificulta más cómo medir esa producción, porque primero es necesario homogeneizar ese producto (los pacientes no son iguales) para poder medirlo. No es una empresa que fabrique coches. ¿Produce salud acaso?

Comienzan a quedar obsoletas y en desuso diversas medidas de la actividad hospitalaria como las basadas en la “estancia hospitalaria”.

Se logra aceptar que el producto hospitalario debe estar relacionado con el tipo de paciente atendido.

Esto resulta muy complicado ya que no hay dos pacientes iguales, pero éste deberá ser medido de igual manera sea el hospital que sea donde se atienda (una apendicitis debe ser lo mismo en Madrid que en Barcelona).

Se trata de: primero conocer la casuística hospitalaria (llamado también Case Mix hospitalario) y luego tratar de homogeneizarla, es decir, clasificar en grupos a los pacientes parecidos para poder medirla. ¿En base a qué les tendremos que agrupar?

En Estados Unidos en la década de los sesenta preocupaba de especial manera medir la casuística hospitalaria (el Case Mix hospitalario) con un fin, el control de calidad de la asistencia.

Se comienza a investigar y a crear sistemas de información hospitalarios para poder relacionar lo que se produce (actividad) con lo que cuesta.

Estas investigaciones dieron lugar a la creación de sistemas de clasificación de pacientes. Estas primeras clasificaciones agrupaban a los pacientes por: La misma Estancia Media, como la clasificación de la Lista A de la CPHA (Commission on Professional and Hospital Activities). Aunque de forma más frecuente las distintas clasificaciones que fueron apareciendo clasificaban a los pacientes por criterios de Iso-Gravedad como la Disease Staging, la Acute Physiology and Chronic Health Evaluation (APACHE II, que se utiliza de forma casi exclusiva en las Unidades de Vigilancia Intensiva), el Severity Index que ya incorporaba el uso del consumo de recursos para clasificar a los pacientes. Este último sistema tenía un valor añadido, incluían el grado de gravedad, aunque tenía como inconveniente la variabilidad en la recogida de la información, que era realizada por personal distinto y, por lo tanto, la puntuación que se otorgaba también era variable y poco fiable.

Pero para medir el producto sanitario, finalmente se estableció como criterio la clasificación por pacientes por consumo de mismos recursos. Con este criterio tenemos dos clasificaciones: Los Patient Management Categories (PMC) y los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD). Los primeros se clasificaban por tipo de tratamiento o cuidados deseables.

En 1982 en el Congreso Americano se aprueba el pago a los hospitales por GRD y en 1983 Medicare diseña un sistema de pago a los hospitales prospectivo que establecía un precio por GRD. Se fijaba un precio por cada GRD por el cual se iba a pagar el próximo año al hospital

Los GRD son el resultado del trabajo realizado en la Universidad de Yale iniciado a finales de los 60 y terminado a principios de los 80. Se basan en los registros hospitalarios del Conjunto Mínimo de Datos (CMBD) que en su primera versión se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión ICD-8, consiguiendo un total de 383 GRD que se agrupaban según los recursos consumidos tomando como unidad los días de ingreso. Posteriormente, se utilizan los datos ya codificados con la CIE-9-MC dando como resultado a 470 GRD. En esta ocasión los pacientes ya eran clasificados según la información que sobre costes ya se disponía.

Al principio se plantearon algunas dificultades y críticas hacia los GRD, como por ejemplo en el caso de los ingresos pediátricos, críticas por falta de homogeneidad, cambios de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y tratamientos que iban quedaban obsoletos conforme pasaba el tiempo. Se intentó sustituir a los GRD por los SI, sobre todo porque incorporaban el grado de severidad que se echaba en falta en los GRD. Pero aun así, y después de consenso en una reunión en la que participaron todos los responsables de las distintas clasificaciones en 1987 que fue trasladada a una comisión asesora del gobierno de los Estados Unidos, se concluyó que no había otro sistema de clasificación mejor que se ajustase al sistema de pago prospectivo instaurado que los GRD y se demostró que sí era necesario la revisión periódica y a corto plazo de dichos GRD y de esa forma mejorarlos. Así cada año se reciben en la Health Care Financing Administration (HCFA) sugerencias que después de ser analizadas clínica y estadísticamente se procede a su incorporación en sucesivas versiones.

Hay que tener en cuenta también que la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC) sufre modificaciones y se va actualizando. Esto conlleva la subsiguiente modificación de los GRD, teniéndose que añadir o suprimir, en ocasiones, algunos grupos y ajustar de nuevo los pesos (consumo de recursos) asignados a cada grupo.

En España en noviembre de 2000, el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza) editó el Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (41) para una mayor comprensión de los mismos y con gran aceptación dentro del mundo sanitario, tanto a nivel de gestión como de los profesionales y que además de en el ámbito público como en el privado así como fuera de nuestro país (concretamente en los sistemas de salud latinoamericanos). Después de este primer manual en 2000 se han realizado tres actualizaciones, una en 2003, otra en 2006 y en septiembre de 2010 que actualiza la versión All Patient-GRD 25.0 (AP-GRD 25.0).

Actualmente se utiliza para la agrupación la versión AP-GRD 27.0 y se codifica con la versión 30.0 de la CIE-9-MC eficaz desde enero del año 2012.

En resumen, la necesidad de una eficaz gestión de los recursos sanitarios debido al aumento de su coste dio lugar a la incorporación de instrumentos para esa gestión.

Una vez admitido que el producto sanitario es el tipo de paciente atendido y su volumen, y aceptado como sistema de clasificación de pacientes los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que agrupa pacientes con características clínicas y consumo de recursos similares, que se nutre de los datos recogidos en el CMBD de cada episodio hospitalario y que debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ha de ser clínicamente interpretable.
- La información debe tener origen en los sistemas de información hospitalarios.
- Debe haber un número limitado de grupos y éstos han de ser mutuamente excluyentes.
- Cada grupo ha de presentar un consumo esperado de recursos parecido.
- Los distintos grupos deben permitir ser comparados por diferentes tipos de sistemas de codificación.

El procedimiento o algoritmo que se sigue para asignar cada episodio a su correspondiente GRD, es el siguiente:

En la Unidad de Codificación se codifica: el **diagnóstico principal** que se entiende como la causa que motivó el ingreso; **diagnósticos secundarios**: procesos patológicos que no son el principal y que coexisten con el mismo en el momento del ingreso, o que se desarrollan a lo largo de la estancia hospitalaria, o que influyen en la duración de la misma o en el tratamiento administrado; **procedimientos quirúrgicos**: aquellos en los que se ha utilizado un quirófano; y **procedimientos médicos** y otros especiales (aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieren recursos materiales y humanos especializados o implican un riesgo para el paciente .

La información codificada se introduce en una base de datos para poderla correlacionar a través del número de episodio con el resto de los datos de actividad y económicos del episodio.

Para conseguir la clasificación o agrupación de un episodio en un GRD concreto, se sigue un proceso con los siguientes pasos (40):

1. Asignación de Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) en función de lo que ha sido codificado como diagnóstico principal (motivo del ingreso). Las CDM se corresponden con la localización de los distintos aparatos u órganos para poderlas relacionar con las especialidades con el fin de corresponderse con la organización hospitalaria, con la excepción de la oncología.
2. Asignación a un subgrupo médico o quirúrgico según si en el episodio se ha requerido intervención quirúrgica o no.
3. Asignación a clases distintas en base al diagnóstico principal en el subgrupo médico y según el procedimiento quirúrgico en el caso del subgrupo quirúrgico.

4. Asignación a un GRD específico ya en base a factores como edad del paciente, circunstancias del alta, complicaciones y co-morbilidades (diagnósticos secundarios).

Estos pasos se realizan automáticamente mediante unos programas informáticos existentes, que actúan como verdaderas cajas negras y que casi de forma exclusiva pertenecen a la empresa multinacional 3M.

Con la llegada del nuevo Conjunto Mínimo de Datos Básico (cmbd) y nueva clasificación de enfermedades CIE 10MC (que se comenta en el siguiente apartado) también se incorpora un nuevo sistema de agrupación de los pacientes con otra “filosofía” distinta y que también pertenece a la empresa 3M.

Esta nueva manera de agrupación se denomina GRD APR o GRD refinados. Conlleva un nuevo algoritmo de agrupación más clínico. Se condensan más los GRD's reduciendo el nº de GRD's. Son GRD's más homogéneos. Teníamos 650 GRD's y se pasa a 314, pero con subgrupos clasificados por gravedad y mortalidad.

Las agrupaciones anteriores, se asignaban en base a la complicación mayor y esta nueva forma de agrupar tiene en cuenta criterios clínicos como la gravedad y considera todos los diagnósticos codificados. Se precisará entonces una muy buena codificación ya que la anterior forma de agrupar necesitaba tan solo un código.

#### **1.2.4 Situación actual. CIE 10 MC y Registro de la Actividad Sanitaria Especializada (nuevo cmbd)**

Actualmente, dentro del objetivo en cuanto a disponer de la mejor información para la correcta planificación y evaluación de los servicios sanitarios en España, ha entrado en vigor el pasado 6 de febrero de 2015 el nuevo Real Decreto 69/2015 el cual regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada modificándose en él el contenido del conjunto mínimo de datos básicos resultando con un aumento del mismo de 14 a 31. En este Real Decreto se determinan también los distintos plazos establecidos para la recogida de estos datos en los diversos ámbitos de la atención (urgencias, hospitalización, hospitales de día, consultas, pruebas especiales,..) teniendo en cuenta los distintos tipos de institución existentes en nuestro país (niveles de hospitales públicos, hospitales privados) (42).

A esta nueva situación que obliga a las distintas organizaciones a preparar informáticamente esta nueva recogida de datos, se añade otra situación muy compleja y de mucha trascendencia. Esto es la llegada de la nueva clasificación de enfermedades para codificar, la CIE 10 MC que entrará en vigor el próximo 1 de enero de 2016.

Esta nueva clasificación va a generar muchos cambios a todos los niveles (organizativos, funcionales y económicos). Su gran característica o lo más llamativo es que actualiza los distintos tratamientos quirúrgicos y médicos en su apartado de códigos para codificar los procedimientos que se les realiza a los pacientes y a nivel de los diagnósticos que se codificarán con esta nueva clasificación, la gran diferencia con la clasificación anterior es el

afinar los diagnósticos hasta, por ejemplo, llegar a la lateralidad en procesos bilaterales. Todo esto se traduce en un aumento de códigos con respecto a la clasificación anterior. Se pasan de unos 70.000 códigos a más de 140.000.

Nos planteamos entonces en que se traduce este aumento del número de códigos. Pues bien, primero la forma de codificar cambia y, segundo, el tiempo para la codificación de una historia clínica correspondiente a un alta de hospitalización se duplica o triplica. Es necesario llevar a cabo un proceso de formación de todos los codificadores a nivel nacional.

Para todo esto es fundamental el planteamiento de una estrategia para afrontar esta nueva situación. Dos opciones existen en este momento que se están planteando a nivel ministerial y a nivel de cada servicio de salud. Primero es el cambio de los plazos establecidos. Parece improbable poderlos cumplir y el Ministerio de Sanidad ya está planteando nuevos plazos para comenzar con el nuevo cmbd en las distintas áreas asistenciales. Segundo el probable refuerzo de las unidades de codificación existentes y/o adoptar soluciones informáticas que simplifiquen la tarea de codificación y esto pasa por la adquisición (programas informáticos provenientes de empresas) o creación propia de programas informáticos de ayuda a la codificación, consistentes en la codificación semiautomática que exigen la incorporación de la Historia Clínica Electrónica. Estos programas trabajan de la siguiente manera: el lenguaje natural de lo escrito por el médico en la historia electrónica del paciente ya ofrece un diagnóstico, que en un 80% es válido, reduciendo la tarea del codificador a validar esos códigos aceptados en un principio y a codificar el 20% restante). Algunas de estas soluciones informáticas particulares ofrecen además la agrupación en GRD's. Cualquiera de las dos soluciones (refuerzo y programas de codificación semiautomática) supondrán un coste adicional al cual las organizaciones sanitarias han de enfrentarse.

### **1.3 LA CONTABILIDAD ANALÍTICA. UN INSTRUMENTO PARA UNA GESTIÓN EFICIENTE. TÉCNICAS PARA EL CONOCIMIENTO DE COSTES DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS**

#### **1.3.1 JUSTIFICACIÓN Y TIPOS DE CONTABILIDAD**

Ante esta evidente y creciente preocupación por el gasto sanitario en España se produjo un cambio. Fue a través del no poco discutido "Informe Abril" de 1991 elaborado por un comité de expertos, la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud creada por el Ministerio de Sanidad y presidida por Fernando Abril Martorell (por cuyo apellido se conoce a dicho informe), cuyo objetivo era diseñar la reforma del sistema sanitario en España.

Entre sus recomendaciones se encontraban una serie de modificaciones, entre las cuales podemos destacar la Contabilidad Analítica y la creación de los llamados Contratos Programa.

Desde el Ministerio a través del Real Decreto 858/1992 se exigió al INSALUD la gestión de los recursos asistenciales no transferidos a las Comunidades Autónomas. El INSALUD debería relacionar recursos y actividad asistencial mediante un contrato anual con el Ministerio, donde éste era el financiador y el INSALUD el proveedor de servicios. A este contrato se le llamó "Contrato Programa Marco". El INSALUD elaboraría, a su vez, con las distintas Direcciones Generales Sanitarias de las Comunidades Autónomas, los "Contratos Programa" (o actuales

“Contratos de Gestión”), que servirían como herramienta de gestión para poder financiar a los distintos centros según su actividad. Se pasó de una financiación retrospectiva a una financiación prospectiva.

Para todo ello era necesario instaurar la Contabilidad Analítica en los hospitales españoles. Se precisaba analizar la actividad asistencial realizada y su coste, empresa difícil de realizar dado lo complicado de la estructura hospitalaria y la diversidad de los pacientes atendidos.

Se comenzaron a instaurar técnicas de gestión de la empresa privada en los hospitales para conocer el gasto, la producción y su coste.

Los sistemas de contabilidad son sistemas de información que pueden usar los directivos de las organizaciones para tener conocimiento y actuar sobre la situación económica y financiera de las mismas.

Se pueden diferenciar dos tipos de contabilidad, “la contabilidad general” y la “contabilidad analítica”. La primera da idea de la procedencia y el uso de los recursos que una organización dispone, así como de cuáles son los resultados obtenidos. Esta información tiene unos destinatarios que la diferencian del otro tipo de contabilidad. En este caso, la información será útil a agentes externos, como pueden ser los proveedores de una empresa para saber si su cliente tiene o no capacidad de pagar regular y puntualmente, o un futuro accionista que tiene interés en adquirir una participación o acción de una sociedad u organización.

Esta información deberá estar garantizada y ser fiable, así que estará debidamente regulada por disposiciones legales. A esos agentes externos, les interesa la información del estado económico y financiero de forma global. (43)

Sin embargo, a un directivo de la organización en cuestión, la contabilidad general le será útil, pero no suficiente para llevar a cabo una gestión eficiente de los recursos de que disponga. Será la contabilidad analítica (también llamada interna o de gestión) la que se encargue de ofrecer a un directivo la información de la transformación interna que sufren los recursos hasta llegar a los resultados o productos finales para la más adecuada toma de decisiones desde el punto de vista de la eficiencia. De esta manera, se podrá decir que la contabilidad analítica es un conjunto de técnicas que ofrecerán la información necesaria a los directivos de una organización (en este caso sanitaria) para su gestión.

Hoy día un gestor clínico no puede estar al margen de esta información. Es generalizado el hecho de que los miembros facultativos de un servicio desconozcan “lo que cuestan las cosas”, como puede ser desde una estancia hospitalaria hasta una luz encendida sin necesidad. Los profesionales asistenciales son los que gestionan, con sus decisiones clínicas, gran parte de los recursos sanitarios. Es importante recalcar que en la práctica clínica (terreno exclusivo del médico), el profesional asistencial debe decidir no sólo de acuerdo a los conocimientos científicos y su “lex artis”, sino también de acuerdo con la responsabilidad de ser eficiente ante la Sociedad (44).

Las técnicas o métodos de contabilidad analítica descompondrán y analizarán los datos que la contabilidad general ofrece en datos de costes e ingresos de fácil utilización e interpretación

dependiendo de la diversidad de decisiones a tomar con el fin de facilitar la gestión eficiente de los recursos disponibles. O, lo que es lo mismo, dependiendo de la decisión a tomar existirán diversas técnicas o sistemas de contabilidad analítica a elegir para responder a esas necesidades.

Estas técnicas aportarán información de gestiones anteriores que supondrán el punto de partida de futuras acciones de mejora.

Por definición, la contabilidad analítica ofrecerá la flexibilidad que no otorga la contabilidad general, cuya finalidad es que sea fiable ante terceros.

Para conocer el coste real de una patología se precisa contar con una Unidad de Contabilidad Analítica que realice la imputación de costes, es decir, sumar los costes que generan los servicios, los pacientes o los diagnósticos en cada episodio. Supone la integración de la información asistencial, originada en el servicio de Admisión y Documentación Clínica, con la no asistencial, originada en el Servicio de Administración.

Entendiendo como sistemas de coste la forma de presentar, seleccionar y organizar la información sobre costes, tendremos cierta variabilidad de los mismos.

### **1.3.2 UNIDADES DE PRODUCCIÓN. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONTABILIDAD ANALÍTICA**

Es fundamental, para cualquier sistema de coste, estructurar el hospital en **unidades de producción** a las cuales se podrá imputar los distintos costes que se vayan sucediendo. De esta manera, también se logra que se normalice la información en los hospitales y se puedan comparar en este terreno.

En los distintos sistemas de contabilidad que existen en nuestro país esta estructuración de los hospitales difiere un poco según el sistema utilizado. Pero atendiendo a los sistemas que, a lo largo del tiempo, se han utilizado de forma mayoritaria y que además son los que Ministerio de Sanidad ha ido desarrollando (primero en 1992 el Proyecto SIGNO y luego en 1998 el Proyecto GEFLIC), inicialmente el hospital se dividía en: Áreas Funcionales, que a su vez se dividen en Servicios Funcionales que también se estructuran en Grupos Funcionales Homogéneos (GHF), que son las unidades que realizan actividades asistenciales o no asistenciales y que tienen las siguientes características (45):

- Realizan una actividad homogénea económica y operativa.
- Que su producto ha de ser medible.
- Debe haber un único responsable al que se asignen objetivos y responsabilidades.
- Están relacionados con la estructura organizativa del hospital.
- Tienen una ubicación física.

Las Áreas Funcionales y los Servicios Funcionales, eran codificados de la misma manera en todos los hospitales por medio de tres dígitos para poder hablar de lo mismo sea del hospital que sea. Sin embargo, los GHF, también estaban codificados. En este caso con cuatro dígitos en

lugar de tres, pero de forma libre en cada hospital, aunque perteneciesen a un Servicio Funcional y a un Área Funcional respectivamente que sí tendrán su codificación normalizada.

Por ejemplo, aquí tenemos varias áreas con alguno de sus servicios (ver Tabla 3):

**Tabla 3. Ejemplo codificación Áreas y Servicios Funcionales.**

AREA FUNCIONAL	CODIGO	SERVICIO FUNCIONAL	CODIGO
ADMISION	ADM	Admisión Documentación	ADM DCL
CIRUGIA	CIR	Cirugía General Oftalmología Urología	CGD OFT URO
MEDICINA	MED	Medicina Interna Oncología Rehabilitación Neumología Neurología	MIR ONC REH NML NRL

Estos GHF se podrán clasificar a su vez, según su relación con el proceso asistencial, en:

- **Centros o GHF Estructurales.** No son asistenciales. Son comunes en todos los hospitales y prestan servicios al resto del hospital. No generan un producto definido y facturable. (Mantenimiento, hostelería, cocina, lavandería,...)
- **Centros o GHF Intermedios.** Son servicios llamados “centrales” en los hospitales. Dan apoyo a los servicios o centros finales para la atención del paciente. Tienen una función logística y asistencial, (Laboratorio de análisis de Hematología, Bioquímica, Clínica, Radiología, Quirófano,...). Transfieren sus costes al centro solicitante, pero a veces actúan como verdaderos centros finales, cuando la demanda de sus servicios procede de fuera del hospital, o cuando pueden facturar a otros y además realizan actividad final (dar altas como en Urgencias, Medicina Intensiva, Diálisis, etc.).
- **Centros GHF Finales.** Prestan la asistencia y dan altas. Dan el producto final. Producirán una estancia, una consulta, una urgencia. Recogen el total del coste. Son los responsables del episodio asistencial y tendrán y consumirán recursos diferentes en cuanto a personal, material, etc. en función del producto al que den lugar. Son, por ejemplo, Urgencias, Hospitalización, etc.

Esta estructura de los hospitales se mantuvo con el Proyecto SIGNO basado en el coste por servicio hasta 1998, cuando a raíz de una reforma tecnológica muy importante llevada a cabo en la mayor parte de los hospitales en la que se potenciaron informáticamente sus sistemas de información (tanto asistencial como de contabilidad analítica), se desarrolla el Proyecto GEFLIC con el que se pasa a medir el coste por proceso y paciente. Entonces se añaden algunos elementos.

Como en el Proyecto GEFLIC se sustituye la medición del producto hospitalario según la complejidad de las patologías atendidas, se hace necesario eliminar las Áreas Funcionales y dividir los GHF en las llamadas **Áreas de producción** (45) con el fin de poder agrupar diferentes

servicios según las distintas líneas de producción y financiación. Los procesos ahora se realizan en el área de hospitalización, pero también en el área de consultas externas, etc.

Tendremos, entonces, en cada servicio final o GFH distintas Áreas de Producción: HOS (Hospitalización), CEX (Consultas Externas), AMB (Resto Actividad Ambulatoria o Pruebas Especiales), DOC (Docencia), INV (Investigación), PEX (Procedimientos extraídos Cirugía mayor Ambulatoria o CMA), URG (Urgencia).

Habrán Servicios o GFH finales que solo tengan por ejemplo área de producción de consultas externas o consultas externas y Hospitalización o Consultas Externas y Pruebas Especiales (Endoscopias).

Ahora también tendremos servicios o GFH que actúan como centros intermedios en unas ocasiones o como centros finales en otras, como en el caso de Urgencias, que cuando dan alta a domicilio son centro final de gasto y cuando generan un ingreso hospitalario funcionan como un centro intermedio. Son GFH de carácter mixto.

En esta nueva estructuración se codifican también los GFH de forma homologada según criterios de los Servicios Centrales.

Existen en los hospitales zonas comunes que no pueden considerarse en sí como GHFs, pero que consumen costes estructurales para los que no se puede crear un GHF. Reciben el nombre de **Unidades de Explotación Analítica**.

### **1.3.3 DEFINICIÓN DE COSTE. TIPOS DE COSTES. AFECTACIÓN DE COSTES**

El **coste** es “el consumo valorado en unidades monetarias de bienes y servicios necesarios para llevar a cabo el proceso productivo” (una asistencia sanitaria).

La **afectación de costes** es la asignación de los costes a un GFH de forma directa o por un criterio de reparto. No se debe dejar ningún coste sin asignar. Es el **Reparto Primario**.

La **asignación** de los costes se realiza teniendo en cuenta primero los que les son propios a cada centro y luego, se realiza el reparto de los costes secundarios (o repercutidos) que son los que se **imputan**, reparten o emiten a los centros demandantes, recibiendo el total de ese reparto los centros que realizan la actividad asistencial, o sea, los finales.

Podemos distinguir los siguientes tipos de costes:

- **Costes Propios:** Son los costes Directos o por naturaleza. Son los costes que se pueden **asignar** directamente a un GFH. Serán: los costes de personal, de suministros (material almacenado), de farmacia, hostelería y de gestión económica. Se agrupan en Costes de Personal y Costes de Funcionamiento constituidos a su vez por Costes de Bienes y Servicios y las Amortizaciones.
- **Costes Repercutidos.** Son los costes facturados o **imputados** por otros GFH por la prestación de servicios necesarios para la actividad principal.

- Costes Estructurales. Estos costes son los costes de Dirección, Administración y otros costes estructurales que figuran en las Unidades de Explotación Analítica que se **imputan** de forma estimada y proporcional al volumen.

### 1.3.3.1 Costes Directos y su asignación

#### 1.3.3.1.1 Costes de Personal. (Capítulo I del Contrato de Gestión)

Tendremos los costes destinados a **Retribuciones y Seguridad Social** y los costes destinados a **Formación**.

Dentro de las **Retribuciones y Seguridad Social** se incluyen todos los costes de personal devengados con independencia del período de pago por GFH: retribuciones fijas y variables, periodificación de las pagas extras, de la Seguridad Social y recuperación de Incapacidad Temporal (I.T.) a cada GFH. Así se hacía con el Proyecto SIGNO. Cuando se comienza a utilizar el método GEFLIC, es necesario diferenciar las retribuciones por áreas de actividad, ya que un facultativo podrá desarrollar su actividad en más de un GFH. El coste se diferenciará según las distintas áreas de actividad a las que se haya dedicado el facultativo correspondiente: Hospitalización (hospitalización + quirófanos); Consultas Externas (hospital y ambulatorios); Pruebas Funcionales; Investigación; Docencia. Y también se distribuirá el coste en función o por el concepto de guardias, según sea realizada dicha actividad en Urgencias o en Hospitalización. Los costes se asignarán de la siguiente manera, de acuerdo a dos criterios: NIVEL A que tiene en cuenta el porcentaje de horas de dedicación global y NIVEL B que hace referencia al número de horas reales de dedicación (45).

El coste de los Médicos Residentes (MIR) se asignará al GFH donde roten, con los mismos criterios que los facultativos.

El **Coste de Formación** se asignará a los GFH correspondientes y si no se conociese su distribución, quedaría aplicado al GFH Final de Docencia.

#### 1.3.3.1.2 Costes de Bienes y Servicios. (Capítulo II del Contrato de Gestión)

Se contabilizarán cuando se origine el consumo. Los podemos clasificar también en:

- Arrendamientos: Se asignarán directamente al GFH originario del coste. Si el arrendamiento sea para uso común del hospital, quedará recogido en la “Unidad de Explotación Analítica de Estructura”.
- Reparación y Conservación. Se asignarán directamente al GFH originario del coste de la reparación o contrato de mantenimiento. Aquellos referidos a mantenimiento de áreas comunes quedarán recogidos en la Unidad de Explotación Analítica.
- Suministros y Servicios:
  - Material de consumo. Se asignarán los consumos a cada GFH por los importes correspondientes. Las prótesis se asignarán a los GFH Finales de hospitalización (no se asignarán a quirófano). El consumo de fármacos diferenciará: a los GFH de Hospitalización (fármacos dispensados durante un

ingreso), los GFH Ambulatorios (consumidos en Consultas Externas) y se crea el GFH de DPA (Dispensación Ambulatoria) para fármacos consumidos por pacientes externos o no ingresados como pueden ser los pacientes VIH por ejemplo.

- Contratos de servicios. Se asignarán a los GFH originarios del coste.
- Suministros energéticos. Se asignarán a los GFH correspondientes atendiendo a un criterio oportuno como el de superficie (m2) de cada uno de los GFH aplicándose coeficientes correctores por mayor consumo y disponibilidad cuando tratemos por ejemplo del coste en GFH como el de Quirófano o Medicina Intensiva, etc. Los costes correspondientes a áreas comunes, serán asignados a la Unidad de Explotación Analítica.
- Comunicaciones. Las comunicaciones (telefónicas, postales, telegráficas,...) se asignarán directamente al GFH consumidor y si se desconoce, al GFH de Comunicaciones.
- Tributos y primas de seguros. Se asignarán a los GFH correspondientes. En caso de desconocimiento, se trasladan a la Unidad de Explotación Analítica.
- Becas y ayudas para investigación. Se asignarán al GFH de Investigación en el servicio a que corresponda.
- Dietas y Locomoción. Se aplicarán a los GFH responsables del gasto.
- Reuniones, Conferencias y Cursos. Se asignarán de forma directa al GFH Docencia.
- Conciertos. Se aplicarán a los GFH solicitantes de la asistencia. Mención especial requiere el concierto de aerosol terapia asignados al GFH de Primaria y oxígeno terapia (O2 domiciliario) asignados al GFH de la consulta de Neumología cuando son prescritos por la misma consulta y también cuando no se encuentre petionario.
- Otros costes diversos. Se asignarán al GFH correspondiente y si se desconoce, a la Unidad de Explotación Analítica.

#### 1.3.3.1.3 Amortizaciones

El coste de la amortización se asignará al GFH correspondiente en función del valor de la depreciación de su inmovilizado.

#### 1.3.4 SISTEMAS DE IMPUTACIÓN DE COSTES Y MEDICIÓN DEL PRODUCTO

Llamamos **Imputación de costes** al reparto o distribución de costes entre GFH del hospital. Los costes se reparten o imputan de tal manera que el coste total del hospital esté recogido en los GFH Finales y en el coste de la producción final. Ningún coste quedará sin repartir. Es el **Reparto Secundario** y en él se reparten los costes repercutidos.

Es decir, normalmente, los GFH que sean centros estructurales o intermedios serán emisores del coste que recibirán los GFH finales y que son los que producen (una estancia hospitalaria, una urgencia, una consulta,...).

El Sistema SIGNO realizaba un reparto o imputación de costes en “cascada” utilizando un criterio de reparto basado en unos coeficientes (unos criterios de reparto vinculados a la prestación de servicios o actividad realizada que podrá ser nº de estancias, nº de consultas, nº horas de quirófano, etc.)

. Sin embargo el Sistema GEFLIC hace imputaciones cruzadas entre centros y tiene como criterio de reparto el de “actividad ofertada y actividad demandada”.

#### **1.3.4.1 Método en cascada**

El **sistema de reparto en cascada**, utilizado en el Proyecto SIGNO, se realiza mediante la técnica de “Full Costing o Coste Completo” (imputación de los costes propios y repercutidos a producto final). Los centros intermedios y estructurales descargan sus costes a los demás quedándose con coste cero, hasta que al final todos los costes se asignan a los centros finales responsables de la asistencia.

En este método en cascada, los GFH que trabajan para todo el hospital van descargando sus costes a otros que también descargarán todos sus costes hasta llegar a los GHF finales.

La facturación (asignación de los costes repartidos) entre los distintos GHF se hará mediante unos criterios de reparto como por ejemplo en caso del GHF de limpieza podrán ser los m<sup>2</sup>.

Tendremos, también según el sistema de coste utilizado, unas unidades que miden el coste a través de las cuales se vinculaba el presupuesto de los hospitales a su actividad.

Al principio, con el Proyecto SIGNO I el Ministerio designó como unidad de medición del coste la UPA (Unidad Ponderada de Asistencia). A 1 UPA se le daba el valor de 1 estancia. Había GHF cuya producción estaba en relación a las estancias, pero había GHF cuya producción no lo estaba. A lo producido por estos últimos GHF se le equiparaba con el valor de la UPA y así lo que no podía ser medido en estancias y que eran productos de los distintos GHF que no producen estancias, se equiparaba en UPA's.

Entonces tenemos que todos los costes son recogidos por los GFH Finales que son los únicos que producen UPA's.

Durante el periodo de tiempo en que estuvo en vigor el Proyecto Signo, a la hora de aplicar el Contrato Programa acordado para el año o ejercicio siguiente con un supuesto hospital, por ejemplo, vemos que el Contrato Programa tiene varias cláusulas como la cartera de Servicios, los Objetivos Asistenciales para dicho año y hay un apartado concreto de Financiación. Este apartado comprendía un Presupuesto de Ingresos y un Presupuesto de Gastos que eran iguales. En el Presupuesto de Ingresos se especificaba la actividad que el hospital debía realizar y se dividía en cuatro áreas:

- Hospitalización: medida en UPA o Estancia ponderada.
- Actividad Ambulatoria (Primeras consultas y Sucesivas): financiadas mediante una tarifa fija y no por UPA.
- Procedimientos extraídos de CMA: financiados también mediante tarifa fija.

- Urgencias: también financiadas a través de una tarifa fija.

El coste de UPA tenía un precio medio que se calculaba por la media realizada entre los hospitales del grupo al que el hospital en cuestión pertenecía (ver Tabla 4).

**Tabla 4. Tipos de Hospitales.**

GRUPO HOSPITALARIO	CARACTERÍSTICAS
GRUPO 1	Comarcal con menos de 200 camas y menos de 100 médicos
GRUPO 2	Hospital General de Área
GRUPO 3	Hospitales con Servicios de referencia
GRUPO 4	Hospitales de Alta Tecnología

Este tipo de medición y financiación hallaba el coste por servicio y así saber el coste del producto hospitalario.

Pero este sistema se abandonó. Se observó que no era un sistema eficiente al comprobar que al financiar por UPA (estancia hospitalaria) se estaba premiando a los hospitales con estancias mayores, se penalizaba la actividad ambulatoria (como la CMA) y no consideraba la gravedad de los pacientes, ya que se financiaba o se pagaba igual diferentes patologías que consumían distintos tipos y cantidades de recursos.

Es en este momento, en 1998, cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo abandona el Proyecto SIGNO y se desarrolla el Proyecto GEFLIC que introduce el “Contrato de Gestión” (sustituyendo al “Contrato Programa”) como acuerdo o contrato entre la entidad financiera (Servicio de Salud correspondiente) y centro u hospital. Se sustituye a la UPA por otra unidad de medida de producción, la Unidad de Complejidad Hospitalaria (UCH). Se pasa a presupuestar a los hospitales en función de la actividad en base a la casuística (Peso Medio o Case-Mix) (45).

Se relaciona, a partir de ese momento, el sistema de información asistencial (extraído del CMBD hospitalario) con el sistema de contabilidad analítica, para llevar a cabo el coste por proceso.

#### **1.3.4.2 Método de Imputación matricial. Costes basados en la actividad**

Como hemos dicho, se producen varios cambios cuando se comienza a desarrollar el Sistema GEFLIC: Hay cambios en la medición del producto. Esta UCH no se basa en la estancia, sino en la complejidad de la patología atendida. Se calcula multiplicando el nº de altas de un determinado GRD por su peso medio.

$$\text{UCH} = \text{PESO MEDIO GRD} \times \text{N}^{\circ} \text{ DE ALTAS}$$

Hay cambios en la Estructura Hospitalaria (ya comentados). Hay cambios en la Afectación o asignación de costes (que también han sido comentados) y, finalmente, hay cambios en la Imputación de costes.

Se desecha el Método en Cascada de imputación de costes. Ahora todos los GFH están relacionados. Todos los GFH podrán imputar costes a otros y recibir también de otros sin necesidad de quedar su coste a cero una vez repartido. Las imputaciones de costes son cruzadas o recíprocas. Todos los GFH pueden repartir sus costes teniendo en cuenta la actividad que realizan. Las imputaciones de costes se realizan de forma cruzada (45).

Es el **Método Matricial o Recíproco**, aunque conserva el que todos los costes de los GFH estructurales e intermedios estarán imputados a los GFH Finales y en la producción final (“Full Costing”).

La imputación de costes se basará en concretar que GFH es el que produce, cual es esa producción (productos en función de catálogos) y quien ha solicitado dicha actividad. Se utilizan, por tanto, los Costes Basados en la Actividad o Activity Based Costing (ABC). Los costes se imputan a través de métodos de reparto. Se podrán calcular tanto los costes de los productos finales como los de los productos intermedios.

Habrán unos GFH que pedirán a otros. Sabremos lo que se piden unos a otros y su coste.

Tendremos GFH Intermedios y Estructurales sin actividad definida que repartirán sus costes mediante criterios o coeficientes de reparto como son: el coste relativo de personal, el consumo relativo de suministros, etc. Entre estos GFH podremos encontrar la Gerencia, las Direcciones, Medicina Preventiva, Personal, Suministros, Almacén, Gestión Económica y los sindicatos.

Otros GFH utilizarán como criterios de reparto el nº de exploraciones, nº de determinaciones de laboratorio, citologías, biopsias, tiempo de quirófano, de anestesia, llamadas prestaciones.

Definiremos la Unidad Relativa de Valor (URV), como por ejemplo el tiempo de quirófano o las estancias, nº de exploraciones, etc. como la expresión del valor de la actividad de cada uno de los centros Intermedios y Estructurales. (43)

Habrán un Catálogo de Productos donde se reflejan las distintas URV y su valor para así saber lo que cuesta cada una de esas prestaciones.

El coste se carga a los GFH Finales que son los que dan las altas (de hospitalización y de consultas).

Sin embargo, el coste de UCH es solo para Hospitalización y CMA.

Para imputar el coste al GRD o al proceso, se puede hacer de dos maneras:

- Calcular el coste por paciente: Se aplicará directamente al paciente todos los gastos posibles (rayos, quirófano, laboratorio, Anatomía patológica, hospitalización, etc.).
- Calcular el coste por proceso aplicando el peso Medio o Case-Mix de cada GRD, para lo cual hace falta saber el coste del GFH de Hospitalización y el Peso Medio del GRD. Para ello tenemos la siguiente fórmula:

### Coste GFH Hospitalización x Peso Medio GRD

Coste GRD = \_\_\_\_\_

Altas de hospitalización x Peso Medio del servicio

Para el cálculo del coste por paciente deberemos contar con una base de datos que relacione los tres tipos de información: información referente al registro de altas (CMBD), información de las prestaciones que le han sido realizadas desde cada GFH (pruebas de laboratorio, pruebas radiológicas, etc.) y la información recogida por el sistema de contabilidad analítica respecto a costes asignados y repercutidos a los GFH. De la interrelación de estos tres tipos de información por medio de una base de datos, obtendremos **el coste por paciente**.

Ahora que ya se conoce el coste de los procesos realizados, se podrá hacer presupuestos prospectivos para la financiación de la actividad hospitalaria.

Esto se puede llevar a cabo a través de los nuevos Contratos de Gestión que sustituyen a partir de 1998 a los Contratos Programa. En ellos se incluye la UCH.

De la actividad del hospital saldrá la financiación para un año o ejercicio.

En un Contrato de Gestión, dentro del apartado o cláusula destinada a la Actividad Asistencial, distinguiremos el cómputo de la Actividad Hospitalaria y el Cómputo de la Actividad Ambulatoria:

- En cuanto a las UCH totales, se contabilizarán en función de:
  - El volumen de altas.
  - El Peso Medio o Case-Mix obtenido tras el proceso de codificación de las altas. Si el hospital no llegase al 98% de codificación del total de sus altas, se le adjudicará el menor Peso Medio obtenido de los hospitales de su grupo.
  - La minorización de las UCH que eran susceptibles de CMA. Se tarificarán como CMA.
- La contabilización de la actividad ambulatoria, se realizará de la siguiente manera y se financia mediante tarifas fijas:
  - En las consultas Nuevas o Primeras consultas habrá un límite máximo que solo se podrá superar si la demanda obedece a una mayor derivación desde Atención Primaria o por satisfacer objetivos de demora.
  - En las consultas Sucesivas, el volumen a computar será el resultante de aplicar el índice Primeras / Sucesivas pactado.
  - La CMA, Urgencias no ingresadas y otras cirugías ambulantes no especificadas, se contabilizan según las realizadas.
  - Los tratamientos de Hospital de Día. El aumento de esta modalidad asistencial conlleva la minorización de altas.
  - Pacientes VIH positivos con tercer antirretroviral: el promedio/mes se ajustará a los efectivamente tratados.

Como al final sabemos el importe de los ingresos de Hospitalización y de CMA y también conocemos el precio pactado por UCH, podremos calcular dividiendo el total de ingresos por Hospitalización entre el precio UCH la producción de UCH que un hospital deberá realizar.

En un Contrato de Gestión el presupuesto de ingresos será igual al de gastos.

Tendremos calculada la UCH presupuestaria (producción mínima hospitalaria) necesaria para ajustar los ingresos a sus gastos y así ajustarse a lo concedido por los Presupuestos de la Comunidad Autónoma correspondiente.

Es decir, estamos en situación de poder realizar una financiación prospectiva de los hospitales mediante unas herramientas de gestión que comprenden:

- Sistemas de información, por un lado asistenciales, generando la clasificación del producto hospitalario en grupos de pacientes que consumen mismos o parecidos recursos y, por otro lado, los sistemas de información de contabilidad analítica introducidos en los hospitales junto con programas de gestión específicos que facilitan la integración de ambos tipos de información.
- Acuerdos o contratos (Contratos Programa inicialmente y Contratos de Gestión actualmente) entre entidad financiera (antes INSALUD y ahora con las competencias transferidas los distintos Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas) y los distintos centros hospitalarios de dicha Comunidad Autónoma.

### **1.3.5 MODELOS Y HERRAMIENTAS PARA LA GESTIÓN DE COSTES EN ESPAÑA Y EN EL HOSPITAL SIERRALLANA. SITUACIÓN ACTUAL**

Actualmente, en nuestro país, existen en vigencia varios sistemas y herramientas (aplicaciones informáticas) para llevar a cabo la contabilidad analítica en nuestros hospitales y servicios de salud.

Estos programas y sistemas de costes pueden no ser los mismos entre las distintas comunidades, pero además puede haber hospitales, instituciones, etc. dentro de una misma comunidad que no usen el mismo sistema ni herramienta que los demás. Incluso se da el caso de que hay hospitales que no disponen de ningún sistema o bien tienen uno hecho a medida. Existen diversas causas para explicar esta situación y la principal, puede ser que no es obligatorio disponer hoy día de un sistema de contabilidad de costes.

A grandes rasgos, en 1992 el Ministerio de Sanidad y Consumo tomó la iniciativa desarrollando el proyecto SIGNO I con la finalidad de poder correlacionar la salud de la población con el gasto sanitario. Sus objetivos eran:

- Implantar un modelo de gestión analítica.
- Definir niveles de responsabilidad.
- Identificar a los gestores del gasto.
- Establecer un lenguaje común entre hospitales.
- Realización de auditorías.

## Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

- Implantar un sistema de recogida de información de costes y actividad.
- Lograr que todos los centros de gasto pudiesen facturar toda la asistencia.

Para ello se hizo participar a 87 hospitales mediante un cuestionario que permitió conocer la situación de la gestión hospitalaria en ese momento. Entre 1992 y 1994 los hospitales participaron en la realización de talleres formativos para poder desarrollar la estructura necesaria.

El proyecto SIGNO I comenzó por organizar la estructura de los hospitales en tres niveles:

- GFH (Grupos Funcionales Homogéneos) o unidades mínimas de gestión.
- Servicio Funcional (que agrupa uno o varios GFH).
- Área Funcional (que agrupa varios Servicios Funcionales).

Esta normalización de la estructura de los hospitales permitió poder establecer comparaciones entre hospitales.

Hay que añadir que el nacimiento de los “contratos programa” que incluían entre sus objetivos la consolidación de la contabilidad analítica y la codificación diagnóstica, sirvió para “allanar el terreno”.

El contrato programa es una herramienta que se creó a raíz del Real Decreto 858/1992 en el que se establecía que el Ministerio de Sanidad debía asegurar el derecho a la protección de la salud y al INSALUD de realizar la prestación de los servicios asistenciales. Para ello, el Ministerio elaboró, desde entonces, un contrato anual con el INSALUD en el cual el papel de proveedor de servicios fuera el propio INSALUD y el financiador fuera el Ministerio. De esta manera, El INSALUD se comprometió a desarrollar una actividad pactada y el Ministerio a financiarla. Para ello, el INSALUD estableció un nuevo modo de relación, llamado contrato programa, con los centros directivos de las instituciones, que permitió establecer criterios de asignación de recursos y así poder relacionar actividad con coste. Se pasa pues de un modelo de financiación retrospectiva e histórica que consistía en cada año presupuestar el mismo importe del año anterior más un porcentaje derivado del IPC, a un modelo de financiación prospectiva a través de una actividad medida en UPAs (Unidad Ponderada de Asistencia: método de medida del coste desarrollado por el Ministerio en 1991 a través de la cual se vinculaba el presupuesto a la actividad de los hospitales y que a la hora de imputar costes demostró su ineficiencia siendo sustituida en 1998 por la UCH o Unidad de Complejidad Hospitalaria).

Se completó con el SIGNO II, que mejoraba las deficiencias del primero y que identificaba el coste por episodio, aunque los hospitales no disponían de la tecnología informática necesaria para su desarrollo. Posteriormente, el Plan de Renovación Tecnológico facilitó la puesta en marcha del proyecto GECLIF (Modelo de Gestión Clínico Financiera) que asigna el coste por proceso.

En resumen, el sistema SIGNO I asignaba los costes por servicio (o unidad mínima de gestión) y utilizaba como sistema de medición la UPA, que se establecía en función de las estancias por lo cual había productos relacionados con la estancia que se podían medir en UPAs y productos

que. El SIGNO II obtiene el coste por paciente o proceso consiguiendo, por agregación, el coste por GRD. Y, a finales de 1999, se desarrolla el GECLIF.

Con esta nueva herramienta (GECLIF) se pretendió mejorar la asignación de recursos dentro del actual sistema de financiación por el cual se presupuesta a los hospitales en función de su Case-Mix.

Actualmente en el Hospital Sierrallana, se utiliza la misma herramienta (llamada GESCOT) que en el resto de hospitales de la Comunidad Cántabra (Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y el Hospital de Laredo) y de otras comunidades (Aragón, Asturias, Castilla – La Mancha, Castilla – León, y Cataluña en la cual convive también con otro sistema). En su descripción esta herramienta nos indica que es capaz de facilitar el seguimiento económico de la actividad de cualquier hospital o centro independientemente de su complejidad.

Realiza una gestión integrada de todos los sistemas de información del centro. Distribuye el coste de personal en función de las actividades, imputa directamente conceptos de coste al paciente, proceso y actividad.

Obtiene el coste por GFH, Servicio, proceso, actividad, producto y paciente. Detalla en cantidad y coste la actividad realizada para un paciente durante los episodios de hospitalización y ambulatorios.

Genera indicadores de áreas de actividad, ayuda a la generación y seguimiento de estándares, presupuestos y contratos de gestión.

Para extraer toda esta información se dispone de otra herramienta o programa informático (llamado DISCOVERER) con el que se obtienen toda clase de informes con los que después se puede confeccionar un cuaderno de mando útil para la toma de decisiones, planteamiento de estrategias y seguimiento del coste.

Del estudio realizado por Pedro Monge Lozano (45) y publicado en el Boletín Económico de ICE del 31 de marzo – 13 de abril de 2003 que consistía en el análisis de si los distintos hospitales españoles (públicos y privados) se utilizaba algún tipo de herramienta de este tipo, cuáles y sus ventajas y conclusiones, que consistía en una encuesta realizada entre octubre de 1999 a marzo de 2000 a una muestra del total de hospitales españoles (tanto públicos como privados) se extrajo que el 75% de los hospitales encuestados tenía un sistema de costes y el 72% de los que no lo tenían, eran privados.

#### **1.4 INTRODUCCION AL PROTOCOLO AEP**

Existe un método de revisión de la idoneidad de recursos que cuenta con criterios de adecuación de ingresos y estancias hospitalarias, dirigido, sobre todo, a hospitales de agudos: se trata del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP), desarrollado por Gertman y Restuccia en 1981. Es un instrumento ampliamente utilizado en muchos hospitales de todo el mundo para identificar el grado de idoneidad de la hospitalización de los pacientes (46). Con su aplicación, una organización sanitaria puede saber qué tipo de pacientes son susceptibles de

ser atendidos en un nivel asistencial menor y durante menos tiempo sin afectarse la calidad de los cuidados que reciban (47).

Este protocolo AEP establece unos criterios objetivos y explícitos (48) que valoran la idoneidad de tanto el ingreso o admisión en una unidad de hospitalización, como de la adecuación de la estancia generada. Es una herramienta diagnóstico-independiente que no evalúa si los cuidados, desde el punto de vista clínico, son apropiados, si no que valora si el nivel de atención en el que se realizan esos cuidados es el idóneo y detecta, por lo tanto, fallos desde un prisma organizativo y no de indicación clínica de un tratamiento o diagnóstico realizados. El protocolo excluye a los pacientes psiquiátricos, pediátricos y obstétricos (47).

Dicho protocolo ha sido validado y su fiabilidad y concordancia entre observadores demostrada en diversos estudios (47) (49), aunque también es reconocido el que alguno de sus criterios hoy puedan estar obsoletos.

Hoy día es una herramienta vigente (ver Tabla 5) que se utiliza bien de forma retrospectiva al ingreso o durante el ingreso de los pacientes y que precisa la revisión de las Historias Clínicas. No se trata de ninguna guía de indicación de ingreso.

**Tabla 5. Porcentaje inadecuación de ingresos en diversos estudios de adecuación.**

AUTOR	% INGRESOS INADECUADOS	Tipo casos
Payne (50)	13	Respiratorios
Bañeres (51)	4,8	EPOC
Mirón (52)	13,8	General
Negro (53)	0	Alérgicos
Portath (54)	61	Neumonía
Esmail (55)	8	Pediátricos
Casanova (56)	17,7	Pediátricos
Oterino (57)	27,8	Pediátricos
Negro (58)	9,19	Pediátricos
Perales (59)	15	General
Soria (60)	7,4	General

Se divide en dos tipos de evaluaciones: La primera consta de 16 criterios que evalúan la idoneidad del ingreso hospitalario (ver Tabla 6), los cuales se subdividen en criterios de servicios clínicos prestados y en criterios que se refieren a la situación clínica del paciente. La otra parte que se evalúa es la idoneidad de los días de estancia hospitalaria mediante 25 criterios estructurados en unos servicios médicos, en unos cuidados de enfermería suministrados y en criterios de situación clínica del paciente a las 24 y a las 48 horas (ver Tabla 7).

**Tabla 6. Criterios de Admisión adecuada en hospitalización (47).**

#### *Situación clínica del paciente Servicios clínicos*

##### **1. Cirugía o técnica especial en 24 h que requiera:**

---

### Anestesia general o regional

#### Equipamiento o medios disponibles sólo en ingresos

2. Telemetría o monitorización de constantes vitales cada 2 h

3. Medicación intravenosa y/o reposición de fluidos

(no se incluye alimentación por sonda)

4. Observación de reacción secundaria no deseada a medicación

5. Antibióticos intramusculares 3 ó más veces al día

6. Ventilación asistida continua o intermitente (al menos cada 8 h)

7. Alteración electrolítica/ácido-base acusada:

Na+ <123 mEq / l ó > 156 mEq/l

K+ <2,5 mEq / l ó > 6 mEq/l

HCO<sub>3</sub> <20 mEq / l ó > 36 mEq/l

pH arterial <7,3 ó > 7,45

8. Fiebre persistente >38°C durante más de 5 días

9. Pérdida brusca de movilidad corporal (déficit motor)

10. Pérdida brusca de visión o audición

11. Hemorragia activa

12. Dehiscencia de herida quirúrgica o evisceración

13. Frecuencia cardíaca < 50 ó > 140 pulsaciones / minuto

14. Presión arterial

Sistólica < 90 ó > 200 mmHg

Diastólica < 60 ó > 120 mmHg

15. Estado confusional agudo, coma o falta de respuesta

16. Electrocardiograma compatible con isquemia aguda

---

**Tabla 7. Adecuación de la estancia (47).**

---

### Servicios médicos

---

**1. Intervención quirúrgica ese mismo día**

**2. Intervención quirúrgica en las 24 h**

**(necesaria evaluación preoperatoria)**

**3. Cateterización cardíaca ese mismo día**

**4. Angiografía ese mismo día**

**5. Biopsia de órgano interno ese mismo día**

**6. Procedimiento invasivo en el sistema nervioso central ese mismo día**

**7. Cualquier prueba con control dietético estricto**

**8. Tratamiento nuevo que requiera frecuentes ajustes de dosis**

**9. Control monitorizado al menos 3 veces/día**

**10. Procedimiento invasivo durante las últimas 24 h**

***Cuidados de Enfermería***

**11. Ventilación mecánica y/o terapia respiratoria por inhalación al menos 3 veces al día**

**12. Terapia parenteral intermitente o continua**

**13. Monitorización de constantes al menos cada 30 min (4 h mínimo)**

**14. Inyecciones intramusculares o subcutáneas al menos 2 veces al día**

**15. Control de balances**

**16. Cuidados de heridas quirúrgicas mayores y drenajes**

**17. Monitorización por una enfermera al menos 3 veces/día (con supervisión médica)**

***Situación clínica del paciente***

***Durante el mismo día o 24 h antes***

**18. Ausencia de motilidad intestinal o incapacidad para orinar**

*Dentro de las 48 h anteriores*

**19. Transfusión debida a pérdida de sangre**

**20. Fibrilación ventricular o ECG de isquemia aguda**

**21. Fiebre de al menos 38°C**

**22. Coma-pérdida de conocimiento durante 1 h**

**23. Estado confusional agudo (excluyendo síndrome de abstinencia alcohólica)**

**24. Síntomas o signos debidos a perturbación hematológica aguda**

**25. Dificultades neurológicas.**

La existencia de tan solo un criterio hará adecuado el ingreso o la estancia según lo que estemos evaluando. Esto es lógico, ya que son criterios de razonable presencia en cualquier paciente que ingrese en un hospital de agudos.

