

Original

## Estándares de calidad en una Unidad de Hospitalización de Día reumatológica. Propuesta del Grupo de Trabajo de Hospitales de Día de la Sociedad Española de Reumatología



Rosario García-Vicuña<sup>a,\*</sup>, María Montoro<sup>b</sup>, César Antonio Egües Dubuc<sup>c</sup>, Sagrario Bustabad Reyes<sup>d</sup>, Antonio Gómez-Centeno<sup>e</sup>, Santiago Muñoz-Fernández<sup>f</sup>, Eva Pérez Pampín<sup>g</sup>, Jose Andrés Román Ivorra<sup>h</sup>, Alejandro Balsa<sup>i</sup> y Estíbaliz Loza<sup>j</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Princesa, IISP, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España

<sup>d</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Canarias, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>e</sup> Servicio de Reumatología, Hospital de Sabadell, Corporació Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

<sup>f</sup> Sección de Reumatología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

<sup>g</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña, España

<sup>h</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

<sup>i</sup> Servicio de Reumatología, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid, España

<sup>j</sup> Instituto de Salud Musculoesquelética, Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 5 de noviembre de 2013

Aceptado el 28 de febrero de 2014

On-line el 22 de mayo de 2014

#### Palabras clave:

Hospital de día  
Reumatología  
Estándares de calidad  
Gestión de la calidad

### R E S U M E N

**Antecedentes:** En los últimos años, las Unidades de Hospitalización de Día (UHdD) en Reumatología han experimentado un amplio desarrollo. Sin embargo, existe escasa documentación respecto a estándares de calidad, que mayoritariamente se limita a la estructura y no incluye aspectos específicos de la especialidad.

**Objetivo:** Desarrollar estándares de calidad específicos para las UHdD en Reumatología.

**Métodos:** Tras una revisión sistemática de la literatura y de documentos relacionados, un grupo de trabajo (GT) de 8 reumatólogos, bajo la supervisión de un metodólogo experto, elaboró una primera propuesta de estándares de calidad. Se realizó una segunda ronda para su revisión y sugerencias por todo el GT. Consensuado el contenido, se realizó un informe final.

**Resultados:** Se definieron 17 estándares de estructura, 25 de proceso y 10 de resultados, con especial énfasis en aspectos específicos de una UHdD de Reumatología. La propuesta incluye: 1) estándares imprescindibles; 2) estándares de excelencia; 3) cartera de servicios de una UHdD reumatológica, y 4) criterios de funcionamiento.

**Conclusiones:** Los estándares de calidad propuestos son la base para la elaboración de indicadores y de otras herramientas de gestión para las UHdD reumatológicas que garanticen una práctica homogénea, centrada en el paciente y basada en la evidencia y en la experiencia.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Quality standards in a rheumatology Day-Care Hospital Unit. The proposal of the Spanish Society of Rheumatology Day Hospitals' Working Group

#### A B S T R A C T

**Background:** In recent years, the Rheumatology Day-Care Hospital Units (DHU) have undergone extensive development. However, the quality standards are poorly documented and mainly limited to structure items rather than including broad and specific areas of this specialty.

#### Keywords:

Day care hospital  
Rheumatology

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [vicuna111@gmail.com](mailto:vicuna111@gmail.com), [mariadelrosario.garcia@salud.madrid.org](mailto:mariadelrosario.garcia@salud.madrid.org) (R. García-Vicuña), [mariamontor1@hotmail.com](mailto:mariamontor1@hotmail.com) (M. Montoro), [tonoeguesdubuc@hotmail.com](mailto:tonoeguesdubuc@hotmail.com) (C.A. Egües Dubuc), [sagrario.bustabad@gmail.com](mailto:sagrario.bustabad@gmail.com) (S. Bustabad Reyes), [agomez@tauli.cat](mailto:agomez@tauli.cat) (A. Gómez-Centeno), [santiago.munoz@salud.madrid.org](mailto:santiago.munoz@salud.madrid.org) (S. Muñoz-Fernández), [evappampin@gmail.com](mailto:evappampin@gmail.com) (E. Pérez Pampín), [roman\\_jan@gva.es](mailto:roman_jan@gva.es) (J.A. Román Ivorra), [alejandro.balsa@salud.madrid.org](mailto:alejandro.balsa@salud.madrid.org) (A. Balsa), [estibaliz.loza@inmuscu.eu](mailto:estibaliz.loza@inmuscu.eu) (E. Loza).

**Objective:** To develop specific quality standards for Rheumatology DHU.

**Methods:** After a systematic review of the literature and related documents, a working group (WG) involving 8 DHU-experienced rheumatologists developed an initial proposal of the quality standards, under the supervision of an expert methodologist. A second round was held by the WG group to review the initial proposal and to consider further suggestions. Once the content was agreed upon by consensus, a final report was prepared.

**Results:** 17 structure standards, 25 process standards and 10 results standards were defined, with special emphasis on specific aspects of the Rheumatology DHU. The proposal includes: 1) essential standards to 2) excellent standards, 3) a Rheumatology DHU services portfolio and 4) performance criteria.

**Conclusions:** The proposed quality standards are the basis for developing the indicators and other management tools for Rheumatology DHU, thereby ensuring a patient-oriented practice based on both the evidence and the experience.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Se ha definido la UHdD como la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para administrar tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital<sup>1</sup>. Como fórmula organizativa y de gestión sanitaria específica, y en función de la cartera de servicios que ofrece, la UHdD requiere unas condiciones estructurales y funcionales que garanticen tanto su eficiencia y calidad como la seguridad de los pacientes.

Las primeras UHdD surgieron en el ámbito de la Onco-Hematología para cubrir las necesidades de administración por vía intravenosa de quimioterapia y tratamientos de soporte de un colectivo de pacientes con unas necesidades específicas de monitorización. Esto, unido a su carácter monovalente, ha conducido a que la mayor parte de la información recogida en nuestro medio en cuanto a su gestión o indicadores de uso eficiente se haya generado por oncólogos y hematólogos<sup>2</sup>. En el ámbito internacional, se han ido sucediendo descripciones sobre la notable eficiencia de las UHdD, monográficas o polivalentes, en áreas como HIV/infecciosas, psiquiatría y pacientes geriátricos o pluripatológicos<sup>3-6</sup>, pero la bibliografía sobre normas o estándares de calidad en las UHdD sigue siendo muy escasa<sup>7,8</sup>.

Sobre la base de esta escasa documentación, en el año 2009, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España elaboró una serie de estándares de calidad y recomendaciones para las UHdD, que incluía aspectos relativos a los derechos y garantías del paciente, a su seguridad, a la organización y gestión de las UHdD, a su estructura, a los recursos materiales y humanos, así como a la calidad asistencial prestada<sup>1</sup>.

