



Original

Estado actual de los hospitales de día donde se administran los tratamientos de reumatología en la Comunidad Valenciana

José A. Román Ivorra^{a,*}, José Rosas Gómez-Salazar^b, Javier Calvo Catalá^c y Grupo para el estudio de los hospitales de día de Reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología^d

^a Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

^b Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa, Villajoyosa, Alicante, España

^c Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^d Sociedad Valenciana de Reumatología, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de septiembre de 2009

Aceptado el 24 de enero de 2010

On-line el 13 de mayo de 2010

Palabras clave:

Hospital de día
Cuidados diarios
Hospital
Reumatología

RESUMEN

Objetivos: Evaluar y caracterizar la situación actual de los hospitales de día de reumatología de la Comunidad Valenciana.

Material y método: Se realizó una reunión con 12 reumatólogos y una enfermera, moderada mediante *brainstorming* estructurado, y posteriormente se envió un cuestionario a 20 reumatólogos para profundizar en las características de los centros.

Resultados: Se ha encontrado variabilidad entre los servicios que disponen los centros para su funcionamiento interno y los ofertados a los pacientes. Los reumatólogos dan importancia a disponer de diversos servicios que, actualmente, no son suficientes en algunos centros, como personal de enfermería especializado, rapidez de dispensación de fármacos por parte de farmacia y supervisión de las administraciones por un reumatólogo. Se destacan las siguientes carencias generales del modelo actual de HD de la comunidad: se comparte el HD con otras especialidades, demora de la dispensación de fármacos por farmacia, escasez de recursos (espacios, puestos y horario de atención, personal, tiempo para la administración de tratamientos...), falta de personal de enfermería especializado, falta de algunos servicios para el paciente, como teléfono de atención o educación sanitaria, escasa realización de sesiones clínicas y falta de protocolización de procesos.

Conclusiones: A la luz de los resultados, se constatan ciertas carencias en los actuales hospitales de día, que será preciso subsanar mediante el establecimiento de las medidas adecuadas, para mejorar así el servicio ofertado a los pacientes.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Current status of day care units where rheumatology treatments are administered in the autonomous community of Valencia

ABSTRACT

Objective: To evaluate and characterize the current status of the Rheumatology Day Hospital Care units in the Autonomous Community of Valencia.

Material and method: A structured brainstorming meeting was organized with 12 rheumatologists and a nurse and, after that, a questionnaire was sent to 20 rheumatologists to know more about the centers.

Results: Variability was found in the services that the day care units have for their own operation and for patient care. Rheumatologists place more importance on having some services that are not present in all centers at the moment: specialized nursing, quick drug delivery from the pharmacy and administration supervision by a rheumatologist. The following deficiencies were identified: sharing the workspaces with other specialties, drug delivery delays from the pharmacy, few resources (few spaces, few locations and little time for drug administration), lack of specialized nursing, lack of some services for patients (i.e. hot-line telephone service or patient education), few clinical sessions and lack of some procedures.

Conclusions: It is necessary to establish measures that lead to the resolution of deficiencies and improve the services offered to patients.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Ambulatory Care Facilities
Day Care
Hospitals
Rheumatology

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: roman_jan@gva.es (J.A. Román Ivorra).

Introducción

En los últimos años, se ha producido un cambio en el pronóstico de las enfermedades reumáticas, como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías, así como una mejora en la calidad de vida de los pacientes que las sufren, debido en gran medida a la aparición de los tratamientos biológicos. Dichos tratamientos biológicos han mejorado con diferencia la eficacia clínica y el daño estructural con respecto a los tratamientos tradicionales (DMARD)^{1,2}. Uno de los inconvenientes que algunos de estos tratamientos tienen es que requieren de una administración en centros específicos, ya que no se pueden administrar de forma ambulatoria. Anteriormente, la administración de estos tratamientos requería el ingreso del paciente, pero la creación de los hospitales de día (HD) ha hecho posible que dicha administración se realice en unas horas, con lo que se reduce el coste asociado al tratamiento y los ingresos³.