Si no se cumple ningún criterio, el ingreso o la estancia serán inadecuados y existe una tabla de causas por las que el ingreso no es apropiado y una tabla de causas de estancia inapropiada también.

También existe la posibilidad de aplicar unos “criterios extraordinarios” cuando no se puede aplicar ninguno de los criterios para considerar adecuada la admisión o la estancia, pero que clínicamente son causa razonable de ingreso o estancia adecuadas y no están recogidos como criterios en los AEP (58).

Existen tres versiones según el tipo de pacientes a los que se van a aplicar los AEP: AEP para pacientes adultos médico quirúrgicos, para pacientes pediátricos y para pacientes con cirugía programada (58).

El AEP ha sufrido modificaciones con el fin de adaptarlo o aplicarlo a los Servicios de Urgencias (61).

## **1.5 EL HOSPITAL SIERRALLANA**

El Hospital Sierrallana, situado en el Barrio de Ganzo, a 2,7 Km de la ciudad de Torrelavega, es un hospital general, básico y público, que atiende a dos áreas sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, el área de Torrelavega y el área especial de Reinosa. Dichas áreas están distribuidas en 13 zonas básicas de salud.

Se trata de un Área de Salud con una población de 161.318 habitantes y una extensión geográfica de 3.321 Km cuadrados (con una densidad de población de 48,57 habitantes por Km cuadrado).

Geográficamente el hospital cubre el 63% de la Comunidad de Cantabria.

Dispone de un edificio de consultas de cuatro plantas situado en la misma ciudad de Torrelavega, donde se atienden las consultas externas, siendo las consultas de alta resolución las que son realizadas en el hospital. También existen ciertas especialidades que desplazan, entre 1 y 3 veces por semana, a sus especialistas a la población de Reinosa, situada a 48 Km, donde, además, se realizan algunas exploraciones radiológicas por los radiólogos del hospital. En esa misma población se encontraba el Hospital Campoo hasta el 1 de marzo de 2010 fecha en la cual se cierra asumiendo desde entonces la asistencia el nuevo Hospital Tres Mares que dependerá de la gerencia del Hospital Sierrallana.

Su cartera de especialidades es: Alergología, Análisis clínicos, Anatomía patológica, Anestesia, Cardiología, Cirugía general, Dermatología, Digestivo, Endocrinología, Ginecología, Hematología, Medicina Interna, Medicina del Trabajo, Medicina Preventiva, Neumología, Neurología, Paliativos, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Radiología, Rehabilitación, Reumatología, Traumatología, Urología.

### **1.5.1 Estructura**

Ver Anexo I. Recursos y datos globales del Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009)..

Durante el período de estudio se disponía de los siguientes recursos:

- Recursos materiales.

*Camas:* Cuenta con 276 camas instaladas (hasta fecha del estudio 1 de abril de 2009), que se desglosan en las camas de hospitalización, camas en Unidad de Cuidados Intensivos (6), la Unidad de Corta Estancia para pacientes quirúrgicos (20) y la Unidad de Cuidados Intermedios (11).

*Hospitales de día:* Hospital de Día Quirúrgico (17 camas); Hospital de Día Médico (22 camas).

*Quirófanos:* Son 8, de los cuales 7 son para cirugía programada y 1 para cirugía urgente ubicado en el área de urgencias.

*En Urgencias* se dispone, tras la ampliación y remodelación en 2006, de 10 boxes para atención y de 20 camas en una sala llamada de Observación o de Evolución.

*Locales de consulta.* Dispone de 30 locales o despachos de consulta en el propio hospital (donde la mayor parte de las consultas realizadas son de alta resolución), 32 despachos en el edificio de consultas externas situado en Torrelavega, 3 locales en el Centro de Salud de Atención Primaria en la población de Reinosa y 1 en el Hospital Campoo situado en la misma población.

*Tecnología:* TC Helicoidal, Resonancia Nuclear Magnética, Ecografías, Ecocardiografía, Radiología convencional, Telerradiografía, Mamografía, Telemando.

- Recursos humanos. Cuenta con 7 directivos. 194 médicos, 583 integrantes de la división de enfermería (enfermeras, auxiliares y técnicos) y 238 personas que forman el resto de personal.

### **1.5.2 Gestión**

Anexo I. Recursos y datos globales del Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009).

### **1.5.3 Actividad asistencial básica**

A grandes rasgos se detallan una serie de datos generales que reflejan la actividad asistencial durante el período de estudio (ver Anexo II. Actividad asistencial del Hospital Sierrallana.:

- Estancias hospitalarias: 202.193.
- Estancia media: 6,65 días.
- Estancias en UCI: 5.047
- Consultas: 621.244
- Cirugía Mayor: 19.361
- Cirugía Menor: 6.030
- Cirugía Mayor Ambulatoria: 6.544
- Urgencias: 226.472
- Tratamientos Hospital de Día médico: 44.283

## **1.6 LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL HOSPITAL SIERRALLANA**

### **1.6.1 INTRODUCCIÓN**

En el año 2006, el hospital sufre una remodelación con el fin de ampliar ciertas áreas (quirófanos y urgencias principalmente) creándose la Unidad de Cuidados Intermedios.

Además de su ubicación física, su dependencia funcional también recayó en el Servicio de Urgencias formado, fundamentalmente, por especialistas en Medicina Interna, Medicina Familiar y Comunitaria (médicos de la Categoría de Urgencias RD 866/2001) (Anexo III. RD 866/2001 Médicos de la Categoría de Urgencias Hospitalarias.) Esta unidad debería constituir una solución eficiente a la gran presión asistencial que recibe la Unidad de Cuidados Intensivos y Reanimación del hospital y una mejora de la calidad asistencial en los pacientes semicríticos.

### **1.6.2 ESTRUCTURA FÍSICA**

Con una extensión de 99,54 metros cuadrados, se trata de una sala dispuesta de manera que se permite un continuo y directo control y visualización del estado de los pacientes (Anexo XII. Imágenes y fotografías. Fotografía 1), afectando en lo mínimo posible a su intimidad a base de la separación del espacio destinado a cada paciente mediante cortinas, dejando un espacio libre para la visualización directa del paciente y permitiendo el acceso rápido al paciente en caso de necesidad. Para ello, el control de la unidad se encuentra, prácticamente, en el centro de la sala (Anexo XII. Imágenes y fotografías. Plano 1).

-Recursos materiales:

La unidad dispone de 11 camas con monitorización y central de monitores (situado en el control de enfermería de la unidad), 6 desfibriladores, 2 bombas de perfusión por cama (Anexo XII. Imágenes y fotografías. Fotografía 2), 2 aparatos de ventilación no invasiva (Bi-pap) y material de reanimación cardiopulmonar avanzada. Consta de almacén y cuarto de baño adaptado.

-Recursos humanos:

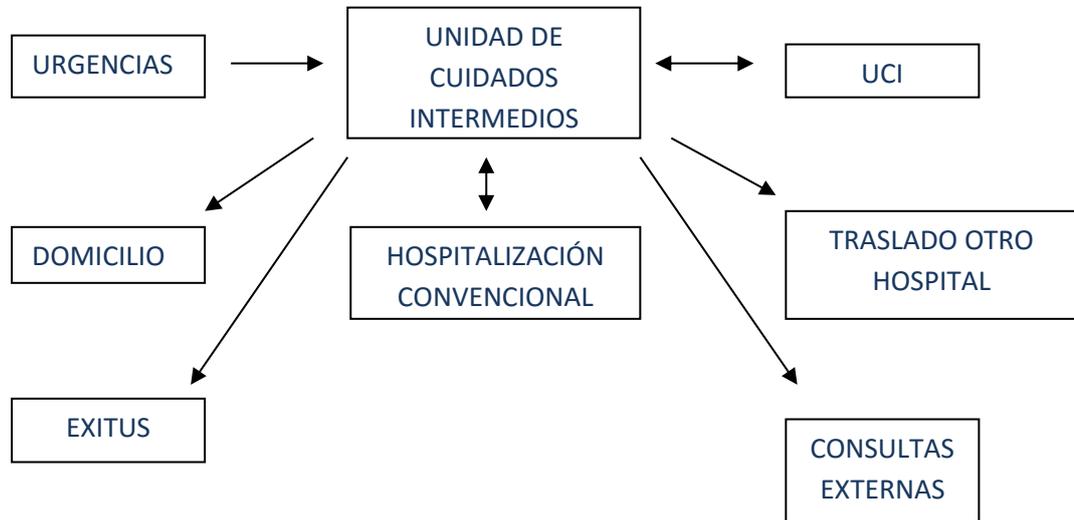
La unidad está atendida por un facultativo durante 24 horas (médicos de Urgencias Hospitalarias) y un refuerzo por un especialista en Medicina Interna en horario de mañana (de 8 h a 15h).

En cuanto al personal de enfermería asignado, es de 2 enfermeras-os y 2 auxiliares de enfermería por turno con un ratio de 1 enfermero-a/5-6 camas y 1 auxiliar de Enfermería/ 5-6 camas.

El personal subalterno está en un pool que se comparte con el resto del hospital y no dispone de personal administrativo propio de la unidad.

### 1.6.3 FUNCIONAMIENTO

Se podría establecer un **flujo de pacientes** con el resto de servicios y áreas del hospital:



La procedencia de los pacientes que ingresan en esta unidad será: la propia urgencia, la planta de hospitalización y la URCE (Unidad de Cuidados Intensivos y Reanimación) Y TRASLADOS DE OTRO HOSPITAL.

El tipo de pacientes que son ingresados, responderá a una serie de “Criterios de Ingreso”:

*a. Pacientes incluidos en protocolos de alta resolución:*

- Dolor torácico: donde se realiza despistaje de la enfermedad coronaria isquémica y su tratamiento en cada caso.
- Arritmias cardiacas por Fibrilación Auricular o Flutter: para tratamiento, estabilización, instauración de tratamiento anticoagulante en el caso pertinente y posterior envío a consulta de cardiología.
- Hemorragia digestiva alta y hemorragia digestiva baja.
- ICTUS isquémicos: para instauración de tratamiento fibrinolítico en el caso pertinente y contando con la colaboración del Servicio de Neurología en horario de mañana.
- AIT: para realización de TAC y envío a consulta de neurología de alta resolución.
- Crisis epiléptica: control clínico, petición de TAC preferente y envío a consulta de neurología de alta resolución.
- Neumotórax.

- Tratamiento de la Insuficiencia respiratoria aguda hipercápnica mediante ventilación no invasiva (VNI).
- b. *Pacientes inestables para monitorización no invasiva y tratamiento médico que no precisan ventilación invasiva (criterio excluyente) hasta su estabilización para un adecuado ingreso en las unidades de hospitalización convencionales o URCE.*

Como acción de mejora desde su instauración, hay que destacar la creación de un protocolo de actuación para el tratamiento de los pacientes diagnosticados de Insuficiencia Respiratoria Hipercápnica, ya sean pacientes ya hospitalizados, como pacientes que provengan de la propia urgencia o incluso de la Unidad de Cuidados Intensivos. Este tipo de pacientes precisan ser tratados mediante sistema de ventilación no invasiva (VMNI) con Bi-Pap que, siguiendo las recomendaciones actuales, deben recibir un cuidado especial que en las salas de hospitalización normales no es posible, como la monitorización. (Anexo XII. Imágenes y fotografías. Fotografía3).

## **2 HIPOTESIS**

---

La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana es rentable porque aumenta la capacidad de absorber pacientes semicríticos y que precisan monitorización, reduce la estancia media global, lo que redundará en una mejora de la calidad asistencial, ahorra costes y es valorada con alta satisfacción por parte de los usuarios.

### 3 OBJETIVOS

---

Objetivo principal:

1. Evaluar la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana desde el punto de vista de:
  - Actividad y morbilidad atendida utilizando el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).
  - Adecuación de ingresos, mediante la utilización de un cuestionario validado.
  - Calidad percibida mediante la utilización de un cuestionario de satisfacción validado.
  - Costes, utilizando un sistema de contabilidad analítica.

Objetivos secundarios:

1. Recopilar la experiencia en Nuevos Sistemas de Atención, como alternativa a la hospitalización convencional en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
2. Demostrar, en su caso, la utilidad y rentabilidad de las Unidades de Cuidados Intermedios en los Hospitales del SNS.

## 4 MATERIAL Y MÉTODOS

---

La metodología de investigación que sigue el estudio se enmarca dentro de la **investigación evaluativa**, esto es, la utilización de métodos científicos para formular un juicio ex-post sobre una intervención, para evaluar su pertinencia y efecto, y para comprender las relaciones entre sus componentes y los efectos producidos, con el fin de ayudar a tomar decisiones (62).

El tipo de estrategia de investigación es el de la "**investigación de desarrollo**", que pretende, utilizando de forma sistemática los conocimientos existentes, poner a punto una intervención nueva, o mejorar una intervención ya existente o, más aún, elaborar o mejorar un instrumento, dispositivo o método de medición (63).

Se realiza una primera fase de **estudio descriptivo**: tiempo de estancia, análisis por patologías, edad de los pacientes, médicos responsables, atención por días de la semana y trimestres del año, reingresos, etc. Estudio de la satisfacción de los pacientes. Estudio de adecuación de ingresos, actividad. Estudio de costes.

En una segunda fase, se realiza un **estudio comparativo** de los datos de la UCIM con la Unidad de Cuidados Intensivos y con las unidades de hospitalización convencionales. A su vez también se comparan los resultados de la encuesta de satisfacción de la Unidad de Cuidados Intermedios con encuestas realizadas previamente por el Servicio de Calidad del hospital en unidades de hospitalización convencionales y en el Servicio de Urgencias.

### 4.1 Revisión bibliográfica

Se han revisado y analizado libros, revistas científicas y herramientas electrónicas (portales electrónicos, buscadores web y bases de datos), para llevar a cabo la recapitulación del material de documentación necesario.

Dicho análisis se realiza en el período de tiempo comprendido entre agosto de 2007 hasta nuestros días.

Recursos electrónicos:

- Portales electrónicos (Biblioteca Marquesa de Pelayo).
- Bases de datos electrónicas (Medline, Pubmed, Uptodate, Buscador MEDES, SCIELO España, Fisterra).
- Buscadores electrónicos (Google).

La revisión bibliográfica se realizó buscando respuesta a las preguntas siguientes:

- Unidades de semicríticos.
- Unidades de cuidados intermedios.
- Unidades de Observación.
- Costes.

Los documentos resultantes de estas búsquedas electrónicas fueron, fundamentalmente, artículos de revistas científicas que hacen referencia a unidades de características similares instauradas en hospitales de todo el mundo.

Se hace especial revisión en los artículos que tratan unidades de cuidados intermedios y unidades de pacientes semicríticos de Servicios de Urgencias, haciendo también especial atención los que tratan sobre unidades de pacientes de Servicios de Neumología, Medicina Interna y Cardiología por la similitud del perfil de pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.

A través de la biblioteca del Hospital Sierrallana y de la Biblioteca de la Marquesa Pelayo de Valdecilla se accedió a revistas científicas en formato papel ya que no era posible su acceso electrónico.

Se realiza una búsqueda amplia, quiero decir que no se tiene en cuenta la antigüedad del documento encontrado ya que también el objetivo era encontrar referencias históricas acerca de la creación de unidades de esas características.

#### **4.2 Población a estudio y recogida de datos**

Se hace una selección de una muestra suficiente para analizar la puesta y marcha de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (período de tiempo comprendido entre el 1 de junio de 2006 y el 31 de marzo de 2009) que se corresponde con 5.637 altas.

Se recogen los datos por medio de un programa informático que lo cumplimenta el personal enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios, escrito en 4gl y que se integra en el Sistema de Información del Hospital (HIS). Dicho programa consta de los siguientes campos (ver Imagen 1):

- Nº de historia clínica.
- Nº de episodio de urgencias de procedencia.
- Nº de episodio de Cuidados Intermedios.
- Nº de cama.
- Fecha de entrada.
- Hora de entrada.
- Diagnóstico de ingreso.
- Día de ingreso.
- Observaciones.
- Pendiente de cama para el Servicio (se abre desplegable con los distintos servicios).
- Alta: Sí/No.
- Destino Alta (Domicilio, Hospital Valdecilla, otro centro, Exitus, Hospital Liencres, ingreso hospitalario, alta voluntaria, centro socio sanitario, fuga, salida lista de espera quirúrgica, hospital de día, Hospital Campoo).
- Fecha alta.
- Hora alta.

En el programa informático, se incorporan los datos recopilados por Admisión en Urgencias (filiación, datos de tarjeta sanitaria, sexo, domicilio, teléfonos de contacto, y otros datos administrativos).

Todos los datos recogidos, se incorporan al Sistema de Información Hospitalario (HIS).

CUIDADOS INTERMEDIOS 09/05/2008

Historia..: 0 S/I S/I, S/I  
ICU.de procedencia.: 0  
ICU C.Intermedios..: 0

Número Cama....: \_\_\_\_\_  
Fecha Entrada..: \_\_\_\_\_ Hora Entrada: \_\_\_\_\_  
Diag. Ingreso..: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_  
Pendiente de cama para el Serv.: \_\_\_\_\_ NO CODIFICADO  
Alta.....: \_ Destino Alta: 0  
Fecha Alta...: \_\_\_\_\_ Hora Alta.: \_\_\_\_\_

HOSPITAL SIERRALLANA URGENCIAS SERV.-INFORMÁTICA

Cuidados Intermedios: Ingreso Alta/Modificar Consulta Ingresados Borrar

Imagen 1

El mismo Servicio de Admisión y Documentación Clínica realiza a final de mes un control de calidad de los datos incorporados para la validación de los mismos o la corrección de posibles incongruencias.

En la Unidad de Codificación del Servicio de Admisión y Documentación Clínica se procede a la codificación de diagnósticos y procedimientos de los episodios correspondientes al ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios, como si se tratase de cualquier otro episodio de hospitalización mediante la CIE 9-MC mediante revisión de la historia clínica completa.

Se agrupan los pacientes por el sistema de clasificación de pacientes All Patient-GRD (AP-GRD) utilizando la versión 23.0 de 3M.

#### 4.3 Recogida de datos para un estudio de costes sobre la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana

Se recopilan los costes de Urgencias por Grupos Funcionales Homogéneos (GFHs). Se utiliza el programa informático "GESCOT" de SAVAC, ampliamente utilizado por los hospitales públicos del Sistema Nacional de salud (SNS). Se hace una estimación de costes para la Unidad de Cuidados Intermedios agregando GFHs.

#### **4.4 Selección muestral y recogida de datos para un estudio de Adecuación de Ingresos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana**

Se realiza un estudio de adecuación de ingresos en la Unidad de Cuidados Intermedios. Se elige una muestra aleatoria simple de la población de estudio (5.637 pacientes atendidos en la UCIM del Hospital Sierrallana en el período comprendido entre junio de 2006 y marzo de 2009). Se calcula un tamaño muestral con una seguridad de 0,05, una frecuencia esperada de 0,269 y una precisión de 0,05, de 287 pacientes.

Como criterio de ingreso en la unidad, se considera a todo paciente que pernocta en la UCIM. Es decir, que a las 00:00 horas (hora censal) el paciente está ingresado en la unidad.

Se utiliza el protocolo AEP (Appropriateness Evaluation Protocol): Protocolo de Admisión Adecuada para unidades de hospitalización convencional (se utiliza la versión española validada en 1998 por la Escuela valenciana de Estudios de Salud (64) del protocolo AEP de admisión adecuada para unidades de hospitalización convencional) y la versión modificada de evaluación de admisión idónea de pacientes en Áreas de Observación de Urgencias del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) por Ferrer Tarres (65) de Gertman y Restuccia, utilizada para el estudio de la adecuación de ingresos y estancias en una Unidad de Observación de Urgencias en el Hospital A.H.V. de la Macarena de Sevilla por Guerrero Guerra y colaboradores (66), herramienta diagnóstico-independiente debidamente validada y fiable (47) (65).

Un único evaluador realiza la revisión retrospectiva de Historias Clínicas y aplica los 16 criterios de adecuación de ingreso en hospitalización (Tabla 8) (64) y los 16 de ingreso en un área de observación de Urgencias que hacen referencia a la situación clínica del paciente y a los cuidados realizados (ver Tabla 9) (65).

**Tabla 8. Criterios de Adecuación de Ingreso Hospitalario (64)**

Criterios referentes a la condición del paciente

1. Pérdida de conciencia, estado de desorientación
2. Frecuencia del pulso <50 o >140 pulsaciones por minuto
3. Presión arterial: sistólica <90 o >200 Hg mm, diastólica <60 o 120 mm Hg
4. Pérdida aguda de visión o audición
5. Pérdida aguda de movilización de cualquier parte del cuerpo
6. Fiebre persistente = o >38 °C rectal/37,5 °C axilar, por período superior a 5 días
7. Hemorragia activa
8. Anomalía grave del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base:
  - Na < 123 mEq/l, > 156 mEq/l
  - K < 2,5 mEq/l, >6,0 mEq/l
  - pO<sub>2</sub> < 60 mm Hg
  - pCO<sub>2</sub> < 20 mm Hg, > 36 mm Hg
  - pH arterial < 7,30, > 7,45
9. Evidencia ECG de isquemia aguda
10. Dehiscencia de herida o evisceración

Criterios referentes a la intensidad de los cuidados prestados

11. Medicación intravenosa, reposición de fluidos o ambas
12. Intervención quirúrgica, o examen, que tendrá lugar las 24 horas siguientes a la admisión, y requiriendo:
  - Anestesia general o regional
  - Equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital
13. Monitorización cardíaca o de constantes vitales de 4 en 4 horas, o por períodos menores de tiempo
14. Quimioterapia que exija observación continua para evaluación de reacción tóxica
15. Antibioterapia intramuscular de 8 en 8 horas o por períodos menores de tiempo
16. Terapéutica respiratoria, continua o intermitente, por lo menos de 8 en 8 horas

**Tabla 9. Criterios de Admisión Adecuada en Área de Observación de Urgencias. (65)**

#### SITUACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE

- 1 Pérdida brusca de la conciencia o desorientación (coma o insensibilidad) (incluye crisis comicial generalizada).
- 2 Pulso: < 50 pulsaciones ó > 140 pulsaciones por minuto.
- 3 Presión arterial: Sistólica < 90 ó > 200 mmHg; Diastólica <60 ó > 120 mmHg.
- 4 Pérdida brusca de visión o audición
- 5 Parálisis de cualquier parte del cuerpo, de aparición brusca.
- 6 Fiebre persistente > 38°C tomada en la boca (>38,5°C en otra parte) durante más de 5 días.
- 7 Hemorragia activa.
- 8 Alteraciones graves de electrólitos o gases sanguíneos: Na < 123 mEq/L ó > 156 mEq/L; K < 2,5 mEq/L ó > 6 mEq/L; Poder de combinación del CO<sub>2</sub> (salvo anomalías crónicas) < 20 mEq/L CO<sub>2</sub> ó > 36 mEq/L CO<sub>2</sub>; pH arterial < 7,30 ó > 7,45.
- 9 Evidencia electrocardiográfica de isquemia aguda (incluye angor e infarto).
- 10 Dehiscencia de sutura o evisceración.

#### SERVICIOS CLÍNICOS

- 11 Administración de medicación intravenosa y/o reemplazamiento de fluidos (no incluye

sondaje nasogástrico para alimentación).

**12 Cirugía o procedimiento urgente que requiera: a) anestesia general o regional o b) equipamiento o materiales disponibles sólo para pacientes ingresados (incluye toracocentesis, punción lumbar, punción ascitis).**

**13 Monitorización de signos vitales cada 2 horas o más a menudo (incluyendo telemetría o monitorización cardíaca).**

**14 Quimioterapia que requiere observación continua para el tratamiento de reacciones tóxicas que amenacen la vida.**

**15 Administración de antibióticos intramusculares al menos cada 8 horas.**

**16 Utilización de respirador intermitente o continuo, al menos cada 8 horas (incluye administración de O2 por ventimask o gafas nasales por necesidad de tratamiento de alteración aguda de gases sanguíneos).**

Se evalúa el informe de alta de urgencias, el informe de alta de la UCIM, hojas de evolución y anamnesis, gráficas horarias, hojas de tratamiento, informes de analíticas y de pruebas complementarias y el resto de la Historia de Urgencias.

La presencia de un solo criterio de ingreso indica la adecuación del mismo. Si no existe ningún criterio, la admisión es inadecuada.

Se registran dos motivos de ingreso adecuado de ingreso por paciente. Así mismo, si no se cumplen ninguno de los criterios de adecuación, se registra la causa de admisión inadecuada, también presente en dicho protocolo AEP de ingreso convencional (14 causas) (ver Tabla 10) y en la versión modificada para Áreas de Observación de Urgencias (9 causas) (ver Tabla 11).

**Tabla 10. Causas de Inadecuación en Hospitalización Convencional. (46)**

**01 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas**

**02 El paciente ha sido ingresado para realizar pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente vive muy lejos como para efectuarse de forma rápida**

**03 Las pruebas diagnósticas y/o el tratamiento pueden realizarse en consultas externas, excepto si el paciente no está ingresado**

**04 El paciente requiere institucionalización, pero en un nivel inferior (no especificado), no en un hospital de agudos**

**05 El paciente requiere cuidados en un hospital de crónicos**

**06 El paciente requiere cuidados de enfermería**

**07 El paciente precisa una residencia de ancianos**

**08 Admisión prematura –un día o más previos a la citación de las pruebas**

**09 Tratamiento o pruebas diagnósticas no documentadas**

**10 Procedimiento quirúrgico que debería ser realizado de forma ambulatoria**

**11 El paciente precisa cuidados terminales**

**12 Abuso (o sospecha) del anciano, paciente ingresado para custodia**

**13 Incumplimiento del tratamiento necesario**

**14 Otras**

**Tabla 11. Causas de Inadecuación de Ingreso en Unidad de Observación de Urgencias. (65)**

---

1 Todas las necesidades diagnósticas o terapéuticas pueden ser realizadas como pacientes externos.
2 El paciente fue admitido para la prueba diagnóstica o tratamiento porque vive lejos del Hospital para realizar la prueba ambulatoriamente.
3 El paciente fue admitido para prueba diagnóstica o tratamiento porque su programación como paciente externo no era posible o era demasiado tardía. Incluye pacientes ingresados para "estudio" porque las pruebas diagnósticas a realizar tardarían en exceso si se realizaran como paciente ambulatorio.
4 El paciente necesita cuidados institucionales pero de un nivel menor (sin especificar) que el proporcionado por un hospitales de agudos.
5 El paciente necesita cuidados propios de un hospital de enfermedades crónicas.
6 El paciente necesita cuidados propios de una residencia asistida (con enfermería especializada).
7 El paciente necesita cuidados en una residencia de cuidados mínimos (enfermería no especializada).
8 Admisión prematura (por ejemplo, ingreso en lunes para procedimiento programado el jueves).
9 Otros (especificar) (por ejemplo, ingreso por orden judicial)

---

Siguiendo la metodología de Guerrero y colaboradores en su estudio sobre un área de observación de urgencias, se registran también observaciones que, principalmente, serán en los casos de inadecuación del ingreso.

No considera ningún criterio extraordinario (override) (53) al aplicar los dos protocolos, ya que no se identifica ninguna situación clínica que lo requiera.

Se realiza estadística descriptiva y de comparación de proporciones con datos apareados. Se utiliza un nivel de confianza del 95%. Los cálculos estadísticos se realizan con el programa EPIDAT 3.1.

#### **4.5 Selección muestral y recogida de datos para la realización de una Encuesta de Satisfacción de Pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana**

Uno de los objetivos de la presente Tesis es analizar el grado de satisfacción percibido por los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana, evaluar el trato recibido, hostelería, nivel de información y valoración del personal que les atendió. Concretamente los diversos aspectos o áreas de la atención recibida estudiadas son los siguientes:

- Accesibilidad: rapidez en la atención y facilidad para contactar con el equipo.
- Comunicación: información recibida, explicaciones al paciente y a su familia.
- Calidad percibida: profesionalidad del equipo, solvencia y resolución de problemas de la atención recibida.
- Atención personal: amabilidad y respeto en el trato recibido.

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo transversal (67) (68) mediante una **encuesta de satisfacción**.

Para su elaboración, se utilizó como modelo la realizada telefónicamente por el Servicio Cántabro de Salud en el año 2006 (Anexo IX. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de una Unidad de Hospitalización Convencional del Hospital Sierrallana.) (69) basado en la encuesta validada "SERVQUAL" en relación a la satisfacción de los usuarios atendidos en Urgencias y en una unidad de hospitalización convencional del Hospital Sierrallana.

Se realizó un tipo de muestreo probabilístico ya que permitía trasladar los resultados a la población a estudio. Así mismo, se opta por un muestreo aleatorio simple. Siguiendo la metodología utilizada en la encuesta realizada por el Servicio Cántabro de Salud anteriormente citada (69), se tomó como muestra a los pacientes atendidos en un período de tiempo concreto (un mes). En este caso, a todos los pacientes atendidos el mes de diciembre de 2008 en la Unidad de Cuidados Intermedios, con el fin de controlar el sesgo de recuerdo.

**Tamaño muestral:** el número de pacientes dados de alta durante el mes de diciembre de 2008 en la UCIM fue de 164 pacientes (N=164). Se realizó la recogida de información del 1 al 31 de enero de 2009.

Se decidió estudiar, o realizar, una encuesta por paciente, excluyendo así los reingresos de un mismo paciente en dicha unidad durante ese plazo de tiempo (mes de diciembre de 2008).

Se trabajó un cuestionario de 16 preguntas cerradas de múltiple elección, una pregunta control y una pregunta abierta para realizar comentarios (Anexo VIII. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Acompañando al cuestionario puramente dirigido al grado de satisfacción percibido, se pidió al usuario que rellenase unos datos demográficos.

Se decidió que la encuesta sea realizada por correo, teniendo en cuenta las ventajas que ofrecía (costo reducido, rapidez en la realización, acceso a todos los pacientes de la muestra, probable mayor sinceridad en la respuesta al no estar influenciados por un entrevistador y más tiempo para responder) a pesar de las desventajas, como una posible menor tasa de respuesta.

Esta encuesta se acompañó de una carta informativa con los objetivos de la encuesta y con las instrucciones necesarias, tanto para su cumplimentación, como para su correcta remisión (Anexo X. Carta Encuesta de Satisfacción para usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.). En dicha carta se especificó que se mantendrá el anonimato de las respuestas. Junto a la carta se envía un sobre pre-franqueado y sellado (con el sello de Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Sierrallana) para su remisión.

Se excluyeron los exitus y los menores de 18 años, obteniéndose una muestra de 166 pacientes.

El 25 de marzo de 2009 se procedió al envío de las encuestas por correo.

Una vez recibida toda la información, se procedió a la tabulación de la misma.

#### **4.6 Tratamiento de los datos**

Se utilizan los siguientes programas informáticos:

- Informix.
- SPSS.
- Excel.
- Epiinfo.
- Word.
- Powerpoint.
- EPIDAT 3.1

#### **4.7 Período de Estudio**

Con objeto de tener un número suficiente de casos por GRD, el período de estudio elegido es amplio, del 1 de Junio de 2006 al 30 de marzo de 2009.

#### **4.8 Análisis de los datos**

Se realiza un análisis univariante, bivariante, de comparación de grupos independientes y medidas de asociación, prueba de Chi Cuadrado con corrección de Yates para variables cualitativas. En aquellos casos en los que no se puede utilizar porque algún valor esperado es menor que 5, se utiliza la prueba exacta de Fisher. Se utiliza el test de Student-Fisher o análisis de la varianza para comparación de medias; utilizando como test de homogeneidad de varianzas el de Barlett-Box. La normalidad se comprueba con la prueba de Kruskal-Wallis. La significación estadística se da con una confianza del 95%, esto es, admitiendo un error alfa del 0,05. En aquellos casos que se admite otro error, se detalla expresamente. Los campos en blanco se analizan como datos missing a efectos estadísticos, pero se cuentan a efectos de control de calidad interno del estudio (70) (71).

La habilidad de la codificación por parte del Servicio de Admisión y Documentación Clínica se comprueba periódicamente mediante codificación cruzada intrahospital y entre hospitales con un coeficiente de Kappa de Cohen de 0,87 que indica una alta concordancia.

Se realiza regresión logística binomial para analizar la relación entre si los pacientes ingresan o no relacionándolo con las variables independientes edad, día de la semana de ingreso, categoría diagnóstica mayor (tomando de referencia la categoría 24), día de la semana de ingreso (tomando de referencia el domingo) y Peso Medio de Case Mix (GRD).

#### **4.9 Análisis de los datos. Imputación de costes**

Para llegar a conocer los costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Urgencias y de la Unidad de Cuidados Intensivos (URCE) se acudió a la Unidad de Contabilidad Analítica del Hospital Sierrallana que aportó los costes reales de recursos materiales y humanos propios y estructurales, intermedios y finales de las otras unidades relacionadas del hospital, del periodo de estudio, que se imputaban a los Grupos Funcionales Homogéneos

estudiados. Los datos se extrajeron del programa oficial de contabilidad analítica, oficial del Servicio Cántabro de Salud, denominado GESCOT. Se han considerado siempre costes y no gastos (se puede pagar una partida de una vez, por ejemplo de cierto material sanitario, pero se imputa los costes según el uso que se va haciendo de la misma).

#### **4.10 Análisis de los datos para el Estudio de Adecuación de Ingresos en la Unidad de Cuidados Intermedios**

Se realiza estadística descriptiva y de comparación de proporciones con datos apareados. Se utiliza un nivel de confianza del 95%. Los GRD's se agrupan con el analizador de case mix versión 4.9 de 3M, con la versión de AP-GRD: 23.0. Los cálculos estadísticos se realizan con el programa EPIDAT 3.1.

#### **4.11 Análisis de los datos de la Encuesta de Satisfacción de Pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana**

Primero se realizó un estudio descriptivo de la información recibida a través de los cuestionarios y después se realizó un estudio comparativo con la información de la encuesta de satisfacción de la UCIM con la información extraída de la encuesta de satisfacción realizada por el Servicio Cántabro de Salud en 2006 sobre los pacientes atendidos en una unidad de hospitalización convencional del Hospital Sierrallana. Se realizará este estudio comparativo sobre las preguntas coincidentes en ambos cuestionarios.

Para el estudio descriptivo de los resultados, se calcularon las frecuencias relativas de las respuestas de las diferentes opciones de las preguntas realizadas, representando los resultados en forma de gráficos de barras y sectores para las variables cualitativas (nominales y ordinales) y en forma de histograma para las variables cuantitativas (numéricas).

La elección del test estadístico para poder comparar las respuestas de ambas muestras (independientes) fue, para el caso de las variables cualitativas de agrupación estudiadas de tipo nominal con dos categorías (se comparan los porcentajes), la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y para las variables cuantitativas de agrupación de tipo ordinal (comparación de medianas) se utilizó el test no paramétrico prueba de Mann-Whitney. Los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS.

## 5 RESULTADOS

Se estudian los 5.637 pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios en el período entre el 1 de junio de 2006 y el 31 de marzo de 2009.

### 5.1 Estudio descriptivo de la actividad y morbilidad atendida

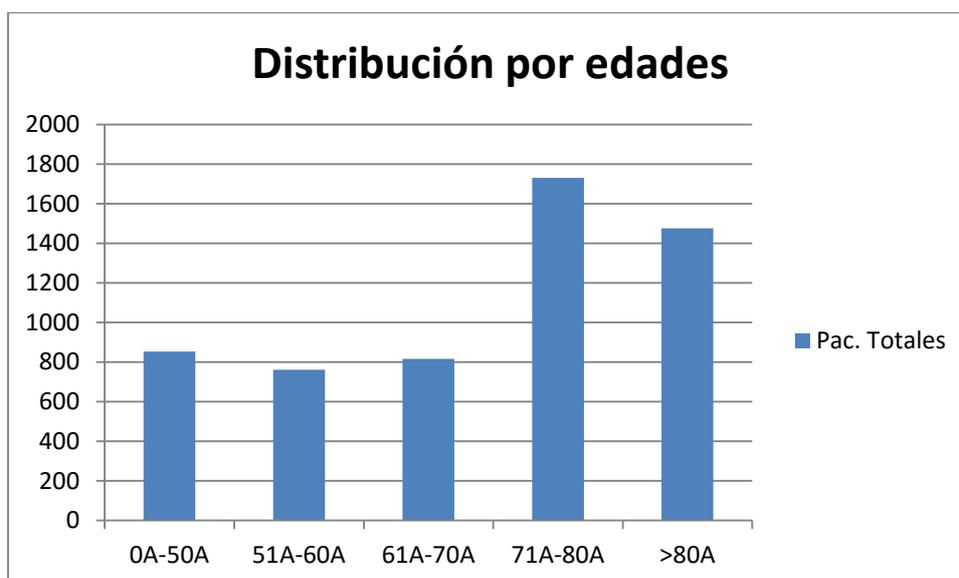
#### 5.1.1 Actividad asistencial básica del Hospital Sierrallana

Ver Anexo II. Actividad asistencial del Hospital Sierrallana.

#### 5.1.2 Actividad y morbilidad atendida en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana

##### 5.1.2.1 Distribución por edades y sexo

Mediante el análisis de los datos recogidos en el CMBD del hospital, se obtiene una distribución por edades de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios (Gráfica 1), en la cual el grupo de edad comprendido entre los 71 y 80 años es el más numeroso en cuanto a número de pacientes (1.731 pacientes) representando un 31% del total.



Gráfica 1. Distribución por edades.

El paciente más joven atendido fue de 11 años y el paciente más anciano, de 102 años. La edad media de los pacientes que fueron ingresados en la unidad fue de 68,44 años (68,00-68,88). La estancia media por grupo de edad también fue la mayor en ese mismo grupo de edad de 71-80 años (5 días) (ver Tabla 12).

**Tabla 12. Distribución por edades.**

Edad	Pac. Totales	% Total	EM
0A-50A	853	15,1	2,00
51A-60A	762	13,5	2,00
61A-70A	816	14,5	3,00
71A-80A	1.731	30,7	5,00
>80A	1.475	26,2	5,00
<b>Total</b>	<b>5.637</b>	<b>100,00</b>	<b>4,00</b>

Del total de pacientes, la **distribución por sexos** fue: el 61% fueron varones y el 39% mujeres (ver Tabla 13).

**Tabla 13. Distribución por sexo.**

Sexo	CASOS	%	E.M.
1 Hombre	3.430	60,84	4,43
2 Mujer	2.207	39,15	4,41

En este aspecto del sexo se encuentran diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).

#### 5.1.2.2 Distribución por estancias, por Servicios, por GRD y Peso Medio (Case Mix)

El número de estancias que generaron el total de pacientes que ingresaron en la Unidad de Cuidados Intermedios, independientemente de su destino al alta, fue de 24.451 días, siendo la **estancia media de 4,48 días** y su **peso medio (Case Mix) de 1,4525**.

Si nos fijamos en las estancias generadas por los pacientes durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intermedios, el 45% de los pacientes no generan una estancia (estancia 0 días), el 46,7% generan 1 día, el 7,28% 2 días, el 1,23% 3 días y tan solo el 0,355 genera más de 3 días. Al final, en el conjunto de los pacientes la permanencia media se sitúa en 895,50 minutos (876,67-914,34), esto es **14,54 horas**. (ver Tabla 14)

**Tabla 14. Estancias de los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios.**

ESTANCIAS	PACIENTES	ESTANCIAS	PORCENTAJES (%)
< 1 DÍA	2540	0	45,06
1 DÍA	2597	2597	46,07
2 DÍAS	410	821	7,28
3 DÍAS	69	208	1,23
> 3 DÍAS	20	89	0,35
<b>TOTALES</b>	<b>5637</b>	<b>3715</b>	<b>100</b>

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

Se obtiene una Estancia Media (EM) de hospitalización en el período de estudio (1-6-2006 al 31-3-2009) de 6,53 días (6,42-6,64)<sup>1</sup> (ver Anexo II. Actividad asistencial del Hospital Sierrallana. y Tabla 87). Si lo comparamos con la Estancia Media de hospitalización obtenida durante el mismo tiempo, pero antes de la implantación de la unidad (2003-2005) cuando la Estancia Media fue 7,70 días (7,59-7,81)<sup>2</sup>, se objetiva una reducción significativa ( $p < 0,05$ ) de la Estancia Media en dicho período previo a la implantación de la Unidad de Cuidados Intermedios con respecto a los tres años posteriores a la implantación de 1,17 días (1,009-1,331).

En cuanto a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios cuyo destino al alta (altas externas) no fue el ingreso en otra unidad del hospital (2.913 pacientes), el peso medio fue de 0,98 y su estancia media de 0,47 días (ver Anexo V. Altas externas de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (Período 1-6-2006 al 31-3-2009). y Tabla 93).

Los pacientes ingresados posteriormente en planta de hospitalización fueron 2.724 pacientes. El servicio en el que ingresaron la mayor parte de esos pacientes, tras su atención en la Unidad de Cuidados Intermedios, fue el Servicio de Medicina Interna (1.215 pacientes) su peso medio fue de 1,94 y la estancia media de 10,19 días (ver Tabla 15).

**Tabla 15. Altas por Servicio (excluidos los pacientes con GRD 470).**

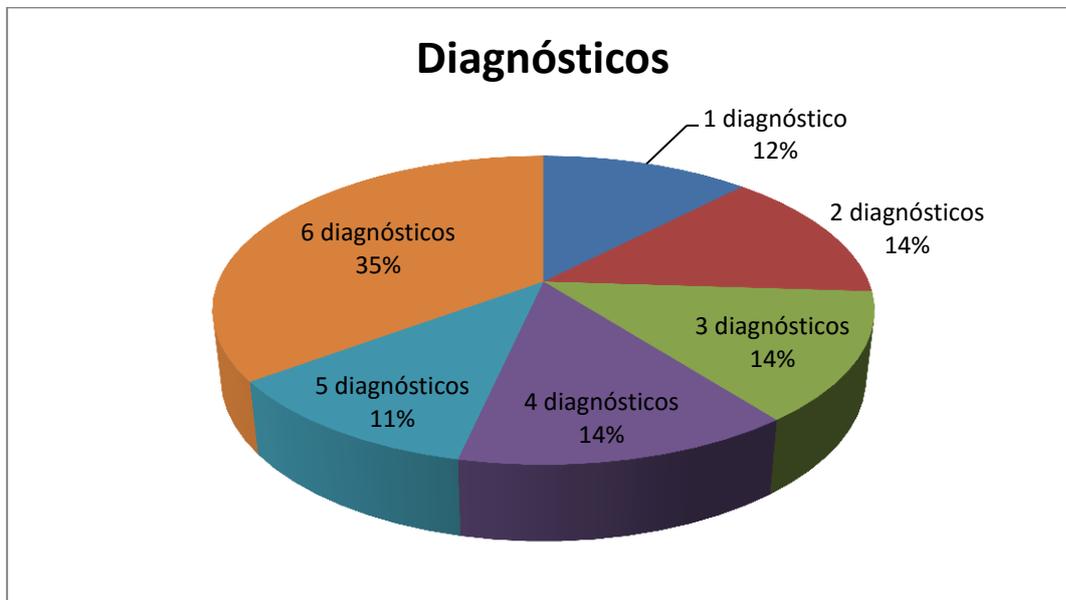
Servicio	Pacientes	Estancia Media	Peso GRD Media
Anestesia	38	10,47	6,2672
Cardiología	734	6,21	1,6421
Cirugía	93	14,05	2,6793
Digestivo	173	6,2	1,4496
Endocrinología	7	4,43	0,8208
Ginecología	6	3,83	0,7163
Hematología	16	13,94	1,7639
Medicina Interna	1215	10,19	1,9359
Neumología	274	7,27	2,1494
Neurología	98	11,24	2,1799
Oftalmología	1	0,00	1,0278
ORL	8	10,13	7,2958
Reumatología	6	14,5	1,8923
Traumatología	33	11,15	2,2864
Urgencias	2913	0,47	0,9795
Urología	22	10,5	2,3752
Total	5637	4,48	1,4525

El 93,97% de los ingresos procedieron de la Unidad de Urgencias, mientras que el 6,03% procedieron de Unidades de Hospitalización.

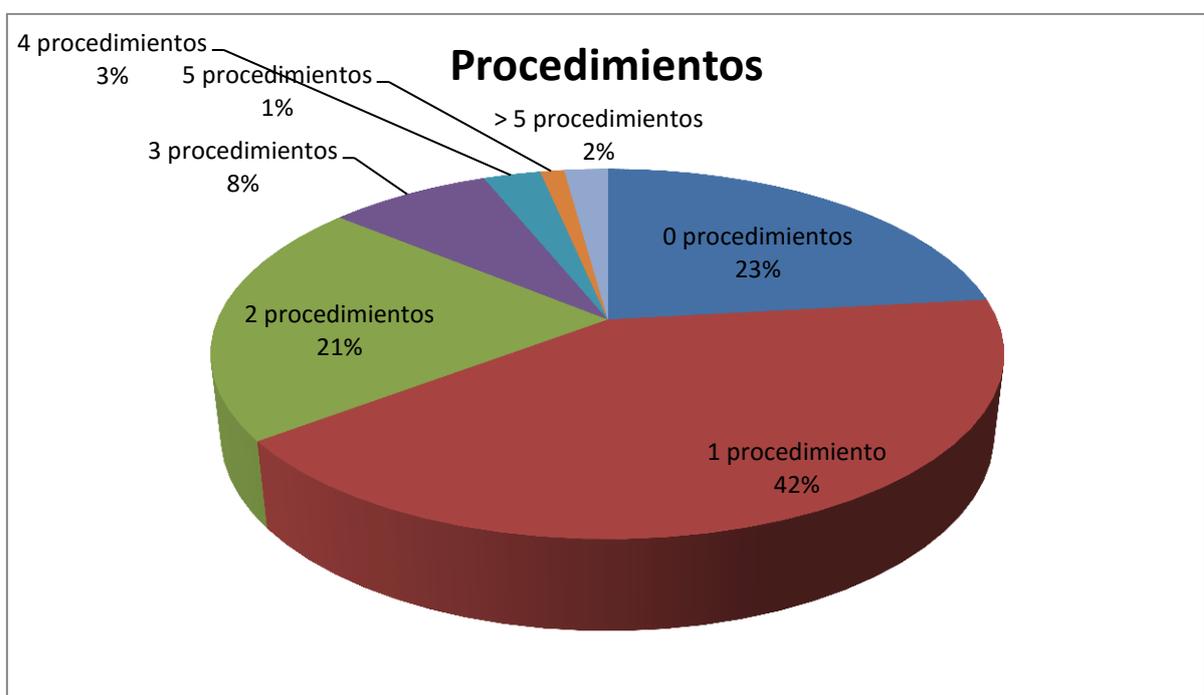
<sup>1</sup> Fuente de datos: SADC Sierrallana.

<sup>2</sup> Fuente de datos: SADC Sierrallana.

Mediante el análisis del CMBD de los pacientes ingresados en el período de tiempo mencionado, se obtiene que se codificaron una media de 4,75 diagnósticos y una media de 1,40 procedimientos por paciente con la siguiente distribución (Gráfica 2 y Gráfica 3):

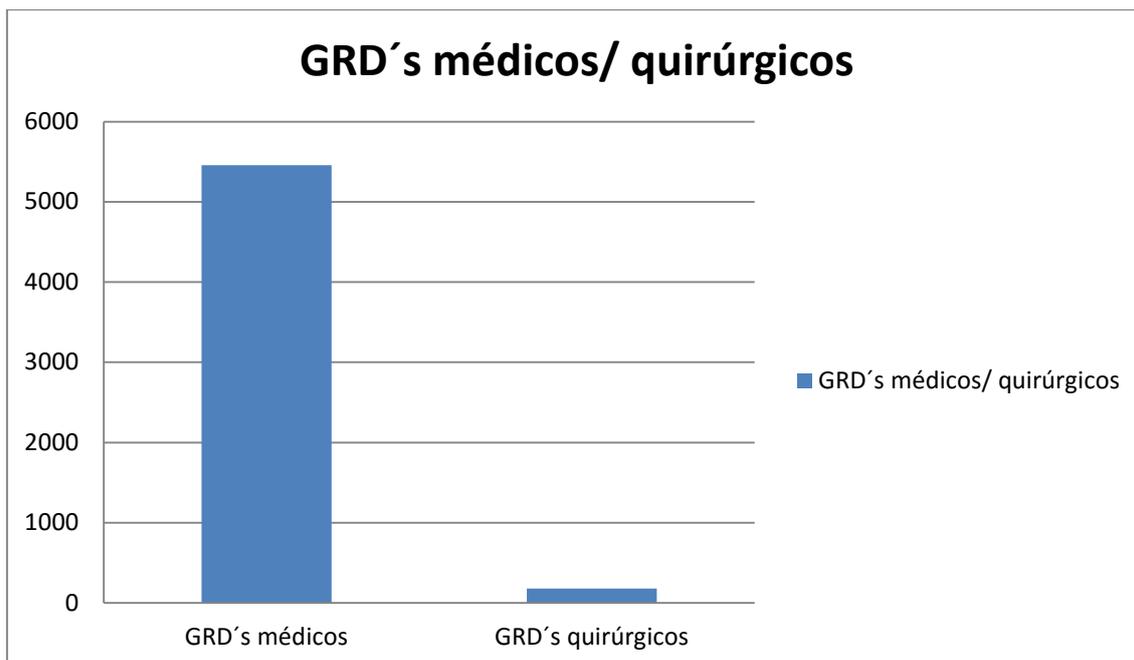


Gráfica 2. Distribución de los diagnósticos codificados por paciente.



Gráfica 3. Procedimientos codificados por paciente.

Una vez agrupados todos los pacientes por GRD, se puede decir que un 3,2% de los pacientes que se atendieron en la UCIM correspondieron a GRD's quirúrgicos (180 pacientes) y un **96,8%** correspondieron a GRD's médicos (5.457 pacientes) (Gráfica 4).



**Gráfica 4. Distribución GRD's médicos /quirúrgicos.**

Hay que tener en cuenta que también cierto porcentaje de pacientes atendidos en la UCIM, resultaron ser agrupados en los llamados GRD's inespecíficos (467, 468, 469, 470, 476, 477) (Anexo XI. GRD's Inespecíficos. y Tabla 96).

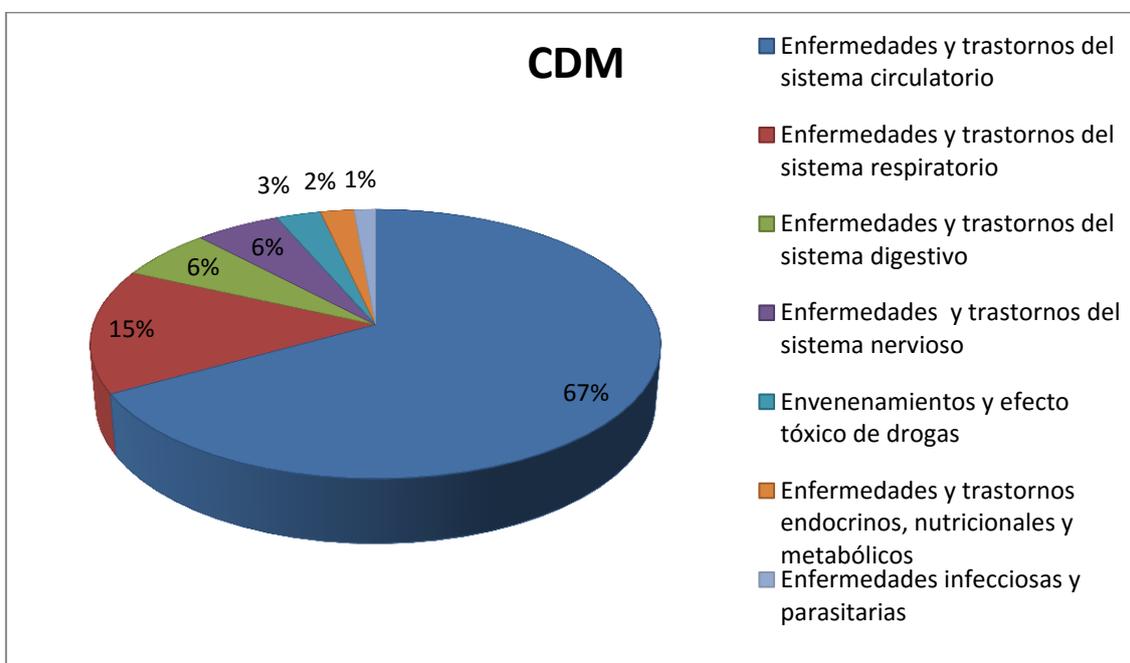
En cuanto a que tipo de pacientes fueron más frecuentemente atendidos en el período de tiempo especificado, resultó que de los 10 GRD's más frecuentes, 7 están relacionados con patología cardíaca, siendo el 139 (Arritmias cardíacas y trastornos de la conducción sin complicación o comorbilidad) el más frecuente con 724 pacientes atendidos (ver Tabla 16).