En el campo de la Reumatología, las UHdD han surgido a partir de la introducción de las terapias biológicas intravenosas, hace poco más de una década, en el tratamiento de la artritis reumatoide y las espondiloartritis<sup>9</sup>. Sin embargo, han acabado cubriendo necesidades diagnósticas y terapéuticas en otras muchas enfermedades autoinmunitarias y metabólicas. Este desarrollo de las UHdD no solo se ha traducido en un incremento notable en la eficiencia de la atención a pacientes que con anterioridad precisaban ingreso, sino que ha redundado en mayor calidad de vida y satisfacción para el paciente<sup>10</sup>.

El objetivo de este documento es poner a disposición de los reumatólogos, así como de las administraciones, los gestores y otros profesionales sanitarios, criterios para profundizar en la generalización de las UHdD de Reumatología mediante el desarrollo de estándares de calidad específicos y de otros indicadores relacionados, contribuyendo así a la mejora en las condiciones de seguridad y calidad de su práctica, en todas sus dimensiones.

## Material y métodos

El presente documento se integra en las actuaciones y la metodología del Plan ICARO de mejora de la calidad asistencial en Reumatología, proyecto de la Sociedad Española de Reumatología (SER) (<http://www.ser.es/investigacion/Proyectos/Icaro/Icaro.php>), que propicia el desarrollo de estándares de calidad para su implementación en la práctica clínica.

En relación con el presente proyecto, iniciado en diciembre del 2010, un metodólogo experto realizó una búsqueda sistemática de la literatura en Medline, Embase y Cochrane Central. Además, se analizaron otros documentos de interés sobre las UHdD, generados en España por reumatólogos e incluidos en proyectos de investigación previos de similar abordaje<sup>11,12</sup>. Se realizó una síntesis de la información obtenida y se elaboró un documento de trabajo enfocado al desarrollo de estándares. Como paso previo a la definición de estándares, se partió de la selección de criterios de calidad, ajustados a la práctica habitual en Reumatología y en línea con las dimensiones propuestas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España<sup>1</sup>: 1) derechos y garantías de los pacientes; 2) seguridad del paciente; 3) organización y gestión de las UHdD de Reumatología; 4) estructura física y recursos materiales de estas unidades; 5) recursos humanos; 6) calidad asistencial, y 7) criterios de revisión y seguimiento de los estándares y recomendaciones.

Se creó un grupo de trabajo (GT) específico que incluía un panel de 8 expertos de 5 comunidades autónomas diferentes, con dilatada trayectoria profesional en el ámbito de las UHdD consolidadas y que habían manifestado especial interés en el proyecto. En una reunión de grupo nominal, además de explicar la metodología del proyecto, se presentaron y discutieron los resultados de la revisión previa, se incorporaron experiencias y conocimientos, se desarrollaron materiales nuevos y se asignaron tareas. Una vez recopilado todo el material producido, se elaboró una propuesta con los estándares y se realizó una segunda ronda para su revisión y sugerencias por todo el GT, bajo supervisión metodológica experta. Una vez consensuado el contenido, se realizó el informe final en marzo del 2012, que ha servido de base para la redacción del presente artículo.

## Resultados

En el marco conceptual de una estructura con entidad propia, junto a estándares básicos generales para asegurar la calidad mínima<sup>1</sup>, el GT consideró relevante definir la cartera de prestaciones y los criterios de funcionamiento de las UHdD reumatológicas, que a su vez determinará los estándares de estructura, proceso y resultados más específicos.

**Tabla 1**  
Cartera de Servicios de una Unidad de Hospitalización de Día en Reumatología

<p><b>I) Prestaciones esenciales</b></p> <p>1) Administración de tratamientos intravenosos</p> <p>a) Tratamientos biológicos (infiximab, tocilizumab, rituximab, abatacept, belimumab)</p> <p>b) Ciclofosfamida</p> <p>c) Bifosfonatos (ácido zoledrónico y pamidronato)</p> <p>d) Corticoides en bolos</p> <p>e) Prostaglandinas y análogos</p> <p>f) Hierro</p> <p>g) Gammaglobulinas</p> <p>h) Transfusiones</p> <p>i) Antibioterapia</p> <p>2) Monitorización clínica de los pacientes con enfermedades reumatológicas</p> <p><b>II) Prestaciones opcionales</b></p> <p>1) Técnicas diagnósticas, incluyendo el cuidado posprocedimiento</p> <p>a) Punción guiada por ecografía</p> <p>b) Fibrobroncoscopia</p> <p>c) PAAF transtorácica o de partes blandas</p> <p>d) Toracocentesis</p> <p>e) Biopsia (hepática, muscular, ósea, pleural, renal, entre otras)</p> <p>2) Procedimientos terapéuticos</p> <p>a) Lavado articular</p> <p>b) Artrocentesis e infiltraciones, incluidas las guiadas por ecografía</p> <p>3) Educación del paciente y cuidadores</p> <p>4) Otras técnicas y procedimientos</p> <p>a) Biopsia de glándula salivar</p> <p>b) Punción lumbar</p> <p>c) Catéteres epidurales</p> <p>d) Vertebroplastia y cifoplastia</p> <p>e) Curas</p> <p>f) Bomba subcutánea</p> <p>g) Cuidado de catéter venoso central y reservorio subcutáneo</p> <p>5) Investigación clínica: Ensayos clínicos</p> <p>6) Formación pre y posgrado específica (médicos y enfermería)</p> <p>7) Urgencias reumatológicas o consultas fuera de horario normal</p>
---