En el decreto 74/2007 de la Generalitat Valenciana⁴ se hace referencia a los HD como proveedores de cuidados ambulatorios especializados, fundamentalmente de enfermería pero en colaboración con muchas especialidades. No obstante, una de las dificultades de los HD de reumatología de la Comunidad Valenciana es que no se dispone de una normativa legislativa o reglamentación específica que regule la actividad que en ellos se lleva a cabo, o que establezca un modelo de referencia al que deban adaptarse. Por ello, actualmente existe una gran variabilidad en cuanto a los servicios que ofrecen los diferentes HD de la comunidad.

El objetivo del presente estudio es determinar el estado actual de los HD de reumatología de la Comunidad Valenciana, y caracterizar los servicios que actualmente ofrecen.

Material y métodos

En una primera fase del estudio se organizó una reunión con reumatólogos de la Comunidad Valenciana. La sesión de trabajo se celebró en Valencia en diciembre de 2008, y a ella acudieron 12 reumatólogos y una enfermera de los siguientes hospitales de toda la comunidad: en Alicante, Hospital Clínico de San Juan, Hospital General de Elda, Hospital General Universitario de Alicante, Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa, Hospital General Universitario de Elche; en Castellón, Hospital General de Castellón; y en Valencia, Hospital Infantil La Fe, Hospital Universitario La Fe, Hospital Universitario Dr. Peset, Hospital General Universitario de Valencia y Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Durante la reunión, se empleó una técnica de *brainstorming* estructurado o Metaplan⁵, con objeto de conocer la opinión e información de los asistentes con relación a unas preguntas previamente establecidas. El uso de esta técnica permite la estructuración de los conocimientos de los asistentes, quienes, tras una reflexión personal previa al debate, escriben sus respuestas en unas tarjetas. Posteriormente, un facilitador de la técnica lee las tarjetas y modera el debate generado por el grupo. Las ventajas respecto a una reunión convencional son el fomento de la participación de todos los asistentes de forma equitativa y la facilitación de un debate ordenado que, a su vez, permite obtener puntos de consenso y disenso.

El principal objetivo de la reunión fue determinar el estado actual real de los HD reumatológicos de la Comunidad Valenciana. Para ello se presentó a los asistentes un listado de servicios del HD para que indicaran si se encontraban en sus centros y qué importancia le daban a disponer de ellos (tabla 1). También se debatieron los puntos fuertes y débiles del modelo actual de HD.

Tabla 1

Servicios de un HD presentados en la reunión para indicar si estaban disponibles en su HD y para caracterizar la importancia que los reumatólogos dan a disponer de ellos

Servicios de un HD previamente establecidos y presentados en la sesión
● Citación de los pacientes con patología inflamatoria en un margen no superior a 2 semanas desde la fecha de prescripción del tratamiento
● Citación de los pacientes con patología inflamatoria en un margen no superior a un mes desde la fecha de prescripción del tratamiento
● Amplia oferta horaria (mañana y tarde)
● Supervisión médica (preadministración y durante la administración) a cargo de un médico (no reumatólogo) adscrito al hospital de día
● Supervisión médica (preadministración y durante la administración) a cargo de un especialista en Reumatología
● Gestión de las citaciones por el propio hospital de día (no por Reumatología)
● Gestión de las citaciones para administración del tratamiento por el servicio de Reumatología según espacios de agenda preacordados con el hospital de día
● Comunicación con el médico responsable del tratamiento (confirmación de administración, incidencias)
● Educación al paciente (pretratamiento y durante el tratamiento, si es preciso)
● Elaboración y entrega de informe de alta
● Disponibilidad de tratamiento en el momento de la cita (sin demoras innecesarias)
● Preparación de los tratamientos en el propio hospital de día
● Preparación de los tratamientos en el servicio de farmacia y dispensación posterior al hospital de día
● Disponibilidad de enfermería reumatológica
● Contacto telefónico paciente - hospital de día
● Pruebas analíticas en el hospital de día
● Pruebas complementarias (no analíticas) en el hospital de día

Durante la misma reunión, se solicitó a los participantes que indicaran los ítems que se deberían incluir en un cuestionario para valorar los servicios que actualmente ofrecen los HD. Dicho cuestionario fue desarrollado en una segunda fase y enviado por correo electrónico a 20 reumatólogos de 20 hospitales públicos (tabla 2) pertenecientes a los 22 departamentos de salud en los que se divide la comunidad según la Orden de 12 de mayo de 2005 de la Conselleria de Sanidad⁶. Este cuestionario permitió obtener una muestra representativa de la comunidad, y la información que se recogió se presenta en la tabla 3.