**Tabla 16. 25 GRD's más frecuentes en la UCIM (total de pacientes) período 1-6-2006 al 31-3-2009.**

GRD	Total	Peso Media	Descripción
139	724	0,7353	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC
143	370	0,5889	DOLOR TORACICO
127	321	1,4947	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK
122	274	1,6324	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA
541	261	2,4115	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC
140	252	0,8866	ANGINA DE PECHO
142	152	0,7349	SINCOPE & COLAPSO SIN CC
138	149	1,1694	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC
87	141	1,5649	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
175	128	0,8155	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC
121	127	2,5067	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA
450	110	0,5095	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC
294	83	0,9624	DIABETES EDAD>35
25	78	0,809	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC
544	78	3,4901	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR
14	73	2,002	ICTUS CON INFARTO
810	60	2,4611	HEMORRAGIA INTRACRANEAL

88	59	1,1983	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
89	57	1,3895	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC
174	55	1,3553	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC
584	53	3,609	SEPTICEMIA CON CC MAYOR
95	51	0,7204	NEUMOTORAX SIN CC
814	51	0,4459	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC
145	49	0,8388	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC
141	47	1,044	SINCOPE & COLAPSO CON CC
<b>TOTAL</b>	<b>3803</b>	<b>1,415044</b>	

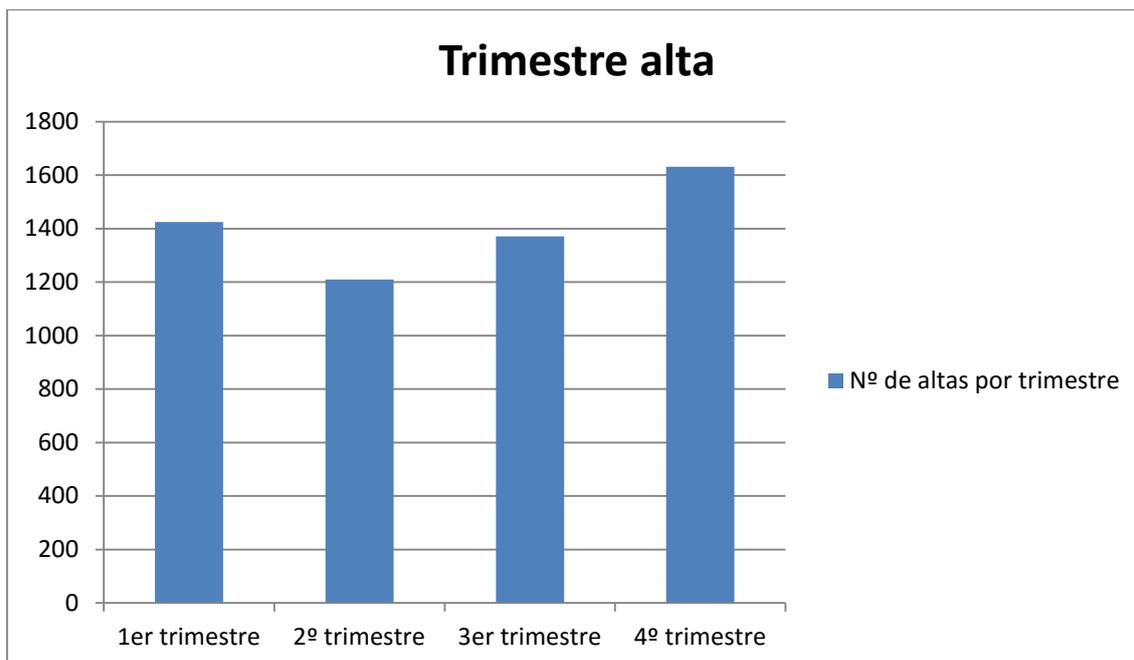
Si de los 25 GRD's más frecuentes hacemos una síntesis y los dividimos según la Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) a la que pertenecen, se obtiene la siguiente distribución (Gráfica 5):



Gráfica 5. Distribución de los 25 GRD's más frecuentes según CDM.

### 5.1.2.3 Distribución por trimestre de alta

Teniendo en cuenta el trimestre del año, tenemos que el mayor porcentaje de altas en la UCIM durante el período estudiado se produce en el cuarto trimestre (Gráfica 6), encontrándose diferencias significativas ( $p < 0,05$ ).



Gráfica 6. Distribución de las altas según el trimestre del año.

#### 5.1.2.4 Estudio de reingresos

Tomando como uno de los datos indicadores de calidad asistencial de la UCIM los reingresos al mes en la UCIM, en el período de estudio se registraron 245 reingresos del total de altas (5.637), representando el 4,34%.

Atendiendo al GRD que más frecuentemente reingresó se constata que fue el 139 (arritmias cardiacas y trastornos de la conducción sin complicaciones ni comorbilidades) con 54 reingresos representando el 22,4% de los reingresos (ver Tabla 17).

La estancia media de estos pacientes que tuvieron que reingresar fue de 3,46 días y la estancia que generaron en total fue de 848 días (ver Tabla 17).

Tabla 17. Tasa de reingresos por GRD.

GRD	Descripción	Nº de Reingresos	% Total de Reingresos	EM de Reingresos	Días Totales de Reingresos	% Días Totales de Reingresos
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	1	0,41	14,00	14,00	1,65
25	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	2	0,82	0,00	0,00	0,00
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	1	0,41	10,00	10,00	1,18
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	1	0,41	12,00	12,00	1,42
85	DERRAME PLEURAL CON CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	7	2,86	2,57	18,00	2,12
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	4	1,63	4,50	18,00	2,12
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	2	0,82	8,50	17,00	2,00
94	NEUMOTORAX CON CC	1	0,41	5,00	5,00	0,59

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

95	NEUMOTORAX SIN CC	6	2,45	1,83	11,00	1,30
97	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	1	0,41	43,00	43,00	5,07
99	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	1	0,41	1,00	1,00	0,12
121	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	2	0,82	3,00	6,00	0,71
122	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	2	0,82	0,50	1,00	0,12
123	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	1	0,41	9,00	9,00	1,06
124	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	3	1,22	12,33	37,00	4,36
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	16	6,53	5,75	92,00	10,85
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	1	0,41	8,00	8,00	0,94
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	1	0,41	3,00	3,00	0,35
134	HIPERTENSION	1	0,41	0,00	0,00	0,00
136	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
138	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	12	4,90	3,17	38,00	4,48
139	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	54	22,04	0,28	15,00	1,77
140	ANGINA DE PECHO	19	7,76	2,21	42,00	4,95
141	SINCOPE & COLAPSO CON CC	2	0,82	3,50	7,00	0,83
142	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	4	1,63	0,50	2,00	0,24
143	DOLOR TORACICO	23	9,39	0,96	22,00	2,59
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	3	1,22	6,33	19,00	2,24
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	2	0,82	2,50	5,00	0,59
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	6	2,45	5,50	33,00	3,89
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	1	0,41	8,00	8,00	0,94
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	1	0,41	1,00	1,00	0,12
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	1	0,41	5,00	5,00	0,59
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	5	2,04	0,20	1,00	0,12
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	1	0,41	3,00	3,00	0,35
294	DIABETES EDAD>35	5	2,04	7,60	38,00	4,48
295	DIABETES EDAD<36	1	0,41	0,00	0,00	0,00
316	INSUFICIENCIA RENAL	1	0,41	5,00	5,00	0,59
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	2	0,82	0,00	0,00	0,00
404	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	1	0,41	30,00	30,00	3,54
416	SEPTICEMIA EDAD>17	3	1,22	6,67	20,00	2,36
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
450	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	7	2,86	0,57	4,00	0,47
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	1	0,41	0,00	0,00	0,00
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	1	0,41	23,00	23,00	2,71
541	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	15	6,12	7,00	105,00	12,38
543	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	6	2,45	10,00	60,00	7,08
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	4	1,63	9,00	36,00	4,25

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	1	0,41	2,00	2,00	0,24
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	1	0,41	6,00	6,00	0,71
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.S EPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	1	0,41	3,00	3,00	0,35
812	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	2	0,82	5,00	10,00	1,18
<b>Total</b>		<b>245</b>	<b>100,00</b>	<b>3,46</b>	<b>848,00</b>	<b>100,00</b>

Se plantea el estudio de si no ingresar tras la estancia en la UCIM es un factor de riesgo para reingresar en dicha unidad. Para ello se realiza un estudio de casos y controles entre:

- Pacientes que ingresados en el hospital después de ser atendidos en la UCIM reingresan en UCIM (no casos).
- Pacientes que tras ser atendidos en UCIM son dados de alta y, posteriormente, reingresan en UCIM (casos).

Tendremos los siguientes resultados:

	REINGRESO SÍ	REINGRESO NO	TOTALES
ALTA DE UCIM	157	2749	2906
INGRESO EN HOSPITAL	88	2643	2731
TOTALES	245	5392	5637

Para estimar dicho riesgo se calcula el Odds ratio cuyo resultado es 1,72 y su intervalo de confianza (1,30 a 2,26). De esto se deduce que es estadísticamente significativo que “no ingresar” constituye en sí un riesgo para reingresar. Si además queremos saber en qué grado esto es así, calcularemos la Fracción etiológica para los expuestos que da como resultado 0,4186.

Se puede decir, en definitiva, que efectivamente los no ingresados generan reingresos con una Fracción etiológica de 0,4186 o, lo que es lo mismo, hay un 41,86 más de reingresos.

El siguiente paso es demostrar si existe relación entre la variable reingreso y las variables sexo, Servicio de ingreso y trimestre del año en el cual se produce el reingreso.

a) Relación sexo-reingreso. Se obtienen los siguientes resultados:

	SEXO VARÓN	SEXO FEMENINO	TOTALES
REINGRESO NO	3270	2122	5392
REINGRESO SÍ	160	85	245

TOTALES	3430	2207	5637
---------	------	------	------

Si se aplica como prueba de asociación la prueba Chi-cuadrado de Pearson, se obtiene: un valor de Chi-cuadrado igual a 2,137 con un valor de significación asintótica 0,144 ( $> 0,05$ ), así que se puede concluir que entre sexo y reingreso no hay diferencias significativas, con lo cual se rechaza la hipótesis de que sí haya relación entre ambas variables.

b) Relación Trimestre del año-reingreso. Tenemos los siguientes resultados:

	1ER TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3ER TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	TOTALES
REINGRESO NO	1370	1150	1315	1557	5392
REINGRESO SÍ	55	60	56	74	245
TOTALES	1425	1210	1371	1631	5637

Aplicando de nuevo la prueba de Chi-cuadrado de Pearson se obtiene un valor de Chi-cuadrado igual a 2,272 y una significación asintótica de 0,518 ( $>0,05$ ), es decir que tampoco hay diferencias significativas, con lo que se concluye que no hay relación entre el trimestre del año en que se producen los reingresos y reingresos.

c) Relación tipo de paciente-reingreso:

Se intenta relacionar agrupando a los reingresos de pacientes con GRDs médicos por un lado y los reingresos de pacientes con GRDs quirúrgicos por otro, se intenta averiguar si existe relación entre el tipo de paciente y el reingresar sí o no.

	QUIRÚRGICOS	MÉDICOS
REINGRESO NO	161	2474
REINGRESO SÍ	2	87

Aplicando el test de  $X^2$  se obtiene una  $p > 0,05$  con lo que no encuentran diferencias significativas.

#### 5.1.2.5 Estudio de mortalidad.

Se trata de estudiar si la implantación de la UCIM en el Hospital de Sierrallana tiene efectos sobre la mortalidad objetivada tras su puesta en marcha.

Se eligen dos períodos para el estudio, dos años antes de la implantación de la UCIM (2004 y 2005) y dos años después de su puesta en marcha. Se elige para la inferencia estadística la

“Comparación de proporciones independientes” con un nivel de confianza del 95% (0,001-0,010).

El período previo a la implantación de la unidad (pre-UCIM) se corresponde con una población de 17.501 pacientes y en el período estudiado tras la puesta en marcha de la unidad (post-UCIM) de 20.194 pacientes. En el período pre-UCIM se produjeron 1.071 Exitus en el hospital (6,12%) y en el post-UCIM 1.125 (5,571%). (Ver Tabla 18).

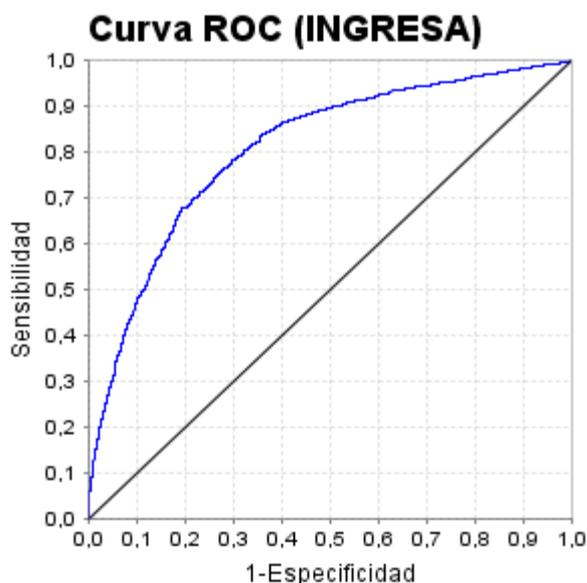
**Tabla 18. Pacientes y exitus por período.**

	Período pre-ucim (2004-2005)	Período post-ucim (2006-2007)
<b>Total pacientes</b>	17.071	20.194
<b>Exitus</b>	1.071	1.125
<b>(%) exitus</b>	6,120	5,571

Se realiza la prueba de comparación de proporciones obteniéndose una  $p=0,023$  ( $p<0,05$ ) resultando que hay diferencias significativas aceptándose la hipótesis de que la puesta en marcha de la UCIM es un factor influyente en la mortalidad antes y después de la puesta en marcha de la UCIM en Sierrallana.

#### **5.1.2.6 Estudio multivariante: Relación entre el ingreso hospitalario y sexo, Peso Case Mix, Diagnóstico y día de la semana**

Se utiliza un análisis multivariante con una tabla de clasificación con capacidad predictiva del 75,10% (que están bien clasificados) con resultados estadísticamente significativos en las cuatro variables independientes analizadas con un área bajo la curva de 80,6% (error estándar de 0,006) (ver Gráfica 7 y Tabla 19).



Gráfica 7. Área bajo la curva del modelo multivariante.

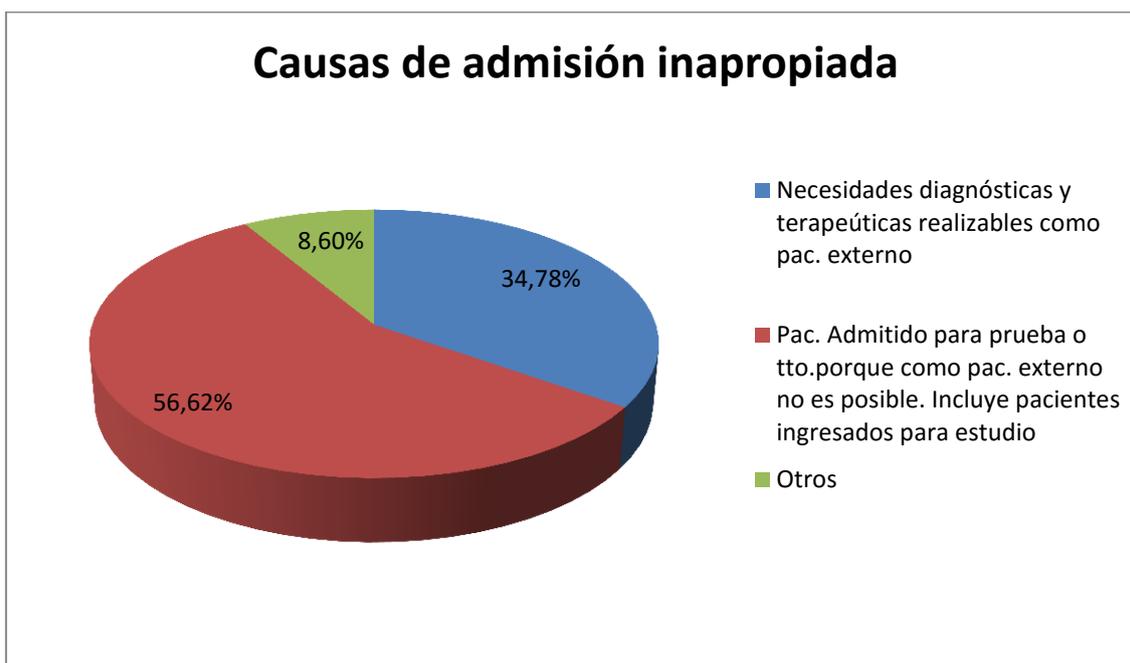
Tabla 19. Resultados significativos de la regresión logística.

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Edad	,020	,002	94,309	1	,000	1,020	1,016	1,024
Cdm			391,315	23	,000			
cdm(1)	4,751	,976	23,685	1	,000	115,657	17,072	783,539
cdm(2)	1,733	,827	4,385	1	,036	5,655	1,117	28,619
cdm(4)	1,762	,893	3,890	1	,049	5,821	1,011	33,515
cdm(5)	3,035	,824	13,553	1	,000	20,795	4,133	104,627
cdm(6)	1,642	,823	3,983	1	,046	5,164	1,030	25,893
cdm(7)	2,670	,829	10,364	1	,001	14,438	2,842	73,358
cdm(8)	3,193	,850	14,119	1	,000	24,372	4,608	128,920
cdm(9)	2,584	,865	8,920	1	,003	13,248	2,431	72,204
cdm(10)	3,272	,912	12,861	1	,000	26,354	4,409	157,534
cdm(11)	2,730	,842	10,505	1	,001	15,336	2,942	79,936
cdm(12)	3,209	,849	14,286	1	,000	24,744	4,687	130,640
cdm(15)	4,009	1,042	14,805	1	,000	55,067	7,147	424,314
cdm(16)	2,617	,869	9,073	1	,003	13,695	2,495	75,183
cdm(17)	2,672	1,173	5,190	1	,023	14,470	1,452	144,162
cdm(18)	2,408	,850	8,033	1	,005	11,113	2,102	58,760
cdm(19)	2,115	,960	4,852	1	,028	8,287	1,263	54,397
cdm(20)	2,920	,904	10,435	1	,001	18,544	3,153	109,063
dia semana ingreso			16,706	6	,010			
dia semana ingreso (LUNES)	,364	,127	8,201	1	,004	1,438	1,122	1,845

dia semana ingreso (MARTES)	,468	,130	12,868	1	,000	1,597	1,237	2,062
dia semana ingreso (MIERCOLES)	,446	,129	11,964	1	,001	1,562	1,213	2,010
dia semana ingreso (JUEVES)	,449	,131	11,750	1	,001	1,567	1,212	2,025
dia semana ingreso (VIERNES)	,380	,131	8,437	1	,004	1,463	1,132	1,891
dia semana ingreso (SABADO)	,355	,137	6,725	1	,010	1,426	1,091	1,865
peso grd	1,434	,057	633,666	1	,000	4,196	3,752	4,691
Constante	-5,791	,841	47,455	1	,000	,003		

## 5.2 Resultados del Estudio de Adecuación de ingresos

El porcentaje de *ingresos inadecuados* considerando **la unidad como observación** fue del **8,014%** (intervalo confianza:4,69-11,32) (23 pacientes) y el motivo más frecuente (56,5%) el que el paciente fuera admitido para estudio o para prueba y/o tratamiento que no es posible realizar como paciente externo (Gráfica 8). *El criterio más frecuente por el cual la admisión era adecuada* fue la monitorización de signos vitales cada 2 horas (21,6%) (verTabla 20).



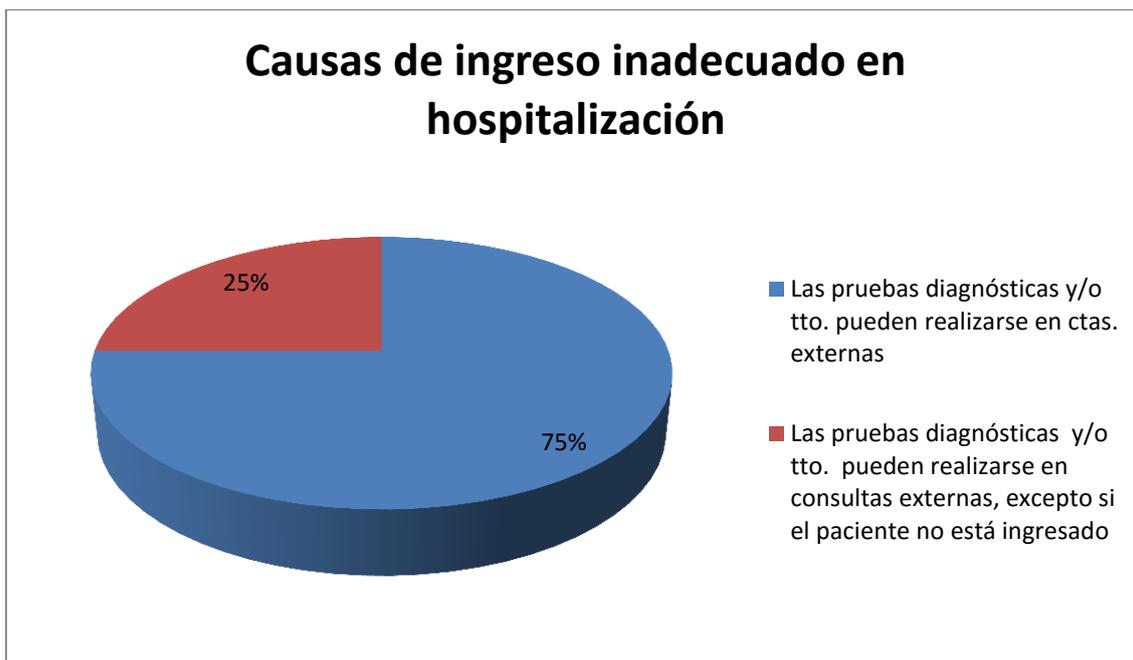
Gráfica 8. Distribución de las causas de Admisión inapropiada.

Tabla 20. Distribución de las causas adecuación ingreso en unidad de observación de urgencias.

CAUSA	Nº PACIENTES	%
1. Pérdida de conciencia o desorientación.	44	16,28%
2. <50 pulsaciones ó >140 pulsaciones por minuto.	22	8,33%

3. TA sist. <90 ó >200mmHg. TA diast. <60 ó >120mmHg.	3	1,13%
4. Pérdida brusca de visión o audición	1	0,37%
5. Parálisis d cualquier parte del cuerpo de aparición brusca.	4	1,51%
6. Fiebre persistente >38°C tomada en la boca(>38,5°C en otra parte durante más de 5 días.	1	0,37%
7. Hemorragia activa.	11	4,16%
8. Alteraciones graves de electrolitos o gases sanguíneos.	19	7,19%
9. Evidencia ECG de isquemia aguda (incluye ángor e infarto).	33	12,5%
10. Dehiscencia de sutura o evisceración.	0	0%
11. Admón. de medicación iv y/o reemplazamiento de flúidos (no incluye SNG para alimentación)	37	13,6%
12. Cirugía o proced. Urgente que requiera: a) A. gral. o reg. b) equip. o mat. Disponibles solo para pacs. Ingresados (punc. l., toracoc., punc. Asc.)	9	3,4%
13. Monitorización de s. vitales cada 2 horas o más a menudo (incluye telemetría o monit. Card.).	57	21,6%
16. Utilización de respirador intermitente o continuo, al menos cada 8 horas (incluye admón. O2 por vmask. o gafas nas. por necesidad de tto. de alt. aguda gases sang.	23	8,7%

El porcentaje de *inadecuación de ingresos* en **hospitalización convencional** fue del **1,39%** (intervalo de confianza: 0,38-3,53) (4 pacientes), siendo la causa más frecuente el poderse realizar el tratamiento o pruebas diagnósticas ambulatoriamente (75,0%) (Gráfica 9). *El criterio más frecuente de adecuación de ingreso en hospitalización convencional* fue la monitorización de signos vitales cada 4 horas o menos (22,9%) (ver Tabla 21).



Gráfica 9. Distribución de las causas de admisión inadecuada en hospitalización.

Tabla 21. Distribución de las causas de adecuación de ingreso en hospitalización.

CAUSAS	Nº PACIENTES	%
1. Pérdida de conciencia, estado de desorientación	43	15,2%
2. Frecuencia del pulso <50 o >140 pulsaciones por minuto	22	7,7%
3. Presión arterial: sistólica <90 o >200 Hg mm, diastólica <60 o 120 mm Hg	3	1,06%
4. Pérdida aguda de visión o audición	1	0,35%
5. Pérdida aguda de movilización de cualquier parte del cuerpo	4	1,41%
6. Fiebre persistente = o >38 °C rectal/37,5 °C axilar, por período superior a 5 días	1	0,35%
7. Hemorragia activa	12	4,24%
8. Anomalía grave del equilibrio hidroelectrolítico y ácido base	18	6,36%
9. Evidencia ECG de isquemia aguda	29	10,24%
11. Medicación intravenosa, reposición de fluidos o ambas	41	14,48%
12. Intervención quirúrgica, o examen, que tendrá lugar las	20	7,06%

**24 horas siguientes a la admisión, y requiriendo:**

- Anestesia general o regional
- Equipamiento o instalaciones cuya utilización exija internamiento en el hospital

<b>13. Monitorización cardíaca o de constantes vitales de 4 en 4 horas, o por períodos menores de tiempo</b>	65	22,9%
--	----	-------

<b>16. Terapéutica respiratoria, continua o intermitente, por lo menos de 8 en 8 horas</b>	24	8,48%
--	----	-------

Existe una diferencia significativa en el porcentaje de inadecuación según se utilice el protocolo AEP de observación de urgencias o el de hospitalización de 6,6 (intervalo de confianza: 2,9-10,4).

### **5.3 Resultados de la calidad percibida. Encuesta de satisfacción**

En primer lugar se describen los resultados del estudio descriptivo de la encuesta de satisfacción de los usuarios de la UCIM para luego pasar a plasmar los resultados obtenidos de la comparación de preguntas realizadas, tanto en el cuestionario de los pacientes atendidos en la UCIM, como en la encuesta de satisfacción realizada por el SCS en 2006 a los pacientes atendidos en una unidad de hospitalización convencional del Hospital Sierrallana.

Se recibieron 51 cuestionarios siendo la tasa de respuesta inicial de 30, 48%. Con grado de confianza 1,96 y error 5%, se da por válida.

Se desestiman 2 cuestionarios por cumplimentación no válida (no contestan a la pregunta control de si en diciembre de 2008 estuvieron ingresados en la UCIM de Sierrallana), pasando a tener entonces 49 cuestionarios válidos y una tasa de respuesta de 29,87%.

Se procede a la eliminación de la pregunta número 11 del cuestionario (“cuando le dieron el alta, ¿le entregaron un informe sobre cuidados de enfermería?”) que hace mención a la entrega “sí o no” de informe de enfermería (ver Anexo VIII. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.). No existe dentro del protocolo en UCIM de Sierrallana la entrega de informe de alta de enfermería.

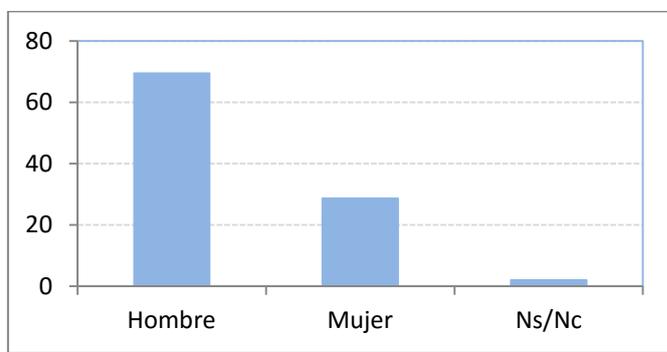
#### **5.3.1 Caracterización sociodemográfica de la población encuestada (sexo, edad, nivel de estudios, ocupación o estado laboral, nacionalidad y estado de salud)**

##### **5.3.1.1 Sexo**

El 69,4% de los pacientes encuestados eran varones (ver Tabla 22 y Gráfica 10).

**Tabla 22. Sexo de los pacientes encuestados.**

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Hombre	34	69.4
Mujer	14	28.6
Ns/Nc	1	2.0
Total	49	100



**Gráfica 10. Sexo de los pacientes encuestados.**

### 5.3.1.2 Edad

De las encuestas recibidas, 5 personas no contestaron a esta pregunta.

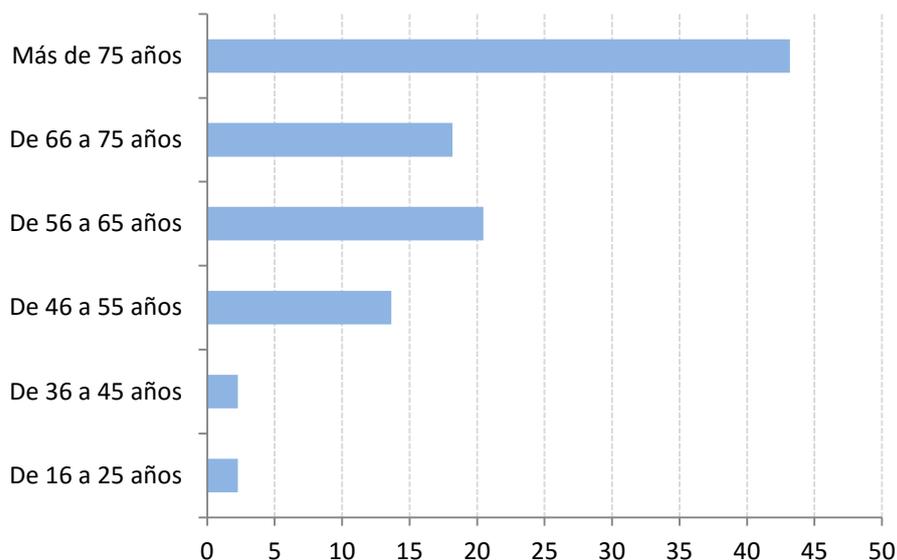
De los que sí lo hicieron, la edad media de los pacientes fue de 68,95 con una desviación típica de 15,21. La edad mínima correspondió a un paciente con 20 años y la edad máxima a un paciente con 91 años (ver Tabla 23).

**Tabla 23. Edad de los pacientes encuestados.**

EDAD (años)	
Nº Encuestados	49
Válidos	44
Perdidos	5
Media	68.95
Mediana	72.50

Desviación típica	15.21
Edad mínima	20
Edad máxima	91
Percentiles 25	58.00
50	72.50
75	80.50

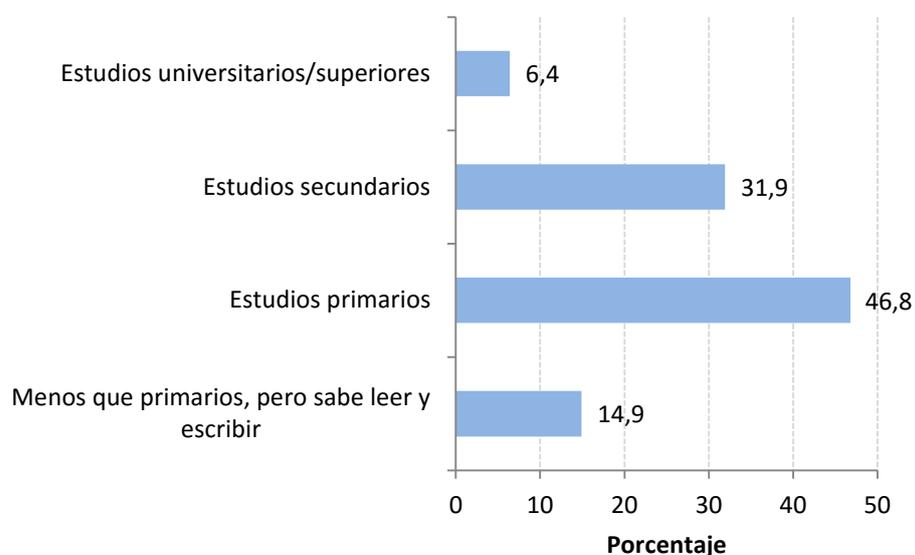
La edad de los pacientes agrupada en intervalos se representa en la Gráfica 11, siendo el intervalo con mayor nº de pacientes el de mayores de 75 años.



**Gráfica 11. Edad de los pacientes encuestados.**

### 5.3.1.3 Nivel de estudios

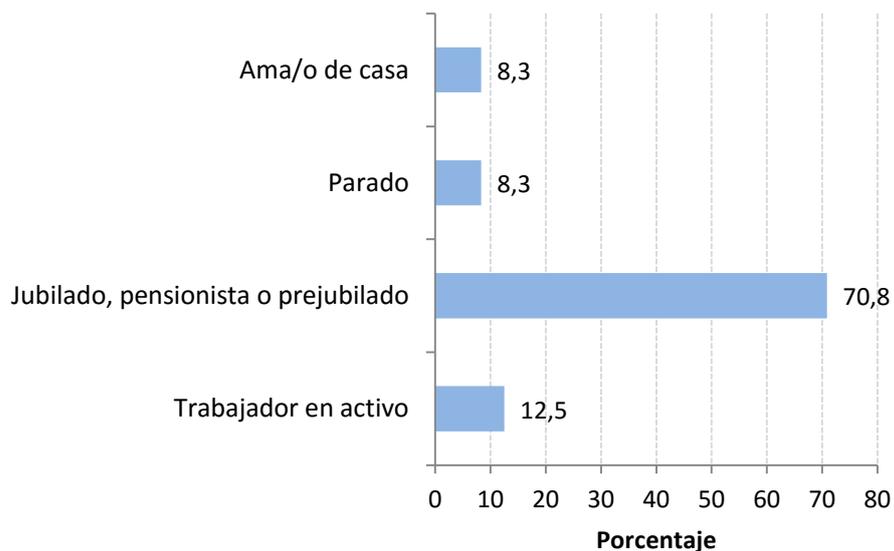
En cuanto al nivel de estudios, el resultado que nos ofrece la encuesta es que el mayor porcentaje se corresponde con pacientes con estudios primarios (46,8%) o secundarios (31,9%). Solo un 6,4% tienen estudios universitarios o superiores y el 14,9% saben leer y escribir y tienen estudios menos que primarios (Gráfica 12).



Gráfica 12. Nivel de estudios.

#### 5.3.1.4 Situación laboral

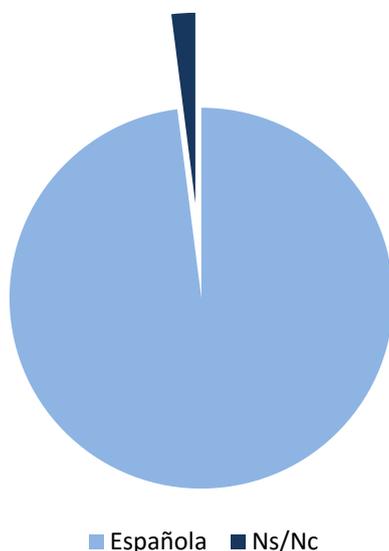
El estado laboral de los pacientes encuestados está representado en su mayoría por personas jubiladas, prejubiladas o pensionistas (70,8%). El 12,5% son trabajadores en activo, 8,3% en situación de paro y el 8,3% son amas de casa (Gráfica 13).



Gráfica 13. Situación laboral.

### 5.3.1.5 Nacionalidad de los pacientes

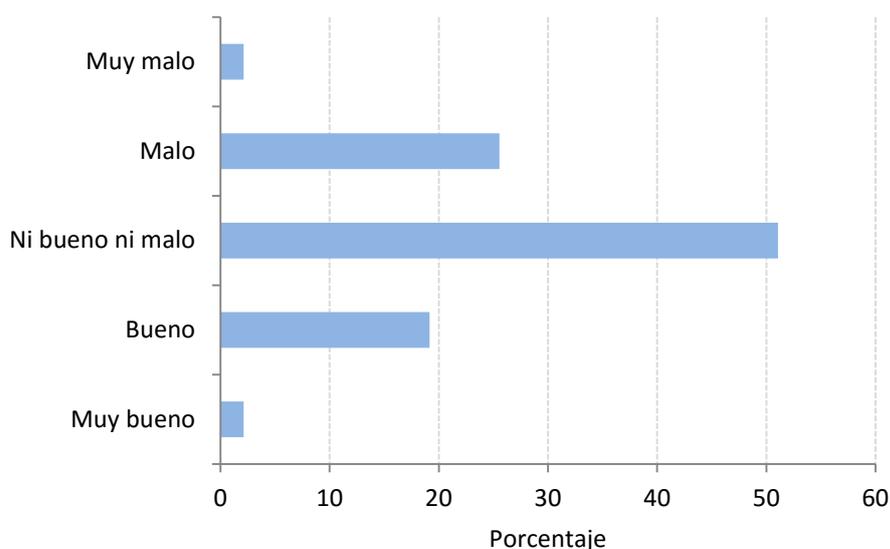
De las encuestas recibidas, el 98% eran de nacionalidad española. Un 2% contestaron ns/nc (Gráfica 14).



Gráfica 14. Nacionalidad de los pacientes.

### 5.3.1.6 Estado de salud de los pacientes

En cuanto a la pregunta acerca de cuál es el estado de salud en el que se encuentran los pacientes encuestados nos encontramos con que el 51,1% contestaron que “ni bueno ni malo”. Mal estado de salud contestaron un 25,5%, buen estado de salud un 19,1% y tanto un estado muy malo y un estado muy bueno de salud contestaron un 2,1% respectivamente (Gráfica 15).



Gráfica 15. Estado de salud de los pacientes.

### 5.3.2 Explotación cuantitativa de la información

A continuación se pasan a reflejar los resultados que se obtuvieron para cada una de las preguntas del cuestionario.

#### 5.3.2.1 Pregunta 1: “con fecha de diciembre de 2008, ¿estuvo usted ingresado en la UCIM del Servicio de Urgencias del Hospital Sierrallana?”

Se valoran tras el análisis de las 51 respuestas. Se reciben 2 encuestas sin cumplimentación de la pregunta por lo que se desestiman esos dos cuestionarios.

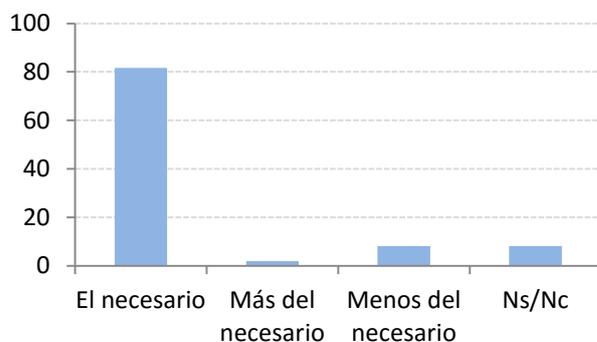
#### 5.3.2.2 Pregunta 2: “A su juicio, ha estado ingresado en la unidad: más tiempo del necesario, el tiempo necesario, menos tiempo del necesario, Ns/Nc”

A esta pregunta contestaron la mayoría (40%) que habían estado el tiempo necesario. Por otro lado, consideraron que el tiempo que estuvieron ingresados fue más del necesario y menos del necesario un 8,2% respectivamente. Por lo tanto, podemos considerar que un 16,4% no percibieron su estancia como adecuada (ver Tabla 24 y Gráfica 16).

Tabla 24. Tiempo de ingreso en la UCIM.

TIEMPO DE INGRESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>El necesario</b>	40	81,6
<b>Más del necesario</b>	1	2,0
<b>Menos del necesario</b>	4	8,2

Ns/Nc	4	8,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



**Gráfica 16. Tiempo de ingreso en UCIM.**

**5.3.2.3 Pregunta 3: “En primer lugar queremos conocer su opinión sobre una serie de aspectos concretos del Hospital. Indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos:”**

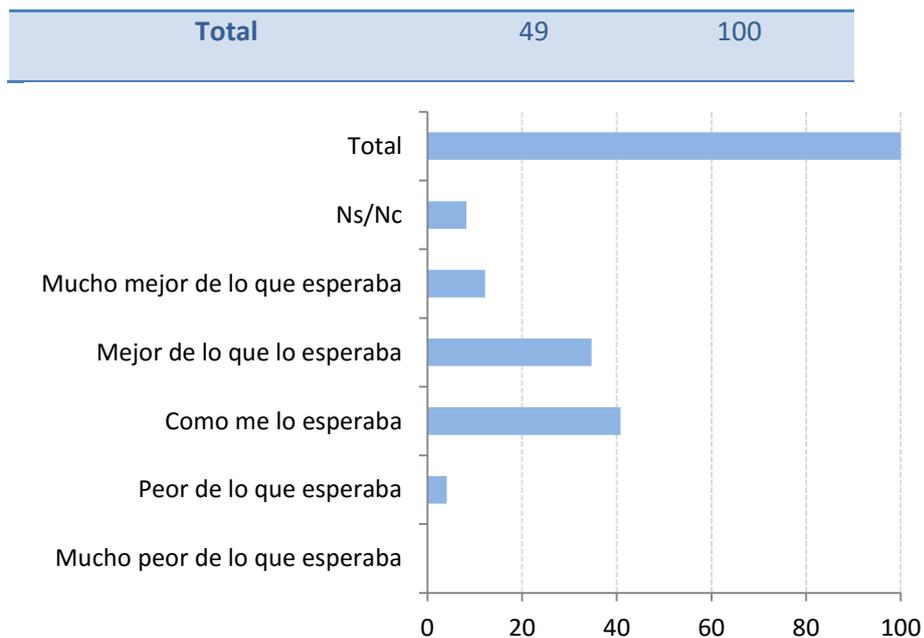
A través de una escala de expectativas se valora el grado de satisfacción de una serie de aspectos concretos tanto en la pregunta 3 como en la 4.

**5.3.2.3.1 Pregunta 3.1: “Percepción sobre la tecnología de los equipos médicos.”**

Se extrae una valoración positiva en este aspecto de la atención, ya que tan solo un 4,1% resulta valorado como “peor de lo que esperaba” frente al 34,7% de “mejor de lo que esperaba” y el 12,2% que contestan “mucho mejor de lo que esperaba” (ver Tabla 25 y Gráfica 17).

**Tabla 25. Valoración de la Tecnología de los equipos médicos.**

TECNOLOGÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Mucho peor de lo que esperaba</b>	0	0
<b>Peor de lo que esperaba</b>	2	4,1
<b>Como me lo esperaba</b>	20	40,8
<b>Mejor de lo que esperaba</b>	17	34,7
<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>	6	12,2
<b>Ns/Nc</b>	4	8,2



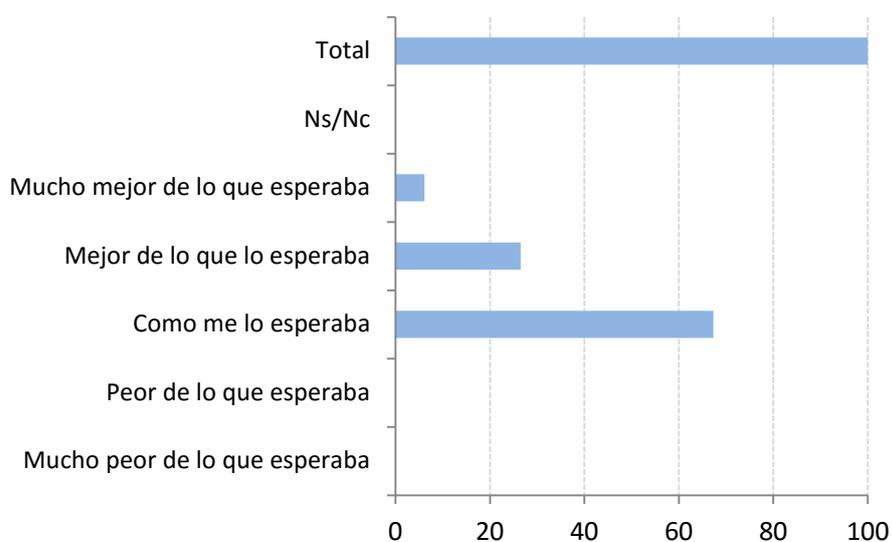
**Gráfica 17. Valoración de la Tecnología de los equipos médicos.**

5.3.2.3.2 *Pregunta 3.2: “La apariencia (limpieza y uniforme) del personal”*

Este aspecto resulta también valorado de forma positiva teniendo 0 encuestas con valoración “peor de lo que esperaba” o “mucho peor de lo que esperaba” (ver Tabla 26 y Gráfica 18).

**Tabla 26. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal.**

APARIENCIA DEL PERSONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Mucho peor de lo que esperaba</b>	0	0
<b>Peor de lo que esperaba</b>	0	0
<b>Como me lo esperaba</b>	33	67,3
<b>Mejor de lo que esperaba</b>	13	26,5
<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>	3	6,1
<b>Ns/Nc</b>	0	0
<b>Total</b>	49	100



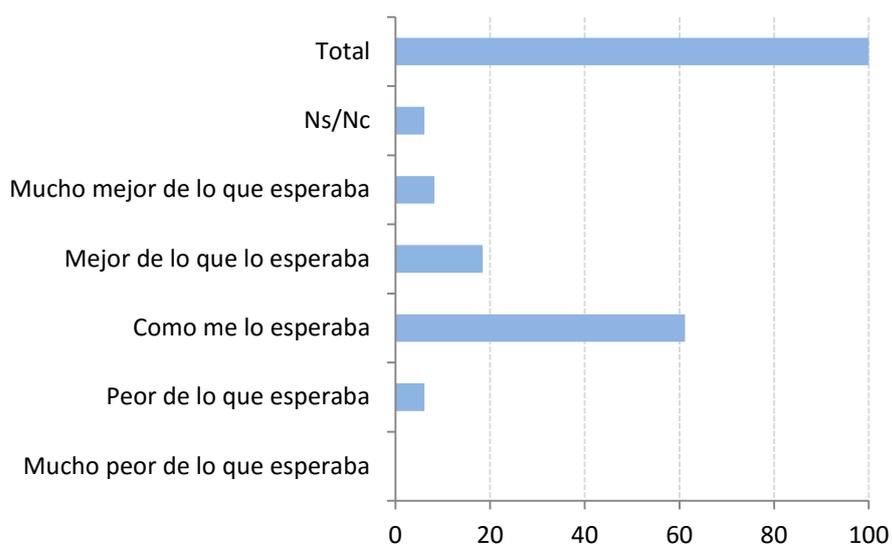
**Gráfica 18. La apariencia (limpieza y uniforme) del personal.**

**5.3.2.3.3 Pregunta 3.3: “Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir dentro del hospital”**

La percepción acerca de la señalización dentro del hospital es valorada por los encuestados de manera que un 61,2% encuentran las indicaciones “como esperaban”, un 18,4% “mejor de lo que esperaban”, un 8,2% “mucho mejor de lo que esperaban” y solo un 6,1% “peor de lo que esperaban” (ver Tabla 27 y Gráfica 19).

**Tabla 27. Percepción sobre la señalización del hospital.**

SEÑALIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	0	0
Peor de lo que esperaba	3	6,1
Como me lo esperaba	30	61,2
Mejor de lo que esperaba	9	18,4
Mucho mejor de lo que esperaba	4	8,2
Ns/Nc	3	6,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



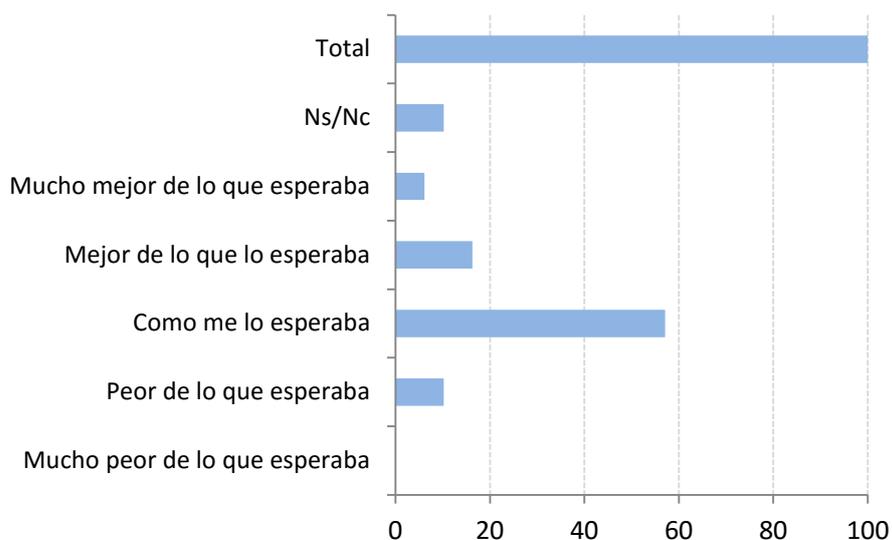
**Gráfica 19. Percepción sobre la señalización del hospital.**

#### 5.3.2.3.4 Pregunta 3.4: "La facilidad para llegar al hospital"

En este aspecto valoran negativamente un 10,2% las indicaciones para llegar al hospital como "peor de lo que esperaba". El resto de los encuestados responde con un 57,1% "como me lo esperaba", el 16,3% "mejor de lo que esperaba" y un 6,1% "mucho mejor de lo que esperaba" (ver Tabla 28 y Gráfica 20).

**Tabla 28. Facilidad acceso al hospital.**

FACILIDAD DE ACCESO AL HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	0	0
Peor de lo que esperaba	5	10,2
Como me lo esperaba	28	57,1
Mejor de lo que esperaba	8	16,3
Mucho mejor de lo que esperaba	3	6,1
Ns/Nc	5	10,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



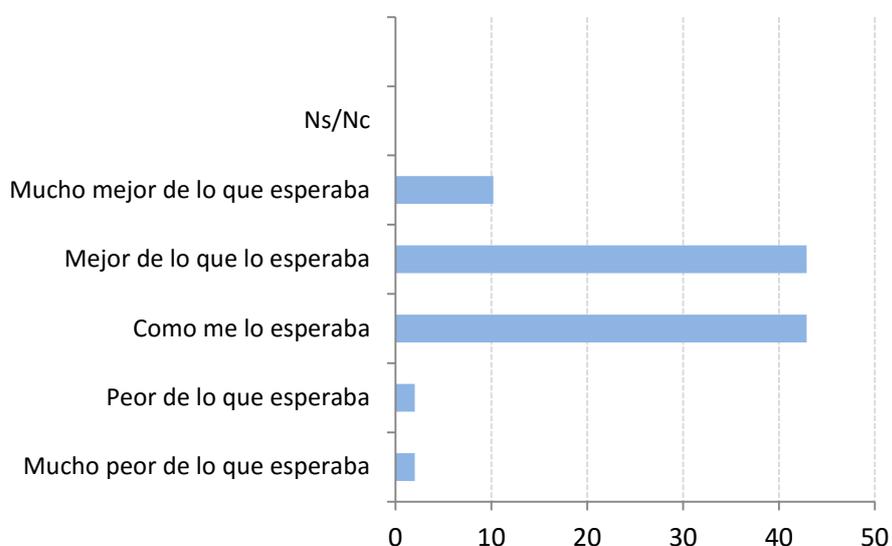
**Gráfica 20. Facilidad acceso al hospital.**

5.3.2.3.5 *Pregunta 3.5: “Información que los médicos le proporcionaron”*

En cuanto a la información recibida por parte del personal facultativo que atendió a los pacientes encuestados, los resultados obtenidos reflejan un buen grado de satisfacción con un porcentaje de 42,9% que contestaron a los ítem “como me lo esperaba” y “mejor de lo que esperaba” respectivamente. Tan solo un 2% se manifestaron disconformes en este aspecto de la atención recibida (ver Tabla 29 y Gráfica 21).