#### Cartera de servicios de las Unidades de Hospitalización de Día de Reumatología

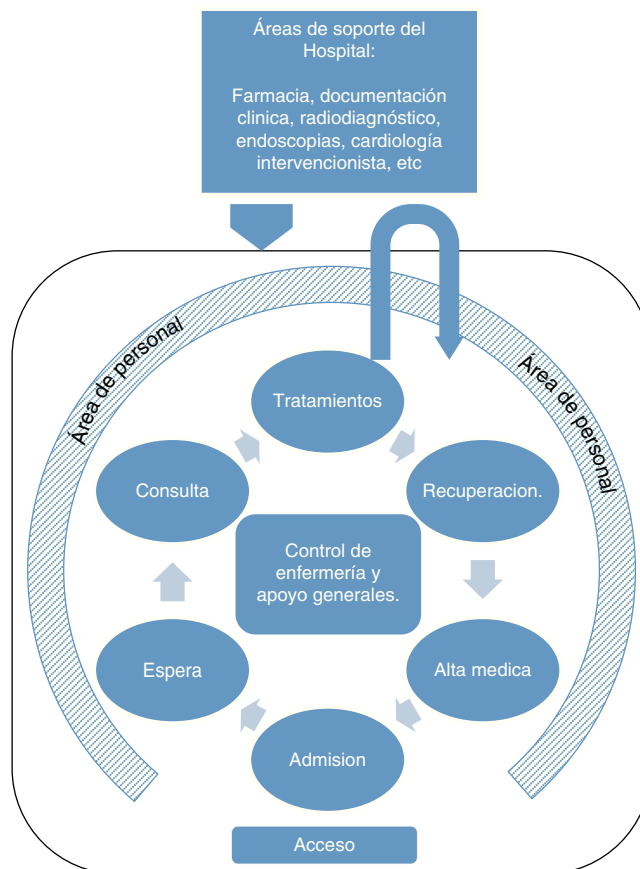
La cartera de servicios deberá adaptarse a las circunstancias particulares y coyunturales de cada centro.

En este sentido, las prestaciones recogidas en la cartera de servicios de las UHdD (tabla 1) se dividen en esenciales y opcionales. Las primeras son las que toda UHdD debería ofertar, siendo los puntos 1 y 2 la base primordial de estas unidades. Las segundas contribuyen a su carácter de excelencia y contemplan la posibilidad de optimizar al máximo la unidad con actividades diagnósticas, docentes (pre y posgrado), formativas y de investigación. Respecto a las exploraciones diagnósticas referidas como opcionales (tabla 1, puntos b, c d y e del apartado II) 1) se entiende que su realización se realizará por los especialistas correspondientes y el cuidado posprocedimiento puede hacerse compartido con el médico encargado de la UHdD.

#### Configuración del episodio en una Unidad de Hospitalización de Día reumatológica

Los criterios generales para el diseño del programa funcional de una UHdD (anexo 1) se describen ampliamente en otro documento<sup>1</sup> y dependen fundamentalmente de la función asistencial específica y las características de la población atendida, pero eventualmente podrían incluir aspectos como la docencia o la investigación clínica. El programa funcional, junto a los criterios de funcionamiento de las unidades (tabla 2), permite la organización y planificación de las UHdD, y sirve de guía para definir los circuitos asistenciales, siempre adaptados a las circunstancias y recursos individuales de cada centro.

En este sentido, a modo de esquema, el circuito óptimo para configurar el episodio de atención en estas unidades se ilustra en la figura 1. Idealmente, el diseño de la estructura física de una



**Figura 1.** Secuencia de actividades de una Unidad de Hospitalización de Día en Reumatología.

UHdD debe tener en cuenta la secuencia de actividades lógicas para la que se concibe: el acceso físico, la admisión, la espera, la consulta, el tratamiento o procedimiento, la recuperación y el alta médica. Todas las áreas deben estar señalizadas correctamente, ser de dimensiones adecuadas y garantizar la privacidad del paciente. En el caso de UHdD polivalentes (compartidas por más de una especialidad), la mayoría de las áreas se comparten con otros servicios del hospital, pero deben incluir: zona de recepción, espacios para la administración del tratamiento, control de enfermería y sus apoyos generales, zona administrativa y áreas de apoyo para el personal<sup>1</sup>.

Junto a los espacios dedicados a la administración del tratamiento, las UHdD deberían contar al menos con una consulta médica para la evaluación clínica, dar información, obtener consentimientos y eventualmente, realizar procesos diagnósticos. La zona de control de enfermería debe permitir la observación de los pacientes durante la administración de tratamientos y su recuperación, por lo que la ubicación central con visión directa de los pacientes es la más adecuada. Idealmente, la incorporación de una consulta de enfermería con teléfono propio facilitaría la implementación de varios estándares que se describen a continuación.

#### Estándares de calidad

En total, se desarrollaron y consensuaron 52 estándares de calidad: 17 de estructura (tabla 3), 25 de proceso (tabla 4) y 10 de resultados (tabla 5).

En relación con los estándares de estructura, deben cubrir toda la actividad de las UHdD y a todos aquellos implicados en dichas unidades, por lo que es recomendable la creación de un grupo multidisciplinar de trabajo para su desarrollo e implantación. Se

**Tabla 2**  
Criterios de funcionamiento y configuración del episodio de las Unidades de Hospitalización de Día en Reumatología

Criterios	Aclaraciones/recomendaciones
Planificación de agendas y recepción de pacientes	La citación se realizará con soporte electrónico, utilizando aplicaciones que permitan el registro de la llegada del paciente Los pacientes se programaran de forma personalizada, en función de sus características y preferencias, siempre que sea posible Se citarán de forma independiente las agendas de consultas externas, de control terapéutico y de tratamientos Confirmación telefónica de cita el día previo
Extracciones sanguíneas	La indicación o confirmación del tratamiento puede requerir la valoración de los resultados de análisis clínicos previos. Opcionalmente, la extracción sanguínea puede realizarse el día previo o en los centros de salud
Consultas	La consulta tiene por objeto evaluar clínicamente al paciente para indicar o confirmar el tratamiento que se le ha de administrar y monitorizar su evolución. Se recomienda realizar visita única integrada con analítica y valoración médica en el día del procedimiento Se recomienda una consulta de enfermería con capacitación específica para: acoger a los pacientes, informarles sobre la estructura y funcionamiento de las UHdD, así como educación al paciente y familiares
Prescripción	El proceso de prescripción deberá ser electrónico, siempre que sea posible. Se recomienda: integrar las órdenes terapéuticas, protocolizar los procedimientos asociados a la prescripción, preparación y administración de tratamientos
Preparación de los tratamientos	La preparación debe realizarse de manera que quede terminada para su administración sin requerir manipulación y garantizando la composición y estabilidad, la seguridad del personal y la prevención de la contaminación ambiental Los tratamientos deberán estar disponibles en el momento en que se haya programado la asignación al paciente Puede plantearse la opción de preparar los tratamientos en las UHdD, siempre que se disponga de recursos y condiciones adecuadas y se demuestre que con ello mejora la calidad y la eficiencia de la unidad
Tratamientos	La organización del funcionamiento de la unidad debe adecuarse a los tiempos de administración de cada esquema de prescripción
Continuidad de la asistencia	Es recomendable la asignación de un médico específico para las UHdD, idealmente reumatólogo Debe existir un dispositivo para atender a pacientes no programados que requieran atención, evitando que acudan a urgencias a fin de garantizar la continuidad de la asistencia Se recomienda disponer de una consulta telefónica, idealmente de enfermería, con identificación de la persona para contactar El alta debe contener instrucciones específicas sobre los cuidados posteriores para: el paciente, su médico responsable de Reumatología, el médico y la enfermera de Atención Primaria

UHdD: Unidades de Hospitalización de Día.

incluyen en primer lugar los aspectos relacionados con la estructura física y el material necesario. Una de las recomendaciones que el panel consideró prioritaria es el uso de las nuevas tecnologías y sistemas de información para una mejor gestión.