Los datos obtenidos en la reunión y en el cuestionario se analizaron a posteriori. Para el análisis de algunas características de los centros se tuvieron en cuenta 2 factores: el tamaño del hospital al que estaba adscrito el HD (pequeño, si disponía de 1–3 reumatólogos, o grande, si disponía de más de 3 reumatólogos) y quién se ocupaba de la gestión del HD (Reumatología u otras especialidades médicas).

En cuanto a los resultados de la sesión de trabajo, cabe destacar que la presentación de porcentajes muestra únicamente una tendencia en las aportaciones realizadas en la reunión, ya que la técnica utilizada es mayoritariamente cualitativa.

Resultados

Respecto a la *sesión de trabajo* y a modo de resumen, entre los servicios de un HD que los reumatólogos consideran de mayor importancia, se encuentran los siguientes:

- la disponibilidad del tratamiento en el momento de la administración sin demoras,
- la citación de los pacientes con patología inflamatoria sin demoras tras la prescripción del tratamiento,
- la supervisión médica antes y durante la administración del tratamiento a cargo de un reumatólogo,
- la gestión de citas por parte del propio servicio de reumatología.

- la comunicación con el médico responsable del tratamiento en caso de producirse alguna incidencia en la administración del mismo y, finalmente,
- la disponibilidad de personal de enfermería especializado.

Todos estos servicios fueron señalados como muy importantes por el 82% de los asistentes excepto la disponibilidad del tratamiento en el momento de la administración sin demoras, que obtuvo un 100% de consenso. Es de destacar que la citación de pacientes sin demoras, la gestión de citas por parte de reumatología y la comunicación con el médico responsable se encuentran en más de un 80% de los centros.

Del resto de servicios presentados, la gestión de citas por el propio HD (no por el servicio de reumatología) y la supervisión de la administración de tratamientos por un médico adscrito al HD solo se encuentran presentes en alrededor de un 27–18% de los hospitales, respectivamente, aunque esto no se consideró especialmente importante.

Entre las ventajas e inconvenientes del modelo actual de HD que se comentaron en la reunión, se destacó que es necesaria una

ampliación de los recursos y espacios del HD para adecuarse a las previsiones y a la creciente necesidad. Aún así, en muchos centros la dotación actual de puestos de atención (camas y sillones) es suficiente para no producir demoras en la administración de tratamientos. También se comentó que, aunque algunos centros disponen de personal de enfermería especializada o con formación específica en reumatología, sería necesaria una especialización superior en la mayor parte de centros. Otros puntos débiles del modelo actual son compartir el HD con otras especialidades, los retrasos producidos en la dispensación de fármacos por parte de la farmacia del hospital y la falta de un horario más amplio.

En relación al análisis del cuestionario, Reumatología gestiona el HD de 14 de los 20 hospitales evaluados, mientras que el resto son gestionados por otras especialidades médicas. En relación con el tamaño del centro, en los hospitales grandes el servicio de reumatología participa menos en la gestión del HD, debido probablemente a una mayor consolidación del hospital de día de tipo pluridisciplinario. En cuanto a compartir el HD con otras especialidades, a excepción de un hospital (95%), todos lo comparten con especialidades como hematología, oncología y digestivo, entre otras.

En cuanto al horario, la mayor parte funciona únicamente en horario de mañana y, generalmente, es el reumatólogo el especialista responsable del turno. En caso de que el paciente requiera alargar su estancia en el centro, se le ingresa, se alarga el turno del personal del HD (reumatólogos o enfermeras), se deriva el paciente a urgencias o es supervisado por un internista de guardia. Tres centros indicaron que ajustan la planificación para evitar esas situaciones.

Por lo general, el propio reumatólogo es el encargado de resolver las incidencias derivadas de la administración de los tratamientos, aunque también puede tratarse de otros, como un anestesiista o un internista.

El tiempo de que disponen los HD para administrar tratamientos reumatológicos se clasificó en días y horas semanales. Aproximadamente, el 25% solo dispone de un día asignado para reumatología, el 45% dispone de 2–3 días a la semana y solo 5 HD tienen establecidos más de 3 días a la semana. Un centro indicó que ajustan el tiempo a las necesidades de uso. En cuanto a las horas semanales, cabe destacar que más de la mitad de los HD disponen de menos de 20 h semanales para la administración de los tratamientos reumatológicos. En función del tamaño del hospital, se destacan algunas diferencias: los hospitales mayores disponen de más tiempo asignado a reumatología que los de menor tamaño, tanto en horas como en número de días semanales, como se puede observar en las figuras 1 y 2.