**Tabla 29. Información de los médicos.**

INFORMACIÓN MÉDICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	0	0
Peor de lo que esperaba	1	2,0
Como me lo esperaba	21	42,9
Mejor de lo que esperaba	21	42,9
Mucho mejor de lo que esperaba	5	10,2
Ns/Nc	1	2,0
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



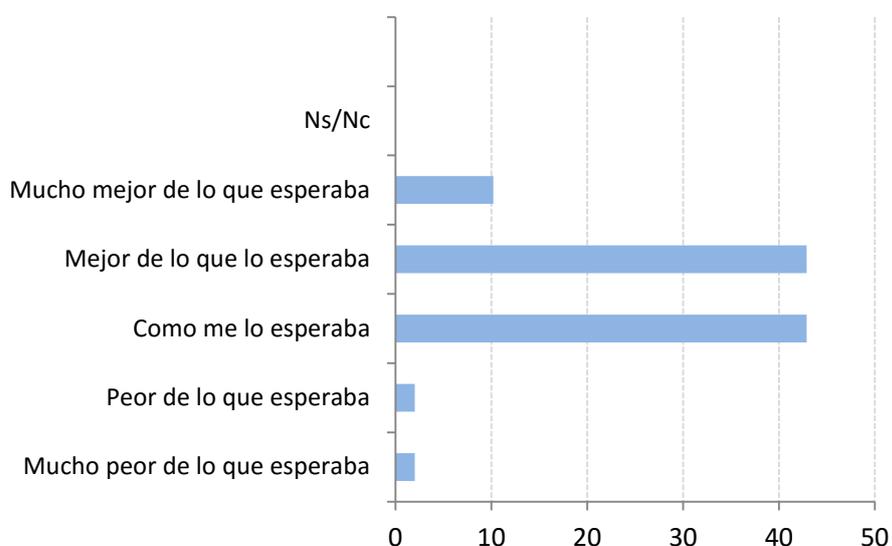
**Gráfica 21. Información de los médicos.**

5.3.2.3.6 *Pregunta 3.6: “La información que las enfermeras le proporcionaron”*

Este punto de la encuesta fue valorado por los pacientes encuestados de forma positiva extrayéndose que un 42,9% contestó que “mejor de lo que esperaba” el mismo que “como me lo esperaba” y un 10,2% que “mucho mejor que lo que esperaba”. Tan solo como en la pregunta anterior, un 2% contestó que peor de lo que esperaba, el mismo porcentaje contestó “mucho peor de lo que esperaba”. Hay que resaltar, entonces, que en este campo la información recibida del personal de enfermería es un poco peor que la recibida del personal facultativo (ver Tabla 30 y Gráfica 22).

**Tabla 30. Información de Enfermería.**

INFORMACIÓN ENFERMERÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Mucho peor de lo que esperaba</b>	1	2,0
<b>Peor de lo que esperaba</b>	1	2,0
<b>Como me lo esperaba</b>	21	42,9
<b>Mejor de lo que esperaba</b>	21	42,9
<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>	5	10,2
<b>Ns/Nc</b>	0	0
<b>Total</b>	49	100



**Gráfica 22 Información de Enfermería.**

#### 5.3.2.4 Pregunta 4: “De nuevo, volvemos a hablar de una serie de aspectos concretos sobre el hospital para que usted indique su grado de satisfacción”

Se analizan dos aspectos, por un lado, si la rapidez con la que el paciente consigue lo que necesita es conforme a lo que espera, si supera sus expectativas, o si, al contrario, no logra alcanzar su nivel de satisfacción. La otra cuestión analizada es acerca de su percepción en cuanto a la disposición del personal sanitario para ayudar al paciente. Si es mejor a lo esperado, como lo esperaba o si no logra alcanzar el nivel de sus expectativas.

Estas cuestiones se analizan mediante ítems a modo de escala de expectativas.

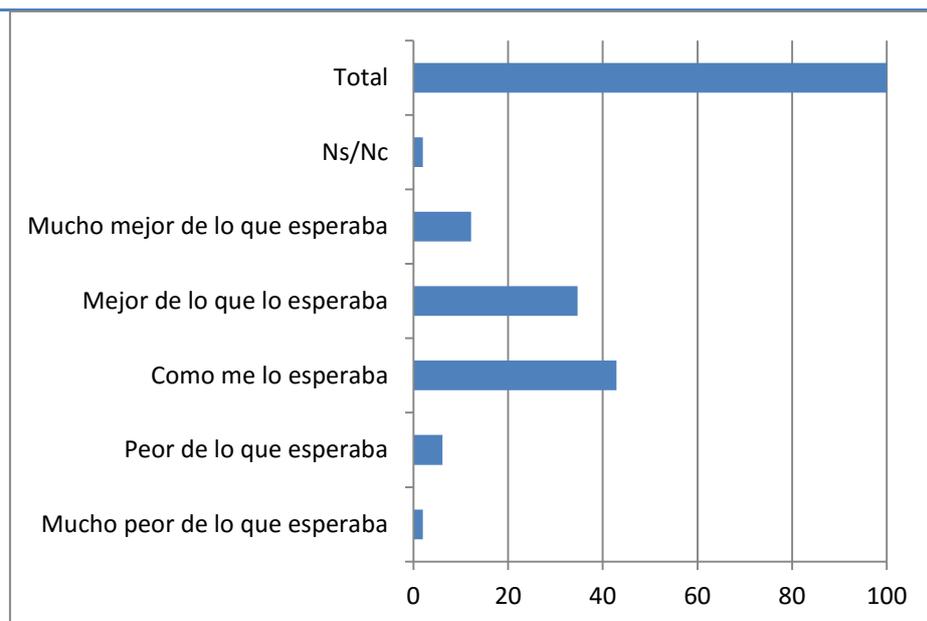
##### 5.3.2.4.1 Pregunta 4.1: “La rapidez con que consigue lo que necesita”

Este aspecto es valorado por el paciente de la siguiente forma: un 34,7% valora que dicha rapidez ha superado sus expectativas, un 42,9% como esperaba y un 12,2% mucho mejor de lo esperado. Por el contrario, el nivel de satisfacción no fue el esperado en un 6.1% y mucho peor que el esperado lo fue para un paciente (un 2% de las contestaciones). (ver Tabla 31 y Gráfica 23).

**Tabla 31. Rapidez consecución de lo necesario.**

RAPIDEZ CONSECUCCIÓN DE LO NECESARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	1	2,0
Peor de lo que esperaba	3	6,1
Como me lo esperaba	21	42,9

<b>Mejor de lo que esperaba</b>	17	34,7
<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>	12	12,2
<b>Ns/Nc</b>	1	2,0
<b>Total</b>	49	100



**Gráfica 23 Rapidez consecución de lo necesario.**

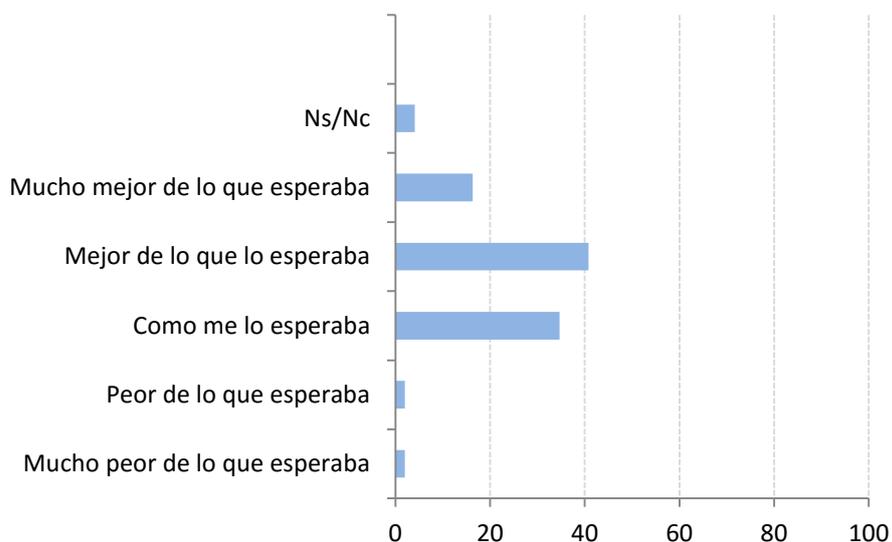
#### 5.3.2.4.2 Pregunta 4.2: "La disposición del personal para que le ayude cuando lo necesite"

En cuanto a la percepción por los pacientes encuestados respecto a la disposición del personal para ayudarle cuando le fue necesario, los resultados mostraron que un 2% lo percibieron negativamente, como peor y mucho peor de lo que esperaban respectivamente. Así mismo un 40,8% y un 16,3% lo percibieron como mejor y mucho mejor de lo que esperaban. Sin embargo, un 34,7% tuvieron la percepción de que se les ayudó como esperaban y un 4,1% no se manifestaron de ninguna manera contestando Ns/Nc (ver Tabla 32 y Gráfica 24).

**Tabla 32. Disposición del personal para ayudar en lo necesario.**

RAPIDEZ CONSECUCIÓN DE LO NECESARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Mucho peor de lo que esperaba</b>	1	2,0
<b>Peor de lo que esperaba</b>	1	2,0
<b>Como me lo esperaba</b>	17	34,7

Mejor de lo que esperaba	20	40,8
Mucho mejor de lo que esperaba	8	16,3
Ns/Nc	2	4,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



Gráfica 24. Disposición del personal para ayudar en lo necesario.

### 5.3.2.5 Pregunta 5: “Durante su estancia en la Unidad, cuando le realizaron pruebas, ¿le explicaron en qué consistían?”

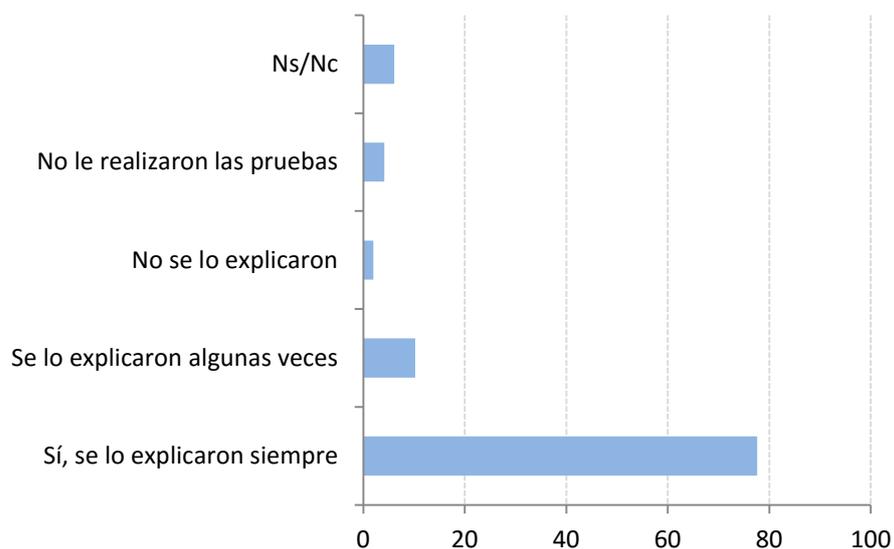
Se trata de identificar en esta pregunta si los pacientes recibieron información por parte de los profesionales de en qué consistían las pruebas diagnósticas que se les realizaron durante su estancia en la Unidad de Cuidados Intermedios.

En este aspecto, teniendo en cuenta que solo a un 2% de los pacientes no se les practicó ninguna prueba diagnóstica, al 77,6% siempre se les explicó en qué consistían estas frente a un 2% en que no se lo explicaron. En un 10,2% se lo explicaron algunas veces y un 6,1% no aportaron información al respecto al contestar Ns/Nc (ver Tabla 33 y Gráfica 25).

Tabla 33. Explicación de pruebas.

EXPLICACIÓN PRUEBAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Sí, me lo explicaron siempre	38	77,6
Se lo explicaron algunas veces	5	10,2
No se lo explicaron	1	2,0

<b>No le realizaron pruebas</b>	2	4,1
<b>Ns/Nc</b>	3	6,1
<b>Total</b>	49	100



Gráfica 25. Explicación de pruebas.

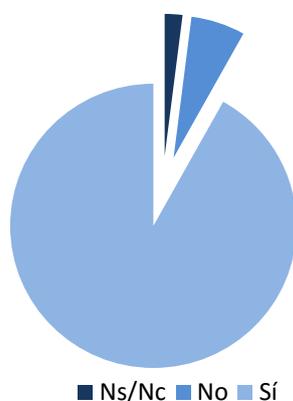
### 5.3.2.6 Pregunta 6: “También bajo su punto de vista, ¿cree que ha recibido información suficiente relativa a su estado de salud?”

Se trata de conocer la valoración que hacen los pacientes sobre si la información recibida de su estado de salud por parte de los profesionales que le trataron, fue suficiente o no.

En este sentido, se mostraron satisfechos con la información que recibieron un 91,8% respondiendo que sí, frente a un 6,1% que manifestaron su disconformidad respondiendo que no recibieron información suficiente acerca de su estado de salud. Un 2% no se manifestaron de ninguna de las dos maneras (ver Tabla 34 y Gráfica 26).

Tabla 34. Información sobre estado de salud.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Ns/Nc</b>	1	2,0
<b>No</b>	3	6,1
<b>Sí</b>	45	91,8
<b>total</b>	49	100



**Gráfica 26. Información sobre estado de salud.**

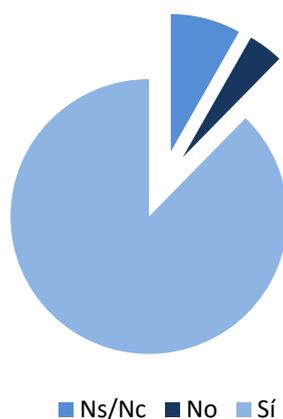
**5.3.2.7 Pregunta 7: “Durante su ingreso, ¿informaron a sus familiares o acompañantes sobre el lugar y horario de información?”**

El 87,8% contestó que sí se informó a sus familiares o acompañantes del lugar y horario de información. En contra un 4,1% contestaron que no se les comunicó dicha información.

Destaca el porcentaje en este caso de los pacientes que contestaron no saber nada al respecto (un 8,2% de Ns/Nc) (ver Tabla 35 y Gráfica 27).

**Tabla 35. Información a familiares: lugar y horario de información.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Ns/Nc</b>	4	8,2
<b>No</b>	2	4,1
<b>Sí</b>	43	87,8
<b>Total</b>	49	100



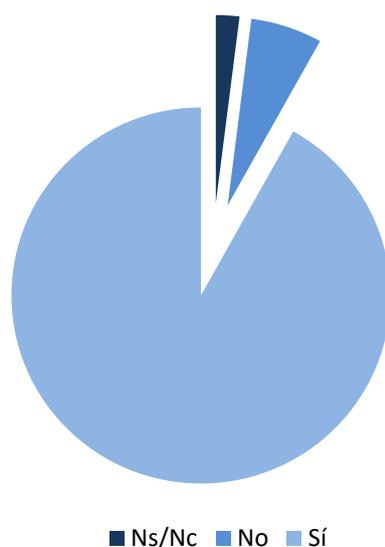
**Gráfica 27. Información a familiares: lugar y horario de información.**

### 5.3.2.8 Pregunta 8: “Cuando le dieron el alta, ¿le dieron informe médico?”

Al estudiar si los pacientes recibieron o se les facilitó informe médico en el momento de ser dados de alta de la Unidad de Cuidados Intermedios, el 91,8% declara que sí lo recibió, mientras que un 6,1% dice lo contrario. Un 2% no recuerda si se le facilitó o no dicho informe (ver Tabla 36 y Gráfica 28).

**Tabla 36. Informe médico al alta.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Ns/Nc</b>	1	2,0
<b>No</b>	3	6,1
<b>Sí</b>	45	91,8
<b>Total</b>	49	100



Gráfica 28. Informe médico al alta.

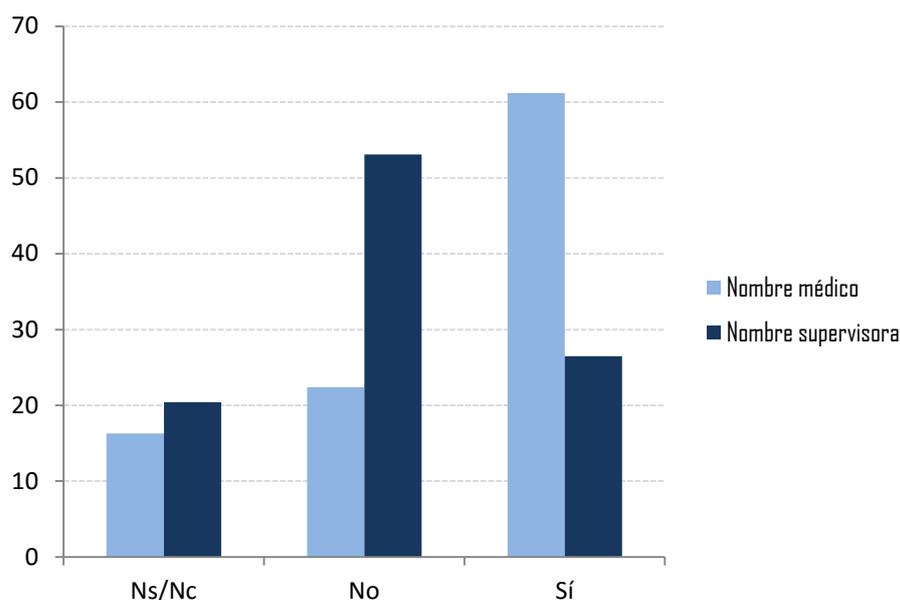
**5.3.2.9 Preguntas 10 y 11: “¿Conoció el nombre del médico que le atendía habitualmente durante su estancia en la unidad? ¿Conoció el nombre de la enfermera supervisora de la Unidad de Cuidados intermedios en la que estuvo ingresado?”**

Los pacientes preguntados en estos dos aspectos, ofrecen respuestas diferentes. Los pacientes supieron con mayor frecuencia el nombre del médico que el nombre de la supervisora de enfermería (un 61,2% frente a un 26,5% respectivamente). Un 22,4% dijeron que no se identificó el médico que les atendió y un 53% contestó que la supervisora de la unidad no se identificó durante su ingreso en la unidad.

Destacan un 16,3% que no aportan datos acerca de si el médico se identificó y, en el mismo sentido, un 20,4% sobre la identificación de la supervisora de la unidad también contestaron Ns/Nc (ver Tabla 37 y Gráfica 29).

**Tabla 37. Nombre del médico y de la supervisora de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios.**

	NOMBRE MÉDICO		NOMBRE SUPERVISORA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Ns/Nc	8	16,3	10	20,4
No	11	22,4	26	53,1
Sí	30	61,2	13	26,5
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



**Gráfica 29. Nombre del médico y de la supervisora de enfermería de la Unidad de Cuidados Intermedios.**

#### 5.3.2.10 Pregunta 12: “En general, ¿considera que el personal que le trató se identificó correctamente?”

Se intenta valorar con esta pregunta el grado de acreditación del personal que atendió a los pacientes encuestados. En este aspecto, un 71,4% reflejaron en sus respuestas que el personal sí se identificó correctamente y un 18,4% que no lo hicieron. Un 10,2% no aportó información en este sentido contestando el ítem Ns/Nc (ver Tabla 38 y Gráfica 30).

**Tabla 38. Identificación correcta de profesionales.**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Ns/Nc</b>	5	10,2
<b>No</b>	9	18,4
<b>Sí</b>	35	71,4
<b>Total</b>	49	100



**Gráfica 30. Identificación correcta de profesionales.**

Esta valoración de la correcta identificación del profesional o profesionales que atendieron a los pacientes, presenta un gran componente asociativo con la pregunta número 11 (¿“Conoció el nombre del médico que le atendía habitualmente durante su estancia en la unidad”?).

#### **5.3.2.11 Preguntas 13 y 14: “En relación al personal sanitario que lo atendió en el hospital, valore en relación al personal médico y de enfermería:”**

Con las siguientes preguntas se quiso precisar la valoración que los pacientes percibieron en cuanto a cuatro aspectos sobre los profesionales sanitarios (médicos y enfermería):

- Confianza y seguridad ofrecidas
- Amabilidad o cortesía
- Preparación, conocimientos y competencia técnica.
- Trato personalizado ofrecido.

##### *5.3.2.11.1 Preguntas 13.1 y 14.1: “Confianza y seguridad transmitida por médicos y enfermería”*

La percepción de la confianza y seguridad transmitida por el personal médico muestra que un 2% de los pacientes lo valoran como mucho peor de lo que esperaban y peor de lo que esperaban respectivamente. Como se lo esperaban lo percibieron un 44,9%. Mejor de lo que esperaban y mucho mejor de lo que esperaban contestaron un 40,8% y un 8,2% respectivamente. No aportaron ninguna información contestando Ns/Nc un 2%.

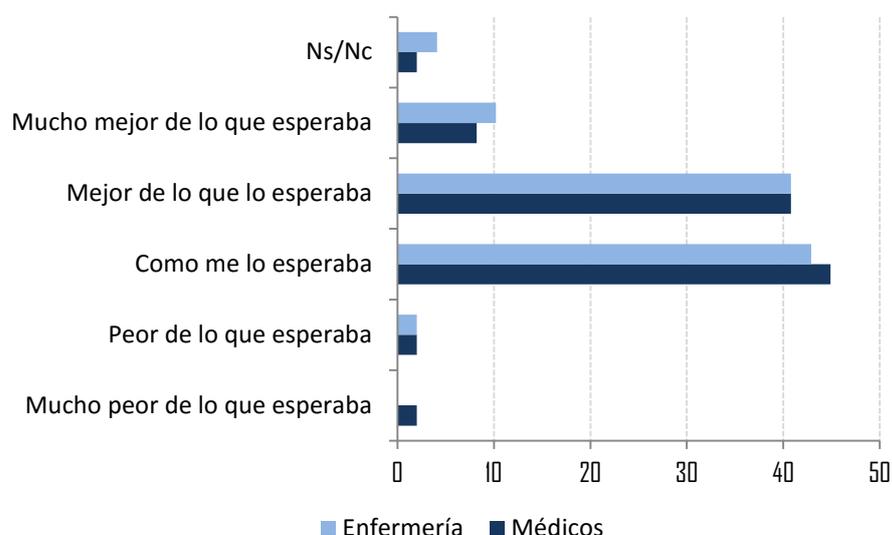
En cuanto a la valoración que hacen los pacientes de la confianza y seguridad transmitidas por el personal de enfermería los resultados obtenidos de la pregunta ofrecen resultados similares a cuando son preguntados por el personal médico, destacando que ningún paciente opinó que

la confianza y seguridad transmitida por el personal de enfermería fuera mucho peor de lo que esperaba y que un 4,1% no ofreció opinión ninguna al respecto.

En la siguiente Tabla 39 y Gráfica 31 se muestran los resultados obtenidos de estas dos preguntas.

**Tabla 39. Confianza y seguridad transmitidas.**

	MEDICO		ENFERMERÍA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Mucho peor de lo que esperaba</b>	1	2,0	0	0
<b>Peor de lo que esperaba</b>	1	2,0	1	2,0
<b>Como me lo esperaba</b>	22	44,9	21	42,9
<b>Mejor de lo que me esperaba</b>	20	40,8	20	40,8
<b>Mucho mejor de lo que esperaba</b>	4	8,2	5	10,2
<b>Ns/Nc</b>	1	2,0	2	4,1
<b>Total</b>	49	100	49	100



**Gráfica 31. Confianza y seguridad transmitidas.**

#### 5.3.2.11.2 Preguntas 13.2 y 14.2: "Amabilidad y cortesía de médicos y enfermería"

En este aspecto referente a la amabilidad y cortesía con la que se dirigían tanto el personal médico como el de enfermería a los pacientes, estos lo percibieron de la siguiente manera:

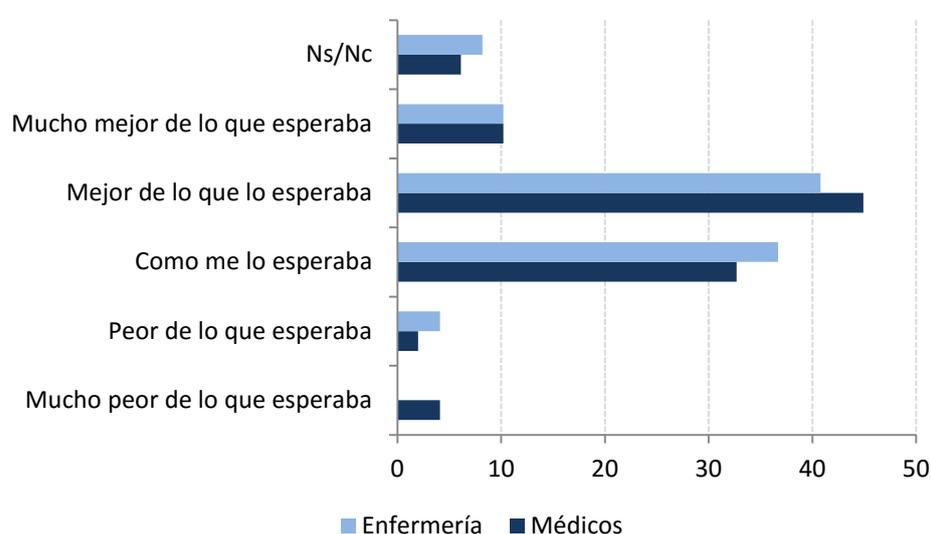
Un 6,1% valora o percibe por debajo de lo esperado la amabilidad y la cortesía con la que fueron tratados por el personal médico. Así mismo un 55,1% lo valoraron como mejor que lo esperado y un 32,7% fueron tratados con la amabilidad y cortesía esperables en una Unidad de las características de la Unidad de Cuidados Intermedios. Un 6,1% no se manifestaron en este sentido.

Respecto a la amabilidad y cortesía recibida por el personal de enfermería percibida en un 36,7% se correspondió con la esperada, en un 4,1% peor que la esperada y en un 51% mejor de lo esperado. Destaca un porcentaje del 8,2% que no aportaron ninguna valoración al contestar el ítem Ns/Nc. En la siguiente Tabla 40 y Gráfica 32 se reflejan dichos resultados.

**Tabla 40. Amabilidad y cortesía.**

	MEDICO		ENFERMERÍA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	2	4,1	0	0
Peor de lo que esperaba	1	2,0	2	4,1

Como me lo esperaba	16	32,7	18	36,7
Mejor de lo que lo esperaba	22	44,9	20	40,8
Mucho mejor de lo que esperaba	5	10,2	5	10,2
Ns/Nc	3	6,1	4	8,2
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



**Gráfica 32. Amabilidad y cortesía.**

#### 5.3.2.11.3 Preguntas 13.3 y 14.3: "Preparación y capacitación de médicos y enfermería"

Se trata de conocer el grado de percepción de los pacientes sobre los conocimientos técnicos y competencia profesional de, tanto el personal médico como el de enfermería que les atendió en la Unidad de Cuidados Intermedios.

Los resultados reflejan que, un 46,9% tienen la percepción de que el personal médico tiene conocimientos y capacitación por encima de lo que esperaban. Respecto al personal de enfermería lo valoraron de la misma manera un 44,9%.

Destaca que un 14,3% no aporta información cuando se les pregunta por la capacitación y conocimientos del personal de enfermería.

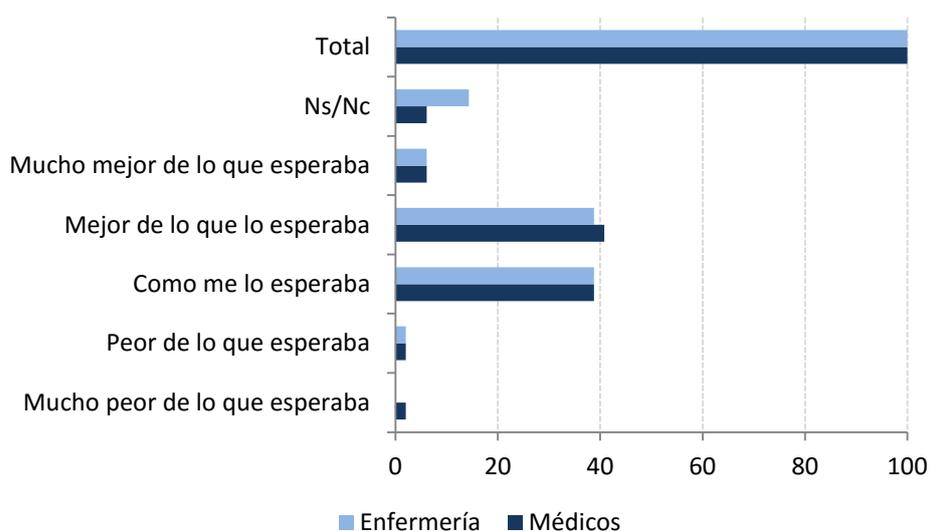
Capacitación y conocimientos lo encuentran adecuado un 38,8% de los pacientes, tanto del personal médico como el de enfermería.

Solo un 4% y un 2% perciben que ese grado de conocimientos técnicos y capacitación fueron peores de lo esperado en el caso de personal médico y de enfermería respectivamente.

A continuación se muestran estos resultados en la Tabla 41 y la Gráfica 33.

**Tabla 41. Conocimientos y capacitación.**

	MÉDICOS		ENFERMERÍA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	1	2,0	0	0
Peor de lo que esperaba	1	2,0	1	2,0
Como me lo esperaba	19	38,8	19	38,8
Mejor de lo que lo esperaba	20	40,8	19	38,8
Mucho mejor de lo que esperaba	3	6,1	3	6,1
Ns/Nc	3	6,1	7	14,3
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



**Gráfica 33. Conocimientos y capacitación.**

5.3.2.11.4 Preguntas 13.4 y 14.4: “Trato personalizado ofrecido por médico y enfermería”

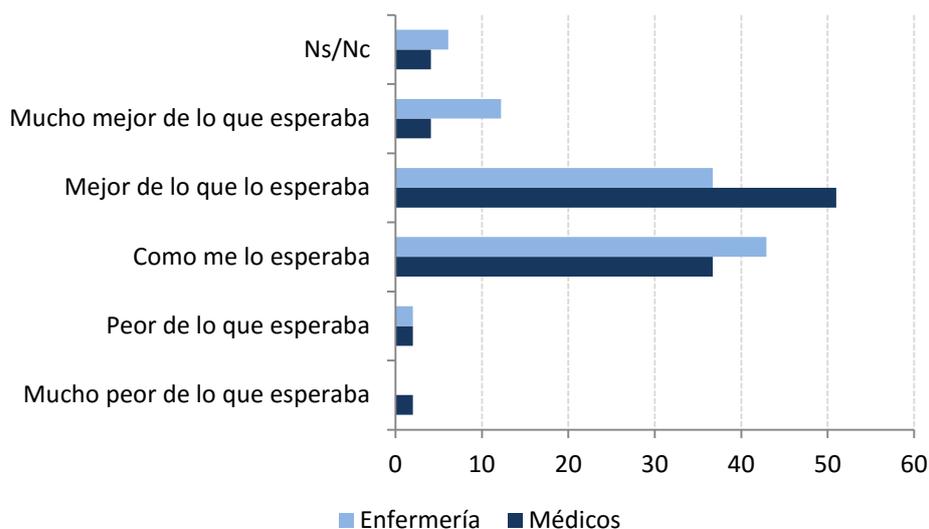
Se analiza el trato recibido por parte del personal médico y de enfermería. En este sentido los pacientes percibieron que fueron tratados personalmente mejor de lo que esperaban en un 55,1% en el caso de los médicos y en un 48,9% en el caso de enfermería. Así mismo, recibieron el trato esperado en un 36,7% en el caso de los médicos y en un 42,9% cuando fueron preguntados por el personal de enfermería. El trato fue peor de lo que esperaban fue percibido en el 4% cuando se preguntó por el personal médico y en un 2% cuando se valoraba el personal de enfermería en este aspecto.

No aportaron datos al efecto sobre el trato recibido por los médicos y enfermería en un 4,1% y en un 6,1% respectivamente.

Se pueden observar los resultados en la Tabla 42 y la Gráfica 34.

**Tabla 42. Trato personalizado.**

	MÉDICOS		ENFERMERÍA	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Mucho peor de lo que esperaba	1	2,0	0	0
Peor de lo que esperaba	1	2,0	1	2,0
Como me lo esperaba	18	36,7	21	42,9
Mejor de lo que lo esperaba	25	51,0	18	36,7
Mucho mejor de lo que esperaba	2	4,1	6	12,2
Ns/Nc	2	4,1	3	6,1
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>



Gráfica 34. Trato personalizado.

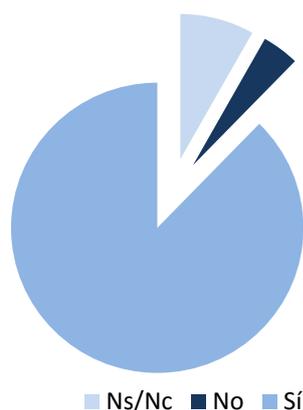
### 5.3.2.12 Pregunta 15: “Dada su experiencia, ¿recomendaría este hospital a otras personas?”

Se formula esta pregunta con el objetivo de obtener una estimación de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios de forma general recogiendo su opinión en cuanto a si recomendaría este hospital a otras personas.

El resultado plasma lo siguiente: Un 8,2% no aporta su opinión. La mayoría (un 87,8%) recomendarían este hospital. Solo un 4,1% no lo haría (ver Tabla 43 y Gráfica 35).

Tabla 43. Recomendación hospital.

	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
<b>Ns/Nc</b>	4	8,2
<b>No</b>	2	4,1
<b>Sí</b>	43	87,8
<b>Total</b>	49	100



Gráfica 35. Recomendación hospital.

**5.3.2.13 Pregunta 16: “Para terminar nos gustaría conocer su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en dicha unidad del hospital. Valórela por favor utilizando una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho”**

El nivel de satisfacción que los pacientes perciben de su paso por la Unidad de Cuidados Intermedios del hospital Sierrallana se valora en esta pregunta número 16. El nivel mínimo de satisfacción reflejado en la encuesta fue 1, de lo que se desprende que ningún paciente quedó insatisfecho completamente con la atención recibida. La satisfacción media fue de 8,73. Este resultado refleja que la satisfacción de los pacientes en cuanto a la atención recibida de forma global es bastante buena (ver Tabla 44).

**Tabla 44. Satisfacción Global cuidados sanitarios.**

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	SATISFACCIÓN GLOBAL
Media	8,73
Mediana	9,50
Desviación típica	1,807
Mínimo	1
Máximo	10
Percentiles 25	8,00
50	9,50
75	10,00

**5.3.2.14 Pregunta 17: “Si en un futuro necesitase ingresar en un hospital (por problema similar), y pudiera elegir centro, ¿le gustaría volver al mismo? Puntúe de 0 a 10, donde 0 es nunca y 10 es siempre volvería”**

Para valorar de nuevo el nivel de satisfacción general con la estancia de estos pacientes en la Unidad de Cuidados intermedios del hospital, se pregunta sobre la intención de volver al hospital en caso de precisararlo.

De los resultados obtenidos de esta pregunta, se desprende que la mayoría (la media es de 8,72) volvería a ingresar en el hospital tras su paso por esta unidad si precisase (ver Tabla 45).

**Tabla 45. Volver al centro.**

ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS	VOLVER AL CENTRO
Media	8,72
Mediana	10,00
Desviación típica	1,964
Mínimo	1
Máximo	10
Percentil 25	8,00
50	10,00
75	10,00

**5.3.3 Comparación de encuestas**

Se comparan la encuesta de satisfacción realizada a los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios con la encuesta realizada a los pacientes atendidos en unidades de hospitalización también del Hospital Sierrallana que realizó el Servicio Cántabro de Salud en el año 2006.

Se hacen las comparaciones en las preguntas que fueron realizadas en ambas encuestas (Anexo VIII. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. y Anexo IX. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de una Unidad de Hospitalización Convencional del Hospital Sierrallana..

Para ello se sigue el mismo esquema que en el análisis de resultados de la encuesta de satisfacción de los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios: en primer lugar, comparación de resultados dentro del bloque de la encuesta dirigido al análisis de las

características sociodemográficas de la población y, en segundo lugar, comparación del resto de preguntas dirigidas a captar el grado de satisfacción de los pacientes en los diversos aspectos que contiene la encuesta.

### 5.3.3.1 Características sociodemográficas

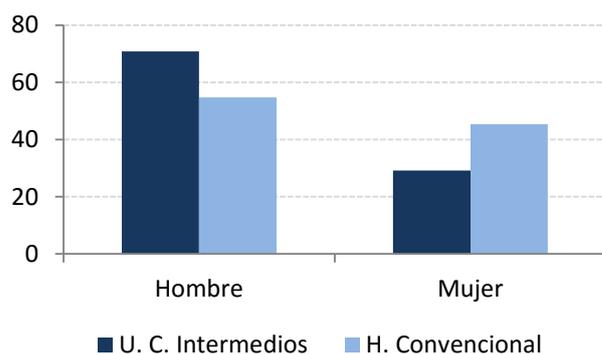
#### 5.3.3.1.1 Sexo de los pacientes/unidad de hospitalización

Se relacionan dos variables, por un lado el sexo y por otro el tipo de hospitalización. Se trata de saber si la variable sexo (varón y mujer) está asociada al tipo de hospitalización (Unidad de Cuidados Intermedios o Unidad de hospitalización convencional).

Al realizar un análisis bivariado, comparando el sexo del paciente según el tipo de hospitalización: Unidad de Cuidados Intermedios (n=48) y Hospitalización convencional (n=307) se observa una diferencia estadísticamente significativa mediante  $\chi^2$  ( $p= 0,036$ ;  $p<0,05$ ), con lo que se puede decir que ambas variables están asociadas y que el sexo masculino era el predominante en ambos casos ( $p<0,001$ ) (ver Tabla 46 y Gráfica 36).

**Tabla 46. Sexo del paciente/Tipo de hospitalización.**

	Unidad Cuidados Intermedios (n=48) n (%)	Hospitalización convencional (n=307) n (%)	P (Test de Chi-Cuadrado)
<b>Hombre</b>	34 (70,8%)	168 (54,7%)	<b>0,036</b>
<b>Mujer</b>	14 (29,2%)	139 (45%)	



**Gráfica 36. Sexo del paciente/Tipo de hospitalización.**

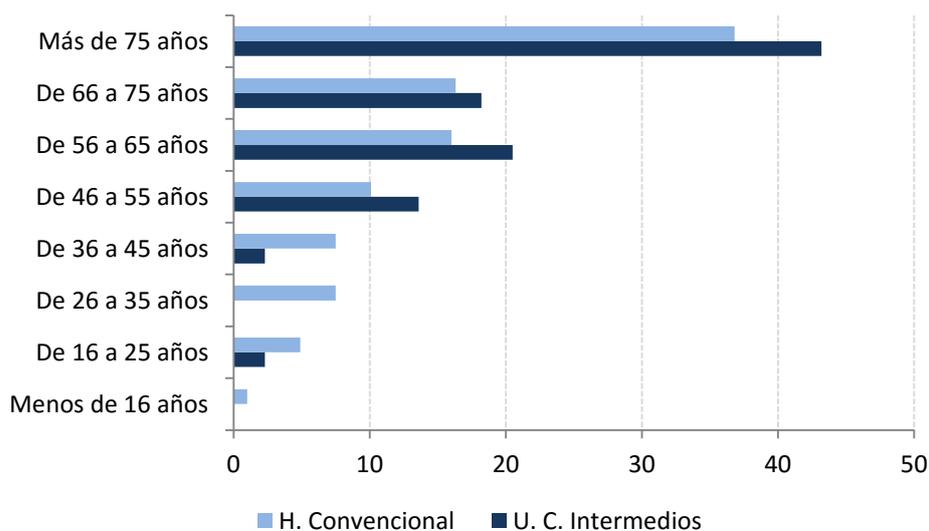
#### 5.3.3.1.2 Edad del paciente/unidad de hospitalización

Se analiza la asociación entre las variables: edad del paciente y el tipo de hospitalización. Aplicando el test estadístico Prueba de Mann-Whitney se obtiene una  $p=0,110$  ( $p>0,05$ ) con lo que se puede aceptar que no hay asociación entre las variables y que las diferencias entre las

dos muestras se deben al azar. En ambos casos (Unidad de Cuidados Intermedios y Hospitalización Convencional), más de la mitad de los pacientes atendidos tenían más de 65 años (ver Tabla 47 y Gráfica 37).

**Tabla 47. Edad del paciente/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
<b>Menos de 16 años</b>	0 (0%)	3 (1%)	
<b>De 16 a 25 años</b>	1 (2,3%)	15 (4,9%)	
<b>De 26 a 35 años</b>	0 (0%)	23 (7,5%)	
<b>De 36 a 45 años</b>	1 (2,3%)	23 (7,5%)	
<b>De 46 a 55 años</b>	6 (13,6%)	31 (10,1%)	<b>0,110</b>
<b>De 56 a 65 años</b>	9 (20,5%)	49 (16,0%)	
<b>De 66 a 75 años</b>	8 (18,2%)	50 (16,3%)	
<b>Más de 75 años</b>	19 (43,2%)	113 (36,8%)	



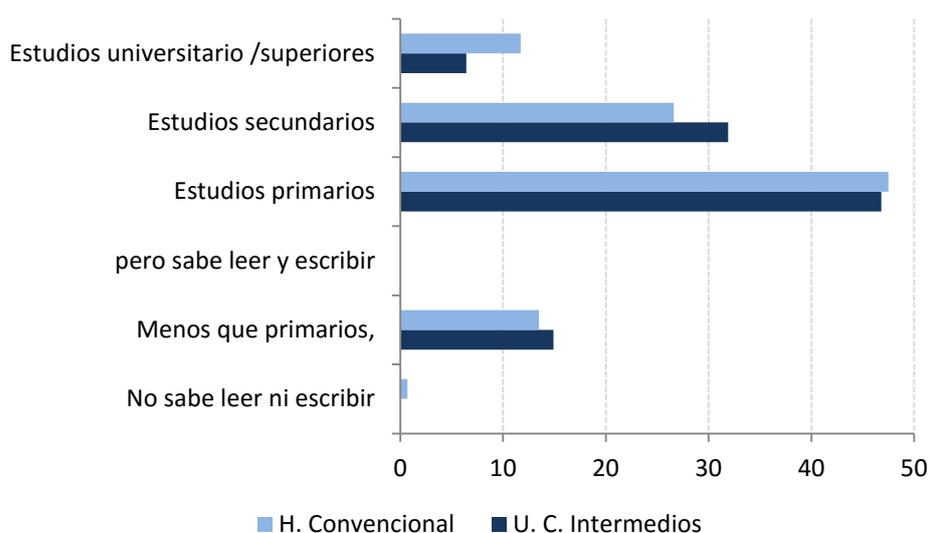
**Gráfica 37. Edad del paciente/tipo de hospitalización.**

5.3.3.1.3 Estudios del paciente/Tipo de hospitalización

Se estudia la asociación entre las variables: estudios del paciente y el tipo de hospitalización, aplicando el test estadístico Prueba de Mann-Withney se obtiene que la asociación no es estadísticamente significativa ( $p>0.05$ ) aceptando que no hay asociación entre las dos variables. En ambos casos, se puede apreciar que predominan los pacientes con estudios primarios (ver Tabla 48 y Gráfica 38).

**Tabla 48. Estudios del paciente / Tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
No sabe leer ni escribir	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
Menos que primarios, pero sabe leer y escribir	7 (14,9%)	38 (13,5%)	
Estudios primarios	22 (46,8%)	134 (47,5%)	<b>0,780</b>
Estudios secundarios	15 (31,9%)	75 (26,6%)	
Estudios universitarios/superiores	3 (6,4%)	33 (1,7%)	



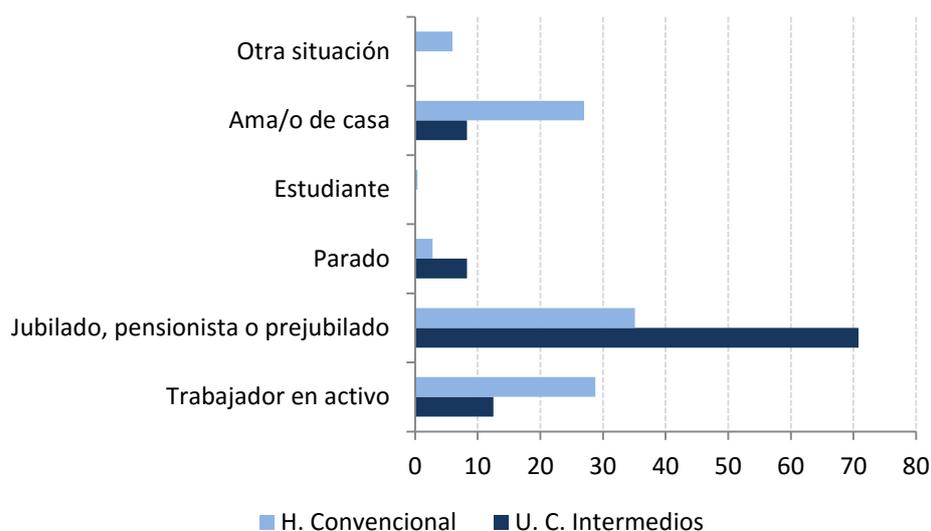
**Gráfica 38. Estudios del paciente / Tipo de hospitalización.**

5.3.3.1.4 Situación laboral del paciente / Tipo de hospitalización

Se analiza la relación entre las variables situación laboral del paciente y el tipo de hospitalización y el valor p de significación estadística es  $>0,05$ , debiéndose aceptar que ambas variables no están relacionadas. Se observa un mayor porcentaje en ambos tipos de hospitalización de situación de inactividad (jubilado, pensionista o prejubilado) (ver Tabla 49 y Gráfica 39).

Tabla 49. Estudios del paciente / tipo de hospitalización.

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Trabajador en activo	6 (12,5%)	82 (28,8%)	<b>0,449</b>
Jubilado, pensionista o prejubilado	34 (70,8%)	100 (35,1%)	
Parado	4 (8,3%)	8 (2,8%)	
Estudiante	0 (0,0%)	1 (0,4%)	
Ama/o de casa	4 (8,3%)	77 (27,0%)	
Otra situación	0 (0,0%)	17 (6,0%)	



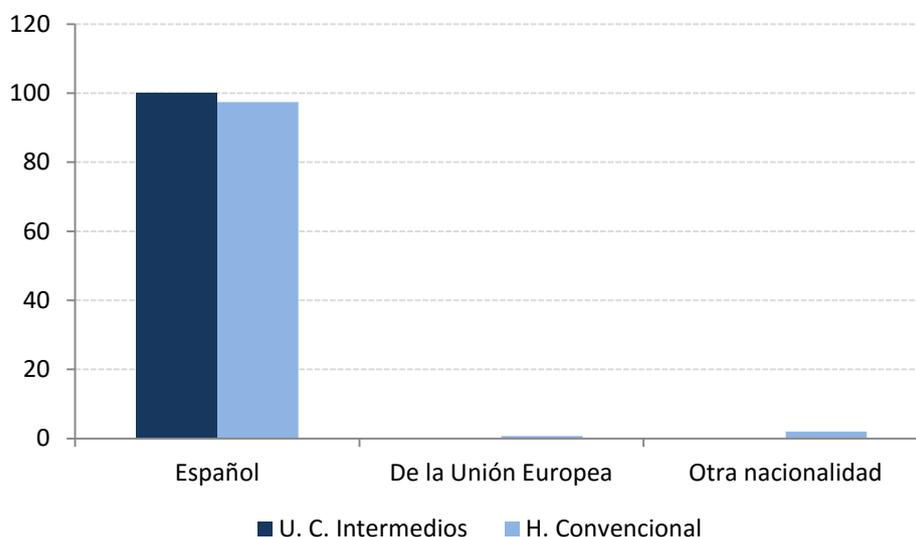
Gráfica 39. Estudios del paciente / tipo de hospitalización.

### 5.3.3.1.5 Nacionalidad del paciente/tipo de hospitalización

Cuando se trata de relacionar estas dos variables, al aplicar el test estadístico correspondiente (Mann-Withney), se observa un valor de  $p > 0,05$  teniendo que aceptar la hipótesis de que las diferencias entre las dos poblaciones son debidas al azar. Se trata de dos poblaciones iguales cuyas diferencias solo podrían ser debidas al azar. No hay asociación entre las dos variables, por lo tanto se puede admitir que el tipo de estudios de los pacientes no establece diferencias en el tipo de hospitalización que sufren los pacientes. En ambas poblaciones la mayoría son pacientes con nacionalidad española (ver Tabla 50 y Gráfica 40).

**Tabla 50. Nacionalidad del paciente/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Español	48 (100%)	299 (97,4%)	
Unión Europea	0 (0,0%)	2 (0,7%)	<b>0,259</b>
Otra nacionalidad	0 (0,0%)	6 (2%)	



**Gráfica 40. Nacionalidad del paciente/tipo de hospitalización.**

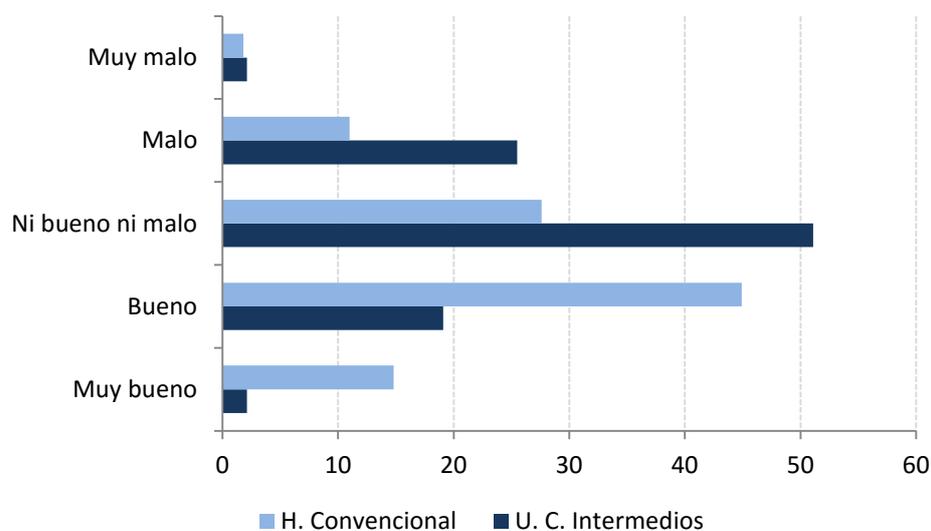
### 5.3.3.1.6 Estado de salud del paciente/tipo de hospitalización

Al querer estudiar la hipótesis de que el estado de salud de los pacientes influye en el tipo de hospitalización que se les aplica a los pacientes, se observa que sí que esto es así, ya que aplicando la Prueba de Mann-Withney, se obtiene un valor de  $p < 0,05$ , con lo que se puede

afirmar que ambas poblaciones difieren en función del estado de salud. Estas dos variables, por lo tanto, sí están relacionadas y los pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios se consideran a sí mismos con un estado de salud peor que los hospitalizados en una unidad de hospitalización convencional (ver Tabla 51 y Gráfica 41).

**Tabla 51. Estado de salud de los pacientes/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (prueba de Mann-Whitney)
Muy bueno	1 (2,1%)	42 (14,8%)	
Bueno	9 (19,1%)	127 (44,9%)	
Ni bueno ni malo	24 (51,1%)	78 (27,6%)	<0,001
Malo	12 (25,5%)	31 (11,0%)	
Muy malo	1 (2,1%)	5 (1,8%)	



**Gráfica 41. Estado de salud de los pacientes/tipo de hospitalización.**

### 5.3.3.2 Explotación cuantitativa de la información

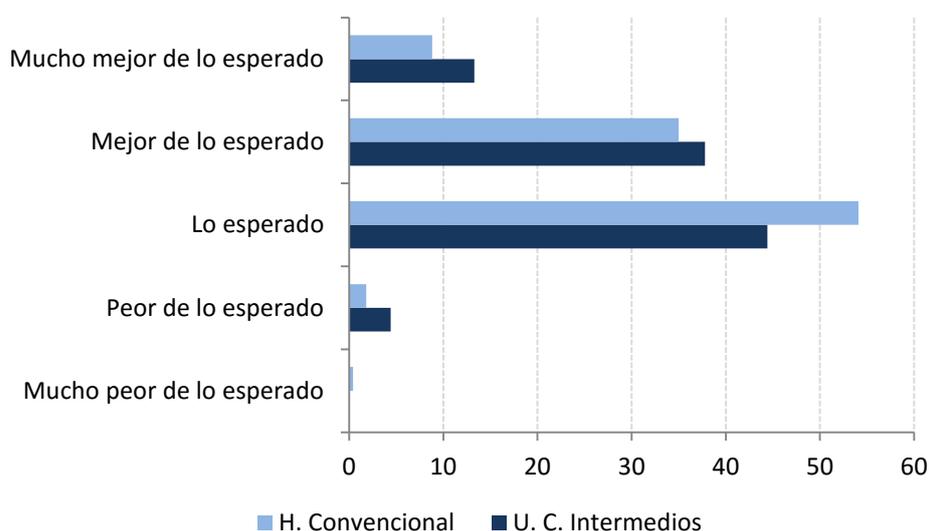
5.3.3.2.1 *Pregunta 3: "En primer lugar queremos conocer su opinión sobre una serie de aspectos concretos del Hospital. Indique su grado de satisfacción con los siguientes aspectos:"*

5.3.3.2.1.1 **Pregunta 3.1: "Su sensación sobre la tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y los tratamientos"**

Al tratar de estudiar si la variable percepción sobre la tecnología influye en el tipo de hospitalización de los pacientes, se observa que ambas variables no están relacionadas con lo que se puede aceptar que todas las diferencias entre las dos muestras pueden ser debidas al azar ya que el valor obtenido de p al aplicar el test de Mann-Whitney es  $>0,05$  (ver Tabla 52 y Gráfica 42).