En segundo lugar, destacan los estándares referidos a los recursos humanos y su organización. La protocolización rigurosa y la definición estricta de las líneas de responsabilidad de las UHdD son imperativas, por lo que las obligaciones, los derechos y las competencias de todo el personal, así como la estructura jerárquica, deben estar perfectamente definidos. Se considera necesario que exista una línea de responsabilidad dedicada a la gestión y otra a la atención al paciente. Sin embargo, se contempla que ambas pueden coincidir en la misma persona. En los estándares de estructura se incluyen documentos clave que deben estar disponibles, localizados y accesibles, bien en formato de papel o electrónico, para todo el personal implicado (tabla 3).

Los estándares de proceso, enumerados en la tabla 4, contemplan toda actividad realizada dentro de la unidad, no solo en su vertiente asistencial, sino también administrativa o de gestión. El GT destaca entre los procesos estratégicos la elaboración de un manual de organización y funcionamiento, que servirá para dirigir la definición de los procesos clave.

En relación con los procesos de soporte, uno de los estándares fundamentales es asegurar una coordinación eficiente entre el Servicio de Farmacia Hospitalaria y las UHdD, sin demora entre la prescripción y la administración, incluso con la posibilidad de que la preparación de la medicación se realice en la misma UHdD.

El GT considera relevante introducir un estándar de calidad de proceso que preconiza aprovechar la estancia en las UHdD, en ocasiones prolongada durante horas, para realizar educación sanitaria al paciente, con objeto de que se implique en la gestión de su propia salud y el manejo de su enfermedad. Debería incluir asimismo la educación a familiares o cuidadores.

En cuanto al informe de alta al paciente, y dado el carácter periódico y frecuente de muchos procedimientos terapéuticos, el GT establece que este no es imprescindible en cada ingreso en las UHdD, pero sí debe realizarse en las siguientes situaciones: inicio

y alta definitiva de las UHdD, cambios en la medicación o su dosis, en caso de acontecimientos adversos y en otras circunstancias, incluida la decisión del paciente, que impliquen modificaciones en su tratamiento. El informe debe incluir una especificación minuciosa de los cuidados posteriores al alta.

Finalmente, los estándares de resultados, que se recogen en la tabla 5, indican cómo deberíamos medir el resultado de la estructura y los procesos de toda las UHdD. Se considera imprescindible disponer de un sistema electrónico que permita el registro y el análisis periódico tanto de la actividad como de los resultados. Los resultados de salud deben poder evaluarse a través del registro de desenlaces preestablecidos específicos según la enfermedad y la manifestación analizada: índices de actividad y función en artritis reumatoide (p. ej., DAS28, Simplified Disease Activity Index, Clinical Disease Activity Index, HAQ), espondiloartritis (BASDAI, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASFI, . . .), lupus eritematoso sistémico (SLEDAI, SLICC, . . .), vasculitis (BVAS, Five factor score, . . .), esclerodermia (Índices de severidad de Raynaud y úlceras digitales, Índice cutáneo de Rodnan modificado), osteoporosis (nuevas fracturas, densidad mineral ósea) y otros específicos de enfermedades o manifestaciones susceptibles de atención en las UHdD, cuya enumeración excede a este documento. Se considera muy recomendable registrar también índices de calidad de vida, que permitirán, entre otros objetivos, realizar una evaluación económica más rigurosa que los simples costes directos.

Igualmente debe realizarse una evaluación periódica del desempeño y la competencia del personal, tanto asistencial en todos sus estamentos como del personal responsable de gestión y administración.

Teniendo en cuenta que uno de los pilares de la calidad es la seguridad, el registro y la evaluación de acontecimientos adversos e incidentes son imperativos. Finalmente, se debe evaluar la calidad percibida a través de encuestas de satisfacción a los pacientes.

Todos los estándares propuestos están sujetos a cambios y deben revisarse periódicamente en función de la evolución de la mejor evidencia disponible, así como de la experiencia en un contexto dado. De forma genérica, los de proceso y resultado deberían evaluarse anualmente y los de estructura al menos cada 5 años.

**Tabla 3**  
Estándares de estructura de las Unidades de Hospitalización de Día en Reumatología

n	Estándar de estructura	Aclaraciones/recomendaciones
1	Todo Servicio de Reumatología debe tener una UHdD propia o tener acceso a una	Si no es monográfica, se tendrá acceso a una polivalente
2	Estructura física adecuada	Áreas físicas principales: recepción, puestos de UHdD, control de enfermería y apoyos generales, área administrativa y de apoyos para el personal
3	Apropiado acceso y ubicación	Idealmente a nivel de calle y siempre con buenas condiciones de accesibilidad, sin barreras arquitectónicas
4	Horario de atención amplio	A ser posible diario y en turno de mañana y tarde
5	Privacidad en la consulta/estancia	Consulta individualizada para exploración física u otros procedimientos y posibilidad de privacidad, en el espacio para la administración del tratamiento, con cortinas, biombos, etc.
6	Soprote electrónico que pueda ser usado por los sistemas de información	Conectado al general del hospital para la gestión de pacientes y agendas, gestión económico-administrativa y de servicios generales, prescripción electrónica, recogida de datos para registro y monitorización (como estación clínica y como sistema de evaluación-cuadro de mando)
7	Los boxes estarán situados en torno a los espacios de apoyo directo, en disposición única y centralizada	
8	Disponer de calefacción y aire acondicionado	
9	Protocolización y definición de las líneas de responsabilidad	Las responsabilidades, líneas jerárquicas, atribuciones y competencias deben estar perfectamente definidas
10	Disponer de al menos un administrativo con experiencia para dar soporte a los responsables de la unidad, gestionar las admisiones y la lista de espera	La gestión de la documentación clínica corresponderá a la unidad de admisión y de documentación clínica o equivalente
11	Disponer de un responsable (idealmente reumatólogo) de la gestión.	Puede ser el mismo que el responsable de la administración de los tratamientos. Se encargará de organizar y coordinar al personal de la unidad, con una adecuada utilización de los recursos, programar la actividad, garantizar la calidad y la gestión de lista de espera
12	Disponer de un responsable médico (reumatólogo) de la administración de los tratamientos	Se encargará de la atención del paciente (prescripción, monitorización clínica), pudiendo además llevar el seguimiento del mismo. Si no es posible la presencia física del reumatólogo en la Unidad, debe haber uno localizado y accesible
13	Disponer de personal de enfermería entrenado en procesos y procedimientos reumatológicos	Aunque se trate de una UHdD polivalente
14	Disponer de un responsable de enfermería	Su función es la de coordinar la planificación de los cuidados, programar las actividades del personal de enfermería y el controlar la disponibilidad de los recursos materiales
15	Disponer de auxiliar de enfermería	
16	Disponibilidad física o electrónica de documentos clave	1) Cartera de servicios 2) Historias clínicas 3) Consentimientos informados 4) Plan de acogida 5) Guías y/o protocolos de práctica clínica 6) Protocolos de confidencialidad y acceso legal a los datos de los pacientes 7) Procedimientos normalizados de trabajo 8) Procedimientos requeridos en ensayos clínicos 8) Informe de alta médica 9) Registro de reclamaciones y sugerencias 10) Manual de funcionamiento 11) Código ético del hospital 13) Seguro de responsabilidades 14) Plan de autoprotección ante eventuales catástrofes
17	Disponer de un plan de autoprotección	Este establecerá la organización de los medios humanos y materiales disponibles para la prevención del riesgo de incendio o equivalentes, así como para garantizar la intervención inmediata ante eventuales catástrofes