**Tabla 52. Percepción tecnológica/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho mejor de lo esperado	0 (0,0%)	1 (0,4%)	<b>0,390</b>
Peor de lo esperado	2 (4,4%)	5 (1,8%)	
Lo esperado	20 (44,4%)	153 (54,1%)	
Mejor de lo esperado	17 (37,8%)	99 (35,0%)	
Mucho mejor de lo esperado	6 (13,3%)	25 (8,8%)	



**Gráfica 42. Percepción tecnológica/tipo de hospitalización.**

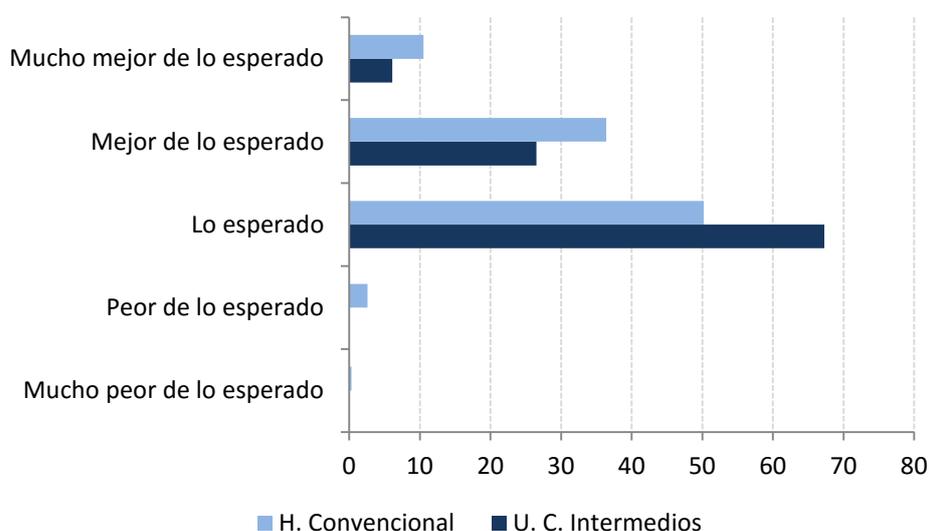
#### 5.3.3.2.1.2 Pregunta 3.2: “La apariencia (limpieza y uniforme) del personal”

Al estudiar el grado de asociación entre las variables percepción de la apariencia del personal y el tipo de hospitalización, el resultado al aplicar el test Mann-Whitney es un valor de  $p >0,05$

por lo que se puede aceptar que ambas variables no están relacionadas y que las diferencias entre ambas poblaciones pueden ser debidas al azar (ver Tabla 53 y Gráfica 43).

**Tabla 53. Apariencia del personal/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Mucho mejor de lo esperado	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
Peor de lo esperado	0 (0,0%)	8 (2,6%)	
Lo esperado	33 (67,3%)	153 (50,2%)	<b>0,110</b>
Mejor de lo esperado	13 (26,5%)	111 (36,4%)	
Mucho mejor de lo esperado	3 (6,1%)	32 (10,5%)	



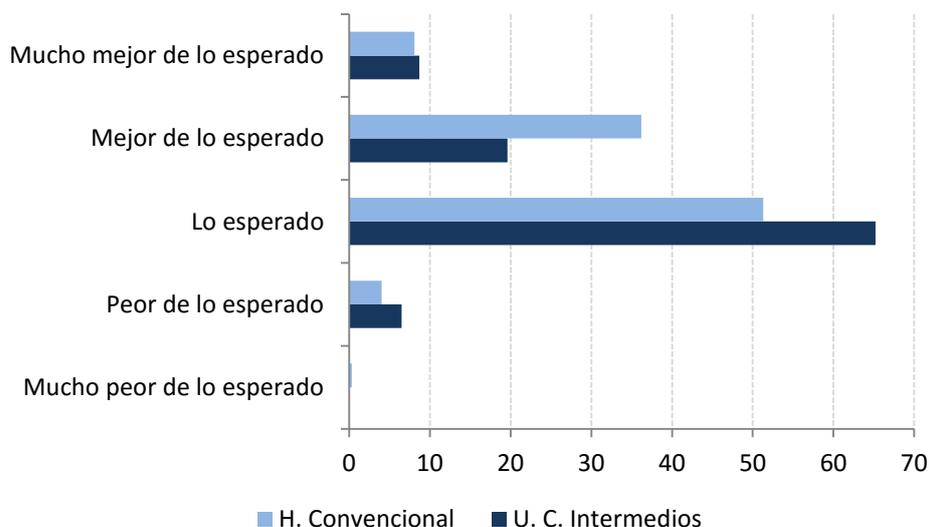
**Gráfica 43. Apariencia del personal/tipo de hospitalización.**

### 5.3.3.2.1.3 Pregunta 3.3: “Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir dentro del hospital”

Tratando de saber si estas dos variables están relacionadas (percepción señalización dentro del hospital y tipo de hospitalización), se observa que, al aplicar el test estadístico, no hay significación estadística al obtener un valor  $p > 0,05$ . Por lo tanto se puede decir que ambas variables no están asociadas y que las diferencias entre ambas poblaciones pueden ser debidas al azar (ver Tabla 54 y Gráfica 44).

**Tabla 54. Percepción señalización dentro del hospital/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho mejor de lo esperado	0 (0,0%)	1 (0,3%)	
Peor de lo esperado	3 (6,5%)	12 (4,0%)	
Lo esperado	30 (65,2%)	153 (51,3%)	<b>0,070</b>
Mejor de lo esperado	9 (19,6%)	108 (36,2%)	
Mucho mejor de lo esperado	4 (8,7%)	24 (8,1%)	



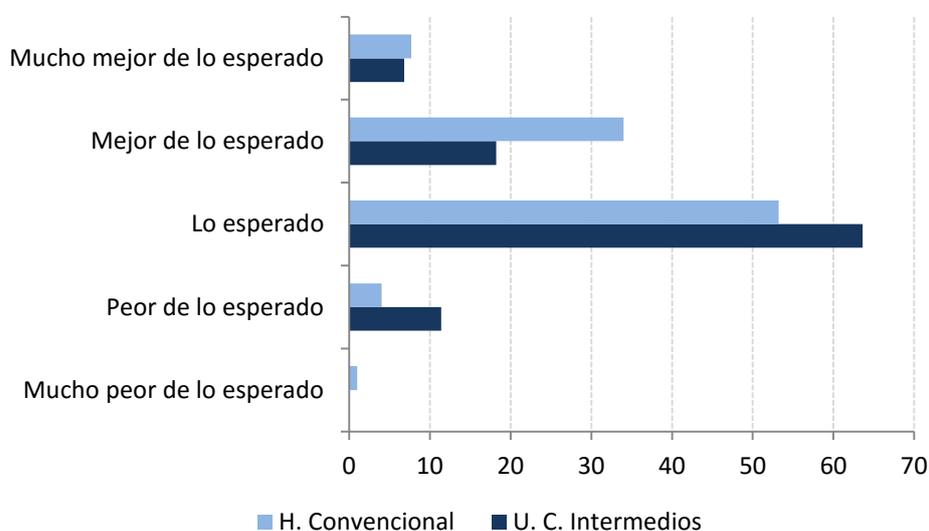
**Gráfica 44. Percepción señalización dentro del hospital/tipo de hospitalización.**

#### 5.3.3.2.1.4 Pregunta 3.4: "La facilidad para llegar al hospital"

Se trata de relacionar la variable percepción de la facilidad con que los pacientes llegan al hospital y el tipo de hospitalización encontrando relación entre ambas variables al obtener una  $p < 0,05$ . Se puede decir en este caso, que las diferencias entre ambas poblaciones son significativas, que no son debidas al azar y que, por lo tanto, ambas variables están asociadas (ver Tabla 55 y Gráfica 45).

Tabla 55. Percepción facilidad para llegar al hospital/tipo de hospitalización.

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho mejor de lo esperado	0 (0,0%)	3 (1,0%)	
Peor de lo esperado	5 (11%)	12 (4,0%)	
Lo esperado	28 (63,6%)	158 (53,2%)	<b>0,027</b>
Mejor de lo esperado	8 (18,2%)	101 (34,0%)	
Mucho mejor de lo esperado	3 (6,8%)	23 (7,7%)	



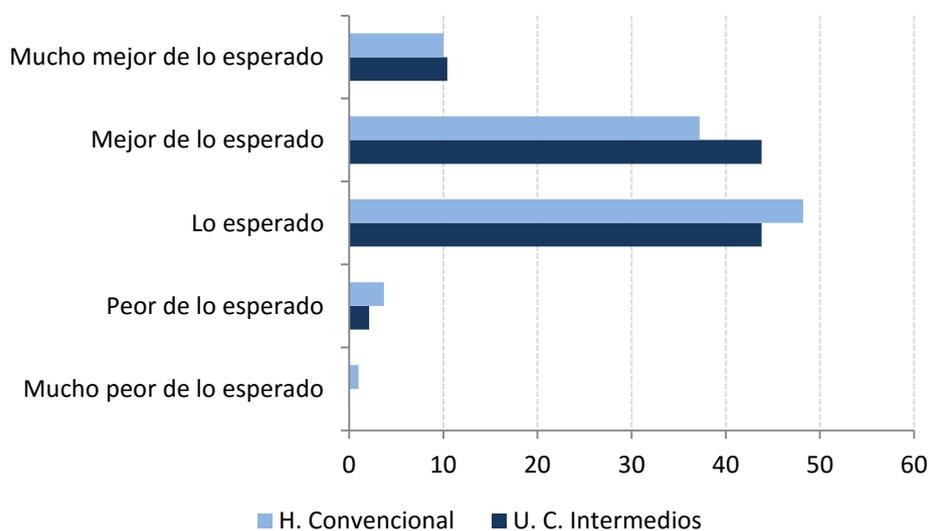
Gráfica 45. Percepción facilidad para llegar al hospital/tipo de hospitalización.

### 5.3.3.2.1.5 Pregunta 3.5: “La información proporcionada por los médicos”

Cuando se estudia si las variables percepción de la información recibida por los médicos y el tipo de hospitalización están relacionadas o no, al aplicar el test estadístico Prueba de Mann-Whitney se comprueba que dicha relación no es estadísticamente significativa al obtener una  $p > 0,05$ . Se puede admitir entonces que estas variables no están asociadas y que las diferencias encontradas se pueden deber al azar (ver Tabla 56 y Gráfica 46).

**Tabla 56. Percepción de la información recibida por los médicos/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Mucho mejor de lo esperado	0 (0,0%)	3 (1,0%)	
Peor de lo esperado	1 (2,1%)	11 (3,7%)	
Lo esperado	21 (43,8%)	145 (48,2%)	<b>0,358</b>
Mejor de lo esperado	21 (43,8%)	112 (37,2%)	
Mucho mejor de lo esperado	5 (10,4%)	30 (10,0%)	



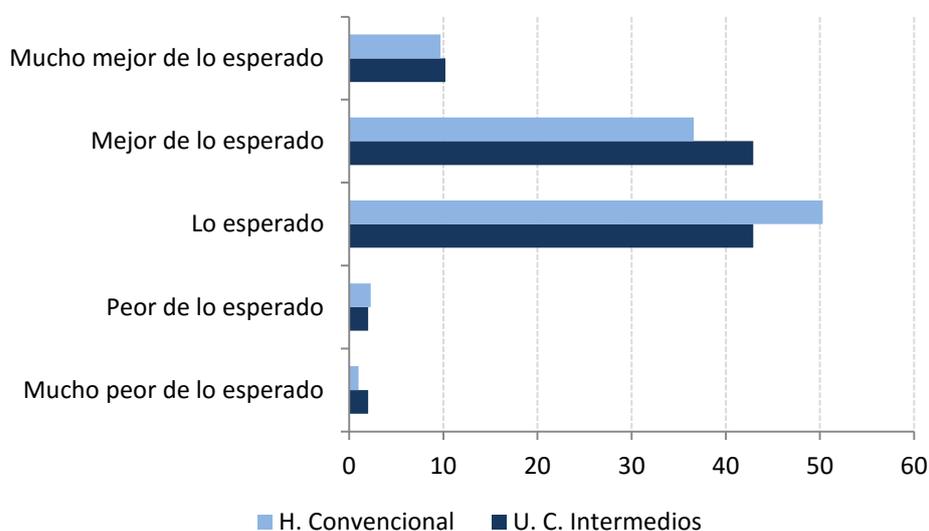
**Gráfica 46. Percepción de la información recibida por los médicos/tipo de hospitalización.**

#### 5.3.3.2.1.6 Pregunta 3.6: “La información recibida por enfermería”

Se estudia la relación entre las variables percepción de la información recibida por enfermería y el tipo de hospitalización. Se obtiene una  $p > 0,05$  por lo que se puede admitir que no son variables asociadas y las diferencias entre ambas poblaciones pueden ser debidas al azar (ver Tabla 57 y Gráfica 47).

**Tabla 57. Información proporcionada por enfermería/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho mejor de lo esperado	1 (2,0%)	3 (1,0%)	
Peor de lo esperado	1 (2,0%)	7 (2,3%)	
Lo esperado	21 (42,9%)	150 (50,3%)	<b>0,484</b>
Mejor de lo esperado	21 (42,9%)	109 (36,6%)	
Mucho mejor de lo esperado	5 (10,2%)	29 (9,7%)	



**Gráfica 47. Información proporcionada por enfermería/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.2 *Pregunta 4: “De nuevo, volvemos a hablar de una serie de aspectos concretos sobre el hospital para que usted indique su grado de satisfacción”*

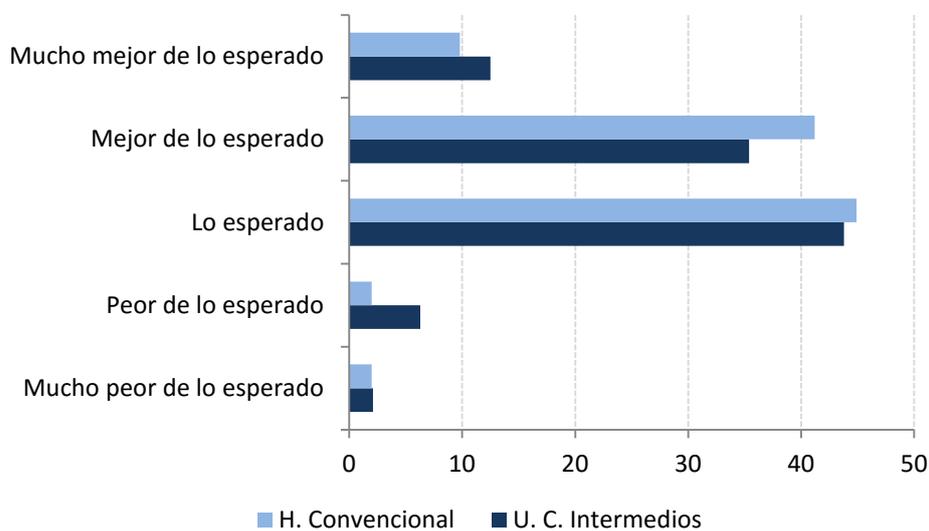
**5.3.3.2.2.1 Pregunta 4.1: “La rapidez con la que consigue lo que necesita”**

Se estudia el grado de asociación entre las variables percepción de la rapidez con la que el paciente consigue lo que necesita y el tipo de hospitalización reflejándose en el resultado que

no existe asociación entre ambas variables dado que al aplicar la Prueba de Mann-Withney se obtiene una  $p > 0,05$  (ver Tabla 58 y Gráfica 48).

**Tabla 58. Percepción rapidez de consecución/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Mucho mejor de lo esperado	1 (2,1%)	6 (2,0%)	
Peor de lo esperado	3 (6,3%)	6 (2,0%)	
Lo esperado	21 (43,8%)	133 (44,9%)	<b>0,689</b>
Mejor de lo esperado	17 (35,4%)	122 (41,2%)	
Mucho mejor de lo esperado	6 (12,5%)	29 (9,8%)	



**Gráfica 48. Percepción rapidez de consecución/tipo de hospitalización.**

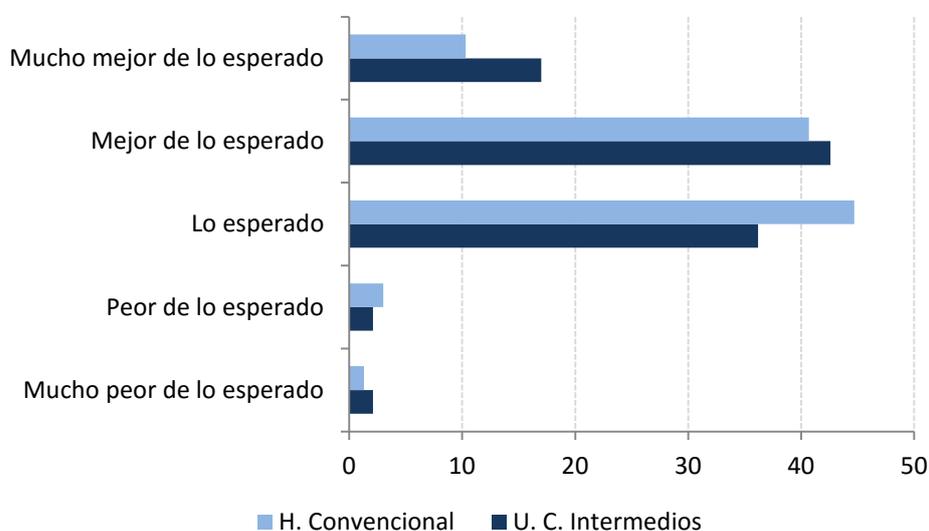
#### 5.3.3.2.2 Pregunta 4.2: “La disposición del personal para que le ayude cuando lo necesite”

Al estudiar la relación entre las variables percepción de la disposición de ayuda ofrecida a los pacientes y el tipo de hospitalización se obtiene tras la aplicación del test estadístico correspondiente (Prueba de Mann-Withney) una  $p > 0,05$  con lo que se puede aceptar la

hipótesis de que las diferencias que se pueden encontrar entre ambas poblaciones es probablemente debido al azar (ver Tabla 59 y Gráfica 49).

**Tabla 59. Rapidez de consecución/Tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
<b>Mucho mejor de lo esperado</b>	1 (2,1%)	4 (1,3%)	
<b>Peor de lo esperado</b>	1 (2,1%)	9 (3,0%)	
<b>Lo esperado</b>	17 (36,2%)	134 (44,7%)	<b>0,199</b>
<b>Mejor de lo esperado</b>	29 (42,6%)	122 (40,7%)	
<b>Mucho mejor de lo esperado</b>	8 (17,0%)	31 (10,3%)	



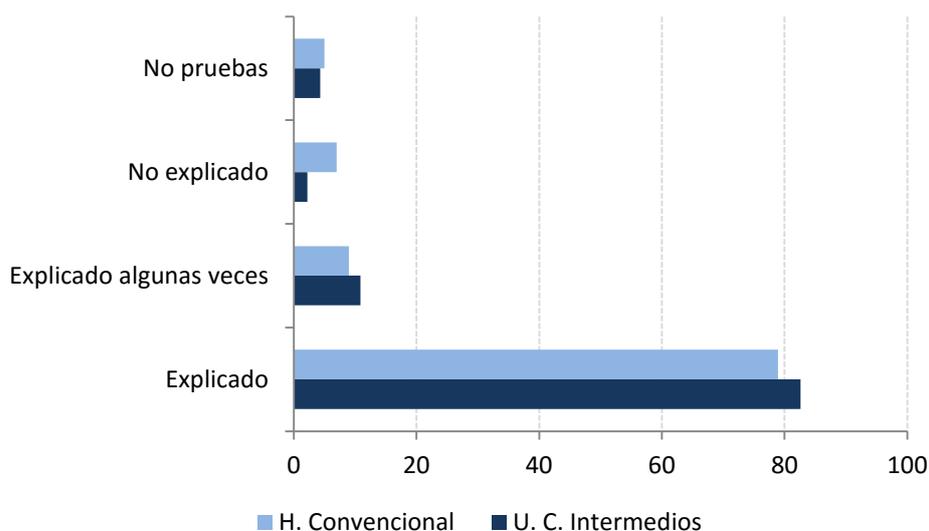
**Gráfica 49. Rapidez de consecución/Tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.3 *Pregunta 5: "Durante su estancia en la unidad, cuando le realizaron pruebas, ¿le explicaron en qué consistían?"*

En este caso se estudia la posible relación entre las variables percepción de explicación de pruebas realizadas a los pacientes y el tipo de hospitalización que, resulta al aplicar la Prueba de Mann-Withney una  $p > 0,05$ , con lo que se puede aceptar que son dos variables que no están asociadas y que, por tanto, las diferencias pueden deberse al azar (ver Tabla 60 y Gráfica 50).

Tabla 60. Explicación pruebas/tipo de hospitalización.

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n(%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Prueba de Mann-Withney)
Explicado	38 (82,6%)	236 (78,9%)	
Explicado algunas veces	5 (10,9%)	27 (9,0%)	0,515
No explicado	1 (2,2%)	21 (7,0%)	
No realización de pruebas	2 (4,3%)	15 (5,0%)	



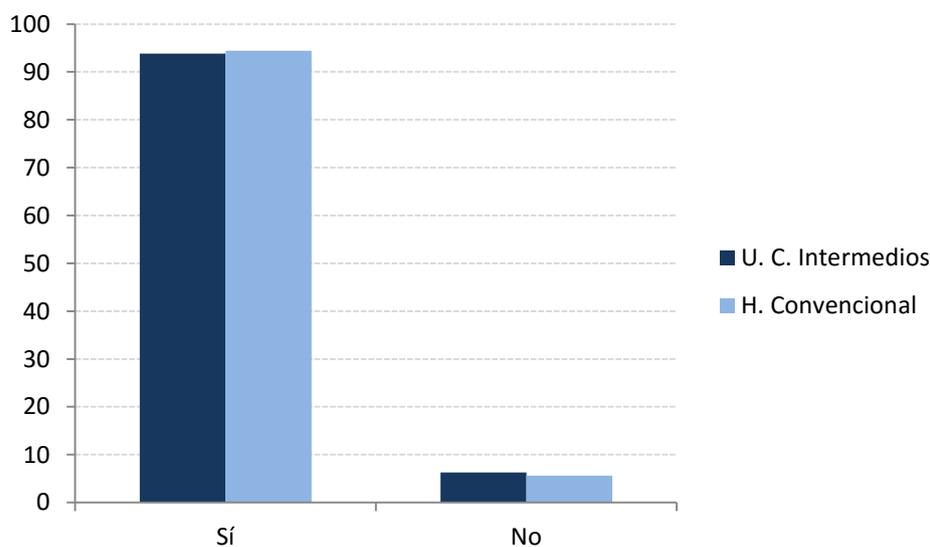
Gráfica 50. Explicación pruebas/tipo de hospitalización.

5.3.3.2.4 Pregunta 6: "También bajo su punto de vista, ¿cree que ha recibido información suficiente relativa a su estado de salud?"

Al preguntarnos si la variable percepción del grado de información recibida sobre el estado de salud del paciente influye sobre el tipo de hospitalización, se puede aceptar que son dos variables que no están asociadas y que las diferencias entre las dos muestras se deben al azar, dado que se obtiene una  $p > 0,05$  aplicando el Test de Chi-cuadrado ( $X^2$ ) ya que la variable de asociación es cualitativa y nominal (ver Tabla 61 y Gráfica 51).

**Tabla 61. Información sobre estado de salud/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	45 (93,8%)	284 (94,4%)	<b>0,868</b>
<b>No</b>	3 (6,3%)	17 (5,6%)	



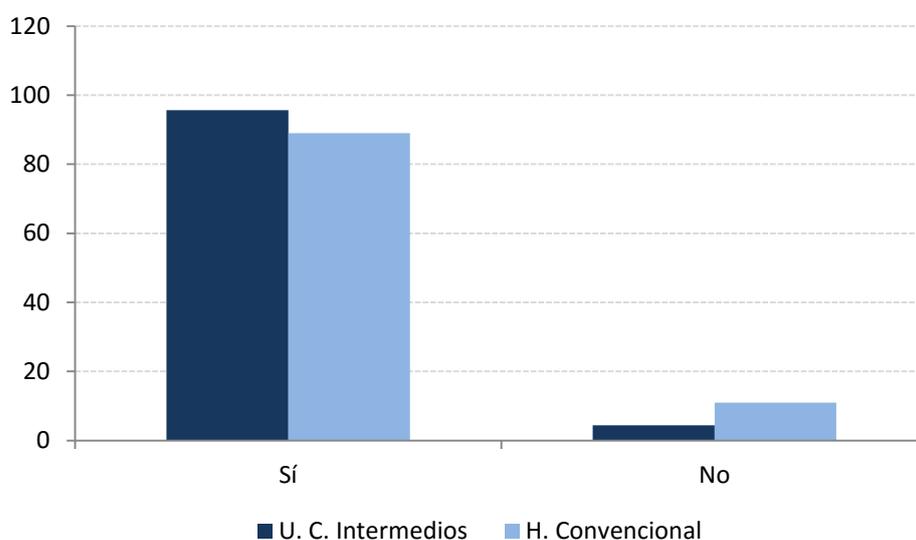
**Gráfica 51. Información sobre estado de salud/tipo de hospitalización.**

**5.3.3.2.5 Pregunta 7: “Durante su ingreso, ¿a sus familiares o acompañantes sobre el lugar y horario de información clínica?”**

Para estudiar si hay relación entre las variables tipo de hospitalización y la percepción del grado de información a familiares en el aspecto sobre lugar y horarios de información, se aplica el test estadístico  $\chi^2$  obteniéndose una  $p > 0,05$  con lo que se puede aceptar que no hay diferencias significativas, entonces se rechaza la hipótesis de que haya relación entre ambas variables (ver Tabla 62 y Gráfica 52).

**Tabla 62. Información familiares/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	43 (95,6%)	286 (89,0%)	<b>0,173</b>
<b>No</b>	2 (4,4%)	33 (11,0%)	



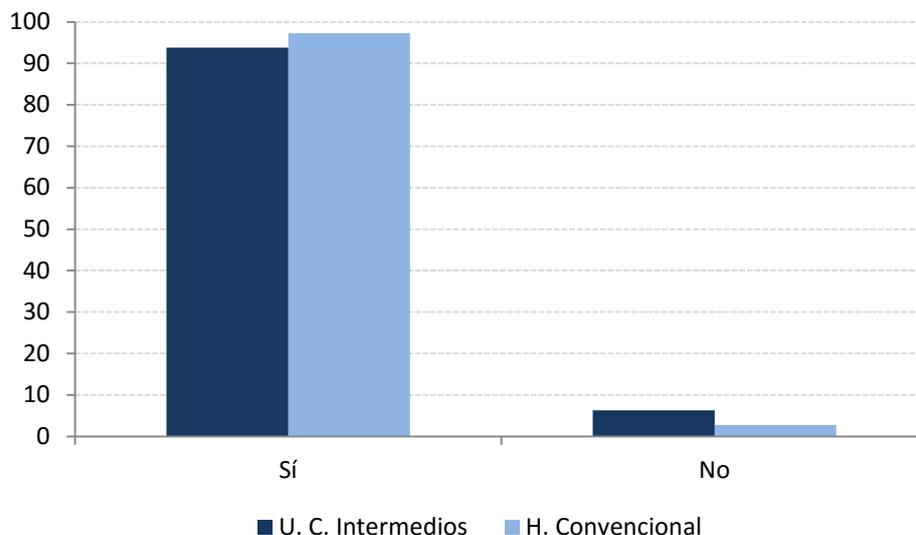
**Gráfica 52. Información familiares/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.6 *Pregunta 8: “Cuando le dieron el alta, ¿le dieron informe médico?”*

En este caso se estudia si hay relación entre variable recepción de informe médico y el tipo de hospitalización resultando no haber relación entre ambas y pudiendo aceptar la hipótesis de que las diferencias se deben al azar ya que el resultado del nivel de significación p es >0,05 como se muestra en la tabla (ver Tabla 63 y Gráfica 53).

**Tabla 63. Informe médico/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	45 (93,8%)	292 (97,3%)	<b>0,188</b>
<b>No</b>	3 (6,3%)	8 (2,7%)	



**Gráfica 53. Informe médico/tipo de hospitalización.**

**5.3.3.2.7 Pregunta 9: “Cuándo le dieron el alta, ¿le entregaron informe de enfermería?”**

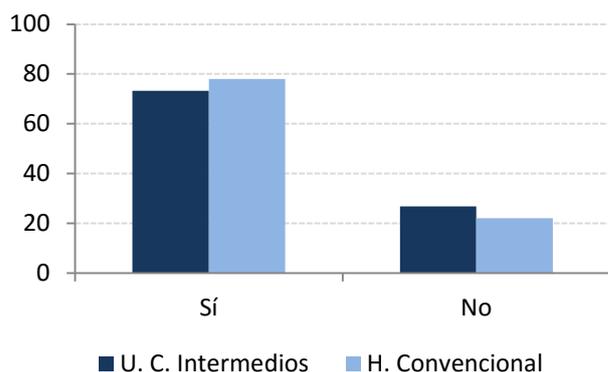
Esta pregunta queda eliminada ya que no se entrega dicho informe en la Unidad de Cuidados Intermedios.

**5.3.3.2.8 Pregunta 10: “¿Conoció el nombre del médico que le atendía habitualmente durante su estancia en el hospital?”**

En cuanto a la relación entre las variables conocer el nombre del médico y el tipo de hospitalización se aprecia, tras aplicar el test  $X^2$ , que tampoco existe relación entre ambas al obtener una  $p > 0,05$ . Las diferencias se deberán al azar (ver Tabla 64 y Gráfica 54).

**Tabla 64. Nombre del médico/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	30 (73,2%)	234 (78,0%)	<b>0,488</b>
<b>No</b>	11 (26,8%)	66 (22,0%)	



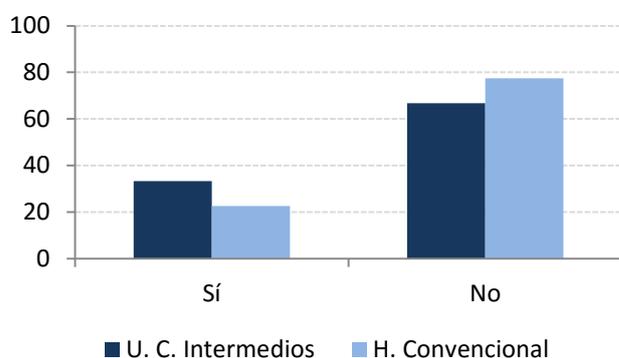
**Gráfica 54. Nombre del médico/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.9 *Pregunta 11: “¿Conoció el nombre de la enfermera/o supervisora/o de la Unidad de Cuidados Intermedios/hospitalización en la que estuvo ingresado?”*

Se estudia la relación entre la variable conocimiento del nombre del/la enfermera/o supervisor/a de la unidad y el tipo de hospitalización. Se aplica el test  $X^2$  obteniendo un nivel de significación  $p > 0,05$  con lo que no se puede aceptar la hipótesis de que ambas variables son variables asociadas (ver Tabla 65 y Gráfica 55).

**Tabla 65. Nombre supervisor/a / tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	13 (33,3%)	66 (22,6%)	<b>0,140</b>
<b>No</b>	26 (66,7%)	226 (77,4%)	



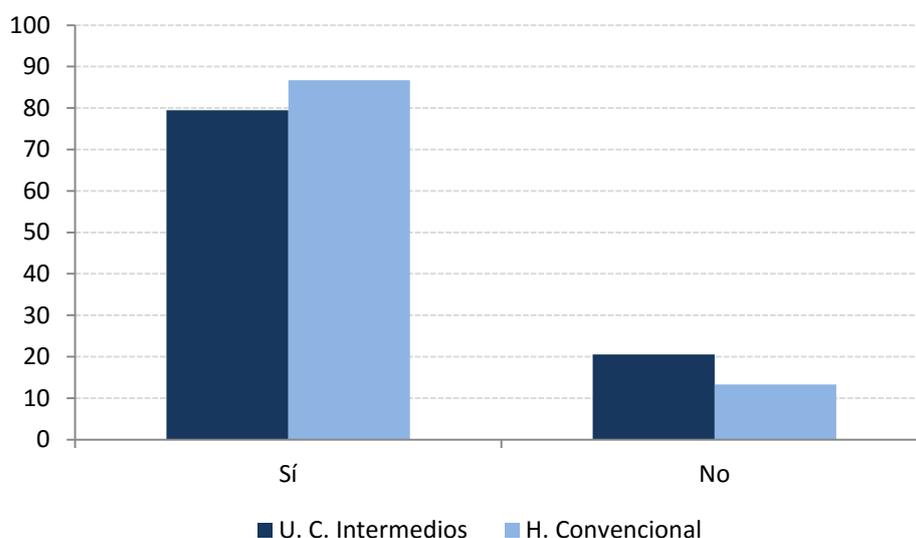
**Gráfica 55. . Nombre supervisor/a / tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.10 *Pregunta 12: “En general, ¿considera que el personal que le atendió se identificó correctamente?”*

Se estudia si la variable percepción de identificación correcta del personal que atendió a los pacientes está relacionada con la variable tipo de hospitalización, objetivándose tras el resultado obtenido al aplicar el test  $\chi^2$  ( $p > 0,05$ ) que ambas variables no están asociadas y que por lo tanto las diferencias que se pueden encontrar son debidas al azar (ver Tabla 66 y Gráfica 56).

**Tabla 66. Identificación correcta/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307) n (%)	P (Test de Chi-cuadrado)
<b>Sí</b>	35 (79,5%)	241 (86,7%)	<b>0,208</b>
<b>No</b>	9 (20,5%)	37 (13,3%)	



**Gráfica 56. Identificación correcta/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.11 *Preguntas 13: “En relación al personal sanitario que lo atendió en el hospital, valore en relación al personal médico:”*

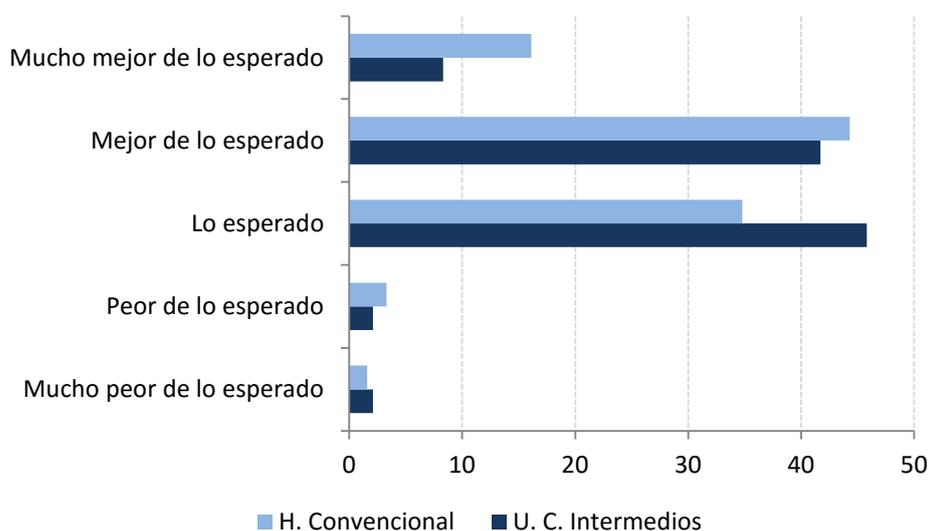
**5.3.3.2.11.1 Pregunta 13.1: “Confianza y seguridad transmitida por los médicos”**

El grado de percepción sobre la seguridad y confianza transmitidas por el médico al paciente se estudia si está relacionado con la variable tipo de hospitalización resultando al aplicar el test

de Mann-Withney que se debe rechazar la hipótesis que afirma que ambas variables están asociadas, ya que se obtiene un nivel de significación  $p > 0,05$  (ver Tabla 67 y Gráfica 57).

**Tabla 67. Confianza y seguridad transmitida por los médicos/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann- Withney)
Mucho peor de lo esperado	1 (2,1%)	5 (1,6%)	
Peor de lo esperado	1 (2,1%)	10 (3,3%)	
Lo esperado	22 (45,8%)	106 (34,8%)	<b>0,132</b>
Mejor de lo esperado	20 (41,7%)	135 (44,3%)	
Mucho peor de lo esperado	4 (8,3%)	49 (16,1%)	



**Gráfica 57. Confianza y seguridad transmitida por los médicos/tipo de hospitalización.**

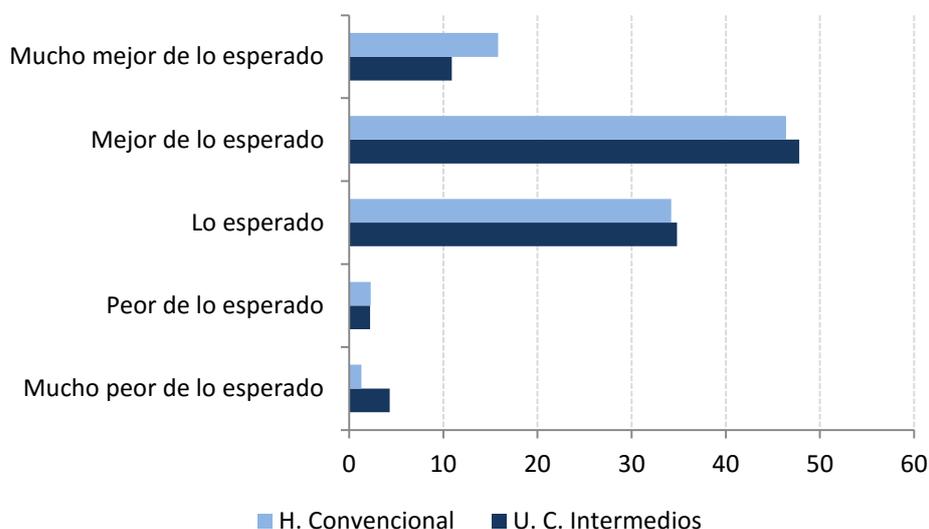
### 5.3.3.2.11.2 Pregunta 13.2: "Amabilidad o cortesía de los médicos"

Se quiere saber si la variable percepción que los pacientes aprecian sobre la confianza y seguridad transmitida por los médicos está relacionada con el tipo de hospitalización. Tras la aplicación del test estadístico de Mann-Withney se aprecia que ambas variables no están

asociadas ( $p>0,05$ ), debiéndose aceptar que las diferencias que se pueden encontrar serán debidas al azar (ver Tabla 68 y Gráfica 58).

**Tabla 68. Amabilidad-cortesía de los médicos/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho peor de lo esperado	2 (4,3%)	4 (1,3%)	<b>0,406</b>
Peor de lo esperado	1 (2,2%)	7 (2,3%)	
Lo esperado	16 (34,8%)	104 (34,2%)	
Mejor de lo esperado	22 (47,8%)	141 (46,4%)	
Mucho mejor de lo esperado	5 (10,9%)	48 (15,8%)	



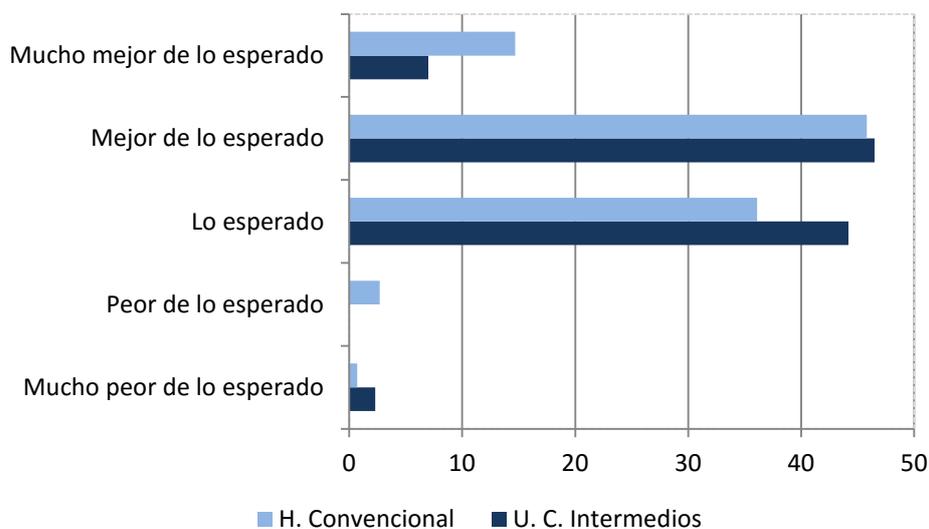
**Gráfica 58. Amabilidad-cortesía de los médicos/tipo de hospitalización.**

### 5.3.3.2.11.3 Pregunta 13.3: "Preparación y capacitación de los médicos"

Se trata en este caso de conocer si la variable percepción de los pacientes sobre la preparación y capacitación de los médicos está relacionada con el tipo de hospitalización resultando una  $p>0,05$  al aplicar la Prueba estadística de Mann-Whitney con lo que no se puede aceptar que estas dos variables estén asociadas (ver Tabla 69 y Gráfica 59).

Tabla 69. Preparación y capacitación médicos/tipo de hospitalización.

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann-Withney)
Mucho peor de lo esperado	1 (2,3%)	2 (0,7%)	
Peor de lo esperado	0 (0,0%)	8 (2,7%)	
Lo esperado	19 (44,2%)	108 (36,1%)	<b>0,244</b>
Mejor de lo esperado	20 (46,5%)	137 (45,8%)	
Mucho mejor de lo esperado	3 (7,0%)	44 (14,7%)	



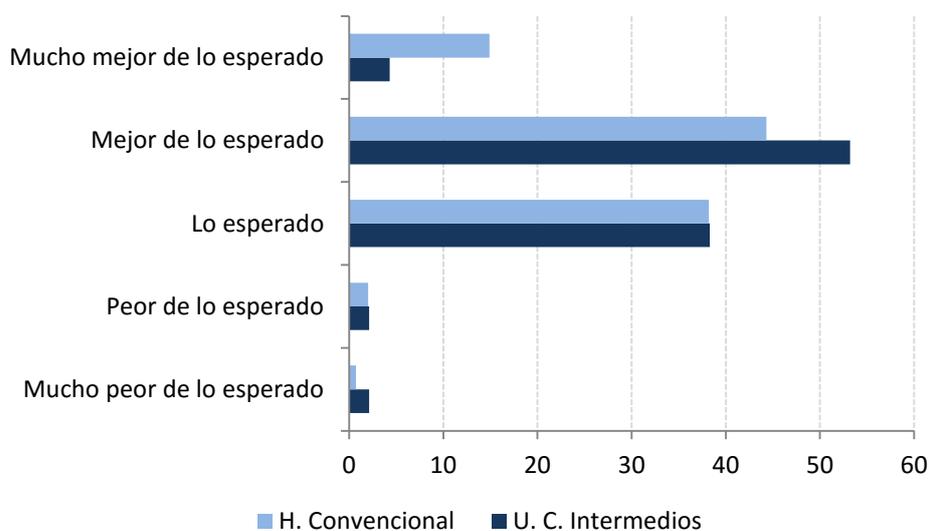
Gráfica 59. Preparación y capacitación médicos/tipo de hospitalización.

#### 5.3.3.2.11.4 Pregunta 13.4: "Trato personalizado ofrecido por los médicos"

Al estudiar mediante la aplicación de la prueba de Mann-Withney si la variable percepción que sobre el trato personalizado recibido por los médicos está relacionada con el tipo de hospitalización, no se puede aceptar la hipótesis de que ambas variables están relacionadas y que las diferencias que se pueden encontrar entre ambas poblaciones son debidas probablemente al azar ya que la p resultante es  $>0,05$  (ver Tabla 70 y Gráfica 60).

**Tabla 70. Trato personalizado médicos/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann-Whitney)
Mucho peor de lo esperado	1 (2,1%)	2 (0,7%)	<b>0,320</b>
Peor de lo esperado	1 (2,1%)	6 (2,0%)	
Lo esperado	18 (38,3%)	113 (38,2%)	
Mejor de lo esperado	25 (53,2%)	131 (44,3%)	
Mucho mejor de lo esperado	2 (4,3%)	44 (14,9%)	



**Gráfica 60. Trato personalizado médicos/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.12 Preguntas 14: "En relación al personal sanitario que lo atendió en el hospital, valore en relación al personal de enfermería:"

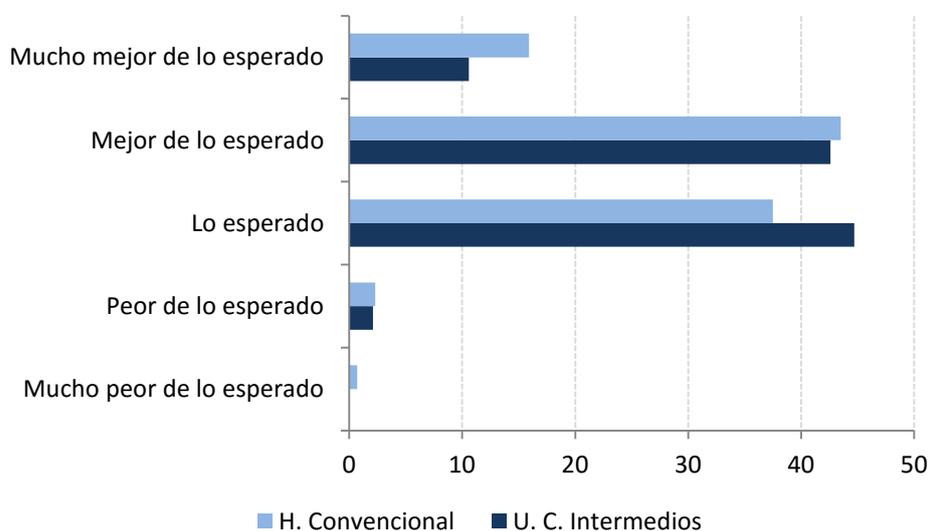
**5.3.3.2.12.1 Pregunta 14.1: "Confianza y seguridad transmitidas por el personal de enfermería"**

Se trata de saber si la variable percepción de la confianza y seguridad transmitida por el personal de enfermería está relacionada con el tipo de hospitalización. Se aplica la Prueba

estadística de Mann-Withney. Y al obtenerse un nivel de significación  $p > 0,05$  se puede decir que ambas variables no están asociadas. Se trata pues de dos poblaciones iguales cuyas posibles diferencias encontradas serán debidas al azar (ver Tabla 71 y Gráfica 61).

**Tabla 71. Confianza y seguridad transmitidas por enfermería/ tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann- Withney)
<b>Mucho peor de lo esperado</b>	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
<b>Peor de lo esperado</b>	1 (2,1%)	7 (2,3%)	
<b>Lo esperado</b>	21 (44,6%)	113 (37,5%)	<b>0,348</b>
<b>Mejor de lo esperado</b>	20 (42,6%)	131 (43,5%)	
<b>Mucho mejor de lo esperado</b>	5 (10,6%)	48 (15,9%)	



**Gráfica 61. Confianza y seguridad transmitidas por enfermería/ tipo de hospitalización.**

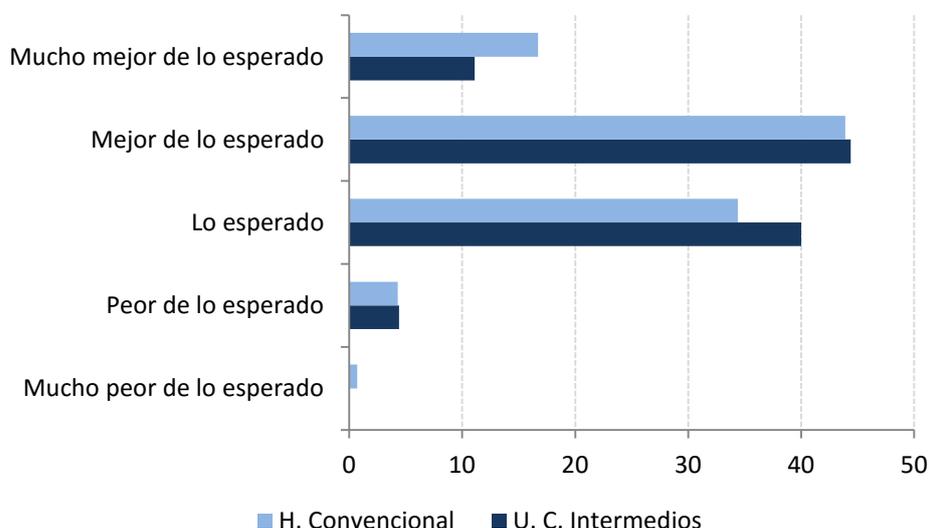
#### 5.3.3.2.12.2 Pregunta 14.2: "Amabilidad o cortesía de enfermería"

Tratamos de saber si la variable percepción del paciente de la amabilidad o cortesía recibidas por parte del personal de enfermería está relacionada con el tipo de hospitalización del paciente, observándose, al aplicar la Prueba de Mann-Withney y obtener un nivel de

significación  $p > 0,05$ , que no se puede aceptar que ambas variables están relacionadas si no que se debe rechazar dicha hipótesis y aceptar que cualquier diferencia que se encuentre entre ambas poblaciones serán debidas a azar (ver Tabla 72 y Gráfica 62).

**Tabla 72. Amabilidad-cortesía de enfermería/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann- Withney)
<b>Mucho peor de lo esperado</b>	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
<b>Peor de lo esperado</b>	2 (4,4%)	13 (4,3%)	
<b>Lo esperado</b>	18 (40,0%)	105 (34,4%)	<b>0,403</b>
<b>Mejor de lo esperado</b>	20 (44,4%)	134 (43,9%)	
<b>Mucho mejor de lo esperado</b>	5 (11,1%)	51 (16,7%)	



**Gráfica 62. Amabilidad-cortesía de enfermería/tipo de hospitalización.**

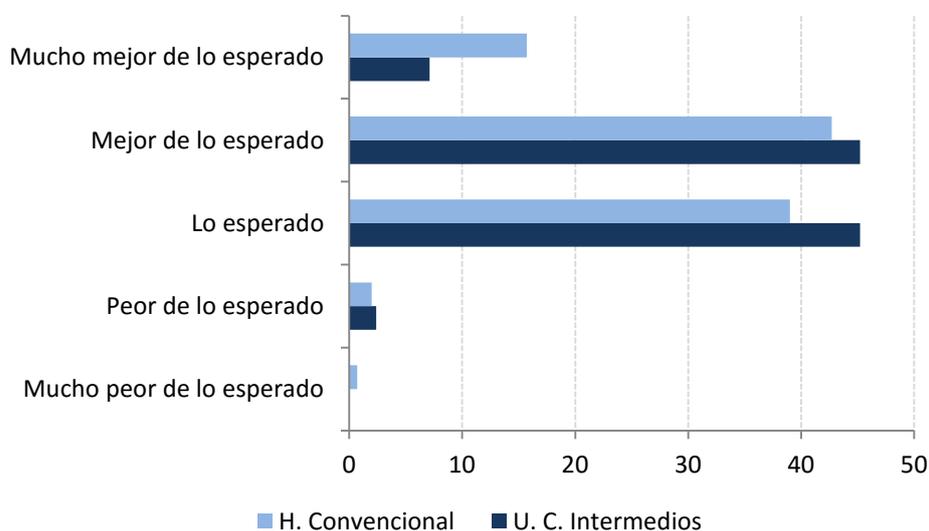
### 5.3.3.2.12.3 Pregunta 14.3: "Preparación y capacitación de enfermería"

Se quiere saber si la variable percepción del grado de preparación y capacitación del personal de enfermería está relacionada con la variable tipo de hospitalización. Se aplica el test o prueba de Mann-Withney resultando un nivel de significación  $p > 0,05$ . Este resultado indica

que se debe aceptar que estas dos variables no están asociadas y por lo tanto también las diferencias que se puedan encontrar entre ambas poblaciones serán debidas al azar (ver Tabla 73 y Gráfica 63).

**Tabla 73. Preparación y capacitación de enfermería/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann-Withney)
Mucho peor de lo esperado	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
Peor de lo esperado	1 (2,4%)	6 (2,0%)	
Lo esperado	19 (45,2%)	117 (39,0%)	<b>0,271</b>
Mejor de lo esperado	19 (45,2%)	128 (42,7%)	
Mucho mejor de lo esperado	3 (7,1%)	47 (15,7%)	



**Gráfica 63. Preparación y capacitación de enfermería/tipo de hospitalización.**

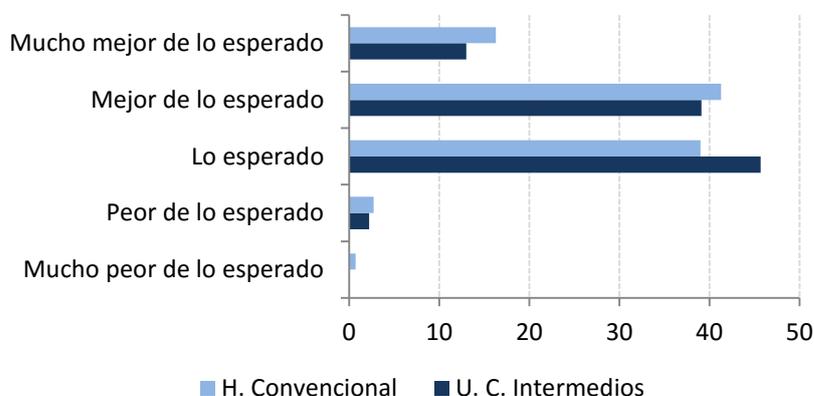
#### 5.3.3.2.12.4 Pregunta 14.4: “Trato personalizado ofrecido por enfermería”

En cuanto a la asociación de la variable percepción del trato recibido por parte del personal de enfermería y el tipo de hospitalización, se puede decir, al aplicar la prueba de Mann-Withney y

comprobar que  $p > 0,05$ , que no son variables asociadas y que cualquier diferencia entre ambas poblaciones se deberá probablemente al azar (ver Tabla 74 y Gráfica 64).

**Tabla 74. Trato personalizado ofrecido por enfermería/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Prueba de Mann- Withney)
Mucho peor de lo esperado	0 (0,0%)	2 (0,7%)	
Peor de lo esperado	1 (2,2%)	8 (2,7%)	
Lo esperado	21 (45,7%)	117 (39,0%)	<b>0,495</b>
Mejor de lo esperado	18 (39,1%)	124 (41,3%)	
Mucho mejor de lo esperado	6 (13,0%)	49 (16,3%)	



**Gráfica 64. Trato personalizado ofrecido por enfermería/tipo de hospitalización.**

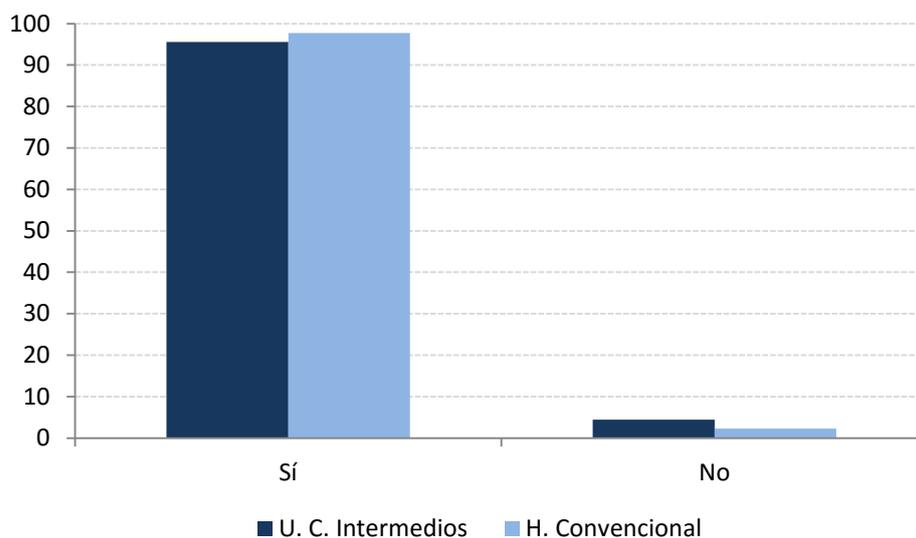
#### 5.3.3.2.13 Pregunta 15: "Dada su experiencia ¿recomendaría este hospital a otras personas?"

Aplicando el test estadístico  $\chi^2$  para averiguar si existe asociación entre las variable opinión acerca de recomendar este hospital y la variable tipo de hospitalización, se obtiene un nivel de significancia  $p > 0,05$  estableciéndose que no se puede aceptar la hipótesis de que son dos variables asociadas. Se trata de dos variables no relacionadas y por lo tanto cualquier

diferencia encontrada en ambas poblaciones probablemente es o será debida al azar, tratándose de dos poblaciones iguales (ver Tabla 75 y Gráfica 65).

**Tabla 75. Recomendación hospital/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS (n=48) n (%)	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL (n=307)	P (Test de X <sup>2</sup> )
<b>Sí</b>	43 (95,6%)	294 (97,7%)	<b>0,405</b>
<b>No</b>	2 (4,4%)	7 (2,3%)	



**Gráfica 65. Recomendación hospital/tipo de hospitalización.**

5.3.3.2.14 *Pregunta 16: "Para terminar nos gustaría conocer su nivel de satisfacción global de los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en dicha unidad del hospital, valórelo por favor utilizando una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho."*

Se aplica el test de Mann-Whitney para tratar de saber si el nivel de satisfacción global respecto a los cuidados sanitarios recibidos está relacionado con el tipo de hospitalización evidenciándose con el resultado de la prueba ( $p > 0,0\%$ ) que no es posible aceptar la relación de estas dos variables y que por tanto se trata de dos poblaciones iguales en las que cualquier diferencia encontrada se tratará probablemente por azar (ver Tabla 76).

**Tabla 76. Nivel de satisfacción global/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	P (Prueba de Mann- Withney)
<b>Nº de encuestados</b>	49	307	
<b>Válidos</b>	48	305	
<b>Perdidos</b>	1	2	
<b>Media</b>	8,73	8,51	
<b>Mediana</b>	9,50	9,00	
<b>Desviación típica</b>	1,807	1,367	<b>0,066</b>
<b>Mínimo</b>	1	3	
<b>Máximo</b>	10	10	
<b>Percentiles 25</b>	8,00	8,00	
<b>50</b>	9,50	9,00	
<b>75</b>	10,00	10,00	

*5.3.3.2.15 Pregunta 17: “Si en un futuro necesitase ingresar en un hospital (por un problema similar) y pudiera elegir centro, ¿le gustaría volver al mismo? Puntúe de 0 a 10.”*

En este caso al estudiar el grado de asociación entre las variables opinión acerca de si volver o no al mismo hospital si el paciente presentase un problema de salud similar y el tipo de hospitalización que al paciente se le aplica, utilizando la prueba de Mann-Withney, se obtiene un nivel de significancia  $p < 0,05$  pudiendo admitirse la hipótesis de que ambas variables están asociadas y que, por tanto, las dos poblaciones difieren (ver Tabla 77).

**Tabla 77. Volver al hospital/tipo de hospitalización.**

	UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	P (Prueba de Mann- Withney)
Nº de encuestados	49	307	
Válidos	47	304	
Perdidos	2	3	
Media	8,72	8,39	
Mediana	10,00	8,00	
Desviación típica	1,964	1,639	<b>0,025</b>
Mínimo	1	0	
Máximo	10	10	
Percentiles 25	8,00	8,00	
50	10,00	8,00	
75	10,00	10,00	

#### 5.4 Estudio de costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.

A continuación, en este apartado, se detallan los datos de costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Urgencias y de la Unidad de Cuidados Intensivos (URCE) aportados por la Unidad de Contabilidad Analítica del Hospital Sierrallana.

Son datos referentes al período de estudio (del 1 de junio de 2006 al 31 de marzo de 2009).

En primer lugar se hace referencia a los costes reales de recursos materiales y humanos propios y estructurales, intermedios y finales de las otras unidades relacionadas del hospital, del periodo de estudio, que se imputaban a los Grupos Funcionales Homogéneos estudiados. Según los datos ofrecidos por la Unidad de Contabilidad Analítica del Hospital Sierrallana los costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana en el período de estudio fueron 5.045.127,22€ (ver Anexo VI. Costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (Período del 1-6-2006 al 31-3-2009).), siendo **el coste por paciente ingresado de 891,99€** (ver Tabla 78).

Así mismo según los datos aportados también por la Unidad de Contabilidad Analítica del Hospital Sierrallana, **los costes de la Unidad de Cuidados Intensivos (URCE) en ese período fueron de 8.424,42€ por paciente** (ver Tabla 78 ).

Tabla 78. Costes UCIM/URCE (01/06/2006 a 31/03/2009).

	UCIM	URCE
Ingresos	5637	823
Peso Medio Case Mix	1,44	5,43
Costes	5.045.127,22€	6.933.304,22€
Coste/paciente ingresado	891,99€	8.424,42€

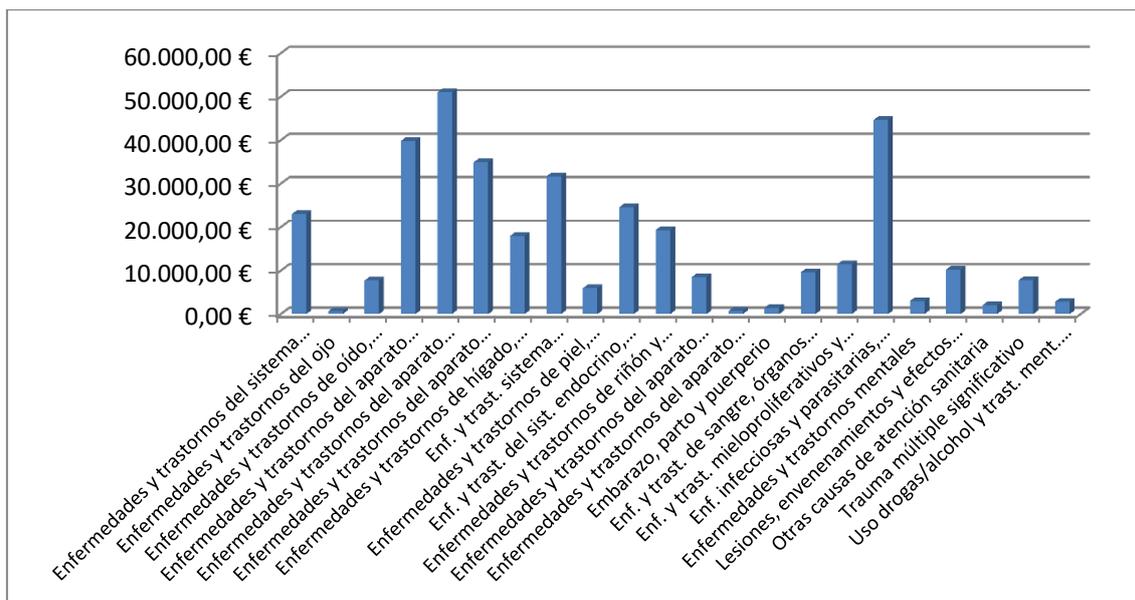
El coste medio por GRD en la Unidad de Cuidados Intermedios fue de **1273,784049€** (ver Anexo VII. Costes por GRD.)

Agrupando en su correspondiente Categoría Diagnóstica Mayor (CDM) cada GRD, podemos conocer el coste por CDM (ver Tabla 79 y Gráfica 66. Costes por CDM (01/06/2006 a 31/03/2009).

Tabla 79. Costes por CDM (01/06/2006 a 31/03/2009).

CATEGORIA DIAGNÓSTICA MAYOR (CDM)	Coste por CDM
Enfermedades y trastornos del sistema nervioso	22.979,22 €
Enfermedades y trastornos del ojo	635,32 €
Enfermedades y trastornos de oído, nariz, boca y garganta	7.733,09 €
Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	39.833,56 €
Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	50.994,85 €
Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	34.922,76 €
Enfermedades y trastornos de hígado, sistema biliar y páncreas	17.982,01 €
Enf. y trast. sistema musculoesquelético y tejido conectivo	31.703,99 €
Enfermedades y trastornos de piel, tejido subcutáneo y mama	5.955,02 €
Enf. y trast. del sist. endocrino, nutricional y metabólico	24.588,92 €
Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	19.345,81 €
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino	8.561,03 €
Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino	709,56 €
Embarazo, parto y puerperio	1.471,91 €
Enf. y trast. de sangre, órganos hematopoy. y sist. inmunitarios	9.651,67 €
Enf. y trast. mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas	11.467,76 €
Enf. infecciosas y parasitarias, sistémicas o no localizadas	44.656,71 €
Enfermedades y trastornos mentales	3.026,03 €
Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos	10.264,18 €
Otras causas de atención sanitaria	2.059,27 €
Trauma múltiple significativo	7.822,41 €
Uso drogas/alcohol y trast. ment. induc. por drogas/alcohol	2.842,01 €
<b>Total general</b>	<b>359.207,10 €</b>

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.



Gráfica 66. Costes por CDM (01/06/2006 a 31/03/2009).

## 6 DISCUSIÓN

---

Es difícil llegar a comparar estudios (72) sobre las diferentes Unidades de Cuidados Intermedios existentes debido al grado de variabilidad, por cómo están concebidas estas unidades en los distintos hospitales, ya en el propio territorio nacional y, por supuesto, fuera de nuestras fronteras. De hecho se puede encontrar en varias referencias la dificultad que existe al hacer búsquedas bibliográficas por la terminología utilizada para definir las (73).

En realidad, no se ha podido comparar con otras unidades existentes en España porque cuando se inició el estudio sí existían ciertos trabajos sobre unidades de este tipo, pero también comenzaban su andadura. Además, en ningún caso había correspondencia con el modelo implantado en el Hospital Sierrallana, ya que, como bien dijo la SEMYCIUC en su reunión de consenso de 2003 en Madrid, estas unidades deben adaptarse en su organización y planteamiento a las necesidades propias de cada hospital. De esta manera la comparación de los aspectos estudiados como el tipo de casuística atendida, lo que cuesta una y cuesta otra, etc., es muy difícil.

Por ejemplo, en Inglaterra, en su modelo, la atención del paciente está estratificada de 0 a 3: un nivel 1 correspondiente a la hospitalización general, un nivel 2 de atención a pacientes semicríticos y un nivel 3 de cuidados intensivos. En Estados Unidos la atención en las UCI es muy heterogénea y, por lo tanto, decidir que pacientes serían atendidos en Unidades de Cuidados Intermedios, más difícil.

A esto hay que sumar los distintos flujos de pacientes que podemos encontrar. Desde pacientes que vienen de UCI (modelo “reductor” de cuidados), pacientes que salen de cirugía y pacientes que precisan cuidados superiores a los suministrados en la unidad de hospitalización convencional en un momento determinado por una reagudización de su proceso que conlleva una terapia y vigilancia de mayor nivel (ventilación mecánica no invasiva por ejemplo). Los criterios de admisión en estas unidades hasta ahora solo han servido como directrices, pero no hay consenso firme sobre cuáles deben ser los apropiados.

La ubicación también es muy variable, y determina incluso el tipo y cantidad de personal destinado en estas unidades y, consecuentemente, los costes. En la bibliografía anglosajona se encuentran Unidades de Cuidados Intermedios: independientes a UCI, otras inmersas en unidades de hospitalización general y las hay también dentro de las propias UCI. Dentro de esta última modalidad existe una variante que considera un número de camas flexible que pueden ser designadas en ocasiones a pacientes UCI y otras veces a pacientes semicríticos. Esta variante conllevaría también tener personal preparado “flexible” para atender una y otra casuística. En la segunda variante descrita podemos encontrar la limitación de que los pacientes semicríticos pueden distraer la atención del personal y “desatender” las necesidades del paciente ingresado convencional. La primera opción (separada de la UCI físicamente) aportaría esa tranquilidad que en una unidad de UCI no es posible ofrecer, pero que está poco probada a nivel de estudios realizados (73).

Es más, revisando la bibliografía extranjera, en un estudio reciente (73) sobre el perfil de estas unidades "stepdown" (en ese término las podemos encontrar en la literatura anglosajona), se señala que los estudios específicos acerca de Unidades de Cuidados Intermedios son de hace 15 años y que dada la implantación generalizada en todo el mundo de las mismas se hace necesaria la investigación en este aspecto. Por lo tanto, no son desconocidas, pero es difícil su valoración por la gran variabilidad que encontramos tanto ya en su propia definición como en sus aplicaciones.

Está claro que estas unidades dan solución desde el punto de vista económico (en Estados Unidos de 2000 a 2005 se aumentó el número de camas dedicadas a UCI en un 6,5% con un coste de su Producto Interior Bruto PIB de casi el 1%) (73) y de calidad (aportar una gradación asistencial adecuada a esos pacientes semicríticos mejorando a su vez la atención de los que deben ingresar en una UCI y los que deben ingresar en una unidad de hospitalización convencional).

A nivel nacional, en la bibliografía reciente solo se encuentran noticias en prensa acerca de la puesta en marcha de alguna unidad y /o la oferta de ese tipo de asistencia que ofrecen incluso clínicas privadas en sus páginas web.

Estas unidades atienden de forma costo eficiente a pacientes que no necesitan los caros y elevados cuidados de una Unidad de Cuidados Intensivos ni los cuidados que se suministran en una unidad de hospitalización convencional dadas sus características clínicas. Aumentan la calidad y la satisfacción.

La puesta en marcha de Unidades de Cuidados Intermedios en hospitales generales básicos sirve para disponer de un ambiente adecuado para los pacientes semicríticos, desahoga a las unidades de intensivos y aumenta la eficiencia en la utilización del recurso cama hospitalaria.

Se reduce la Estancia Media de los pacientes para resolver su problema de salud y actúa en ocasiones como una Unidad de Alta Resolución facilitando el diagnóstico y el tratamiento preciso en el mismo acto asistencial.

Es costo eficiente, dado que el personal, el material, aparataje, la farmacología y costes estructurales son menores y menos complejos que en una Unidad de Cuidados Intensivos con la que se compara. Cuesta 9,44 veces más ingresar un paciente en la URCE que en la Unidad de Cuidados Intermedios en el Hospital Sierrallana, aunque la complejidad (casuística) es solo 3,82 veces más.

En este estudio se utilizan métodos validados que aseguran la comparabilidad de resultados tanto de actividad (utilización de CIE9MC, estudio oficial de CMBD, agrupación de pacientes por GRDAP), como en satisfacción (SERVQUAL) y en adecuación de ingresos (estudio AEP).

Es inevitable, al hablar de los beneficios de este tipo de unidades desde el punto de vista de la calidad que ofrecen al sistema, no hablar de su relación con los índices de mortalidad. ¿Mejoran estas unidades tras su instauración en un hospital este índice? Hay estudios que inducen a pensar que sí podrían afectar a una mejora en los índices de la mortalidad hospitalaria y otros que no los mejoran (34) (33).

En este trabajo se investigó si la mortalidad en el hospital Sierrallana descendía al instaurarse la Unidad de Cuidados Intermedios. Se detectó una reducción significativa de la mortalidad al comparar dos períodos de tiempo de dos años, iguales, antes y después de la puesta en marcha de la unidad. Pero hay que señalar que podría ser una asociación espuria, ya que pueden incidir otros muchos factores, no analizados, como pueden ser las mejoras en la tecnología (pruebas diagnósticas más avanzadas o perfeccionadas), mejoras terapéuticas, etc. Por supuesto que una “mejora en gestión” como es el manejo de estos pacientes semicríticos en una Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) puede ser uno de esos tantos factores que pueden incidir en esa mejoría de la tasa de mortalidad objetivada en nuestro estudio, puesto que la existencia de este tipo de unidades paliaría la precipitación con la cual pacientes, que todavía no serían aptos para ser ingresados en una sala de hospitalización general tras su paso por una Unidad de Cuidados Intensivos, saliesen con destino a esas unidades por efecto de la presión asistencial.

Estudios como el de Gordo y colaboradores (34) (que se apoyan en otro de Beck y colaboradores) identificaron pacientes con factores de riesgo para ser atendidos en una Unidad de Cuidados Intermedios y que salieron de forma precipitada de la UCI. Podrían, por tanto, haberse beneficiado de la existencia de una UCIM. De todas formas, estaríamos hablando de un grupo de pacientes y no de todos los pacientes susceptibles de pasar por una UCIM, puesto que este estudio solo se refiere a los pacientes que pasaron por una UCI y nuestra unidad se nutre de pacientes de procedencias diferentes.

Franklin y colaboradores (18) explican en su artículo que la existencia de una Unidad de Cuidados Intermedios hace disminuir la tasa de mortalidad hospitalaria a costa de mejorar la accesibilidad y el ingreso de pacientes realmente graves a la UCI porque los menos graves y que no necesitan esos altos cuidados podían ir a una UCIM.

Se quiere decir con esto que parece muy evidente pensar que estas unidades deben influir en un descenso de la mortalidad hospitalaria, pero no hay estudios que lo demuestren claramente (igual que el nuestro) al no contemplar todos los factores que realmente influyen y que esta podría ser una línea de trabajo futura resultante de este trabajo sobre la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.

De hecho en un estudio tratando de identificar factores asociados (factores de riesgo) a la mortalidad oculta de pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intensivos habiendo sido tratados con Ventilación Mecánica Invasiva (34), se llega a la conclusión que son un tipo de pacientes que reunían unas condiciones que les hacía subsidiarios de ser ingresados en una sala de Cuidados Intermedios tras la extubación antes de ingresar en una planta de hospitalización convencional muchas veces de forma precipitada por la presión asistencial.

Tampoco existen, por ahora (tras la revisión bibliográfica), sistemas de puntuación sobre el riesgo de mortalidad como los que se aplican en las UCI. Es más, al aplicarse estas puntuaciones sobre pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados intermedios, diversos estudios dan muy buenos resultados en cuanto a la tasa de mortalidad, pero es posible que esos resultados sean producto de una sobreestimación o que fueran debido a las mejoras en la atención de esos pacientes. Esto no hace más que indicar (73) que hacen falta más estudios

sobre estas unidades e incluso no sería descabellado el que ofreciesen como resultado escalas de puntuación de riesgo de mortalidad validados específicamente para este tipo de unidades, permitiendo realizar comparaciones entre distintas unidades que, por ahora, no son posibles. (73)

El perfil del paciente atendido en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana al analizar el CMBD (74) es el de un paciente varón con una edad media de 68 años, con una patología de perfil cardiológico. Concretamente el paciente con GRD 139 de arritmias cardiacas y trastornos de la conducción sin complicaciones ni comorbilidades.

Hay que resaltar en este punto que no difiere este resultado de lo que encontramos en la bibliografía consultada (75). Las primeras Unidades de Cuidados Intermedios nacen con el propósito de atender al paciente coronario (4). En nuestro estudio, se evidencia que la unidad ha evolucionado a atender ese perfil de pacientes dado que entre de los 25 GRD más frecuentemente atendidos encontramos, en primer lugar como se señaló, las arritmias, pero en segundo, cuarto y sexto lugar, son 370, 274 y 252 los pacientes atendidos en la UCIM de Sierrallana que se corresponden con el GRD 143 “Dolor Torácico”, el GRD 122 “Trastornos circulatorios con IAM sin complicaciones mayores alta con vida” y el GRD 140 “Angina de Pecho” respectivamente.

Acerca del estudio de reingresos el que los pacientes que después de pasar por la UCIM sin ingresar en el hospital, reingresan más que los que ingresaron desde UCIM (o sea UCIM factor de riesgo de reingreso), hay que concretar que siendo el GRD que más frecuentemente reingresa el 139 de arritmias (que también es el GRD más frecuente), resulta que esos pacientes, por protocolo, no ingresan posteriormente en el hospital, ya que, o bien se revierten (eléctricamente o farmacológicamente), o se estabilizan, se anticoagulan y se mandan a consultas externas de cardiología, o se les programa la reversión cardioeléctrica en esta unidad porque es la más adecuada en el hospital para ello. También interviene como factor predisponente al reingreso la propia idiosincrasia de la enfermedad, por la recurrencia de la misma el enfermo tiene altas papeletas de volver a la unidad. Con lo cual estaríamos hablando de un factor de riesgo discutible el no ingresar en el hospital tras pasar por la UCIM, ya que además de ser los que más vienen, son los que repiten, pero porque es lo más probable.

Tras analizar un modelo de regresión múltiple con una aceptable capacidad predictiva del 75,10% y una aceptable área bajo la curva (ROC) de 80,6%, se encuentra una relación que multiplica por 4,19 el riesgo de ingreso en función del peso medio de case mix y de 1,02 en función del incremento de la edad. Es completamente razonable que a más complejidad y a más edad se produzca un exceso de riesgo de ingreso.

En el caso de las categorías diagnósticas mayores más frecuentes, destacan, con respecto a la categoría 24 que se toma como referencia, que existe un incremento del 20,79 en el caso de la categoría 5 (enfermedades del aparato circulatorio); del 5,82 en la categoría 4 (enfermedades del aparato respiratorio); del 5,16 en la categoría 4 (enfermedades del aparato digestivo); del 115,65 en la categoría 1 (enfermedades del sistema nervoso). Con los días de la semana destaca el incremento de ingresos sobre los domingos de los martes del 1,59; y de los

miércoles y jueves del 1,56. La explicación del menor riesgo de ingreso los domingos se puede deber también a la falta de camas de hospitalización muy frecuente en ese día de la semana, también frecuente los lunes (ver Tabla 19).

En cuanto a los métodos utilizados en el estudio de adecuación se utilizan los dos existentes del protocolo AEP: el de urgencias y el de hospitalización, ya que se trata de una unidad a caballo entre los dos modelos asistenciales.

Otro aspecto analizado en el estudio, es la satisfacción que los pacientes atendidos en la UCIM de Sierrallana percibieron respecto a los servicios que se ofrecen, los que no se ofrecen y los que se podrían ofrecer en dicha unidad.

Hay diferentes maneras de evaluar la calidad que percibe un paciente de los servicios prestados dentro del entorno de la salud. Dentro de los procedimientos de garantía de calidad, protocolos e indicadores de evaluación y seguimiento que se describen en el documento que F. Castillo y colaboradores (4) elaboraron y que sirvió como base de lo que después fue la Reunión de consenso sobre la implantación de las futuras UCIM en nuestro medio hospitalario, uno de esos procedimientos es la realización de encuestas de satisfacción.

Dentro de la metodología que es posible utilizar o formas para detectar la satisfacción percibida de los pacientes se pueden encontrar, como fuentes de información: las quejas y reclamaciones (76) (77) la información del personal de contacto y las valoraciones subjetivas tras una encuesta de calidad (cuya información se considera representativa). Estas encuestas persiguen identificar en base al conocimiento de las expectativas que, en este caso, un paciente puede tener acerca del servicio recibido en una UCIM, la percepción del servicio prestado. Las encuestas de satisfacción son precisamente eso, una valoración de la comparación que un sujeto hace entre sus expectativas y lo que ha percibido para emitir un juicio.

Las encuestas tipo SERVQUAL, como la utilizada, son las que mayormente se utilizan en este ámbito. Miden la importancia que un paciente otorga a las diferentes dimensiones (tangibles como el equipamiento, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad o confianza en los servicios prestados y empatía o comprensión de las necesidades) sobre las que se centra la encuesta. Por un lado se miden las expectativas y por otro lo percibido a través de preguntas del tipo: “es mejor o peor” un servicio respecto a lo que se esperaba, recogiendo así ambas facetas (lo esperado y lo percibido).

En la literatura se pueden encontrar encuestas de satisfacción sobre unidades de hospitalización, Urgencias (78) (76) (79) (80), Unidades de Corta Estancia (76), Unidades de Observación de urgencias, o Unidades de Cuidados Intensivos (81), pero no encontramos encuestas sobre satisfacción percibida en Unidades de Cuidados Intermedios como tal, con lo que tenemos un elemento más por el que la comparación entre este tipo de unidades no es del todo posible.

Además no todos los aspectos o dimensiones son medidos en las encuestas halladas en la bibliografía, pudiéndose realizar, en todo caso, comparaciones con algunas de esas dimensiones.

Se analiza la satisfacción sobre una muestra de pacientes que ingresaron en la unidad en un período en el que consideramos que la unidad es ya una unidad bien asentada (82). Se determina que el momento de la encuesta se realice a los tres meses del ingreso de los pacientes considerando que ese plazo de tiempo que ha pasado no genera sesgos en las respuestas (ni demasiado inmediata ya que mediatizaría las respuestas, ni demasiado lejos en el tiempo, para evitar el sesgo por olvido). El número de respuestas es el aconsejado en términos de muestreo y comparable al resultante de la encuesta con la que se compara (69) y con otras encuestas referenciadas en la bibliografía (76) (83).

Dentro del primer bloque de preguntas del cuestionario que hace referencia a los aspectos socio demográficos, no se encuentran en nuestro estudio diferencias en cuanto a al grupo de edad más frecuente de los pacientes atendidos (71-80 años) y la edad media (68 años) respecto a otros estudios de encuestas de satisfacción realizadas en un ámbito parecido (unidades de urgencias, corta estancia de urgencias, etc.) (76). Tampoco se encuentran diferencias dentro de este bloque sobre aspectos socio demográficos entre nuestro estudio y otros estudios en cuanto al sexo de los pacientes encuestados en el que predominan los varones (76). En la encuesta con la que se compara nuestro estudio (69), se observa que la mayor frecuencia de los pacientes encuestados son varones y mayores de 75 años, que tampoco difiere de la población encuestada en nuestro estudio ni con lo que se puede encontrar en otros estudios.

Otro bloque de preguntas analizado de nuestra encuesta de satisfacción, es el que hace referencia a aspectos tangibles del servicio prestado. Nos referimos a las evidencias físicas, la parte “visible”. En nuestro caso se han querido medir las apreciaciones de los pacientes respecto a unos aspectos distintos de los que miden otros estudios. La razón es que se ha tomado como modelo una encuesta ya realizada (69), puesto que uno de los objetivos de nuestro trabajo era comparar la satisfacción de pacientes atendidos en la UCIM de Sierrallana con la satisfacción de los pacientes atendidos en una unidad de Hospitalización Convencional del Hospital Sierrallana, no así compararnos con otros estudios de calidad percibida, que tan siquiera es del todo posible, ya que en la literatura disponible es difícil encontrar estudios similares (“no preguntamos lo mismo, ni siquiera a los mismos”).

Este grupo de preguntas se corresponde en nuestra encuesta con el bloque de aspectos concretos. En él se intenta medir la percepción de los pacientes acerca de la tecnología de los equipos médicos, la apariencia (limpieza y uniforme) del personal, señalización dentro del hospital y acceso al mismo. Estos aspectos son percibidos en nuestra encuesta dentro de sus expectativas o mejorándolas.

Si nos fijamos en la literatura, se encuentra algún estudio sobre satisfacción de pacientes atendidos en urgencias donde sí se pregunta ese aspecto concreto de orientación (84) siendo valorado también positivamente. En la encuesta de satisfacción con la que nos comparamos sobre pacientes hospitalizados en unidad de hospitalización convencional en Sierrallana (69),

estos puntos sobre aspectos concretos “medibles” o tangibles, resultaron valorados como lo esperado y mejor de lo esperado en su mayor porcentaje. Es decir, no se percibe ni menor ni mayor grado de satisfacción en estos aspectos en nuestro trabajo.

En otros estudios (76), cuando miden aspectos tangibles, hay preguntas también acerca de la hostelería (comida por ejemplo y limpieza en general) que en nuestro trabajo no se han estimado.

En algunos estudios sobre satisfacción de pacientes en unidades de cuidados intensivos, se pregunta sobre el ruido y la comodidad que no se valora en nuestra encuesta de satisfacción. Hay que tener en cuenta que al utilizar como modelo la encuesta de satisfacción de los pacientes atendidos en una unidad de hospitalización con el fin de realizar la comparación, se produce cierta limitación en cuanto a preguntar aspectos concretos que a lo mejor era necesario haber contemplado en nuestra encuesta. Es por ejemplo el “ruido” ya que el menor ruido que se puede percibir en las Unidades de Cuidados Intermedios respecto al que se puede percibir en una Unidad de Cuidados Intensivos es uno de los aspectos beneficiosos que ofrecen las Unidades de Cuidados Intermedios y que hemos descrito en nuestro trabajo. En diversas encuestas de satisfacción dirigidas a pacientes atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos, este aspecto es valorado como mejorable (85) (76) (85), por lo tanto deberíamos haber objetivado ese aspecto para realmente compararnos con las Unidades de Cuidados Intensivos y demostrar así que es o no cierta esa apreciación. Favorecer el descanso de los enfermos ingresados en esas unidades favorece la recuperación del paciente de su proceso patológico.

Cuando medimos la percepción de los pacientes encuestados acerca otras dimensiones de los servicios prestados en la UCIM de Sierrallana como la fiabilidad, capacidad de respuesta de los profesionales para ayudar y prestar un servicio, confianza en la prestación del servicio, la comprensión de las necesidades del paciente y la empatía, en la literatura se encuentra algún estudio que hace referencia a esas cuestiones. Se trata, sobre todo, de estudios sobre Unidades de Urgencias.

En relación a esos campos de estudio que en nuestro trabajo se corresponden con las preguntas dedicadas a: la rapidez con que el paciente obtiene lo que necesita, la disposición del personal para que le ayude cuando lo necesite, confianza y seguridad transmitida por médicos y personal de enfermería, amabilidad y cortesía de médicos y enfermería, su preparación, capacitación y trato personalizado ofrecido, los pacientes lo percibieron mejor de lo que esperaban respecto a sus expectativas previas.

Son aspectos muy relacionados con el personal que les atendió y sus aptitudes.

En otros estudios estos aspectos se encuentran, en algunos casos, mostrados de forma global en los resultados (83) y, en otras ocasiones, algo más detallados (85) (86) (76) (84), pero en general, sus resultados no difieren de los objetivados en nuestra encuesta sobre la calidad percibida, siendo considerados categóricamente como buenos o muy buenos.

En la encuesta de satisfacción sobre pacientes ingresados en una unidad de hospitalización convencional del Hospital Sierrallana, los resultados obtenidos acerca la percepción sobre la

fiabilidad, seguridad, confianza y capacidad de respuesta de los profesionales, muestran un grado de satisfacción un poco mejor que la nuestra. Cuando hablamos de la rapidez con que el paciente consigue lo que necesita, en la de hospitalización se alcanza un grado de satisfacción mejor o mucho mejor de lo esperado, un 51% frente al 34,7% de nuestro trabajo, destacando sobre todo que en el doble de casos no se cubren las expectativas en nuestro trabajo.

Si hablamos de la percepción que los pacientes tienen de la disposición que el personal tiene para ayudar al paciente cuando lo necesita, es mayor el grado de satisfacción en los pacientes encuestados en nuestro estudio (57,1% frente al 44,7%).

La percepción de la confianza y seguridad transmitidas son iguales prácticamente entre médicos y enfermería en nuestro estudio. Pero al compararse con la encuesta de hospitalización convencional, la percepción acerca de este aspecto respecto a los médicos mejoraba las expectativas de los pacientes encuestados de la UCIM en un 49% y, en el caso de la hospitalización convencional, un 60,4%. La confianza y seguridad transmitidas por el personal de enfermería, en más de la mitad de los pacientes encuestados de la UCIM es mejor de lo esperado, aunque no es mejor (59,4%) que en el caso de la hospitalización. Sí hay que remarcar que en nuestro trabajo ningún encuestado percibió que esa confianza y seguridad fueran peores a la expectativa previa.

La amabilidad y cortesía con la que los médicos y las enfermeras se dirigieron a los pacientes en nuestra encuesta, más de la mitad contestaron o percibieron que eran mejor a las esperadas, pero en el caso de la hospitalización en ambos casos la satisfacción fue en más del 60% mejor de la esperada.

La preparación y capacitación de médicos y enfermeras fue percibida por los pacientes tratados en la UCIM que era la adecuada en un porcentaje un poco mayor que en el caso de la encuesta de hospitalización, pero eran mejores a lo esperado la satisfacción percibida entre los pacientes tratados en una unidad de hospitalización.

El trato personalizado ofrecido por médicos y enfermeras también resultó un poco peor a lo esperado (siendo en un porcentaje del 50% aproximadamente mejor del esperado) en relación a lo percibido por los pacientes atendidos en la unidad de hospitalización.

Pero un aspecto importante, que además objetivamos tras nuestro estudio que es mejorable, es el de la información recibida y cuestiones adyacentes. Es un punto referenciado con bastante frecuencia en los estudios de calidad percibida sobre pacientes atendidos en distintos tipos de unidades asistenciales hospitalarias de características parecidas a la UCIM de Sierrallana en la bibliografía relacionada.

Respecto a lo encontrado precisamente en la bibliografía consultada, los puntos acerca de lo relativo a información recibida que se podrían relacionar con nuestro trabajo, por estar preguntado en las encuestas y por similitud de unidad asistencial encuestada, son pocos: identificación del profesional, información acerca de las pruebas realizadas, grado de información recibida de su problema de salud (86) (81) (84). En estos estudios se podría decir que, teniendo en cuenta el diferente modelo asistencial (se trata de unidades de urgencias),

hay similitud con la percepción de estos aspectos en nuestro estudio. De forma simplificada se podría decir que el aspecto de identificación es el más “mejorable”, siendo los demás valorados satisfactoriamente. En el caso de la identificación, en nuestro caso es el personal de enfermería el peor valorado. Si tenemos en cuenta que la estancia media en la UCIM de estos pacientes es de una media de 15 horas aproximadamente, en ese tiempo el médico que atenderá a ese paciente será el mismo ya que sus turnos son de 24 horas. Sin embargo el personal de enfermería tiene establecidos turnos de 8 horas, por lo que mínimo a un paciente le atenderán dos enfermeros/as.

A los pacientes cuando se les pregunta acerca de si les explicaron cuando les realizaron pruebas y en qué consistían estas, contestaron en similar proporción (>70%) los encuestados de la UCIM y los de hospitalización que siempre. Hay que resaltar que a los pacientes que fueron tratados en la UCIM se les realizó en mayor proporción que en los de hospitalización convencional alguna prueba diagnóstica que nos lleva considerar como mejor percepción de este aspecto en los pacientes ingresados en la UCIM.

En cuanto al resto de preguntas dentro de lo que podríamos englobar como bloque de información, la satisfacción percibida acerca de la información recibida acerca del estado de salud, información proporcionada por el médico, información proporcionada por el personal de enfermería, entrega o no de informe de alta y la identificación de tanto los médicos como del personal de enfermería se aprecia que no hay diferencias de porcentajes entre nuestra encuesta de satisfacción y la realizada en pacientes atendidos en una unidad de hospitalización, detectándose como área de mejora en ambos ámbitos el de la identificación del personal de enfermería.

El grado de satisfacción global del servicio prestado es satisfactorio en general en las dos encuestas comparadas, pero en la literatura consultada, tampoco encontramos diferencias. Atendiendo a la teórica en cuanto a lo que debe recoger una encuesta de satisfacción para valorar la calidad percibida, vemos que nuestro cuestionario se adapta perfectamente para lograr averiguarlo, pero existen estudios que demuestran qué tipo de variables deben ser incluidas en un estudio de satisfacción porque predicen la satisfacción del paciente, hallándose entre ellas cuestiones incluidas también en nuestra encuesta de satisfacción (87).

Por otro lado, la reducción de la estancia media de los pacientes no parece afectar al nivel de satisfacción global alcanzado (que es mejor del esperado), puesto que un 81,6% consideró que estuvo en la UCIM el tiempo esperado y solo el 8,2% apreció estar menos del que creyó necesario.

Hay que resaltar también que los pacientes atendidos en la UCIM tienen menos contacto con su familia que en una unidad de hospitalización convencional y este aspecto no afecta a la satisfacción de los pacientes. De hecho en el bloque dedicado a la satisfacción global del servicio ofrecido en las unidades tanto de cuidados intermedios como de hospitalización convencional encontramos diferencias significativas a favor de los pacientes atendidos en la UCIM en cuanto a la pregunta clave de si volverían al mismo centro si presentasen un problema de salud similar a favor.

Respecto al estudio de costes, la mayor parte de los estudios no utilizan la contabilidad analítica. En la bibliografía en español, tan solo en algún artículo se da información a modo de estimación (3). Sin embargo, revisando la literatura extranjera, sí se encuentran algunas referencias que utilizan el departamento de contabilidad del hospital para ofrecer datos sobre costes como el estudio de Solberg BC y colaboradores.

Además, atendiendo a la recomendación en cuanto a que estas unidades deben dar respuesta a las necesidades de la población que hay que atender (la propia idiosincrasia del hospital donde se pone en funcionamiento la unidad), hace precisamente difícil la comparación, en este caso de costes, pero se puede extrapolar a la casuística atendida, etc. como se ha reflejado anteriormente.

Por ejemplo, mientras que en nuestro trabajo se demuestra la disminución de costes de un paciente ingresado en UCI o en UCIM, otros estudios (88) demuestran que incluso empeoran esos costes. Este estudio realizado en el Hospital Universitario de Maastricht, utilizó también en su metodología los datos de imputación de costes facilitados por su departamento de Contabilidad o Financiero del hospital. Analizando este estudio se objetiva que se realiza el cálculo de costes del paciente ingresado en UCI previamente a la instauración de una UCIM y cuando está en funcionamiento. Pero esta UCIM está integrada en la propia UCI. En ella trabaja el mismo personal que atiende la UCI, e incluso el número de personal de enfermería se incrementó y el ratio enfermería/paciente era de 1/2 o 1/3. Es decir más personal que en nuestra UCIM (precisamente el apartado donde el coste más alto). Este estudio refleja como resultados que el coste tras la instauración de esa UCIM y en esas condiciones aumenta, pero cuando se refiere al coste total en el hospital. Es ahí donde se encuentran diferencias significativas, no tanto por la puesta en marcha de la UCIM, sino más bien en un grupo de pacientes que eran de perfil quirúrgico, con mayores requerimientos de técnicas terapéuticas a su ingreso en UCI y con mayor estancia en UCI. Mientras que no era significativo el incremento del coste por paciente de UCI antes y después de la UCIM.

Otros estudios plantean un doble escenario posible que no supondría una disminución de los costes. El primero sería que la disponibilidad de camas en las Unidades de Cuidados Intermedios podría dar lugar a que ingresasen pacientes de forma inadecuada porque precisasen cuidados menores. El otro escenario posible es que una Unidad de Cuidados Intermedios libera camas en la UCI generando disponibilidad para pacientes más graves que aumentarían los costes (73). Otros estudios no son capaces de demostrar esa mejor rentabilidad y otros incluso afirman que para conseguir rentabilidad a través de la puesta en marcha de las Unidades de Cuidados Intermedios, sería que a consecuencia de ello se cerrasen camas en la UCI (73).

De forma positiva estas unidades contribuirían a una mejora del coste si fueran unidades destino para pacientes post-operados, ya que podrían mejorar la estancia peri-operatoria y mejorar resultados en infección y mortalidad peri-operatorias.

En cualquier caso, el mayor coste en una organización sanitaria recae en el coste del personal. En este caso, al compararnos con la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) el ahorro es claro, ya que el ratio de personal por enfermo en la UCIM es menor que en la UCI. Además, si tenemos

en cuenta que los 4 costes más importantes en la UCIM representan el 90% (prácticamente del coste total de la unidad) y que dentro de ellos apreciamos que el 65,94% del mismo representa el gasto en personal, al que luego le siguen en orden decreciente el gasto en Radiología (8,92%), suministros (8,18%) y laboratorio (5,07%), es fácil relacionar el ahorro que suponen unidades como la UCIM al menor coste de personal. De hecho estudios como el de Córdoba López también lo describen (3).

Después de este análisis de costes, surge la idea de una futura línea de trabajo. Se trata de la comparación del coste entre la Unidad de Cuidados Intermedios con una Unidad de hospitalización convencional.

A la hora también de hablar de costo-eficiencia de una unidad como la UCIM no podemos eludir la gran importancia que ejerce la reducción de la Estancia Media como se ha reflejado anteriormente. Se evidencia tras la puesta en marcha de la unidad, una reducción de la Estancia Media global del hospital de 1,17 días con la gran repercusión que esto supone a nivel de ahorro de costes. Hay que tener en cuenta que antes de la existencia de la unidad, estos pacientes ingresaban en la UCI o en la unidad de hospitalización convencional. En la primera, el descanso del paciente es de baja calidad y en la segunda la necesidad de pruebas diagnósticas para resolver el problema de salud se puede dilatar en el tiempo. La UCIM resuelve ambas cosas. Por un lado, al favorecer el descanso físico y psíquico (3) de un paciente que potencialmente ingresaría en una UCI, se reduce la estancia necesaria para esa recuperación y por otro lado, dentro de los protocolos de ingreso (de alta resolución) de los pacientes en la UCIM está incluida la solicitud y realización de la prueba diagnóstica necesaria para el diagnóstico y tratamiento del problema, con lo que también se contribuye a la disminución de la estancia de ese paciente en el hospital.

El personal responsable de esta unidad a estudio es fundamentalmente personal médico formado como especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y esto es clave para el funcionamiento, tanto de la propia unidad, como para el funcionamiento del resto del hospital.

Por un lado es un profesional que tras el estudio se ha demostrado que sabe indicar cuando un paciente debe ingresar o no en este tipo de unidades, con lo que el paciente recibe unos cuidados de calidad, acordes a su problema de salud y de forma eficiente.

Una adecuada indicación de ingreso estará relacionada también con una mejor rentabilidad.

Comparado con otros estudios (89) se objetiva un altísimo porcentaje de adecuación del ingreso en la UCIM de Sierrallana, pues el valor medio publicado de inadecuación de ingresos tras la aplicación del protocolo AEP es del 15-30% (ver **Tabla 5**). En esta comparación habrá que tener en cuenta que el instrumento y metodología utilizado en estos trabajos pueden diferir al utilizado en este estudio ya que se trata de áreas, servicios o patologías diferentes.

Revisando las observaciones registradas en los pacientes con inadecuación de ingreso, podemos afirmar que los pacientes admitidos para realizar cardioversión eléctrica programada como tratamiento de arritmia cardíaca podrían ser valorados como admitidos

adecuadamente si lo consideráramos como “criterio extraordinario” (override) como permite el manual de revisión de AEP de la Fundación Avedis Donavedian (58).

La diferencia en el porcentaje de inadecuación según se utilice el protocolo de observación o el de hospitalización se debe a que los criterios son más exigentes en el primer caso (por ejemplo la monitorización en vez de cada 4 horas es cada dos o menos; o el tratamiento con oxígeno en el caso de observación exige que haya una alteración aguda de gases sanguíneos mientras que en hospitalización no se especifica tal alteración). Tras utilizar ambos métodos se objetiva que los criterios del AEP de hospitalización recogen mejor los ingresos adecuados en las UCIM que los criterios de observación.

Por otro lado, es un aliciente y una satisfacción desde el punto de vista profesional por los siguientes motivos. Es un hecho manifiesto el “síndrome del quemado” en los médicos de esta especialidad (Medicina familiar y Comunitaria) y otros dedicados plenamente a la urgencia hospitalaria. De esta manera, se encargan de pacientes más complejos y además no solo de los pacientes externos (“la puerta”), si no que esta unidad recibe también pacientes ingresados (los pacientes vienen de” la planta”) que en un momento dado precisan de cuidados superiores a los que se les está dando en la hospitalización convencional. Esto constituye un valor adicional, se aporta una asistencia de alta especialización y soporte para cuidados máximos y se favorece un intercambio de conocimiento con los distintos especialistas con los que se interactúa para resolver los distintos problemas de salud que presentan estos pacientes.

Esto también redundante en que es un valor añadido para esta especialidad que, en general, está valorada como poco importante en el entorno hospitalario. De esta manera, son bien considerados en este aspecto, tanto por el paciente como por los demás compañeros de profesión (“necesitan de ellos”). Incluso especialidades concretas como la de cardiología, por ejemplo, se benefician de este tipo de unidad en un hospital de ese nivel (sin unidad de coronarias), ya que permite una asistencia adecuada de un tipo de paciente, tanto cuando vienen de la “calle”, como cuando el paciente que necesita ese cuidado especial está ingresado. Pacientes que podrían ser derivados al hospital de referencia pueden ser atendidos de forma adecuada o estabilizados antes de su derivación, dando la oportunidad de atender ciertas patologías que, quizá, sin este tipo de unidad no sería posible.

Se trata de un especialista (el médico de la categoría de urgencias según el RD 866/2001) que, bien preparado y con los medios tecnológicos adecuados a su alcance, es capaz de afrontar pacientes que precisan altos cuidados de forma eficiente (90) (calidad al menor coste).

Al hablar concretamente de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria que conforma el equipo profesional facultativo que en su mayoría atiende esta unidad, según se recoge en el Plan Nacional de la Especialidad de Medicina familiar y Comunitaria, “el médico de familia es y debe ser la puerta de entrada al sistema sanitario dada su alta capacidad de resolución y de gestionar los recursos, así como el flujo de usuarios que acceden al sistema sanitario. Esta labor se desarrolla desde la consulta de Atención Primaria, desde los dispositivos de urgencias extra hospitalarias y desde las urgencias hospitalarias” (90).

## 7 CONCLUSIONES

---

Aunque la comparación con otras unidades sea compleja por la falta de investigación y por la gran variabilidad existente, los resultados que acompañan a estudios individuales el paciente y la organización salen beneficiados de la puesta en marcha de estas unidades.

Desde los puntos de vista sobre los que se ha evaluado esta Unidad de Cuidados Intermedios se puede decir que:

1. Los pacientes atendidos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana son principalmente varones, cuentan con una media de edad de 68 años, siendo la categoría diagnóstica más atendida la de enfermedades del aparato circulatorio y la patología más frecuente las arritmias cardíacas. Permanecen una media de 15 horas y 41 minutos.
2. El 42,37 % de los pacientes se trasladan a salas de hospitalización clásicas mientras que el resto (57,63%) son altas externas a domicilio. Con el modelo de regresión logística realizado, con una capacidad predictiva del 80,60%, se puede afirmar que existe una relación que multiplica por 4,19 el riesgo de ingreso/traslado a Sala de Hospitalización tradicional en función del peso medio de case mix y de 1,02 en función del incremento de la edad. Además influyen también la categoría diagnóstica mayor y el día de la semana de ingreso.
3. Siendo el porcentaje de reingresos, en el mes, en la Unidad de Cuidados Intermedios, de 4,31%, hay un 41,86% de riesgo aumentado atribuible a reingresar en el caso de las altas dadas directamente a domicilio frente a las efectuadas a Salas de Hospitalización tradicionales.
4. El estudio de adecuación de ingresos de las Unidades de Cuidados Intermedios que se debe realizar es el protocolo "Appropriateness Evaluation Protocol" disponible para unidades de Hospitalización. La adecuación de ingresos en la Unidad de Cuidados Intermedios de Sierrallana es muy alta (del 98,11%).
5. El coste medio del paciente atendido en la Unidad de Cuidados Intermedios fue, en el periodo de estudio, de 891,99€ (el 10,58% del coste de un paciente atendido el Cuidados Intensivos). Más del 90% del coste se explica en cuatro conceptos: 65,94% personal; 8,92% Radiología; 8,18% suministros; y 5,07% Laboratorios.
6. La satisfacción de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intermedios de Sierrallana es superior a la los ingresados en salas de hospitalización tradicional pues estiman que cuando peor es su estado de salud, es la unidad adecuada para que les atienda, lo que se resume en que un 87,2% volverían si presentasen un problema de salud similar al padecido y atendido.

7. La repercusión en la estancia media global del hospital Sierrallana antes y después de la puesta en marcha de la Unidad de Cuidados Intermedios ha supuesto una reducción de 1,1 días lo que supone un 14,28%, que representa un importantísimo ahorro de costes generales.
8. Dada la cantidad de recursos materiales, humanos y organizativos, que suponen la creación de nuevas unidades asistenciales en los hospitales, se deben practicar análisis de actividad, adecuación, calidad y costes, utilizando la metodología de esta tesis, para demostrar si verdaderamente responden a los objetivos para las que se crearon y si son útiles para el Sistema Sanitario.
9. Deben crearse Unidades de Cuidados Intermedios en los hospitales españoles para dar respuesta a la atención a pacientes que requieren asistencia de cuidados máximos y que cuentan con grandes dificultades para ser atendidos en Unidades clásicas de Cuidados Intensivos.

## 8 ANEXOS

---

### 8.1 Anexo I. Recursos y datos globales del Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009).<sup>3</sup>

#### 8.1.1 Hospitalización Hospital Sierrallana (camas).

Tabla 80. Hospitalización Hospital Sierrallana (camas).

Camas instaladas	276
Camas funcionantes (media anual)	234
Camas URCE	6
Camas Hospital de Día Quirúrgico	17
Camas Hospital de Día Médico	22
Unidad de Corta Estancia	20
Unidad de Cuidados Intermedios	11

#### 8.1.2 Consultas externas Hospital Sierrallana (salas de consultas).

Tabla 81. Consultas externas Hospital Sierrallana (salas de consultas)

Hospital de Día Médico	30
Centro de Especialidades	32
Centro de Salud Campoo(Reinosa)	3
Hospital Campoo (Reinosa)	1

#### 8.1.3 Quirófanos Hospital Sierrallana

Tabla 82. Quirófanos Hospital Sierrallana.

Urgentes	1
Programados	7

---

<sup>3</sup> Datos facilitados por la Unidad de Estadística del Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Sierrallana.