UHdD: Unidad de Hospitalización de Día.

## Discusión

La hospitalización de día ha tenido un considerable desarrollo durante los últimos años en Reumatología, transformándose en una parte importante de su actividad asistencial y de su cartera de servicios. Aunque el funcionamiento y las características de cada una de las UHdD es muy heterogéneo<sup>13</sup>, el progresivo aumento de la cartera de prestaciones y de la complejidad en la gestión correspondiente trasciende, en muchas ocasiones, la mera fórmula organizativa para convertirse en un auténtico modelo de prestación de servicios a pacientes reumatológicos complejos. Adicionalmente, las UHdD se han convertido en un elemento imprescindible en la investigación clínica, tanto por la necesidad de realización de ensayos clínicos, como por el soporte que suponen en la recolección protocolizada de datos y muestras para investigación epidemiológica y básica.

La aportación de este trabajo es novedosa, en cuanto que aborda el desarrollo de estándares de calidad, tanto de estructura como de funcionamiento y resultado, para las UHdD, específicamente en el ámbito de la Reumatología. El desarrollo reciente de estas

unidades explica que los estándares desarrollados previamente no recojan aspectos más específicos de nuestra especialidad. Las publicaciones de otras instituciones sanitarias fuera de nuestro país se centran exhaustivamente en requerimientos estructurales<sup>7,8</sup> y solo en la actualización de las directrices del Sistema Nacional de Salud inglés se mencionan prestaciones de Reumatología como parte de su cartera de servicios<sup>7</sup>. Organismos como la Joint Commission, con reconocido prestigio en la creación de estándares dirigidos a acreditación, no contemplan esta modalidad de provisión de cuidados y solo aluden a programas de tratamiento de hospitalización «parcial» dirigidos a proveedores de salud en desórdenes de comportamiento ([http://www.jointcommission.org/accreditation/bhc\\_seeking\\_accreditation.aspx](http://www.jointcommission.org/accreditation/bhc_seeking_accreditation.aspx)).

En el ámbito reumatológico, encontramos varios trabajos en España que describen el grado de implantación de las UHdD y su distribución<sup>14</sup>, y comienzan a plantear la variabilidad en cuanto a las características y el funcionamiento de las mismas<sup>12,13</sup>. En estas publicaciones, se identifican aspectos clave para el funcionamiento de las UHdD, así como deficiencias y áreas de mejora, y se plantea ya la necesidad de establecer estándares para su funcionamiento sobre



**Tabla 4**  
Estándares de proceso de las Unidades de Hospitalización de Día en Reumatología

n	Estándares de calidad	Aclaraciones/recomendaciones
1	Disponer de un plan de calidad adaptado a cada UHdD	Incluye, entre otros, el análisis, archivo, revisión y actualización de consensos, GPC, fichas técnicas de medicamentos, protocolos, y manual de organización y funcionamiento de la UHdD
2	Disponer de un manual de organización y funcionamiento	Debe incluir organigrama, recursos, disposición física de la UHdD, organización asistencial y normas, y cartera de servicios
3	Asegurar óptimas condiciones de limpieza e higiene	Protocolo de limpieza para sus dependencias, instalaciones, equipamiento y material e instrumental sanitario
4	Ofrecer contacto y consulta telefónica al paciente y cuidadores	Con identificación de la persona de contacto
5	Entregar tarjeta de identificación con teléfono y persona de contacto	
6	Disponer de un sistema de citación y confirmación de cita	
7	Ofrecer una garantía de demora para el acceso a la UHdD	La lista de espera para el acceso a la unidad debe ser limitada y estar definida para cada tratamiento o procedimiento (p. ej., diferenciar bolos de esteroides vs. zoledrónico en osteoporosis)
8	Disponer de procedimiento de recepción	Información de acogida que incluya, al menos, una descripción de las diferentes fases por las que va a pasar el paciente y las advertencias o consejos especiales
9	Ofrecer información escrita sobre la UHdD y de todos los procesos de la misma relacionados con el paciente	a) Instrucciones previas al ingreso y acceso a la UHdD b) Instrucciones para la estancia del paciente, cuidador y acompañantes c) Instrucciones para el inmediato postratamiento y posterior al alta d) Las probables incidencias que el paciente puede presentar por la medicación y cuidados que se deben administrar e) Formas de acceso a recursos de atención continuada a la unidad
10	Disponer de un registro del paciente	Debe incluir, entre otros, la identificación del hospital o centro, del médico/enfermera responsables de la asistencia, cuidado y alta, identificación del paciente, fechas y alta
11	Asegurar una coordinación eficiente entre farmacia y la UHdD	Sin demora entre la prescripción y la administración, con la posibilidad de preparación de medicamentos en la misma UHdD La validación definitiva para preparación de la medicación debe hacerse cuando se haya confirmado la asistencia del paciente y, una vez valorado, no haya impedimento para su administración
12	Actualización de los protocolos de actuación (médicos, enfermería, farmacia, administrativos, gestión)	Debe estar acreditada la actualización con fecha y responsables
13	Disponer y utilizar un listado de comprobación de tareas a realizar	Incluye: recepción, validación para iniciar procedimiento por médico y enfermería (analítica, constantes, evaluación clínica.); durante el procedimiento (infusión, pruebas), seguimiento y alta (informe, citación, etc.)
14	Disponer de un plan de contingencia para procesos clave	En caso de fiebre, acontecimientos adversos, no acude a cita, fallecimiento, etc. Posibilidad de citar otro paciente en el día
15	Realizar registro de actividad y su codificación	Formato electrónico recomendado
16	Ofrecer posibilidad de visita única integrada	Analítica previa, valoración médica, procedimiento y alta en el mismo día
17	Realizar educación sanitaria y de autocuidado	Educación para autocuidado, incluye, entre otros: hábitos de vida saludables, reconocimiento de alertas y riesgos, manejo ante dolor y otros síntomas, adherencia al tratamiento, etc.
18	Dispensar al paciente y a sus cuidadores un trato adecuado	
19	Realizar evaluación sistemática y periódica de la atención recibida por los pacientes	Mediante encuestas de satisfacción, calidad percibida
20	Entrega de informe de alta y plan terapéutico al paciente	Siempre o en situaciones especiales: al inicio, cambios en la medicación, al alta definitiva, en caso de acontecimientos adversos, etc. con una especificación minuciosa de los cuidados posterior al alta
21	Fomentar la coordinación con los profesionales de Atención Primaria	Para asegurar continuidad de cuidados
22	Realizar en la UHdD formación pre y posgrado	Para estudiantes de Medicina y Enfermería y residentes de Reumatología
23	Disponer de programas de coordinación sociosanitaria dentro del propio centro	Para identificar necesidades de los usuarios y orientar o proveer recursos sociales necesarios
24	Disponer y fomentar programas de formación específica sobre la UHdD para el personal	En todos los estamentos de personal sanitario: médico, enfermería, auxiliares, administrativos, celadores
25	Realizar sesiones clínicas específicas de la UHdD en el Servicio de Reumatología	Monográficas o dentro de las sesiones del Servicio

GPC: guía de práctica clínica; UHdD= Unidad de Hospitalización de Día.

la base de criterios de calidad<sup>11,12</sup>. La primera aproximación a estos criterios se basa en la definición del mapa de procesos de las UHdD en Reumatología y consensúa un conjunto de criterios de calidad para procesos estratégicos, clave y de soporte que posteriormente son analizados en varias UHdD en un proceso de *benchmarking*<sup>12</sup>. Los resultados del presente trabajo, en línea con otros estándares generales ya publicados por la SER<sup>15</sup>, suponen un avance, ya que proporcionan recomendaciones y herramientas de gestión específicas, para su uso a nivel local e institucional.

En cuanto a los estándares de estructura, la descripción exhaustiva de criterios básicos, ya sean de unidades mono o polivalentes, no han sido el objeto del presente artículo y podrían representar una limitación, pero el GT entiende que los requerimientos de recursos humanos y equipamiento, propios de cualquiera de las UHdD,

ya han sido definidos ampliamente<sup>1,7,8</sup> y están disponibles en el informe extenso final (<http://www.ser.es/investigacion/Proyectos/Icaro/Icaro.php>). El panel, sin embargo, sí ha querido resaltar algunos aspectos considerados cruciales como la definición y la difusión de la cartera de servicios, la necesidad de participación de reumatólogos en la gestión de las UHdD, la presencia de enfermería con el entrenamiento y formación específica, los documentos clave que deben estar accesibles o el necesario soporte electrónico para el registro y gestión de todos los procesos. Los protocolos de actuación, parte fundamental e imprescindible de cualquier actividad asistencial, adquieren en esta modalidad especial relevancia, ya que garantizan la homogeneidad en prácticas muy estandarizadas y evitan la variabilidad no justificada.

**Tabla 5**  
Estándares de resultados de las Unidades de Hospitalización de Día en Reumatología

n	Estándares de calidad	Aclaraciones/recomendaciones
1	La UHdD debe contar con aplicación electrónica que permita obtener información periódica (diaria, mensual, trimestral o anual) sobre la actividad	Implantación de un sistema de información adecuado para monitorizar los resultados de la actividad - N.º total de procedimientos realizados - N.º total de pacientes atendidos - N.º total de procedimientos suspendidos y causas N.º total de cada procedimiento Promedio de pacientes diario Promedio de pacientes por puesto de UHdD
2	Evaluación periódica y sistemática del desempeño del personal de la UHdD	Incluido todo el personal sanitario asistencial y los responsables de gestión y administración
3	Evaluación periódica y sistemática de la adherencia a los protocolos de actuación	Por ejemplo, mediante auditoría aleatorizada de historias clínicas
4	Evaluación periódica y sistemática de la satisfacción de los pacientes	Encuestas a los usuarios, para conocer el grado de aceptación y satisfacción del método, y para establecer un diagnóstico de problemas en el desarrollo del Servicio
5	Registro de acontecimientos adversos e incidentes	Todos los acontecidos durante el procedimiento Posteriores: al menos acontecimientos graves, atribuibles al procedimiento o tratamiento
6	Registro de la totalidad de altas de la UHdD	Codificadas mediante el CMBD del centro u otra codificación específica
7	Disponer de la estimación de los tiempos y costes para cada procedimiento de la UHdD	
8	Evaluación económica de medicamentos de forma periódica	Mínimo: costes; recomendado: coste/efectividad o coste/utilidad. Periodo: al menos, anualmente
9	Contar con aplicación electrónica que permita obtener información periódica (mensual, trimestral o anual) sobre resultados	Porcentaje de pacientes que requieren ingreso Tasa de acontecimientos adversos durante el procedimiento Tasa bruta de mortalidad Se recogerán desenlaces específicos por paciente según patología: índices de actividad, función, calidad de vida, etc.
10	Certificación de calidad externa	Por ejemplo, ISO 9001-2008

CMBD: conjunto mínimo de bases de datos; ISO: International Standard Organization; UHdD: Unidad de Hospitalización de Día.