#### **8.1.4 Urgencias Hospital Sierrallana.**

**Tabla 83. Urgencias Hospital Sierrallana**

Boxes	10
Observación (camas)	20

#### **8.1.5 Equipo tecnológico Hospital Sierrallana**

**Tabla 84. Equipo tecnológico Hospital Sierrallana.**

Ecógrafos Servicio Radiodiagnóstico	6
Ecógrafos Servicio Cardiología	4
Ecógrafos otros servicios	5
TC helicoidal	1
Mamógrafos	2
Sala convencional Rx	6
Telemando Rx	3
Arco multifunc. Rx	2
Equipo Radioquirúrgico	2
Resonancia Nuclear Magnética	1

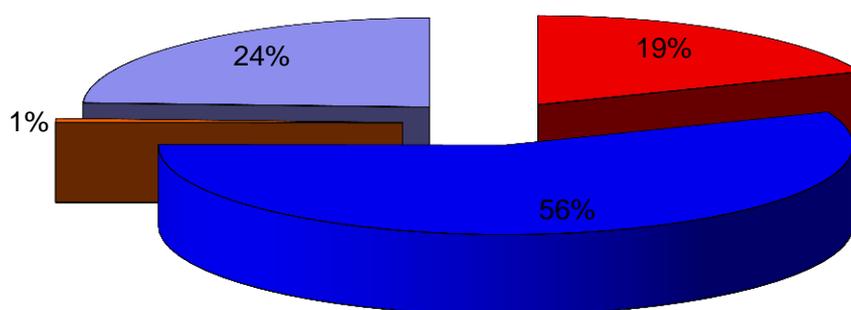
#### **8.1.6 Recursos humanos Hospital Sierrallana (1-10-2009).**

**Tabla 85. Recursos humanos Hospital Sierrallana a 1-10-2009.**

Personal directivo	7
División Médica	186
División de enfermería	551
Personal no sanitario	216

### Recursos Humanos

■ división médica ■ división enfermería ■ directivos ■ personal no sanitario



Gráfica 67. Distribución Recursos Humanos.

#### 8.1.7 Balance económico asistencial Hospital Sierrallana.

Tabla 86. Balance económico asistencial Hospital Sierrallana (1-6-2006/31-3-2009).

PRESUPUESTOS DE GASTOS	1-6-2006/31-3-2009
TOTAL GASTOS	63.800.805,11 euros
INVERSIONES	1.490.500,03 euros

## 8.2 Anexo II. Actividad asistencial del Hospital Sierrallana.

### 8.2.1 Actividad asistencial Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009).

Tabla 87. Actividad asistencial Hospital Sierrallana (1-6-2006/31-3-2009).

<b>Altas totales</b>	35.327
<b>Exitus hospitalización</b>	1.952
<b>Consultas externas</b>	
Total	621.244
<b>Cirugía Mayor</b>	
Total	19.361
<b>Cirugía Menor</b>	
Total	6.030
<b>Urgencias</b>	
Total altas	226.472
Altas Unidad de Cuidados Intermedios	5.637
<b>Hospital de Día (tratamientos)</b>	44.283

**8.2.2 Indicadores asistenciales. Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009).**

**Tabla 88. Indicadores asistenciales. Hospital Sierrallana (1-6-2006/ 31-3-2009).**

<b>HOSPITALIZACIÓN</b>	
Número de altas	35.327
Estancia Media global	6,53 días (6,42-6,64)
Estancia Media URCE	7
Peso medio Case Mix	1,55
<b>URGENCIAS</b>	
Media de urgencias/día	192,74
% urgencias ingresadas	8,66
<b>CIRUGÍA</b>	
Sesiones Quirúrgicas	5.096
Rendimiento Quirúrgico	69,08
Estancia media preoperatoria	0,36
Demora media	151,45
<b>CONSULTAS</b>	
Índice consultas sucesivas/nuevas	1,78
Demora prospectiva	25

**8.2.3 Actividad de Servicios Centrales. Hospital Sierrallana (1-6-2006/31-3-2009).**

**Tabla 89. Servicio de Radiodiagnóstico.**

Radiología convencional	298.334
Radiología contrastada	7.534
TC helicoidal	27.392
Mamografías	11.788
Ecografías	43.780

**Tabla 90. Servicio de Laboratorio.**

Determinaciones bioquímicas	7.666.999
Determinaciones hematológicas	1.283.421
Determinaciones microbiológicas	366.239

**Tabla 91. Servicio de Anatomía patológica.**

Biopsias y piezas quirúrgicas	26.318
Técnicas especiales	11.983
Técnicas inmunohistoquímicas	8.284
Citologías vaginales	31.815
Citologías no vaginales	11.092

### 8.3 Anexo III. RD 866/2001 Médicos de la Categoría de Urgencias Hospitalarias.

triz cuarta que permita que, en la elaboración de los planes de estudio de la Licenciatura en Derecho, las Universidades puedan flexibilizar la ordenación de los ciclos, de tal forma que algunas de las materias troncales del segundo ciclo, o parte de sus créditos configuradores de una asignatura, puedan figurar en el primer ciclo, pero no a la inversa, y que, en todo caso, la obtención del título de Licenciado en Derecho exija la previa superación de un mínimo de 300 créditos, así como la superación de la totalidad de materias troncales.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Educación, Cultura y Deporte, vista la propuesta del Consejo de Universidades y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 20 de julio de 2001,

DISPONGO:

#### Artículo único.

En el anexo al Real Decreto 1424/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Derecho y las directrices generales propias de los planes de estudio conducentes a la obtención de aquél, se introduce una cuarta directriz, redactada en los siguientes términos:

«Cuarta. En la elaboración de los planes de estudio de la Licenciatura en Derecho, las Universidades podrán flexibilizar la ordenación de los ciclos del cuadro adjunto,

Dado en Palma de Mallorca a 20 de julio de 2001.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Educación, Cultura y Deporte,  
PILAR DEL CASTILLO VERA

## MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

**15347** *REAL DECRETO 866/2001, de 20 de julio, por el que se crean las categorías y modalidades de médicos de urgencia hospitalaria y de médicos de admisión y documentación clínica en el ámbito de las instituciones sanitarias del INSALUD.*

La Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud, en su disposición adicional cuarta, párrafo primero, dispone: «La creación, supresión o modificación de categorías, se podrá efectuar en cada Administración pública, mediante la norma que en cada caso proceda, adoptada previa negociación en la correspon-

diente mesa sectorial». Por otra parte el párrafo tercero de la misma disposición establece: «En el ámbito del Instituto Nacional de la Salud el ejercicio de estas competencias corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto».

Desde la publicación de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, la atención sanitaria prestada en las instituciones hospitalarias del INSALUD ha experimentado una gran variación, tanto en el número de personas atendidas como en la calidad de la asistencia, con una mejora progresiva de la misma. Ello demanda unas estructuras sanitarias adecuadas y adaptadas a las necesidades del momento.

En los últimos años, se observa un notable incremento del número de urgencias atendidas, que hace preciso dotar a los hospitales del Instituto Nacional de la Salud de unos servicios de urgencia con personal médico específico cuya actividad se desarrolle únicamente en ese ámbito.

Por ello resulta conveniente crear la categoría y modalidad de médicos de urgencia hospitalaria, a la vez que se regulan de forma específica las funciones que deberán desempeñar estos profesionales, los requisitos de acceso a la misma, así como aquellas cuestiones que resultan necesarias a la hora de establecer una nueva categoría y modalidad estatutaria.

Asimismo, el aumento de la demanda de asistencia especializada tanto en régimen de hospitalización, como ambulatorio y en urgencias, hace necesaria la creación de una unidad que gestione la demanda asistencial, con el fin de optimizar al máximo los recursos disponibles y facilitar el acceso a los mismos por la población que solicita asistencia especializada.

La mayor complejidad de los procesos asistenciales, la necesidad de gestionar un sistema de información homogéneo, fiable y suficiente que posibilite los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y epidemiológicos así como la utilización del control de calidad asistencial, precisa de una estructura eficaz y eficiente de los servicios de admisión y documentación clínica y la creación de una única categoría y modalidad de médicos de admisión y documentación clínica, que podrá coexistir con otras categorías de personal sanitario o no sanitario.

Su creación posibilitará que los profesionales médicos que actualmente desempeñan las funciones, que en esta norma se les atribuyen, y que parten de diferentes situaciones administrativas, así como de titulación y formación, regularicen su situación, continuando así el proceso de consolidación de empleo en el que se encuentra el INSALUD.

Por ello, se dicta el presente Real Decreto, en cuya elaboración han sido aplicadas las previsiones que sobre la capacidad de negociación colectiva en el ámbito del sector público han sido incorporadas a la Ley 9/1987, de 12 de junio, de órganos de representación, determinación de las condiciones de trabajo y participación del personal al servicio de las Administraciones públicas, por la Ley 7/1990, de 19 de julio, sobre negociación colectiva y participación en la determinación de las condiciones de trabajo de los empleados públicos. Han sido oídas también, en el trámite de audiencia, las corporaciones profesionales y las organizaciones sindicales más representativas del sector.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo, previa aprobación del Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 20 de julio de 2001,

## DISPONGO:

### Artículo 1. *Creación de las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica.*

Se crean en el ámbito de las Instituciones Sanitarias de Atención Especializada del INSALUD las categorías y modalidades de médico de urgencia hospitalaria y de médico de admisión y documentación clínica, integradas en el Estatuto Jurídico de Personal Médico, para desempeñar sus funciones en los servicios de urgencia de los hospitales y en las unidades que lleven a cabo las funciones de admisión y archivo y documentación clínica, respectivamente.

### Artículo 2. *Funciones de los médicos de urgencia hospitalaria.*

Corresponderá a los facultativos de urgencia hospitalaria la realización de las siguientes funciones:

- a) Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que acudan al servicio de urgencias del hospital, con los medios disponibles a su alcance, colaborando con el resto de los servicios hospitalarios en la atención de la urgencia.
- b) Decidir el ingreso de los pacientes en el hospital cuando su situación clínica así lo aconseje, de acuerdo con el procedimiento establecido en cada centro.
- c) Dar el alta al paciente desde el servicio de urgencia una vez atendido y con el informe clínico correspondiente.
- d) Informar al paciente y/o, en su caso, a sus familiares de su proceso clínico, exploraciones complementarias, tratamiento y actuaciones previstas así como de otros aspectos que afecten a la evolución del proceso.
- e) Decidir y organizar, en condiciones idóneas, el traslado de los pacientes que lo precisen, desde el servicio de urgencias a otros hospitales con mayor cartera de servicios o cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- f) Hacer los informes establecidos por la normativa legal vigente, en los casos que corresponda.
- g) Supervisar el desarrollo del proceso asistencial y formativo del personal a su cargo.
- h) Gestionar adecuadamente los recursos asignados en aras de una mayor efectividad y eficiencia.
- i) Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- j) Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.
- k) Cooperación y coordinación con el resto de los dispositivos de atención a la asistencia sanitaria urgente.

### Artículo 3. *Funciones de los médicos de admisión y documentación clínica.*

Corresponderá a los médicos de admisión y documentación clínica la realización de las siguientes funciones:

- a) Organizar y gestionar operativamente:
  - 1.<sup>ª</sup> El acceso a los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizado en todo momento el principio de equidad.
  - 2.<sup>ª</sup> La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, explo-

raciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).

3.<sup>a</sup> La demanda de hospitalización: solicitud de ingreso, programación de ingresos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas.

4.<sup>a</sup> La demanda quirúrgica: registro, mantenimiento y comunicación de pacientes en espera de intervención, coordinación de la programación quirúrgica y registro de las intervenciones.

5.<sup>a</sup> El registro de pacientes atendidos en urgencias.

b) Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación y gestión del centro, elaborando los informes necesarios para ellos.

c) Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.

d) Creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad, fiabilidad así como la confidencialidad de la información.

e) Colaboración con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación.

f) Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con atención primaria.

g) Gestión y organización de los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

h) Establecer, en colaboración con las instancias determinadas por cada centro, la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.

i) Normalizar la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas.

j) Codificación clínica: elaboración de índices, codificación, análisis y difusión de la información extraída de las historias clínicas, elaboración del conjunto mínimo básico de datos y sistemas de clasificación de pacientes y desarrollo de medidas para garantizar su fiabilidad.

k) Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).

l) Desarrollar los sistemas de recuperación de información clínica para usos asistenciales, docentes, de investigación, etc.

m) Participar en los programas de investigación, el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad propias de su especialidad.

#### Artículo 4. *Jornada.*

La jornada ordinaria anual de los médicos de urgencia hospitalaria y de los médicos de admisión y documentación clínica será la establecida con carácter general para el personal Facultativo de Atención Especializada del INSALUD, sin perjuicio de su participación en los turnos de guardia que se planifiquen, con la ordenación de los recursos humanos que establece la normativa vigente.

#### Artículo 5. *Retribuciones.*

Las retribuciones que percibirán estos facultativos serán las establecidas en el Real Decreto-ley 3/1987,

de 11 de septiembre, sobre retribuciones del Personal Estatutario de Instituto Nacional de la Salud, y en las disposiciones de desarrollo para los facultativos especialistas de área.

#### Artículo 6. *Sistema de selección.*

1. El acceso a las plazas de médicos de urgencias hospitalaria y médicos de admisión y documentación clínica se efectuará por los procedimientos establecidos en la Ley 30/1999, de 5 de octubre, de selección y provisión de plazas de personal estatutario de los servicios de salud.

2. Requisitos para acceder a las plazas:

a) Médicos de urgencia hospitalaria: encontrarse en posesión de cualquier título de médico especialista o la certificación prevista en el artículo 3 del Real Decreto 853/1993, de 4 de junio, sobre ejercicio de las funciones de médico de medicina general en el Sistema Nacional de Salud.

b) Médicos de admisión y documentación clínica: encontrarse en posesión del título de Licenciado en Medicina y Cirugía.

3. En el acceso a estas plazas se valorará la experiencia profesional en puestos de la misma categoría estatutaria y/o similar contenido funcional que el puesto objeto de la convocatoria en las Instituciones Hospitalarias de la Seguridad Social.

4. Los servicios prestados, en plazas en las que se hayan desempeñado, con carácter fundamental, las funciones de médicos de urgencia hospitalaria o médicos de admisión y documentación clínica, con independencia de la denominación de las mismas, serán considerados a efectos de concurso, como servicios prestados en plazas de médicos de urgencia hospitalaria o admisión y documentación clínica, siempre que resulten suficientemente acreditados.

#### Artículo 7. *Realización de funciones de médicos de urgencia hospitalaria por otros facultativos.*

Las funciones establecidas para los médicos de urgencia hospitalaria, serán asimismo desempeñadas por los restantes facultativos del centro, en aquellos supuestos en que realicen su actividad en los servicios de urgencia hospitalaria.

Disposición transitoria única. *Situación del personal médico que desempeña actualmente funciones de urgencia hospitalaria o en las unidades de admisión y archivo y documentación clínica.*

1. El personal médico interino del INSALUD que en la actualidad viene desempeñando las funciones de médicos de urgencia hospitalaria o las de médicos de admisión y documentación clínica, pasará a formar parte, respectivamente, de la plantilla del servicio de urgencia hospitalaria o de las unidades de admisión y documentación clínica, con la categoría de médico de urgencia hospitalaria o de médico de admisión y documentación clínica con carácter interino.

Los médicos de las Instituciones Sanitarias del INSALUD, con plaza en propiedad como médicos de medicina general jerarquizados que realicen funciones en el servicio de urgencias o en las unidades de admisión y documentación clínica podrán integrarse, respectivamente,

en las categorías y modalidades que se crean en este Real Decreto.

2. Asimismo se dará opción al personal médico con plaza en propiedad en otras categorías del Estatuto Jurídico del Personal Médico, que desempeñen las funciones que se asignan a los médicos de urgencia hospitalaria o a los médicos de admisión y documentación clínica, para integrarse, respectivamente, en las categorías que se crean en este Real Decreto. En el supuesto de que opten por no integrarse mantendrán su categoría de origen quedando adscritos al servicio de urgencias o a las unidades de admisión y archivo y documentación clínica.

3. Los médicos de medicina general jerarquizados, mencionados en el apartado 1, que opten por no integrarse continuarán adscritos al correspondiente servicio o unidad.

Disposición final primera. *Facultades de desarrollo.*

Se faculta a la Ministra de Sanidad y Consumo para dictar cuantas normas sean necesarias para el desarrollo de lo establecido en el presente Real Decreto.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente Real Decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Palma de Mallorca a 20 de julio de 2001.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Consumo,  
CELIA VILLALOBOS TALERO

**8.4 Anexo IV. Altas del total de ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. (Período 1-6-2006 al 31-3-2009).**

**Tabla 92 Altas del total de ingresados en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. (Período 1-6-2006 al 31-3-2009)**

GRD	Descripción	Total Pac.	Estancia Media	Peso GRD (Media)
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	5	3,8	2,2098
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	6	5,17	1,2891
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	23	2,96	1,5144
14	ICTUS CON INFARTO	73	7,84	2,002
15	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICO & OCLUSION PRECEREBRAL SIN INFARTO	3	2,33	1,493
16	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	2	9,5	1,8871
17	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	7	1	0,9865
19	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	2	1	0,9449
20	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	8	15,5	2,2533
21	MENINGITIS VIRICA	1	3	0,8401
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	1	8	1,0672
24	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC	18	3,94	1,0975
25	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	78	1,36	0,809
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	2	2,5	1,3983
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	2	3,5	0,9273
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	1	0	1,0278
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA &	4	1,5	1,799

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

	GARGANTA			
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	30	0,3	0,5867
66	EPISTAXIS	5	4,8	0,6669
69	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	2	1	0,4569
72	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	1	1	0,4854
73	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	6	2	0,7542
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	1	6	2,9864
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3	12	3,3832
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	3	3,67	1,7815
78	EMBOLISMO PULMONAR	43	8,42	1,6977
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 CON CC	9	12,22	2,0283
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	6	8,67	1,2229
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	18	7,11	1,9726
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	1	0	1,0598
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	4	1,5	0,6108
85	DERRAME PLEURAL CON CC	5	6,6	1,5855
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	2	0,5	1,0646
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	141	6,09	1,5649
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	59	6,47	1,1983
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	57	7,89	1,3895
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	42	3,95	0,8497
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	1	4	1,5101

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	3	11,67	1,0795
94	NEUMOTORAX CON CC	8	2,63	1,1952
95	NEUMOTORAX SIN CC	51	1,31	0,7204
96	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	6	7,5	0,9379
97	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	22	6,73	0,7191
99	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	6	0,67	0,905
100	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	11	0,82	0,6191
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	25	5,52	0,9993
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	40	4,2	0,6331
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIAC	3	4,33	1,6302
113	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	1	3	6,095
115	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SU	1	3	4,585
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE	29	4,41	3,6664
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	1	9	3,4187
121	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	127	6,84	2,5067
122	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	274	3,47	1,6324
123	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	27	4,89	3,2297
124	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	26	7,27	1,4434
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	7	3,86	0,752

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	6	14,33	4,2254
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	321	4,82	1,4947
129	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	1	1	1,0185
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	4	2	1,4417
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	13	0,54	0,9335
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	10	7	1,2461
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	30	7,73	0,7919
134	HIPERTENSION	16	1,31	0,9348
135	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	9	6,78	1,4097
136	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	10	2,3	0,7691
138	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	149	1,89	1,1694
139	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	724	0,73	0,7353
140	ANGINA DE PECHO	252	2,92	0,8866
141	SINCOPE & COLAPSO CON CC	47	1,51	1,044
142	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	152	0,88	0,7349
143	DOLOR TORACICO	370	0,7	0,5889
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	16	4,81	1,432
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	49	1,82	0,8388
146	RESECCION RECTAL CON CC	2	29,5	3,128
148	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	5	18,4	3,1543
149	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	3	11,33	1,9617

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	1	6	1,3978
152	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	1	17	2,1629
154	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	5	23	3,8015
155	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	2	7	1,9981
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	2	7,5	0,6051
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	1	7	0,9458
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	1	3	0,6893
167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	1	7	0,8993
170	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	1	18	3,089
171	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	3	2,67	1,3579
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	24	5,08	2,1678
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	3	2,33	1,129
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	55	4,75	1,3553
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	128	2,48	0,8155
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	6	5,67	1,0571
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	1	1	0,6388
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	1	5	1,1089
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	3	1	1,065
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	1	7	0,6309
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	12	6,67	1,1435

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	20	3	0,7691
185	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	4	0,5	0,7274
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	13	6,69	1,0532
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	13	3,85	0,6507
193	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	1	36	3,5485
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	1	12	1,3443
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	23	5,22	1,4684
203	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	6	8,5	1,8003
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	22	7,59	1,0242
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	14	10,29	1,689
206	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	4	9,75	1,1264
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	11	7,91	1,1567
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	17	5,35	0,6586
210	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	1	22	3,4516
211	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	6	10,83	2,2291
216	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	1	3	2,6518
219	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	1	17	1,3329
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS	1	13	0,9151

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

	PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC			
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	1	1	0,8467
233	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	1	37	2,7421
236	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	7	6,86	1,5311
239	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	6	7	2,0336
240	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	1	8	1,5745
241	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	1	8	0,9282
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	16	6,75	0,7919
244	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATHIAS ESPECIFICAS CON CC	3	0,33	1,1917
245	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATHIAS ESPECIFICAS SIN CC	1	0	0,7055
247	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	4	0,25	0,5989
248	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS	1	1	0,7029
250	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	1	0	0,8493
251	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	2	0,5	0,4556
252	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1	0	0,438
253	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	2	17,5	1,3711
254	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	3	4	0,6972
255	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	1	1	0,474

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4	0	0,7989
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	2	6	1,0738
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	4	6	0,6564
280	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	1	13	0,6853
281	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	15	0,73	0,3841
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	1	0	0,381
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	1	9	0,8668
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	3	2,33	0,5761
294	DIABETES EDAD>35	83	4,6	0,9624
295	DIABETES EDAD<36	14	2,71	0,8208
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	6	7,83	1,0944
297	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	12	0,83	0,5753
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2	0,5	0,8353
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	4	12,25	1,2167
303	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR NEOPLASIA	1	11	2,8759
304	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON C	1	3	2,5514
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	4	4,5	2,2221
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	2	2	1,4342
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	1	7	0,7691
316	INSUFICIENCIA RENAL	26	3,04	1,4303
318	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	1	5	1,7376

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

320	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	11	6,45	1,0628
321	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	13	4,46	0,6757
323	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	2	3,5	0,6366
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	5	1,6	0,4051
325	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	18	7,61	0,9615
326	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	10	3,8	0,5468
332	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2	0,5	0,6915
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	1	1	1,8387
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	1	1	0,9756
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	4	3	0,5678
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	2	1	0,6722
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	1	0	0,442
359	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	2	7,5	1,1479
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	2	4,5	0,5428
379	AMENAZA DE ABORTO	1	1	0,3968
380	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO	1	0	0,3174
381	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	3	2	0,481
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	4	9	2,465
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	32	3,34	1,0742

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

397	TRASTORNOS DE COAGULACION	6	2,67	1,2729
398	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	2	9	1,4123
399	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	9	6,33	0,8787
403	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	2	33,5	2,8193
404	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	5	10,2	1,4662
415	PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	2	36	2,5356
416	SEPTICEMIA EDAD>17	41	9,63	1,7604
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	3	3,67	0,862
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	4	0,5	1,0606
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	9	1,33	0,7581
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	1	1	0,6638
423	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	22	6,59	1,005
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	11	3	0,8164
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	2	0,5	0,7844
429	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	3	6,33	2,244
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	4	0,75	1,0506
445	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	11	0,27	0,5437
446	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	1	0	0,4542
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	10	0,4	0,4446
449	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	18	1,94	1,0212
450	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS	110	0,74	0,5095

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

	EDAD>17 SIN CC			
451	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	3	0,67	0,4836
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	1	8	0,9699
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	3	1	0,6046
454	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	3	2,33	0,9401
455	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	4	2,25	0,36
461	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	1	11	0,6708
463	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	2	1,5	1,3022
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	8	0,38	0,613
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	2	0	0,4306
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	11	0,82	0,3148
468	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO SIN RELACIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	12	21,83	4,125
477	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	2	17	1,9441
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	1	34	5,1712
532	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	4	6,75	2,0248
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	40	15,1	4,5907
540	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXC. NEUMONIA SIMPLE CON CC MAYOR	20	11,4	3,5581
541	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	261	8,44	2,4115

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

543	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	45	6,76	2,6637
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	78	9,47	3,4901
548	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	3	5,67	6,7764
549	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	1	9	9,8452
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	5	12,6	5,7017
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	20	6,8	1,9213
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	31	13,03	3,3476
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	3	9	4,4622
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	2	22,5	7,3635
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	2	11,5	4,1956
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	30	11,8	3,7151
558	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC	1	19	6,694
559	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	2	25,5	4,4328
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	3	6,33	2,5953
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	1	13	4,3793
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	1	7	3,2201
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	5	9	1,7902
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE	20	14,6	2,5422

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

	INGESTA O FIBROSIS QUISTI			
567	PROCEDIMIENTOS RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYO	3	27	6,6137
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	2	13,5	3,5678
569	TRAST. DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	13	9,92	1,7275
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	3	5,33	1,8387
571	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	1	20	3,3897
574	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	7	8,14	2,6172
575	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYO	1	65	5,8938
577	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	1	1	3,7085
579	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAY	1	20	8,7214
580	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	7	6,71	2,1068
581	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	4	35,5	6,5357
582	LESIONES, ENVENENAM. O EFECTO TOXICO DROGAS CEXC. TRAUMA MULT. CON CC MAYOR	17	5,53	2,031
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	53	10,15	3,609
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYO	14	27,21	5,7776
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	1	7	1,8626
588	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	18	5,33	1,6219

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

710	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	3	11,67	3,5831
712	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	2	9,5	2,6527
714	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	2	0,5	2,0068
731	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIV	2	22,5	6,1735
732	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	2	10,5	4,1478
733	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	5	8,8	2,3335
745	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	2	0	0,9309
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	1	13	1,0067
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	4	1	0,7835
749	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	1	0	0,4639
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	10	10,6	0,8335
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	14	2,57	0,5792
761	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	7	3	1,8209
764	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	1	0	0,9032
765	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	8	1,5	0,406
766	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	6	8,33	1,7065
767	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	22	1,45	0,9335
769	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	2	0	0,7384
772	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	1	2	0,9199

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

774	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	1	1	0,7967
775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	1	0	0,6274
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	1	0	1,8367
801	TUBERCULOSIS SIN CC	2	9	2,3072
802	NEUMOCISTOSIS	1	12	2,3808
810	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	60	4,23	2,4611
812	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	5	3,8	1,4215
813	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	21	4,1	0,8835
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	51	1,59	0,4459
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	2	16	3,8764
820	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRANSPLANTE GENITOU	5	7	1,3873
832	ISQUEMIA TRANSITORIA	14	4,43	0,8703
877	OXIG.MEMB.EXTRAC.O TRAQ. CON VENT.MEC. +96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAST. O	1	48	51,3469
878	TRAQ.CON VENT.MEC.+96 hrs O SIN DIAG.P. TRASTORNOS ORL SIN PROC. QUIR. MAY	7	55	31,7319
881	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA + 96 hrs	7	24,86	11,414
882	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA <96 hrs	6	8,33	4,6893
883	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	3	7,33	0,8831
886	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	3	0,33	0,6432
<b>Total</b>		<b>5637</b>	<b>4,48</b>	<b>1,4479</b>

**8.5 Anexo V. Altas externas de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (Período 1-6-2006 al 31-3-2009).**

**Tabla 93. Altas externas de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (Período 1-6-2006 al 31-3-2009).**

		Peso GRD	
GRD	Total Pac.	Media	Descripción
11	4	1,2891	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC
12	13	1,5144	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO
14	12	2,002	ICTUS CON INFARTO
17	6	0,9865	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC
19	1	0,9449	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC
20	1	2,2533	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA
24	11	1,0975	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC
25	67	0,809	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC
35	1	0,9273	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC
64	1	1,799	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA
65	30	0,5867	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO
66	1	0,6669	EPISTAXIS
69	1	0,4569	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC
72	1	0,4854	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL
73	3	0,7542	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17
77	1	1,7815	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC
78	5	1,6977	EMBOLISMO PULMONAR
80	1	1,2229	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 SIN CC
82	5	1,9726	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS
83	1	1,0598	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

84	2	0,6108	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC
85	2	1,5855	DERRAME PLEURAL CON CC
86	2	1,0646	DERRAME PLEURAL SIN CC
87	26	1,5649	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA
88	29	1,1983	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA
89	5	1,3895	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC
90	13	0,8497	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC
94	4	1,1952	NEUMOTORAX CON CC
95	38	0,7204	NEUMOTORAX SIN CC
96	1	0,9379	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC
97	9	0,7191	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC
99	5	0,905	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC
100	10	0,6191	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC
101	4	0,9993	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC
102	19	0,6331	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC
112	1	1,6302	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIAC
116	1	3,6664	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE
121	21	2,5067	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA
122	122	1,6324	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA
123	8	3,2297	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS
126	1	4,2254	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA
127	102	1,4947	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK
129	1	1,0185	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA
130	2	1,4417	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC
131	12	0,9335	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC
134	13	0,9348	HIPERTENSION

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

135	2	1,4097	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC
136	6	0,7691	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC
138	111	1,1694	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC
139	664	0,7353	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC
140	157	0,8866	ANGINA DE PECHO
141	36	1,044	SINCOPE & COLAPSO CON CC
142	142	0,7349	SINCOPE & COLAPSO SIN CC
143	347	0,5889	DOLOR TORACICO
144	3	1,432	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC
145	34	0,8388	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC
172	12	2,1678	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC
173	2	1,129	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC
174	15	1,3553	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC
175	70	0,8155	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC
178	1	0,6388	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC
180	2	1,065	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC
182	3	1,1435	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC
183	14	0,7691	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC
185	4	0,7274	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17
188	1	1,0532	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC
189	3	0,6507	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC
202	12	1,4684	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA
203	2	1,8003	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS
204	3	1,0242	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA
205	1	1,689	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

206	2	1,1264	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC
207	1	1,1567	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC
208	4	0,6586	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC
229	1	0,8467	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC
236	4	1,5311	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS
239	1	2,0336	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO
243	7	0,7919	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA
244	2	1,1917	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC
245	1	0,7055	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC
247	4	0,5989	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO
248	1	0,7029	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS
251	2	0,4556	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC
252	1	0,438	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18
254	1	0,6972	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC
255	1	0,474	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18
256	4	0,7989	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO
278	1	0,6564	CELULITIS EDAD>17 SIN CC
281	13	0,3841	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC
282	1	0,381	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18
284	1	0,5761	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC
294	40	0,9624	DIABETES EDAD>35
295	5	0,8208	DIABETES EDAD<36

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

296	2	1,0944	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC
297	10	0,5753	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC
299	2	0,8353	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO
309	1	1,4342	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC
316	15	1,4303	INSUFICIENCIA RENAL
320	1	1,0628	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC
321	4	0,6757	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC
323	1	0,6366	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE
324	3	0,4051	CALCULOS URINARIOS SIN CC
325	4	0,9615	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC
326	3	0,5468	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC
332	2	0,6915	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC
346	1	1,8387	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC
348	1	0,9756	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC
349	3	0,5678	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC
350	1	0,6722	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO
352	1	0,442	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO
376	1	0,5428	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO
380	1	0,3174	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO
381	1	0,481	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA
395	18	1,0742	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17
397	4	1,2729	TRASTORNOS DE COAGULACION
399	3	0,8787	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC
404	1	1,4662	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC
416	5	1,7604	SEPTICEMIA EDAD>17

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

418	1	0,862	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS
419	4	1,0606	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC
420	8	0,7581	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC
421	1	0,6638	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17
423	6	1,005	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA
425	6	0,8164	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL
426	2	0,7844	NEUROSIS DEPRESIVAS
432	4	1,0506	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL
445	11	0,5437	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC
446	1	0,4542	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18
447	10	0,4446	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17
449	14	1,0212	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC
450	103	0,5095	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC
451	3	0,4836	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18
453	2	0,6046	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC
454	1	0,9401	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC
455	3	0,36	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC
463	1	1,3022	SIGNOS & SINTOMAS CON CC
464	8	0,613	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC
466	2	0,4306	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO
467	9	0,3148	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD
477	1	1,9441	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL
533	4	4,5907	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR
541	31	2,4115	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

			CC MAYOR
543	11	2,6637	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR
544	7	3,4901	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR
551	3	1,9213	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR
552	4	3,3476	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR
557	6	3,7151	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR
560	1	2,5953	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR
563	1	1,7902	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR
566	3	2,5422	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTI
569	1	1,7275	TRAST. DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR
570	1	1,8387	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR
580	1	2,1068	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR
582	7	2,031	LESIONES, ENVENENAM. O EFECTO TOXICO DROGAS CEXC. TRAUMA MULT. CON CC MAYOR
584	11	3,609	SEPTICEMIA CON CC MAYOR
588	4	1,6219	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR
714	2	2,0068	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO
733	4	2,3335	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR
745	2	0,9309	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC
748	3	0,7835	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC
749	1	0,4639	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA
750	2	0,8335	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC
751	12	0,5792	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

761	4	1,8209	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H
764	1	0,9032	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC
765	7	0,406	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC
766	3	1,7065	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC
767	18	0,9335	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC
769	2	0,7384	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC
775	1	0,6274	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC
783	1	1,8367	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC
810	34	2,4611	HEMORRAGIA INTRACRANEAL
812	3	1,4215	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR
813	10	0,8835	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC
814	46	0,4459	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC
820	1	1,3873	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRANSPLANTE GENITOU
832	3	0,8703	ISQUEMIA TRANSITORIA
882	1	4,6893	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA <96 hrs
886	2	0,6432	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
<b>Total</b>	<b>2913</b>	<b>0,9795</b>	

**8.6 Anexo VI. Costes de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana (Período del 1-6-2006 al 31-3-2009).<sup>4</sup>**

Tabla 94. Costes UCIM (del 1/06/2006 al 31/03/2009).

<b>COSTES DE PERSONAL</b>	
Adjunto/ FEA	1294096,95
Enfermera/Aux. Enfermería	1610191,40
Celadores y otro personal	422866,22
<b>TOTAL COSTE DE PERSONAL- CAPITULO I</b>	<b>3327154,58</b>
<b>COSTES DE FUNCIONAMIENTO</b>	
Edificios y otras construcciones	29047,09
Maquinaria, Instalaciones y Utillaje	27180,41
Suministros	413097,94
Energía eléctrica	9415,64
Agua	2913,90
Gas	4023,83
Lencería y Vestuario	1518,47
Productos farmacéuticos	161070,20
Hemoderivados	4677,25
Productos farmacéuticos de uso hospitalario	19334,67
Instrumental y pequeño utillaje	1507,92
Material de laboratorio	11237,52
Otro material sanitario	147049,53
Material no sanitario, repuestos	5872,07
Banco de sangre	39723,96
Material de Oficina y otros suministros	4752,98
Trabajos realizados por otras empresas	241646,95
Limpieza y aseo	122740,73
Seguridad	28123,10
Servicios contratados de comedor	33277,82
Lavandería	48334,58
Recogida de residuos	1121,57
Voz y datos (telefonía, comunicaciones)	8049,16
Maquinaria, Instalaciones y Utillaje	18728,46
Aparatos médico asistenciales (móviles)	15434,89
Instalaciones técnicas	585,37
Equipos médicos asistenciales (fijos)	599,40
Mobiliario y enseres	8059,28
Mobiliario general y electrodomésticos	1342,81
Mobiliario médico asistencial	6716,47
<b>TOTAL COSTES DE FUNCIONAMIENTO</b>	<b>737760,14</b>

<sup>4</sup> Datos facilitados por la Unidad de Contabilidad Analítica del Hospital Sierrallana.

<b>COSTES REPERCUTIDOS</b>	
Rayos Hospital	450462,58
Laboratorios	255883,17
Admisión Urgencias	189845,68
Admisión Central más Archivo Historias Clínicas	142785,41
Estructura Hospital	129552,98
Pool de Enfermería	125335,56
Pool Secretarías Hospital	3091,09
Anatomía Patológica	2004,19
Atención al paciente más trabajadora social	12039,77
Banco de Sangre	15632,63
Control de Gestión	4872,51
Contabilidad	16087,12
Conserjería Hospital	33621,59
Dirección Enfermería	14832,06
Dirección Gestión	18867,90
Dirección Médica	5108,53
Supervisora Área más Tarde/noche	7404,73
Esterilización	42146,43
Facturación	4631,12
Farmacia	18169,19
Gerencia	16830,75
Mantenimiento	12563,21
Medicina Preventiva	29316,44
Personal	21892,75
Prevención Riesgos Laborales	14154,61
Central de Comunicaciones	1471,70
Sindicatos	30629,75
Pruebas servicios médicos	42287,26
Almacén	7685,97
Suministros	7016,16
Otros costes repercutidos	10335,41
<b>TOTAL COSTES REPERCUTIDOS</b>	<b>980212,50</b>
<b>TOTAL COSTES UCIM</b>	<b>5045127,22</b>

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

**8.7 Anexo VII. Costes por GRD.**

**Tabla 95. Costes por GRD (de 01/06/2006 a 31/03/2009).**

GRD	Descripción	Total Pac.	Estancia		Peso GRD	coste por GRD
			Media	Media		
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	5	3,8	2,2098	1365,961593	
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	6	5,17	1,2891	796,8418361	
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	23	2,96	1,5144	936,1083521	
14	ICTUS CON INFARTO	73	7,84	2,002	1237,512494	
15	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICO & OCLUSION PRECEREBRAL SIN INFARTO	3	2,33	1,493	922,8801965	
16	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	2	9,5	1,8871	1166,488425	
17	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	7	1	0,9865	609,7932444	
19	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	2	1	0,9449	584,0786991	
20	INFECCION DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	8	15,5	2,2533	1392,850601	
21	MENINGITIS VIRICA	1	3	0,8401	519,2978253	
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	1	8	1,0672	659,6769898	
24	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 CON CC	18	3,94	1,0975	678,4065745	
25	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD>17 SIN CC	78	1,36	0,809	500,0737301	
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	2	2,5	1,3983	864,3425176	
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	2	3,5	0,9273	573,1994683	
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	1	0	1,0278	635,3223483	
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	4	1,5	1,799	1112,030458	
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	30	0,3	0,5867	362,6616285	
66	EPISTAXIS	5	4,8	0,6669	412,2363048	
69	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	2	1	0,4569	282,4273019	
72	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	1	1	0,4854	300,044238	
73	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	6	2	0,7542	466,1997617	
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	1	6	2,9864	1846,007648	
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3	12	3,3832	2091,28485	
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	3	3,67	1,7815	1101,213041	
78	EMBOLISMO PULMONAR	43	8,42	1,6977	1049,413067	
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 CON CC	9	12,22	2,0283	1253,769526	
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESP. EXCEPTO NEUMONIA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	6	8,67	1,2229	755,9210933	
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	18	7,11	1,9726	1219,339234	
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	1	0	1,0598	655,1027678	
84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	4	1,5	0,6108	377,5587569	
85	DERRAME PLEURAL CON CC	5	6,6	1,5855	980,0579716	
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	2	0,5	1,0646	658,0698307	
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	141	6,09	1,5649	967,3243266	
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	59	6,47	1,1983	740,7148958	
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	57	7,89	1,3895	858,9029023	
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	42	3,95	0,8497	525,2319511	
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	1	4	1,5101	933,4503582	
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	3	11,67	1,0795	667,2800885	
94	NEUMOTORAX CON CC	8	2,63	1,1952	738,7986677	

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

95	NEUMOTORAX SIN CC	51	1,31	0,7204	445,3066936
96	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	6	7,5	0,9379	579,7517323
97	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	22	6,73	0,7191	444,5031141
99	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	6	0,67	0,905	559,4149885
100	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	11	0,82	0,6191	382,6893032
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	25	5,52	0,9993	617,7054122
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	40	4,2	0,6331	391,3432367
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIAC	3	4,33	1,6302	1007,688745
113	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	1	3	6,095	3767,551774
115	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SU	1	3	4,585	2834,163229
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE	29	4,41	3,6664	2266,341562
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	1	9	3,4187	2113,228753
121	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	127	6,84	2,5067	1549,486797
122	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	274	3,47	1,6324	1009,048649
123	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	27	4,89	3,2297	1996,40065
124	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	26	7,27	1,4434	892,2205463
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	7	3,86	0,752	464,8398579
126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	6	14,33	4,2254	2611,880765
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	321	4,82	1,4947	923,9310313
129	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	1	1	1,0185	629,5736639
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	4	2	1,4417	891,1697115
131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	13	0,54	0,9335	577,0319246
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	10	7	1,2461	770,2618975
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	30	7,73	0,7919	489,5035684
134	HIPERTENSION	16	1,31	0,9348	577,8355042
135	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	9	6,78	1,4097	871,3892921
136	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	10	2,3	0,7691	475,4100195
138	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	149	1,89	1,1694	722,8507045
139	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	724	0,73	0,7353	454,5169514
140	ANGINA DE PECHO	252	2,92	0,8866	548,0412473
141	SINCOPE & COLAPSO CON CC	47	1,51	1,044	645,3361857
142	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	152	0,88	0,7349	454,2696962
143	DOLOR TORACICO	370	0,7	0,5889	364,0215323
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	16	4,81	1,432	885,1737719
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	49	1,82	0,8388	518,4942457
146	RESECCION RECTAL CON CC	2	29,5	3,128	1933,536005
148	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	5	18,4	3,1543	1949,793037
149	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	3	11,33	1,9617	1212,601528
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	1	6	1,3978	864,0334486
152	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	1	17	2,1629	1336,970916
154	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	5	23	3,8015	2349,852021
155	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	2	7	1,9981	1235,101755
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	2	7,5	0,6051	374,0353697
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	1	7	0,9458	584,6350234
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	1	3	0,6893	426,0825984

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	1	7	0,8993	555,8916013
170	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	1	18	3,089	1909,428618
171	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	3	2,67	1,3579	839,369738
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	24	5,08	2,1678	1339,999792
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	3	2,33	1,129	697,8779249
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	55	4,75	1,3553	837,7625789
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	128	2,48	0,8155	504,0916278
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	6	5,67	1,0571	653,4337949
178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	1	1	0,6388	394,8666239
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	1	5	1,1089	685,4533489
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	3	1	1,065	658,3170859
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	1	7	0,6309	389,9833329
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	12	6,67	1,1435	706,8409275
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	20	3	0,7691	475,4100195
185	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	4	0,5	0,7274	449,6336604
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	13	6,69	1,0532	651,0230563
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	13	3,85	0,6507	402,2224674
193	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	1	36	3,5485	2193,463079
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	1	12	1,3443	830,9630597
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	23	5,22	1,4684	907,6739991
203	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	6	8,5	1,8003	1112,834037
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	22	7,59	1,0242	633,0970511
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	14	10,29	1,689	1044,035266
206	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	4	9,75	1,1264	696,2707658
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	11	7,91	1,1567	715,0003505
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	17	5,35	0,6586	407,1057585
210	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	1	22	3,4516	2133,565497
211	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	6	10,83	2,2291	1377,891658
216	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	1	3	2,6518	1639,178637
219	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	1	17	1,3329	823,9162853
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC	1	13	0,9151	565,6581834
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	1	1	0,8467	523,3775368
233	OTROS PROC.QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	1	37	2,7421	1694,996508
236	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	7	6,86	1,5311	946,4312585
239	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	6	7	2,0336	1257,045658
240	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	1	8	1,5745	973,2584524
241	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	1	8	0,9282	573,7557926
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	16	6,75	0,7919	489,5035684
244	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	3	0,33	1,1917	736,6351843
245	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	1	0	0,7055	436,0964358
247	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	4	0,25	0,5989	370,2029134
248	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS	1	1	0,7029	434,4892767
250	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	1	0	0,8493	524,9846959
251	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	2	0,5	0,4556	281,6237224
252	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1	0	0,438	270,7444917

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

253	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	2	17,5	1,3711	847,5291611
254	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	3	4	0,6972	430,9658895
255	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	1	1	0,474	292,9974636
256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	4	0	0,7989	493,8305352
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	2	6	1,0738	663,7567013
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	4	6	0,6564	405,7458547
280	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	1	13	0,6853	423,610046
281	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	15	0,73	0,3841	237,4268476
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	1	0	0,381	235,5106195
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	1	9	0,8668	535,8021128
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	3	2,33	0,5761	356,1093645
294	DIABETES EDAD>35	83	4,6	0,9624	594,896116
295	DIABETES EDAD<36	14	2,71	0,8208	507,3677598
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	6	7,83	1,0944	676,4903463
297	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	12	0,83	0,5753	355,614854
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2	0,5	0,8353	516,3307623
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	4	12,25	1,2167	752,0886371
303	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR NEOPLASIA	1	11	2,8759	1777,703387
304	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON C	1	3	2,5514	1577,117571
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	4	4,5	2,2221	1373,564692
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	2	2	1,4342	886,5336757
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	1	7	0,7691	475,4100195
316	INSUFICIENCIA RENAL	26	3,04	1,4303	884,1229371
318	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	1	5	1,7376	1074,076778
320	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	11	6,45	1,0628	656,9571821
321	INFECCIONES DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	13	4,46	0,6757	417,6759202
323	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	2	3,5	0,6366	393,5067201
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	5	1,6	0,4051	250,4077479
325	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	18	7,61	0,9615	594,3397917
326	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	10	3,8	0,5468	337,9979179
332	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2	0,5	0,6915	427,4425023
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	1	1	1,8387	1136,570541
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	1	1	0,9756	603,055539
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	4	3	0,5678	350,9788182
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	2	1	0,6722	415,5124368
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	1	0	0,442	273,2170441
359	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	2	7,5	1,1479	709,5607352
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	2	4,5	0,5428	335,5253655
379	AMENAZA DE ABORTO	1	1	0,3968	245,2772016
380	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO	1	0	0,3174	196,1970358
381	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	3	2	0,481	297,3244304
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	4	9	2,465	1523,710438
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	32	3,34	1,0742	664,0039565
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	6	2,67	1,2729	786,8279988
398	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	2	9	1,4123	872,9964511

## Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

399	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	9	6,33	0,8787	543,1579563
403	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	2	33,5	2,8193	1742,71677
404	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	5	10,2	1,4662	906,3140952
415	PROC. QUIRURGICO POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS & PARASITARIAS	2	36	2,5356	1567,350989
416	SEPTICEMIA EDAD>17	41	9,63	1,7604	1088,170327
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	3	3,67	0,862	532,8350498
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	4	0,5	1,0606	655,5972783
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	9	1,33	0,7581	468,6105003
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	1	1	0,6638	410,3200767
423	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	22	6,59	1,005	621,2287994
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	11	3	0,8164	504,6479521
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	2	0,5	0,7844	484,8675326
429	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	3	6,33	2,244	1387,101916
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	4	0,75	1,0506	649,4158972
445	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	11	0,27	0,5437	336,0816898
446	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	1	0	0,4542	280,758329
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	10	0,4	0,4446	274,8242032
449	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	18	1,94	1,0212	631,2426368
450	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	110	0,74	0,5095	314,9413665
451	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	3	0,67	0,4836	298,9315894
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	1	8	0,9699	599,5321518
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	3	1	0,6046	373,7263006
454	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	3	2,33	0,9401	581,1116361
455	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	4	2,25	0,36	222,5297192
461	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	1	11	0,6708	414,6470434
463	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	2	1,5	1,3022	804,9394454
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	8	0,38	0,613	378,9186607
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	2	0	0,4306	266,1702697
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	11	0,82	0,3148	194,5898767
468	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXTENSIVO SIN RELACION CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL	12	21,83	4,125	2549,819699
477	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	2	17	1,9441	1201,722297
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	1	34	5,1712	3196,515789
532	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	4	6,75	2,0248	1251,606043
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	40	15,1	4,5907	2837,686616
540	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXC. NEUMONIA SIMPLE CON CC MAYOR	20	11,4	3,5581	2199,397205
541	NEUMONIA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESP.EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	261	8,44	2,4115	1490,64005
543	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	45	6,76	2,6637	1646,534481
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	78	9,47	3,4901	2157,363814
548	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	3	5,67	6,7764	4188,751081
549	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	1	9	9,8452	6085,693309
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	5	12,6	5,7017	3524,438055
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	20	6,8	1,9213	1187,628749
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	31	13,03	3,3476	2069,279133
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	3	9	4,4622	2758,255869
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL.HEPATICO CON CC MAYOR	2	22,5	7,3635	4551,659965

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	2	11,5	4,1956	2593,46025
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	30	11,8	3,7151	2296,444888
558	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR EXC. ARTIC.MAYOR BILATERAL O MULTIPLE CON CC	1	19	6,694	4137,816501
559	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	2	25,5	4,4328	2740,082609
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	3	6,33	2,5953	1604,253834
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	1	13	4,3793	2707,01222
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	1	7	3,2201	1990,466524
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	5	9	1,7902	1106,590842
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUIISTI	20	14,6	2,5422	1571,4307
567	PROCEDIMIENTOS RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYO	3	27	6,6137	4088,180011
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	2	13,5	3,5678	2205,393145
569	TRAST. DE RIÑON & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	13	9,92	1,7275	1067,833583
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	3	5,33	1,8387	1136,570541
571	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	1	20	3,3897	2095,302748
574	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	7	8,14	2,6172	1617,791059
575	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYO	1	65	5,8938	3643,182386
577	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	1	1	3,7085	2292,365177
579	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAY	1	20	8,7214	5391,029703
580	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	7	6,71	2,1068	1302,293368
581	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	4	35,5	6,5357	4039,965238
582	LESIONES, ENVENENAM. O EFECTO TOXICO DROGAS CEXC. TRAUMA MULT. CON CC MAYOR	17	5,53	2,031	1255,438499
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	53	10,15	3,609	2230,860435
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYO	14	27,21	5,7776	3571,354738
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	1	7	1,8626	1151,344042
588	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	18	5,33	1,6219	1002,558199
710	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	3	11,67	3,5831	2214,850658
712	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	2	9,5	2,6527	1639,734961
714	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	2	0,5	2,0068	1240,479557
731	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIV	2	22,5	6,1735	3816,075615
732	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	2	10,5	4,1478	2563,913248
733	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	5	8,8	2,3335	1442,425277
745	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	2	0	0,9309	575,4247655
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	1	13	1,0067	622,2796342
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	4	1	0,7835	484,3112083
749	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	1	0	0,4639	286,7542687
750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	10	10,6	0,8335	515,2181137
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	14	2,57	0,5792	358,0255927
761	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	7	3	1,8209	1125,567682
764	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	1	0	0,9032	558,3023399
765	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	8	1,5	0,406	250,9640722
766	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	6	8,33	1,7065	1054,852683
767	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	22	1,45	0,9335	577,0319246
769	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	2	0	0,7384	456,4331796
772	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	1	2	0,9199	568,6252463
774	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	1	1	0,7967	492,4706313

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	1	0	0,6274	387,8198495
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	1	0	1,8367	1135,334265
801	TUBERCULOSIS SIN CC	2	9	2,3072	1426,168245
802	NEUMOCISTOSIS	1	12	2,3808	1471,66321
810	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	60	4,23	2,4611	1521,2997
812	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	5	3,8	1,4215	878,6833217
813	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	21	4,1	0,8835	546,1250192
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	51	1,59	0,4459	275,6277827
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	2	16	3,8764	2396,150565
820	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRANSPLANTE GENITOU	5	7	1,3873	857,5429984
832	ISQUEMIA TRANSITORIA	14	4,43	0,8703	537,9655961
877	OXIG.MEMB.EXTRAC.O TRAQ. CON VENT.MEC. +96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAST. O	1	48	51,3469	31739,47566
878	TRAQ.CON VENT.MEC.+96 hrs O SIN DIAG.P. TRASTORNOS ORL SIN PROC. QUIR. MAY	7	55	31,7319	19614,69666
881	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA + 96 hrs	7	24,86	11,414	7055,428375
882	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA <96 hrs	6	8,33	4,6893	2898,635034
883	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	3	7,33	0,8831	545,8777639
886	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	3	0,33	0,6432	397,5864316

**8.8 Anexo VIII. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.**

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE CUIDADOS INTERMEDIOS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SIERRALLANA**

**DATOS DEL PACIENTE**

**A. Sexo del paciente:**  Hombre  Mujer

**B. Edad del paciente** (*anotar literal*); \_\_\_\_\_.

**C. Indicar el nivel de estudios.**

- No sabe leer ni escribir
- Menos que primario, pero sabe leer y escribir
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios o superiores
- No sabe/No contesta

**D. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente?**

- Trabajador activo
- Jubilado / pensionista /prejubilado
- Parado
- Estudiante
- Ama/o de casa
- Otra situación
- No sabe/No contesta

**G. Indique cuál es su nacionalidad.**

- Español

- De la Unión Europea
- Otra nacionalidad
- No sabe/No contesta

**H. Indicar cuál es SU ESTADO DE SALUD ACTUAL / EL ESTADO DE SALUD**

- Muy Bueno
- Bueno
- Ni bueno ni malo
- Malo
- Muy malo
- No sabe/No contesta

**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

1. Con fecha \_\_\_\_\_, ¿estuvo usted ingresado en el Hospital Sierrallana de Torrelavega?  
 Sí  No
  
2. ¿Estuvo usted ingresado, durante su estancia en el hospital, en la unidad especial de Cuidados Intermedios del Servicio de Urgencias?  
 Sí  No
  
3. En el momento del ingreso o durante su hospitalización, ¿le proporcionaron una Guía de Acogida (Folleto en el que se explica el funcionamiento general del hospital y la ubicación de los diferentes servicios) a usted o a sus familiares?  
 Sí  No  No sabe/No contesta
  
4. A su juicio, ha estado ingresado en la unidad...  
 Más tiempo del necesario  
 El tiempo necesario  
 Menos tiempo del necesario  
 No sabe/No contesta
  
5. En primer lugar queremos conocer su opinión sobre una serie de aspectos concretos del Hospital. Indique el grado de satisfacción con los siguientes aspectos:

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NO SABE/NO CONTESTA
Su sensación sobre la tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La apariencia (limpieza y uniforme) del personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir dentro del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La facilidad para llegar al hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información que los médicos le proporcionaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La información que las enfermeras le proporcionaron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. De nuevo, volvemos a hablar de una serie de aspectos concretos sobre el Hospital para que usted indique su grado de satisfacción.