Además de la escasez de publicaciones previas, respecto a los procesos y resultados, hay que añadir el constante cambio y las nuevas oportunidades de uso de las UHdD en Reumatología. En este sentido, en nuestro país, muchas de las UHdD se han convertido en el marco para la monitorización y la prescripción centralizada de todos los fármacos biológicos, ya sean de administración subcutánea o intravenosa. Las necesidades de gestión del riesgo, así como de un uso racional de estas y otras terapias, han contribuido al desarrollo de las UHdD reumatológicas, cuya expansión y requerimientos de personal ha impulsado de forma paralela el desarrollo de competencias avanzadas de enfermería en Reumatología<sup>16</sup>. Las UHdD se han revelado como uno de los marcos idóneos para la aplicación de estas competencias, como se desprende de experiencias publicadas en nuestro país<sup>17</sup>. De igual forma, el desarrollo de consultas de enfermería específicas, bien en el marco de las UHdD o en el de las consultas externas, es una de las estrategias que más ha contribuido al manejo eficiente de pacientes reumáticos ambulatorios y ha llevado a la SER a publicar sus propios estándares de calidad<sup>18</sup>. Parte de estos estándares recogen requerimientos, habilidades y competencias de enfermería que pueden ser aplicados en las UHdD, y subrayan su relevancia en muchos procesos clave: la administración segura de fármacos, la consulta telefónica, la educación del paciente y cuidadores o su contribución en la monitorización estrecha de la enfermedad que facilita el manejo del paciente adaptado a guías y recomendaciones y un uso más racional de fármacos.

El GT destacó asimismo otros estándares irrenunciables, como el uso de procedimientos estandarizados de trabajo y de consentimientos informados, siempre que estos estén indicados. Se constató la necesidad de un acceso rápido de los pacientes nuevos a las UHdD, en el que no debería haber más de 15 días de demora. Sin embargo, el consenso en los días de espera asumible es más complicado, porque varía en función de los recursos de cada centro y de la urgencia relativa del procedimiento indicado.

Una de las limitaciones de este trabajo puede residir en el número limitado de expertos que han participado. Sin embargo, el trabajo actual parte de un proyecto previo en el que reumatólogos de 21 hospitales diferentes definieron criterios de calidad y

recomendaciones, también con apoyo metodológico<sup>12</sup>. Asimismo, en el análisis de situación de esta propuesta, se han tenido en cuenta los datos disponibles sobre el estado actual y diferentes contextos organizativos de las UHdD en nuestro país<sup>13,14</sup>.

Los estándares de calidad propuestos deben servir de base para que cada servicio desarrolle los indicadores necesarios para asegurar una buena práctica, evaluar su actividad y detectar áreas de mejora en las UHdD, incorporando además la experiencia propia. En la actual coyuntura económica, la generación de indicadores de resultados, junto al registro electrónico de la prescripción, la administración, la dispensación y la monitorización de fármacos, con un cuadro de mandos integrado, es una oportunidad única para la gestión eficiente de pacientes complejos.

Puesto que la factibilidad no es uniforme, el documento recoge, junto a estándares imprescindibles, otras propuestas que marcarán la atención excelente, como la existencia de personal administrativo o de investigación clínica propio de las UHdD, la difusión de las actividades de investigación específicas en forma de publicaciones o la certificación de calidad de las unidades. En este marco, entendemos que la aportación del presente trabajo, junto a la génesis de indicadores, puede conducir a la creación un plan de calidad

**Tabla 6**  
Oportunidades derivadas de un Plan de Calidad para las Unidades de Hospitalización de Día en Reumatología

1	Aumento de la cartera de servicios de una Unidad de Reumatología
2	Marco de excelencia para la atención integral de pacientes reumatológicos complejos en la que se reflejan los aspectos más vanguardistas de la especialidad
3	Docencia, formación médica continuada, desarrollo profesional continuo
4	Investigación e innovación
5	Liderazgo como especialidad en el conocimiento de la racionalidad de uso y peculiaridades de las terapias biológicas
6	Uso racional de terapias de alto coste y compromiso con la sostenibilidad
7	Educación para autocuidado y «activación» de pacientes y cuidadores
8	Gestión de la calidad que permite evaluación continua para mejorar y conseguir acreditación externa
9	Mayor implicación en tareas gestoras para conseguir en un futuro una mayor independencia/autogestión de los servicios de Reumatología

individualizado para cada de las UHdD, que ofrece múltiples oportunidades de progreso a los servicios que lo aborden (tabla 6).

En definitiva, las UHdD reumatológicas son mucho más que una mera fórmula organizativa para la prestación de un servicio intermedio entre la hospitalización y la consulta externa. En este marco, una de las aportaciones más relevantes de los estándares de calidad que se proponen es crear herramientas de gestión para asegurar una práctica homogénea, centrada en el paciente, basada en evidencia y experiencia, y capaz de definir desde los requisitos irrenunciables de calidad hasta la excelencia.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

### Financiación

Financiado por la Fundación Española de Reumatología (FER) con fondos cedidos por Bristol-Myers Squibb (BMS). La compañía no ha participado en el diseño del proyecto ni ha intervenido en las conclusiones o escritura del informe final y del presente manuscrito.

### Conflicto de intereses

La Dra. García-Vicuña ha recibido fondos para investigación y formación y honorarios por asesorías y ponencias de: Roche, BMS, MSD, UCB, Pfizer, Actelion y Hospira.

La Dra. Montoro declara conflictos de interés en relación con Abbvie, BMS, Glaxo, MSD, Pfizer, Roche, UCB.

La Dra. Bustabad ha recibido fondos para investigación, asesorías o ponencias de Abbvie, Pfizer, Roche y MSD.

El Dr. Gómez Centeno ha recibido becas de Pfizer, pagos por ponencias de Pfizer, Abbvie, BMS, Roche, MSD y Menarini, pagos por asesorías de Roche y MSD, y por asistencia a Congresos, de Pfizer.

La Dra. Pérez-Pampín declara conflictos de interés en relación con BMS, MSD, Pfizer, Roche, UCB.

El Dr. Román Ivorra ha recibido fondos para investigación u honorarios por asesorías y ponencias de Roche, MSD, Pfizer, Abbvie, UCB, GSK, BMS, Actelion, Amgen.

El Dr. Balsa ha recibido fondos para investigación u honorarios por asesorías y ponencias de UCB, Pfizer, Roche, BMS, Abbvie, GSK, AMGEM y MSD.

La Dra. Loza declara haber recibido pagos por prestación de Servicios profesionales a Abbvie, Roche, MSD, BMS.

Los Dres. Egues Dubuc y Muñoz-Fernández declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con este artículo.

### Agradecimientos

Nuestra especial gratitud a los participantes en el proyecto de Excelencia en Hospitales de Día en España (HD-Reumatolex)<sup>12</sup>, por su contribución previa a este proyecto: Dr. Pedro Barceló, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona; Dr. Alberto Bermúdez, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; Dr. Luis Carreño, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; Dr. Eduardo Collantes, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba;

Dra. Alicia García, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; Dr. Juan Gómez-Reino, Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela, La Coruña; Dr. Jenaro Graña, Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña; Dr. Manuel Guzmán, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; Dr. Emilio Martín Mola, Hospital Universitario La Paz, Madrid; Dra. Isabel Mateo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; Dr. Joan Maymó, Hospital del Mar, Barcelona; Dr. Juan Mulero, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; Dr. Federico Navarro, Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; Dr. Joan Miquel Nolla, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; Dr. Eliseo Pascual, Hospital General Universitario de Alicante; Dr. Arturo Rodríguez de la Serna, Hospital Universitario Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; Dr. Raimón Santmartí, Corporació Sanitària Clínic, Barcelona; Dr. Eduardo Ucar, Hospital de Basurto, Bilbao.

### Appendix A. [{{(Anexo 1)}}]. Programa funcional de las Unidades de Hospital de Día (UHdD)

Análisis demográfico del entorno (con especial referencia a la población incluida en el área de captación de la unidad y los criterios de selección de pacientes)

Estudio de demanda teórica de tratamientos de las UHdD, atendiendo al volumen de procedimientos realizados. Deberá tenerse en cuenta la capacidad de penetración de la unidad en su entorno, una vez se encuentre está en pleno funcionamiento

Análisis de la infraestructura arquitectónica donde se desarrollarán las actividades de las UHdD (definición de una nueva infraestructura o modificación de la existente)

Análisis de la capacidad de producción, según escenarios de mayor o menor eficiencia

Estudio de necesidad de personal y de equipamiento, atendiendo a la demanda, a la actividad prevista y a la cartera de servicios existente en el hospital

Definición de su funcionamiento con referencias al manual de normas, incluyendo esquemas de circulación de pacientes, personal, familiares y de materiales

Configuración del circuito asistencial (formas de acceso de los pacientes, tramitación administrativa de su recepción, tránsito dentro de las UHdD, alternativas a su salida, etc.), las formas de asistencia médica postalta y las relaciones funcionales con el resto de las estructuras de su entorno (servicios centrales, urgencias, unidades de cuidados críticos, Atención Primaria, etc.)

Plan funcional, de acuerdo con las características específicas de su organización

Estudio económico, en el que se reflejará tanto el importe de la inversión prevista en infraestructura y equipamiento como la estimación de los gastos corrientes de funcionamiento en personal, suministros y mantenimiento necesarios para realizar sus actividades, así como el impacto económico-sanitario de su funcionamiento en la institución de que dependa

Reproducido con permiso de la referencia Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de HdD»<sup>1</sup>.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

### Bibliografía

1. Grupo de Trabajo para la elaboración de «Estándares y recomendaciones de HdD». Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones; 2009.
2. Casas Fernández de Tejerina A, Moreno Nogueira J. Hospitales de día: recomendaciones según consenso nacional SEOM. En: SEOM, editor. Libro blanco de la oncología médica en España. Madrid: Dispublic, SL; 2006. p. 291-329.
3. Marshall M, Crowther R, Almaraz-Serrano A, Creed F, Sledge W, Kluitert H, et al. Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) acute day hospital versus admission; (2) vocational rehabilitation; (3) day hospital versus outpatient care. Health Technol Assess. 2001;5:1-75.
4. Marshall M, Crowther R, Sledge WH, Rathbone J, Soares-Weiser K. Day hospital versus admission for acute psychiatric disorders. Cochrane Database Sys Rev. 2011:CD004026.
5. Forster A, Young J, Lambley R, Langhorne P. Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. Cochrane Database Sys Rev. 2008:CD001730.
6. Marshall M. How effective are different types of day care services for people with severe mental disorders? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); 2005 [consultado 10 Dic 2011]. Disponible en: <http://www.euro.who.int/Document/E87317.pdf>
7. NHS. Accommodation for day care Medical investigation and treatment unit. Health Building Note 52, Volume 3. London: NHS Ed; 1995, amended March



- 2013 [consultado 15 Jul 2013]. [http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/254/HBN\\_52\\_Vol3.pdf](http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/254/HBN_52_Vol3.pdf)
8. Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services (Canada). Hospital day medicine unit: Guidelines for establishing standards for special services in hospitals/report of the Sub-Committee on Special Services in Hospitals. Ottawa: National Health and Welfare (Canada); 1984.
  9. Sandhu RS, Treharne GJ, Douglas KM, Cassim K, Saratzis A, Piper H, et al. The impact of anti-tumour necrosis factor therapy for rheumatoid arthritis on the use of other drugs and hospital resources in a pragmatic setting. *Musculoskeletal Care.* 2006;4:204–22.
  10. Barbosa L, Ramiro S, Roque R, Goncalves P, Silva JC, Santos MJ. Patients' satisfaction with the rheumatology day care unit. *Acta Reumatol Port.* 2011;36:377–84.
  11. Roman Ivorra JA, Rosas Gomez-Salazar J, Calvo Catala J. Introduction of a day-care hospital model: proposals for measures that guarantee the specific needs of rheumatology services in the Community of Valencia (Spain). *Reumatol Clin.* 2011;7:421–2.
  12. Roman Ivorra JA, Sanmarti R, Collantes-Estevez E, Carreno Perez L, Betegon L. Model of excellence in Rheumatology Day Hospitals in Spain: The HD-Reumatolex project. *Reumatol Clin.* 2013;9:142–7.
  13. Roman Ivorra JA, Gomez-Salazar JR, Calvo Catala J. Current status of day care units where rheumatology treatments are administered in the autonomous community of Valencia. *Reumatol Clin.* 2010;6:244–9.
  14. Román-Ivorra J, Chalmeta Verdejo C, Salvador G. Estado actual de los hospitales de día de reumatología en España. *Reumatol Clin.* 2004;31:87–94.
  15. Alonso Ruiz A, Vidal Fuentes J, Tornero Molina J, Carbonell Abello J, Lazaro P, Mercado D, et al. Asistencia quality standards in rheumatology. *Reumatol Clin.* 2007;3:218–25.
  16. Van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2012;71:13–9.
  17. Corominas H, Sanchez-Eslava L, Garcia G, Padro I, Aimarich C, Gonzalez J, et al. Safety profile of biological intravenous therapy in a rheumatoid arthritis patients cohort. Clinical nursing monitoring (Sebiol study). *Reumatol Clin.* 2013;9:80–4.
  18. Munoz Fernandez S, Lazaro de Mercado P, Alegre Lopez J, Almodovar Gonzalez R, Alonso Ruiz A, Ballina Garcia FJ, et al. Quality of care standards for nursing clinics in rheumatology. *Reumatol Clin.* 2013;9:206–15.