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NO SABE/NO CONTESTA
La rapidez con que se consigue lo que se necesita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesite	<input type="checkbox"/>					
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7. Durante su estancia en la unidad, cuando le realizaron pruebas, ¿le explicaron en que consistían?.
- Sí, se lo explicaron siempre  
 Se lo explicaron alguna veces  
 No se lo explicaron  
 No le realizaron pruebas  
 No sabe/No contesta
8. También bajo su punto de vista, ¿cree que ha recibido información suficiente relativa a su estado de salud?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
9. Durante su ingreso, ¿informaron a sus familiares o acompañantes sobre el lugar y horario de información clínica?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
10. Cuando le dieron el alta, ¿le entregaron un informe médico?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
11. Cuando le dieron el alta, ¿le entregaron un informe sobre cuidados de enfermería?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
12. ¿Conoció el nombre del médico que le atendía habitualmente durante su estancia en el hospital?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
13. ¿Conoció el nombre de la enfermera supervisora de la unidad de cuidados intermedios en la que estuvo ingresado?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
14. En general, ¿considera que el personal que le atendió se identificó correctamente?.
- Sí                       No                       No sabe/No contesta
15. En relación al personal sanitario que le atendió en el hospital, valore en relación al...

<b>PERSONAL MÉDICO</b>	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NO SABE/NO CONTESTA
La confianza y seguridad que los médicos transmiten a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La amabilidad ó cortesía de los médicos que trabajan en el hospital en su trato con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La preparación de los médicos o su capacitación para realizar su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El trato personalizado que los médicos dan a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

<b>PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NO SABE/NO CONTESTA
La confianza y seguridad que las enfermeras transmiten a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La amabilidad ó cortesía de las enfermeras que trabajan en el hospital en su trato con la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La preparación de las enfermeras o su capacitación para realizar su trabajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Dada su experiencia, ¿recomendaría este hospital a otras personas?

- Sí                       No                       No sabe/No contesta

17. Para terminar, nos gustaría conocer su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en dicha unidad del hospital, valórelo por favor utilizando una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho.

Nada -----> Totalmente

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

18. Si en un futuro necesitase ingresar en un hospital (por un problema similar), y pudiera elegir centro, ¿le gustaría volver al mismo?. Puntúe de 0 a 10.

Nunca -----> Siempre

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

¿Le gustaría añadir algo en relación a la asistencia recibida?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 8.9 Anexo IX. Cuestionario de la Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de una Unidad de Hospitalización Convencional del Hospital Sierrallana.

### **ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL**

“Buenos días / tardes, mi nombre es (NOMBRE Y PRIMER APELLIDO) y le llamo en nombre del Servicio Cántabro de Salud. ¿Podría hablar con D. / D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_?”

#### 2. Colabora

“Buenos días / tardes, mi nombre es (NOMBRE Y PRIMER APELLIDO) y le llamo en nombre del Servicio Cántabro de Salud en relación a la asistencia recibida durante su hospitalización con fecha de ingreso el día \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_. ¿Sería tan amable de responderme a unas preguntas?. Gracias por atendernos.

*(Su identidad y sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y exclusivamente para la mejora de la calidad de la atención de los pacientes que acuden a Centros Hospitalarios)*

#### **(COMIENZA EL CUESTIONARIO)**

#### 3. No puede colaborar

- No se encuentra en este momento.

- Y, ¿podría indicarme en que momento puedo volver a llamar? **(ANOTAR EN LA FICHA DE CONTROL PARA LA SIGUIENTE LLAMADA)**

- Es menor de 16 años.

- Y, ¿podría hablar con la persona que le acompañó habitualmente durante el ingreso?

#### 4. No colabora

- Imposible contactar: tras 10 intentos de contacto telefónico.
- Rechazo a ser entrevistado: desde el comienzo de la entrevista.
- Excluidos por imposibilidad física: fallecidos o situación grave
- Excluidos por encuesta incompleta.
- Excluidos por la base de datos: teléfonos equivocados o de contacto, pacientes repetidos.
- No estuvo en la mencionada consulta.

**BLOQUE A. INGRESO HOSPITALARIO**

1. En el último mes, con fecha de ingreso \_\_\_\_\_, ¿estuvo usted ingresado en el Hospital \_\_\_\_\_?. **(VER HOJA DE CONTROL)**

Sí..... 1

No ..... 2

**(FIN DE LA ENTREVISTA)**

2. Dicho ingreso en el hospital, ¿se debió a...?. **(LEER OPCIONES)**

Una urgencia ..... 1

Un ingreso programado ..... 2

Ns/Nc **(NO LEER)** ..... 0

3. En el momento del ingreso o durante su hospitalización, ¿le proporcionaron una Guía de Acogida (FOLLETO EN EL QUE SE EXPLICA EL FUNCIONAMIENTO GENERAL DEL HOSPITAL Y LA UBICACIÓN DE LOS DIFERENTES SERVICIOS) a usted o a sus familiares?. **(NO LEER)**

Sí..... 1

No ..... 2

Ns/Nc ..... 0

4. A su juicio, ha estado ingresado en el hospital... **(LEER OPCIONES)**

Más tiempo del necesario ..... 1

El tiempo necesario ..... 2

Menos tiempo del necesario ..... 3

Ns/Nc **(NO LEER)** ..... 0

BLOQUE B. VALORACIÓN DE ASPECTOS CONCRETOS

5. En primer lugar queremos conocer su opinión sobre una serie de aspectos concretos del Hospital \_\_\_\_\_ en el que fue atendido. Me gustaría que me indicara el grado de satisfacción con los siguientes aspectos: (LEER ÍTEMS UNO A UNO)

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba (NO LEER)	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NS/NC (NO LEER)
- Su sensación sobre la tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos .....	1	2	3	4	5	0
- La apariencia (limpieza y uniforme) del personal .....	1	2	3	4	5	0
- Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber donde ir dentro del hospital .....	1	2	3	4	5	0
- La facilidad para llegar al hospital .....	1	2	3	4	5	0
- La información que los médicos le proporcionaron .....	1	2	2	4	5	0
- La información que las enfermeras le proporcionaron .....	1	2	2	4	5	0

6. De nuevo, volvemos a hablar de una serie de aspectos concretos sobre el Hospital \_\_\_\_\_ en el que fue atendido para que usted me indique su grado de satisfacción. Valóreme, si es usted tan amable, ... (LEER ÍTEMS UNO A UNO)

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba (NO LEER)	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NS/NC (NO LEER)
- La rapidez con que se consigue lo que se necesita .....	1	2	3	4	5	0
- La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesite .....	1	2	3	4	5	0

BLOQUE C. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

7. Durante su estancia en el hospital, cuando le realizaron pruebas, ¿le explicaron en que consistían?. (LEER OPCIONES)

Sí, se lo explicaron siempre ..... 1  
Se lo explicaron alguna veces (NO LEER) ..... 2  
No se lo explicaron ..... 3  
No le realizaron pruebas (NO LEER) ..... 4  
Ns/Nc (NO LEER) ..... 0

BLOQUE D. INFORMACIÓN RECIBIDA

8. También bajo su punto de vista, ¿cree que ha recibido información suficiente relativa a su estado de salud?. (NO LEER)

Sí..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc..... 0

9. Durante su ingreso, ¿informaron a sus familiares o acompañantes sobre el lugar y horario de información clínica?. (NO LEER)

Sí..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc..... 0

10. Cuando le dieron el alta, ¿le entregaron un informe médico?. (NO LEER)

Sí..... 1  
No ..... 2 —————> Pasar a P.12  
Ns/Nc..... 0 —————> Pasar a P.13

11. ¿Qué tipo de informe le entregaron al alta?. (LEER OPCIONES)

Un informe (definitivo) escrito a máquina ..... 1 —————> Pasar a P.13

Un informe (provisional) escrito a mano..... 2  
Ns/Nc **(NO LEER)** ..... 0      —————▶ **Pasar a P.13**

12.    ¿Cuánto tiempo transcurrió, aproximadamente, hasta que recibió el informe de alta (definitivo)? **(LEER OPCIONES)**

Menos de 7 días ..... 1  
Entre 7 y 15 días..... 2  
Más de 15 días ..... 3  
No ha recibido informe médico definitivo **(NO LEER)**..... 4  
Ns/Nc **(NO LEER)** ..... 0

13.    Y, cuando le dieron el alta, ¿le entregaron un informe sobre cuidados de enfermería?  
**(NO LEER)**

Sí..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc..... 0

BLOQUE E. VALORACIÓN DE LOS PROFESIONALES
---

14.    ¿Conoce el nombre del médico que le atendía habitualmente durante su estancia en el hospital? **(NO LEER)**

Sí..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc..... 0

15.    Y, ¿conoce el nombre de la enfermera supervisora de la planta en la que estuvo ingresado? **(NO LEER)**

Sí..... 1  
No ..... 2

Ns/Nc..... 0

16. En general, ¿considera que el personal que le atendió se identificó correctamente?. **(NO LEER)**

Sí..... 1

No ..... 2

Ns/Nc..... 0

17. En relación al personal sanitario que le atendió en el hospital, valóreme, si es usted tan amable, en relación al... **(LEER (TEMS UNO A UNO))**

- Personal médico

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba <b>(NO LEER)</b>	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NS/NC <b>(NO LEER)</b>
- La confianza y seguridad que los médicos transmiten a los pacientes .....	1	2	3	4	5	0
- La amabilidad ó cortesía de los médicos que trabajan en el hospital en su trato con la gente .....	1	2	3	4	5	0
- La preparación de los médicos o su capacitación para realizar su trabajo .....	1	2	3	4	5	0
- El trato personalizado que los médicos dan a los pacientes .....	1	2	3	4	5	0

- Personal de enfermería

	Mucho peor de lo que esperaba	Peor de lo que esperaba	Como me lo esperaba <b>(NO LEER)</b>	Mejor de lo que esperaba	Mucho mejor de lo que esperaba	NS/NC <b>(NO LEER)</b>
- La confianza y seguridad que las enfermeras transmiten a los pacientes .....	1	2	3	4	5	0
- La amabilidad ó cortesía de las enfermeras que trabajan en el hospital en su trato con la gente .....	1	2	3	4	5	0
- La preparación de las enfermeras o su capacitación para realizar su trabajo .....	1	2	3	4	5	0
- El trato personalizado que las enfermeras dan a los pacientes .....	1	2	3	4	5	0

BLOQUE F. VALORACIÓN GLOBAL DEL SERVICIO

18. Dada su experiencia, ¿recomendaría este hospital a otras personas?. **(NO LEER)**

- Sí..... 1  
No ..... 2  
Ns/Nc..... 0

19. Para terminar, nos gustaría conocer su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital, valórelo por favor utilizando una escala de 0 a 10, donde 0 es nada satisfecho y 10 es totalmente satisfecho.

Nada -----> Totalmente

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

20. Si en un futuro necesitase ingresar en un hospital (por un problema similar), y pudiera elegir centro, ¿le gustaría volver al mismo?. Puntúe de 0 a 10.

Nunca -----> Siempre

<input type="checkbox"/>										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

21. ¿Le gustaría añadir algo en relación a la asistencia recibida?.

---

---

---

Para finalizar, le voy a hacer una serie de preguntas para poder clasificar sus respuestas con las de otras personas.

DATOS DEL PACIENTE (NO PREGUNTAR)

- A. Sexo del paciente: 1. Hombre 2. Mujer
- B. Edad del paciente (*anotar literal*): \_\_\_\_\_
- } → VER LISTADO

DATOS DEL ENTREVISTADO

C. Sexo del entrevistado. (PREGUNTAR SOLO SI EL ENTREVISTADO ES DIFERENTE AL PACIENTE):

- Hombre ..... 1  
Mujer ..... 2

D. Edad del entrevistado. (PREGUNTAR SOLO SI EL ENTREVISTADO ES DIFERENTE AL PACIENTE):

- Entre 16 y 25 años ..... 1  
Entre 26 y 35 años ..... 2  
Entre 36 y 45 años ..... 3  
Entre 46 y 55 años ..... 4  
Entre 56 y 65 años ..... 5  
Entre 66 y 75 años ..... 6  
Mayor de 75 años ..... 7  
NS/NC (NO LEER) ..... 0

E. ¿Podría indicarme cuál es su nivel de estudios?. (A TODOS):

- No sabe leer ni escribir ..... 1  
Menos que primario, pero sabe leer y escribir ..... 2  
Estudios primarios ..... 3  
Estudios secundarios ..... 4  
Estudios universitarios o superiores ..... 5  
NS/NC ..... 0

F. ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente?. (A TODOS):

- Trabajador activo ..... 1  
Jubilado / pensionista /prejubilado ..... 2  
Parado ..... 3  
Estudiante ..... 4  
Ama/o de casa ..... 5  
Otra situación ..... 6  
NS/NC ..... 0

G. ¿Podría indicarme cuál es su nacionalidad?. (A TODOS):

- Español ..... 1  
De la Unión Europea ..... 2  
Otra nacionalidad ..... 3  
NS/NC (NO LEER) ..... 0

H. ¿Podría decirme cuál es SU ESTADO DE SALUD ACTUAL / EL ESTADO DE SALUD DE (NOMBRE DEL MENOR)?. (A TODOS):

- Muy Bueno ..... 1  
Bueno ..... 2

Unidades de Hospitalización de Alta Resolución en Urgencias: La Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. Utilidad y rentabilidad para el Sistema Sanitario.

Ni bueno ni malo (NO LEER) .....	3
Malo .....	4
Muy malo .....	5
NS/NC (NO LEER) .....	0

Con esto hemos finalizado al entrevista, muchas gracias por su colaboración. Adiós, Buenos días / tardes

I. ¿Cómo ha sido la colaboración del entrevistado?. (A RESPONDER POR EL ENTREVISTADOR)

Muy buena .....	1
Buena.....	2
Regular .....	3
Mala .....	4
Muy mala .....	5

Código del entrevistador: \_\_\_\_\_ Número de cuestionario: \_\_\_\_\_

Fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Centro Hospitalario: \_\_\_\_\_

Días transcurridos desde la consulta hasta la fecha de la entrevista: \_\_\_\_\_

Número de llamadas realizadas hasta el contacto válido: \_\_\_\_\_

#### **8.10 Anexo X. Carta Encuesta de Satisfacción para usuarios de la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana.**

Estimado/ a Sr./ a. «Nombre\_completo»:

Nos dirigimos a usted con el fin de medir su grado de satisfacción en relación a la asistencia recibida durante su estancia el pasado mes de diciembre de 2008 en la Unidad de Cuidados Intermedios del Servicio de Urgencias.

Esta es una unidad de reciente instauración y su opinión sería de interesante valor con el objetivo de mejorar cualquier aspecto.

Para ello le adjuntamos un cuestionario de fácil cumplimentación, donde tratamos de identificar su opinión acerca de varios aspectos relacionados con dicha asistencia (trato recibido, nivel de información recibida, hostelería, valoración que usted puede hacer sobre el equipo de profesionales que le atendieron, etc.).

Su identidad y sus respuestas serán tratadas de manera confidencial y exclusivamente para la mejora de la calidad de la atención de los pacientes que son atendidos en dicha unidad.

A continuación se detallan una serie de instrucciones, tanto para su cumplimiento, como para hacernos llegar sus respuestas:

Instrucciones:

1. Marcar con una X la opción deseada en la casilla correspondiente.
2. Una vez finalizado introduzca, por favor, el cuestionario en el sobre pre-franqueado adjunto y enviar por correo (sin necesidad de sello).

Agradeciendo de antemano su estimada colaboración, le saludamos atentamente,

**SERVICIO DE ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA**

### 8.11 Anexo XI. GRD's Inespecíficos.

Tabla 96. GRD's Inespecíficos

GRD's Inespecíficos	Descripción
467. Otros factores que influyen en el estado de salud.	Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por alguna circunstancia que, sin ser una enfermedad actual, influye en su estado de salud y que no han sido intervenidos quirúrgicamente. El diagnóstico más frecuente es el de observación por sospecha de enfermedad que se descarta.
468. Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con el diagnóstico principal.	GRD quirúrgico que agrupa a pacientes a los que se les ha realizado una intervención quirúrgica mayor que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.
469. Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta.	GRD que agrupa a pacientes ingresados por un diagnóstico cuyo código existe en la CIE-9-MC, pero no es válido como motivo de alta. Supone un error de codificación. También se clasifican en este GRD pacientes con motivo de ingreso un diagnóstico prenatal y tienen una edad > 29 días en el momento del ingreso.
470. No agrupable.	GRD que agrupa pacientes cuyo diagnóstico principal es erróneo o no se ha codificado. También son clasificados en este GRD pacientes cuyos datos tienen ausencia o error en la fecha de nacimiento, sexo o tipo de alta.
476. Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con el diagnóstico principal.	GRD quirúrgico que agrupa pacientes a los que se les ha realizado intervención prostática que no tiene relación con el motivo por el que ingresaron.
477. Procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con el diagnóstico principal.	GRD quirúrgico que agrupa pacientes a los que se les ha realizado una intervención menor sin relación con el motivo por el que ingresaron.

**8.12 Anexo XII. Imágenes y fotografías.**



**Fotografía 1**



**Fotografía 2**



**Fotografía 3**



## 9 BIBLIOGRAFÍA

---

1. Martínez Estalella G. Cuidados Intensivos: necesidad de Cuidados Intermedios. *Enferm Intensiva*. 2002; 13(3): p. 113-24.
2. Peiró Andrés A. Cuidados Intermedios en Cardiología. In 4º Congreso de Cardiología Virtual; 30 de noviembre 2005; Disponible en: <http://www.fac.org.ar/ccvc/llave/c030/peiro.php>.
3. Córdoba López A, Bueno Álvarez Arenas MI, Fernández Berges D, Monterrubio Villa Jr, Corcho Sánchez G. Utilidad de una Unidad de Cuidados Intermedios en un hospital comarcal. *Emergencias*. 2000; 12(4): p. 418-423.
4. Castillo F, López JM, Marco R, González JA, Puppo AM, Murillo F et al. Gradación asistencial en Medicina Intensiva: Unidades de Cuidados Intermedios. *Med Intensiva*. 2007; 31(1): p. 36-45.
5. Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howestein MA, Nikas DK, Warren J et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the society of Critical Care Medicine. *Crit care Med*. 1998; 26(3): p. 607-10.
6. Henning RJ, McClish D, Daly B, Nearman H, Franklin C, Jackson D. Clinical Characteristics and resource utilization of ICU patients: Implications for organization of intensive care. *Crit Care Med*. 1987; 15: p. 264-9.
7. Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Ruscadella J, Rullàn M et al. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Rev Calidad Asistencial*. 2001; 16: p. 45-54.
8. Knauss WA, Wagner DP, Draper EA. The APACHE III prognostic system risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. *Chest*. 1991 Dec; 100(6): p. 1619-36.
9. García Delgado M, Rivera Fernández R, de la Chica Ruiz-Ruano R, Fernández Mondéjar E, Nacarrete Navarro P, Vázquez Mata G. Análisis de mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos neurotraumatólogica según el sistema Apache III. *Med Intensiva*. 2001; 25(6): p. 223-6.
10. Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic Intervention Scoring System. *Crit Care Med*. 1983; 11(1): p. 1-3.
11. Villares Pérez JM. La Enfermedad Cerebrovascular Aguda en las Unidades de Cuidados Intensivos de Andalucía. Características epidemiológicas y la calidad de vida al año del

episodio. Medición del impacto asistencial: Índice TISS. [tesis doctoral].Granada Universidad de Granada. ;2007.

12. Alonso JJ, Sanz G, Guindo J, García-Moll X, Bardají A, Bueno H. Unidades Coronarias de Cuidados Intermedios: base racional, infraestructura, equipamiento e indicaciones de ingreso. *Rev Esp Cardiol.* 2007; 60(4): p. 404-14.
13. Boix R, Aragonés N, Medrano MJ. Tendencias en la mortalidad por Cardiopatía Isquémica en 50 provincias españolas. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56: p. 850-6.
14. Marrugat J. La funesta sombra de la Cardiopatía Isquémica. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56: p. 848-9.
15. Torres A, Ferrer M, Blanquer JB, Calle M, Casolive V, Echave JM et al. Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios. Definición y características. *Arch Bronconeumol.* 2005; 41(9): p. 505-12.
16. Fuentes B, Díez-Tejedor E. Unidades de ICTUS: una necesidad coste-efectiva. *Neurología.* 2007; 22(7): p. 456-66.
17. Díaz Otero F, Castillo Pla O, Villanueva Osorio JA. Unidades de ICTUS. [infodoctor.org](http://en.infodoctor.org/neuro/col_3.htm). [Online].; 2000 [cited 2015 11 10]. Available from: [http://en.infodoctor.org/neuro/col\\_3.htm](http://en.infodoctor.org/neuro/col_3.htm).
18. Franklin CM, Rackow EC, Mamdani B, Nightindale S, Burke G, Weil MH. Decreases in mortality on a large urban medical service by facilitating access to Critical Care. An alternative to rationing. *Arch Intren Med.* 1986; 14: p. 869-72.
19. Fineberg HV, Scadden D, Goldman L. Care of patients with a low probability of acute myocardial infarction. Cost-effectiveness of alternatives to Coronary Care Unit admission. *N Engl J Med.* 1984; 310: p. 1301-7.
20. Tosteson AN, Goldman L, Udvarhelyi IS, Lee TH. Cost-effectiveness of a Coronary Care Unit Versus an Intermediate Care Unit for Emergency Department Patients with Chest Pain. *Circulation.* 1996 Jul; 94(2): p. 143-50.
21. Byrick RJ, Mazer CD, Caskennette GM. Closure of an Intermediate Care Unit. Impact on critical care utilization. *Chest.* 1993 Sept; 104(3): p. 876-81.
22. Wagner DP, Knauss WA, Draper EA. Identification of low-risk monitor admissions to medical-surgical ICUs. *Chest.* 1987 sept; 92(3): p. 423-8.
23. Vincent JL, Burchardi H. Do we need intermediate care units? *Intensive Care Med.* 1999 Dec; 25(12): p. 1345-9.

24. Byrick RJ, Power JD, Ycas JO, Brown KA. Impact of an Intermediate Care Area on ICU utilization after cardiac surgery. *Crit Care Med.* 1986 Oct; 14(10): p. 869-72.
25. Franklin CM, Jackson D. Discharge decision-making in a medical UCI: Characteristics of unexpected readmissions. *Crit Care Med.* 1983 Feb; 11(2): p. 61-6.
26. Grace WJ, Yarovote PM. Intermediate Coronary Units revisited. *Chest.* 1975; 67: p. 510.
27. Weingberg SL. Intermediate Coronary Care: Observations on the validity of the concept. *Chest.* 1978 Feb; 73(2): p. 154-7.
28. Leak D, Edyt JN. An Assesment of Intermediate Coronary Care. *Atch Intern Med.* 1978; 138: p. 1780-2.
29. Langhorne P, Williams BO, Gilchrist W, Howie K. Stroke units save lives? *Lancet.* 1993; 342: p. 395-8.
30. Alfonso Megido J, Cárcaba Fernández V. Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Clin Esp.* 2007; 207(3): p. 144-6.
31. Palencia Herrejón E. La permanencia en urgencias de los pacientes críticos aumenta la mortalidad. *REMI.* [Online].; 2007 [cited 2011 04 04 ]7(12). Available from: <http://remi.uninet.edu>.
32. Chalfin DB, Trzeciak S, Likourezos A, Baumann BM, Dellinger RP. Delayed study group. Impact of delayed transfer of critically ill patients from emergency department to the intensive care unit. *Crit care Med.* 2007 Jun; 35(6): p. 1477-83.
33. Heras A, Abizanda R, Belenguer A, Vidal B, Ferrándiz A, Micó MI et al. Unidades de Cuidados Intermedios. Consecuencias asistenciales en un hospital de referencia. *Med Intensiva.* 2007 Oct; 31(7): p. 353-60.
34. Gordo F, Núñez A, Calvo E, Algora A. Mortalidad hospitalaria tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos en pacientes que han precisado ventilación mecánica. *Med Clin.* 2003; 121(7): p. 241-4.
35. Bembibre Taboada R, Hernández-Rodríguez YA, Corona Martínez LA. Mortalidad oculta en terapia intermedia. *Rev Cubana Med.* 1999 Oct-Dic; 38(4): p. 258-62.
36. García F, Manzano J. Factores predictores de mortalidad tras el alta de la Unidad de Medicina Intensiva. *Med Intensiva.* 2003; 25: p. 179-86.
37. Net A, Roglan A, Quintana E, Moroig M. Estudio de la mortalidad con especial referencia a la mortalidad oculta en Cuidados Intensivos. *Rev Calidad Asistencial.* 1996; 11: p. 54-61.

38. Sotillo JC, Bermejo E, Bouza C. Análisis de mortalidad oculta en cuidados intensivos. *Med Intensiva*. 1999; 23: p. 93-9.
39. Morales C, Guanche H, Gutiérrez F, Martínez C, Hernández R. Costos de las infecciones nosocomiales en pacientes atendidos en una Unidad de Cuidados Intermedios. [Online].; 2004 [cited 2011 04 04] [20(2):1-1]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200004&lng=es).
40. Domínguez OL. In *Gestión de pacientes en el Hospital: El Servicio de Admisión y Documentación Clínica*. Madrid: Olalla Ediciones; 1997.
41. Yetano Laguna J, López Arbeloa G, López Arbeloa P. *Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico (AP-GRD v. 25.0)*. 5th ed. Vitoria-Gasteiz: Osakidetza. Servicio Vasco de Salud; 2010.
42. Real Decreto 69/2015 de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada. *Boletín Oficial del Estado*, nº35 (10-02-2015).
43. Viñas J B. La contabilidad analítica como instrumento para la toma de decisiones desde la perspectiva del gestor clínico. In Ruiz Iglesias L, editor. *Claves para la gestión clínica*. 1st ed. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA; 2004. p. 362-412.
44. Carrasco G, Pallarés A, Cabré L. Costes de la calidad en Medicina Intensiva. *Guía para gestores clínicos*. *Med Intensiva*. 2006 Mayo; 30(4): p. 167-79.
45. Monge Lozano P. Ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de costes implantados en los hospitales españoles. *Boletín económico de ICE, Información Comercial Española*, ISSN 0214-8307, Nº 2764, 2003, 17-25.
46. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assesing unnecessary days of hospital care. *Med Care*. 1981; 19: p. 855-71.
47. Peiró S, Portella E. Identificación del uso apropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin*. 1994; 103: p. 65-71.
48. Ollero M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin*. 2001; 116(17): p. 655-7.
49. Peiró S, Meneu R, Roselló ML, Portella P, Carbonell-Sanchís R, Fernández C et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin*. 1996; 107: p. 124-9.
50. Payne SMC. Targeting utilization review to diagnostic categories. *Qual Rev Bull*. 1987; 13(12): p. 394-404.

51. Bañeres J, Alonso J, Antó M. Ingresos hospitalarios inadecuados y días de estancia inactivos en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neoplasia pulmonar. *Med Clin*. 1993; 100: p. 407-11.
52. Mirón JA, Orozco JA, Alonso M, Sáenz MC. Estimación de ingresos y estancias inadecuadas en un hospital comarcal. *Rev Clín Esp*. 2000; 200(12): p. 654-8.
53. Negro JM, Guerrero M, Abellán F. Adecuación de ingresos y estancias hospitalarias en paciente con asma bronquial. *Rev Esp Alergol Inmunol Clín*. 1998; 13: p. 350-8.
54. Portath A, Shlaeffer F, Lieberman D. Appropriateness of hospitalization of patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 1996; 27(2): p. 176-83.
55. Esmail A, Quayle JA, Roberts C. Assessing the Appropriateness of paediatric hospital admissions in the United Kingdom. *J Public Health Med*. 2000 Jun; 22(2): p. 231-8.
56. Casanova C, Gascón P, Calvo F, Tomás M, Paricio JM, Blasco L et al. Inappropriate use of pediatric hospitalization. *An Esp Pediatr*. 1999; 51(3): p. 241-50.
57. Oterino D, Martínez A, González I. Is it necessary to hospitalize so many Children for so many days? Unnecessary paediatric hospitalization. *An Esp Pediatr*. 1999;(51): p. 241-50.
58. Negro Alvarez JM, Guerrero Fernández M, Ferrándiz Gomís R. El Protocolo de Evaluación del Uso Inapropiado de la Hospitalización (The Appropriateness Evaluation Protocol) en Alergología. *Rev Esp Alergol Inmunol Clín*. 1998 Jun; 13(3): p. 171-80.
59. Perales R, Amores P, Escriba R, Pastor A, Alvarruiz J, de la Calzada J. Adecuación de los ingresos hospitalarios no quirúrgicos desde un Servicio de Urgencias. *Emergencias*. 2004; 16(3): p. 111-5.
60. Soria Aledo V, Carrillo Alcaraz A, García Ruipérez MD, Campillo Soto A, Aguayo Albasini JL. Factores relacionados con la inadecuación de ingresos y estancias en un hospital general utilizando el AEP. *Papeles Médicos*. 2009; 18(1): p. 63-70.
61. Rodríguez Vera FJ, Alcoucer Díaz MR, Rodríguez Gómez FJ, Martínez García T, Colchero Fernández J, Pujol de la Llave E. Aplicación del AEP en el área de Urgencias. *An Med Interna*. 2001 Jun; 18(6): p. 345.
62. Contrandiopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boile P. Conceptualización del problema de investigación. In Contrandiopoulos A, Champagne F, Potvin L, Denis J, Boile P, editors. *Preparar un proyecto de investigación*. 1st ed. Barcelona: SG Editores; 1991. p. 28-36.
63. Organisation de coopération et de développement économiques. La mesure des activités scientifiques et techniques: méthode-type proposée pour les enquêtes sur la recherche et

le développement expérimental "Manuel de Frascati". Paris; 1980.

64. Mola S. Protocolo de evaluación de la adecuación/Appropriateness Evaluation Protocolo AEP. infodoctor.org. [Online].; 2004 [cited 2011 04 04]. Available from: <http://www.infodoctor.org/ingresoapropiado.htm>.
65. Ferrer Tarres JM. Revisión de la utilización en el área de observación de urgencias: validez y fiabilidad de una adaptación específica del protocolo AEP. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona. Departament de Salut Pública; 2003.
66. Guerrero Guerra JL, Carrión Martínez A, Moreno Pardo F, Blanch González R, Vilches Arenas A. Adecuación de ingresos y estancias sucesivas en el área de observación de urgencias en un hospital de Nivel I. Papeles Médicos. 2010; 19(3): p. 29-36.
67. Ware JE. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Eval Program Plann. 1983; 6(3-4): p. 247-63.
68. Urrutia C, Parajón MJ, Fonseca MD, Díaz MD. Estudio sobre la satisfacción de los enfermos. Encuesta posthospitalización. Control Calid Asist. 1987; 2: p. 57-62.
69. Servicio Cántabro de Salud. Encuesta de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios Sanitarios de Hospitalización convencional Hospital Sierrallana. Gobierno de Cantabria Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Servicio Cántabro de Salud; 2006.
70. Chalmers TC. Randomisation of the first patient. Med Clin North Am. 1975 Jul; 59(4): p. 1035-8.
71. Domenech JM, Riba MD. Métodos estadísticos en ciencias de la salud. Barcelona: SIGNO; 1989.
72. Vincent JL, Rubinfeld GD. Does intermediate care improve patient outcomes or reduce costs? Crit Care. 2015 Mar; 19(1): p. 89.
73. Prin M, Wunsch H. The Role of Stepdown Beds in Hospital Care. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Dec; 190(11): p. 1210-6.
74. Ansorena L, Piedra L, Pajares A, Mauriz M, Cincunegui C, Crespo A. Validando la codificación de Urgencias de Sierrallana. In XII Congreso nacional de Documentación Médica; Málaga: SEDOM; 2011.
75. Sanchís Hernández A, Iglesias Puente P, Pegalajar Pineda F, Mas Benlloch C. Creación de camas de Cuidados Intermedios en una sala de Cardiología. Enferm Cardiol. 2015; 22(64): p. 48.
76. Gómez Vaquero C, Guillamont Salvador J, Salazar Soler A, Juan Pastor A, Novelli Redón A. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia

de Urgencias. *Emergencias*. 2005; 17(1): p. 12-6.

77. Tejero González JM, Gutiérrez Fernández R, Rubio Casado M, Herández Campa S, Serrano Muñoz MV. La calidad percibida como motor de mejora de las organizaciones sanitarias: el análisis de las reclamaciones de los usuarios como herramienta de mejora de la calidad percibida en la atención sanitaria. In : XXVIII Congreso SECA El Ciudadano y la Seguridad: ejes de la calidad.; Santiago de Compostela: SECA; 2010. p. 285.
78. Fajardo Moriña J, Casado López C, Gutiérrez Martínez L, Paneque Sosa P, Calahorro Arenilla J, Avilés Parada B. Encuesta telefónica de satisfacción de usuarios de un servicio especial de urgencia. *Emergencias*. 2000; 12: p. 20-6.
79. Servei Català de Salut. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CATSALUT. Atenció urgent en els hospitals d'aguts. Resultats Catalunya. Barcelona: Servei Català de Salut; 2006.
80. Andrés M, García-Castrillo L, Rubini S, Juárez R, Skaf E, Fernández M et al. Evaluación del efecto de la información en la satisfacción de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios. *Rev Calidad Asistencial*. 2007; 22(4): p. 161-7.
81. Mesa Ramos RG, Morales Acedo MJ, Camuñas Salido AR, Nogués Herrero M, Rizo Hoyos M, Zaheri Beryanaqui M. Análisis de las encuestas de satisfacción en una unidad de cuidados críticos y urgencias. In XXVII Congreso Nacional SEMES Urgencias, un pilar de la asistencia sanitaria Tecnología, comunicación e innovación; Zaragoza: SEMES; 2015. p. 75.
82. Pajares A, Ansorena L, Crespo A, Cincunegui C, López R. Satisfacción de los pacientes en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. In XI Congreso Nacional de Documentación Médica; Madrid: SEDOM; 2009.
83. Gómez Payo S, Manrique García A, Rodríguez Martín MC, Del Río Moro O, Pardo Fernández MJ. Satisfacción del usuario en unidades de hospitalización de un hospital geriátrico. In XXVIII Congreso SECA El Ciudadano y la Seguridad: ejes de la Calidad; Santiago de Compostela:SECA; 2010. p. 285.
84. Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García-Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2): p. 111-22.
85. Holanda Peña MS, Ots Ruiz E, Domínguez Artiga MJ, García Miguélez A, Ruiz Ruiz A, Castellanos Ortega A et al. Medición de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos y sus familiares. *Med Intensiva*. 2015; 39(1): p. 4-12.
86. García García A, Arévalo Velasco A, García Iglesias MA, Sánchez Barba M, Delgado Vicente MA, Bajo Bajo A et al. Información, comunicación y trato en un servicio de urgencias: evaluación mediante una encuesta de opinión. *Rev Calidad Asistencial*. 2015; 30(4): p.

203-9.

87. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RS, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urrea JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencia hospitalarios. *Gac Sanit.* 2012; 26(2): p. 159-65.
88. Solberg BC, Dirksen CD, Nieman FH, Van Merode G, Poeze M, Ramsay G. Changes in hospital costs after introducing an intermediate care unit: a comparative observational study. *Crit Care.* 2008 May; 12(3): p. R68.
89. Pajares Fernández A, Ansorena Pool L, Creso de Santiago AM, Máuriz Ballester M, Cincunegui Ateca C, López Maza R. Adecuación de Ingresos en la Unidad de Cuidados Intermedios del Hospital Sierrallana. In libro de ponencias: XII Congreso Nacional de Documentación Médica y XIII Jornadas Andaluzas de Admisión, Documentación e Información Médica; Málaga: SEDOM; 2011.
90. Martínez Cabezas S, Vargas Ortega DA, Berenguer Martínez P, Díaz Castellanos MA, Llave Gamero F, Cárdenas Cruz A. El papel del médico de familia en las unidades de hospitalización polivalentes. *Hospitales de alta resolución. MGyF.* [Online].; 2007 [cited 2015 10 25]; 102:[821-9]. Available from: [www.mgyf.org/medicinageneral/revista\\_102/pdf/821-829.pdf](http://www.mgyf.org/medicinageneral/revista_102/pdf/821-829.pdf).
91. Rivera-Fernández R, Vázquez-Mata G, Bravo M, Aguayo-Hoyos E, Zimmerman J, Wagner D. The APACHE III prognostic system: customized mortality predictions spanish ICU patients. *Intensive Care Med.* 1998; 24: p. 574-81.
92. Hornbrook MC. Techniques for Assessing Hospital Case Mix. *Ann Rev Public Health.* 1985; 6: p. 295-324.
93. Alonso Formento E, Calpe Gil MJ, Ros Tristán CM, Garzarán Teijeiro A, Martínez Burgui JA, Galve Royo F. Importancia de un sistema informático de registro en las Unidades de Observación de los Servicios de Urgencias. *Emergencias.* 2008; 20(1): p. 35-40.
94. Olalla Gallo MA, Hernansanz de la Calle S, Hernández Bezoa S, Fadrique Toledano R. Evaluación del Apache II como sistema de estratificación de gravedad en Unidades de Observación de Urgencias. *Emergencias.* 1999; 11: p. 26-33.
95. Maceiras L. Encuestas de satisfacción de usuarios. *Salud Pública Educ Salud.* 2002; 2(1): p. 28-33.
96. Griffiths P. Nursing-led in-patient units for intermediate care: a survey of multidisciplinary discharge planning practice. *J Clin Nurs.* 2002 May; 11(3): p. 322-30.
97. Huang DT. Impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Crit Care.* 2004 Aug; 8(6): p. 498-502.

98. Wennberg JE. Will Payment based on Diagnosis-related Groups Control Hospital Costs? *N Engl J Med.* 1984; 311(5): p. 295-300.
99. Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G et al. Utilización inadecuada de un Servicio de Urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit.* 1999; 13(5): p. 361-70.
100. Rosenthal Gary E, Sirio Carl A, Shepardson Laura B, Harper Dwain L, Rotondi Armando J, Cooper Gregory S. Use of Intensive Care Units for patients with low severity of illness. *Arch Intern Med.* 1998 May 25; 158(10): p. 1144-51.
101. Sala Llinàs E. Unidades de Cuidados Intermedios en Neumología. *Arch Bronconeumol.* 2008; 44(1): p. 1-2.
102. Fernández del Campo R, Jiménez Hernández PA. Unidades de Cuidados Especiales Intermedios, ¿qué utilidad tienen en un Servicio de Medicina Intensiva?[carta]. *Med Intensiva.* 2008; 32(2): p. 100.
103. Martínez Veny S, Calafell Alemany M. Unidad de Cuidados para pacientes Semicríticos. *Metas de Enfermería.* 2005; 8(2): p. 10-3.
104. López Sánchez JM, González Donaire JA, Castillo Suero F, Puppo Moreno A, Marco Sosa R. Unidad de Cuidados Intermedios. Manejo de la Cardiopatía Isquémica procedente de un Servicio de Urgencias hospitalario. *Emergencias.* 1998; 10(6): p. 388-92.
105. Piferrer Ruiz EM, Suárez Núñez E, Hernández Rodríguez HP. Toma de decisiones médicas para ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Medisan.* 2001; 5(1): p. 62-7.
106. Iglehart JK. The Administration Responds to the Cost Spiral. *N Engl J Med.* 1981; 22: p. 1359-64.
107. Torres OH, Francia E, Longobardi V, Gich I, Benito S, Ruíz D. Short-and long-term outcomes of older patients in Intermediate Care Units. *Intensive Care Med.* 2006 Jul; 32(7): p. 1052-9.
108. Braña Marcos B, Del Campo Ugidos RM, Fernández Méndez E, De la Villa Santoveña M. Propuesta de una nueva escala de valoración de cargas de trabajo y tiempos de enfermería (VACTE). *Enferm Intensiva.* 2007; 18(3): p. 115-25.
109. Zimmerman JE, Wagner D, Sun X, Knaus WA. Planning patient services for Intermediate Care Units: Insights based on care for Intensive Care Unit low-risk monitor admissions. *Crit Care Med.* 1996 Oct; 24(10): p. 1626-32.
110. Rosenberg AL, Watts C. Patients readmitted to ICUS: A systematic review of risk factors and outcomes. *Chest.* 2000 Aug; 118(2): p. 492-502.

111. Domínguez L, Enríquez P, Álvarez P, de Frutos M, Sagredo V, Domínguez A, et al. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008; 32(1): p. 8-14.
112. Reyes Salazar IS, Escobar Yéndez N, Álvarez Puig N. Mortalidad con Infarto Agudo de Miocardio en una Unidad de Cuidados Intermedios. *Rev Cubana Med*. 1997; 36(2): p. 112-6.
113. Iglehart JK. Medicare Begins Prospective Payment of Hospital. *N Engl J Med*. 1983 Jun; 308(23): p. 1428-32.
114. Fernández R, Baigorri F, Artigas A. Limitación del esfuerzo terapéutico en Cuidados Intensivos. ¿ Ha cambiado en el siglo XXI? *Med Intensiva*. 2005; 29(6): p. 338-41.
115. Bohigas L. Las Tres Empresas Hospitalarias. *Tod Hosp*. 1987; 34: p. 67-9.
116. Solsona JF, Porta M, Alonso J, Diaz Prieto A, Masdeu G, Miró G et al. La Unidad de Cuidados Intermedios en el sistema de atención al paciente crítico: estudio comparativo. *Med Intensiva*. 1995; 19: p. 111-7.
117. Garasen H, Windspoll R, Johnsen R. Intermediate Care at a community hospital as an alternative to prolonged general hospital care for elderly patients: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2007 May; 7: p. 68.
118. González de Dios J, Mateos Hernández MA, González Casado I. Hospitalización inapropiada: un marcador de calidad asistencial. *An Esp Pediatr*. 1997; 46(5): p. 521-24.
119. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care. Guidelines on Admission and Discharge for Adult Intermediate Care Units. *Crit Care Med*. 1998 March; 26(3): p. 607-10.
120. Abizanda R, Padrón A, Vidal B, Mas S, Belenguer A, Madero J, Heras A. Estimación pronóstica en enfermos críticos. Validación de un nuevo y muy sencillo sistema de estimación pronóstica de supervivencia en pacientes ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2006; 30(3): p. 101-8.
121. González Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín Sánchez FJ, González Castillo J, López Farré A, Elvira C et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009; 21: p. 87-94.
122. Añel G, Rascado P, Álvarez Rocha L, Pastor J, Gómez Seijo A. Empleo de recursos en Medicina Intensiva. ¿Son útiles las Unidades de Cuidados Intensivos Intermedios? *Med Intensiva*. 2002; 26(4): p. 149.

123. Zimmerman Jack E, Alzola C , Junker C. Effectiveness and efficiency of Intermediate Care Units: Assessment based on intensive care benchmarks. CHEST. 1999 Oct; 116(4): p. 239.
124. Flood AB, Scott WR, Ewy W. Does practice make perfect? Part I. The relation between hospital volume and outcomes for selected diagnostic. Med Care. 1985 Feb; 22(2): p. 98-114.
125. Poveda Andrés JL, Sánchez Alcaraz A, Hermenegildo Caudevilla M. Aplicación de un modelo de contabilidad analítica en un servicio de farmacia. Farm Hosp. 1998; 22(2): p. 75-80.
126. Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, Gluck EH. Analysis of indications for early discharge from the Intensive Care Unit. Clinical efficacy assessment project: American College of Physicians. Chest. 1993 Dec; 104(6): p. 1806-11.
127. Jaimovich DG. Admission and Discharge Guidelines for the Pediatric Patient Requiring Intermediate Care. Pediatrics. 2004 May; 113(5): p. 1430-3.
128. Ochoa Gómez J, Villar Arias A, Ramalle Gómara E, Carpintero Escudero JM, Bragado Blas L, Ruiz Azpiazu JI. Adecuación de los ingresos hospitalarios urgentes. An Med Interna. 2002; 19(9): p. 446-8.
129. Junker C, Zimmerman JE, Alzola C, Draper EA. A multicenter description of Intermediate Care patients. Comparison with ICU Low-Risk Monitor Patients. CHEST. 2002 April; 121(4): p. 1253-61.
130. Lorenzo S. ¿El retorno del AEP? Vigencia y cambios en su utilización. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17(8): p. 587-8.
131. Beck DH, McQuillan P, Smith GB. Waiting the break of dawn? The effects of discharge time, discharge TISS scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. Intensive Care Med. 2002 Sep; 28(9): p. 1287-93.
132. Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Asenjo Romero M et al. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Emergencias. 2013; 25(3): p. 171-6.
133. Gea MT, Hernán-García M, Jiménez-Martín JM, Cabrera A. Opinión de los usuarios sobre la calidad del Servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de las Nieves. Rev Calidad Asistencial. 2001; 16: p. 37-44.
134. Riera A, Capdevilla O, Formiga F, Mámez R, Pujol R. Unidad de Cuidados intermedios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2007; 207(9): p. 479-80.

135. Portath A, Reuveni H, Grinberg G, Lieberman D. The intermediate care units as a cost-effective option for the treatment of medical patients in critical conditions. *Isr J Med Sci*. 1995 Nov; 31(11): p. 674-80.
136. Monge Lozano P. Estudio comparativo de los diferentes sistemas o modelos de costes implantados en los hospitales públicos españoles. *Revista iberoamericana de contabilidad de gestión*. 2003; 1(2): p. 13-43.
137. Portath A, Shlaeffer F, Lieberman D. Appropriateness of hospitalization of patients with community-acquired pneumonia. *Ann Emerg Med*. 1996 Feb; 27(2): p. 176-83.
138. Le Gall JR, Lemeshow S, Saulnier M. Una nueva escala simplificada fisiológica aguda (SAPS II) sobre un estudio multicéntrico europeo/americano. *JAMA*. 1993 Dec; 270(24): p. 2957-63.
139. Soria V, Carrillo A, García MD, Leal J, Hernández MC, Alcaraz J. Mejora en la inadecuación de ingresos y estancias mediante la retroinformación a los facultativos responsables. *Papeles Médicos*. 2009; 18(1): p. 64.
140. Bonillo M, Rovira M, Vallès R, Navarro P, Ransanz N, Barceló E. Los usuarios de la información: perspectivas, necesidades y participación. Codificación de un servicio clínico: la Unidad de Cuidados Intermedios. En: VII Congreso Nacional de Documentación Médica. Valencia. *Papeles Médicos*. 2001; 10(2): p. 57-101.
141. Knauss WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: A severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985; 10: p. 818-29.
142. Zimmerman JE. APACHE III study design: analytic plan for evaluation of severity and outcome. *Crit Care Med*. 1989; 17: p. 169-221.
143. Popovich J Jr. Intermediate Care Units. Graded care options. *Chest*. 1991 Jan; 99(1): p. 4-5.
144. Ortega Benito JM. La auditoría médico-clínica (III). *Facetas. Med Clin*. 1995; 104(1): p. 25-8.
145. Sánchez Velázquez LD, Laurel Apaez A, Alva López MN, Flores Rodríguez E, González Aceves VM. Validación del sistema de clasificación de intervención terapéutica intermedia (I-TISS) en una Unidad de Cuidados Intermedios. Reporte preliminar. *Med Crit Ter Int*. 2002; 16(2): p. 53-7.
146. Rodríguez del Rosario MC, Cerrudo Hernández R, Bellas Beceiro B. Urgencias y codificación. *Acta Médica*. 1998 Ene;; p. 14-15.
147. Zimmerman JE, Wagner DP; Knaus WA, Williams JF, Kolakowski D, Draper EA. The use of

risk predictions to identify candidates for Intermediate Care Units: Implications for intensive care utilization and cost. *Chest*. 1995 Aug; 108(2): p. 490-9.

148. Bosch X, Pérez J, Ferrer E, Ortiz J, Pérez Alba JC, Heras M et al. Perfil clínico, tratamiento y pronóstico de los pacientes con Infarto Agudo de Miocardio no ingresados en una Unidad Coronaria: utilidad de una Unidad de Cuidados Intermedios como lugar de ingreso inicial. *Rev Esp Cardiol*. 2003 Mar; 53(3): p. 262-70.
149. Álvarez JF, Lorenzo S, Cardín J. Nuevos sistemas de gestión de costes en el ámbito sanitario. *Rev Adm Sanit*. 1999; 3(11): p. 135-45.
150. Bone Roger C, Malk Robert A. Noninvasive Respiratory Care Unit. A cost effective solution for the future. *CHEST*. 1988 Feb; 93(2): p. 390-4.
151. Negro JM, Jiménez Molina JL, Ródenas J, Murcia T, Aparicio García C, López Sánchez JD et al. Los costes de un paciente ingresado en la Unidad de Alergología de un hospital universitario. *Alergol Inmunol Clin*. 2005; 20(3): p. 97-104.
152. Valle V, Alonso A, Arós F, Gutiérrez J, Sanz G. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre requerimientos y equipamiento de la Unidad Coronaria. *Rev Esp Cardiol*. 2001 May; 54(5): p. 617-23.
153. Soria V, Carrillo A, Campillo A, Flores B, Fernández BP, Hernández MC et al. Causas y costes asociados a la inadecuación de ingresos y estancias hospitalarias. *Gestión Clínica*. 2009 May; 10(2): p. 23-6.
154. Quintero Domínguez, LA. Evaluación del funcionamiento de los modelos pronósticos APACHE II, APACHE III adaptado para España y SAPS II en nueve Unidades de Cuidados Intensivos Españolas [tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid. 2004.
155. Tejedor Fernández M, Jiménez Murillo L, Bandera González JJ, Grupo de Costes de la SEMES. El coste de los Procesos Clínicos en los Servicios de Urgencias y Emergencias. *Emergencias*. 1998 Nov-Dic; 10(6): p. 393-405.
156. Bertolini G, Confalonieri M, Rossi C, Rossi G, Simini B, Gorini M et al. Cost of the COPD. Differences between intensive care unit and respiratory intermediate care unit. *Respir Med*. 2005 Jul; 99(7): p. 894-900.
157. Fresneda S. Contabilidad Analítica en un Hospital Público. *Rev Contab*. 1998; 1(1): p. 53-73.
158. Roca J, Pérez JM, Colmenero M, Muñoz H, Alarcón L, Vázquez G. Competencias profesionales para la atención al paciente crítico. Más allá de las especialidades. *Med Intensiva*. 2007 Dic; 31(9): p. 473-84.

159. Huang DT. Clinical Review: Impact of emergency department care on intensive care unit costs. *Critical Care*. 2004 Dec; 8(6): p. 498-502.
160. Fernández AI, Atance J C, Magro R, Ballester E. Aplicación de los Ambulatory Patient Groups a un servicio de urgencias hospitalarias. *Medicina Preventiva*. 2008; 14(3): p. 9-16.
161. Keenan Sean P, Sibbald William J, Inman Kevin J, Massel David. A systematic review of the cost-effectiveness of noncardiac transitional care units. *Chest*. 1998 Jan; 113(1): p. 172-7.
162. Giménez JJ, González LM, Bauset JL, Otero JL, Cinesi C, López JL et al. Estancia intrahospitalaria de pacientes que ingresan procedentes de una unidad de cuidados intermedios de un servicio de urgencias. In XXVII Congreso Nacional de la SEMES. urgencias, un pilar de la asistencia sanitaria, tecnología, comunicación e innovación; Zaragoza: SEMES; 2015. p. 61.
163. Cheng DC, Byrick RJ, Knobel E. Structural models for Intermediate Care Areas. *Crit Care Med*. 1999 Oct; 27(10): p. 2266-71.
164. Solberg BC, Dirksen CD, Nieman FH, Van Merode G, Poeze M, Ramsay G. Los cambios en costos de hospital después de la introducción de una unidad de cuidados intermedios: un estudio comparativo observacional. *Crit Care*. [Online].; 2008 [cited 2008 julio 25; 12(3): [68]. Available from: <http://ccforum.com/content/12/3/R68>.
165. Steiner A. Intermediate care a good thing? *Age Ageing*. 2001 Aug; 30 supl 3: p. 33-9.
166. Callejas Rubio JL, Fernández Moyano A, Palmero C, Navarro MD. ¿Son realmente objetivos los criterios de adecuación de ingreso hospitalario del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)? *Med Clin*. 2002; 118(4): p. 157-8.