Tabla 2

Hospitales de los miembros participantes en el cuestionario de situación de los HD de Reumatología

<i>Alicante</i>
Hospital Vega Baja de Orihuela
Hospital General Universitario de Elche
Hospital Clínico de San Juan
Hospital de la Marina Baixa de Villajoyosa
Hospital General de Elda
Hospital General Universitario de Alicante
<i>Castellón</i>
Hospital Comarcal de Vinarós
Hospital General de Castellón
Hospital de la Plana
<i>Valencia</i>
Hospital Infantil La Fe
Hospital General de Ontinyent
Hospital Universitario La Fe
Hospital Arnau de Vilanova
Hospital Francesc de Borja de Gandía
Hospital de Sagunto
Hospital de la Ribera
Hospital Universitario Dr. Peset
Hospital General Universitario de Valencia
Hospital General de Requena
Hospital Clínico Universitario de Valencia

Tabla 3

Ítems incluidos en el cuestionario

<ul style="list-style-type: none"> ● Especialidad que gestiona el HD ● El HD se comparte con otras especialidades ● N.º de reumatólogos asignados al HD ● Horario del centro y resolución de incidencias si es necesaria una mayor estancia del paciente ● Especialista que resuelve incidencias durante las administraciones de tratamientos ● Tiempo asignado a Reumatología en el HD (días y horas) por semana ● Número de puestos de atención (camas y sillones) generales y específicos para Reumatología por semana ● Tratamientos administrados en el HD ● Servicios/elementos disponibles en el HD para su propio funcionamiento: petición y extracción de analíticas, impresión/visualización en pantalla de analíticas, valoración de analíticas, petición de pruebas complementarias, preparación de fármacos para infusión e infusión de los mismos, evaluación funcional de pacientes, gestión de documentación, acceso a la historia completa del paciente, cercanía a urgencias/UCI, enfermera para atención de incidencias postratamiento, enfermera con formación en Reumatología, sesiones clínicas sobre tratamientos biológicos y multidisciplinarios, protocolos de administración y de actuación en complicaciones/incidencias ocurridas durante la administración de fármacos, carros de parada y otros ● Servicios/elementos disponibles en el HD para el paciente: gestión de citas, cuestionarios de calidad de vida, consulta telefónica, información para pacientes/familiares, educación para pacientes/familiares, entrega de informes al alta, visita única integrada ● Existencia de presupuestos anuales y de límites presupuestarios para tratamientos reumáticos ● Grado de satisfacción del reumatólogo con el HD ● Aspectos modificables del HD

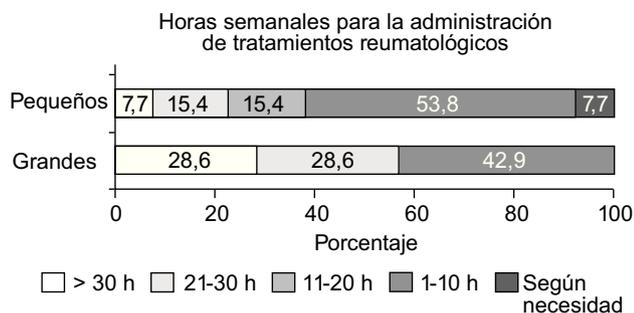


Figura 1.

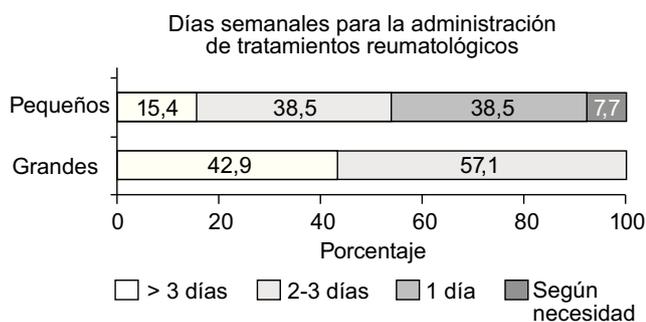


Figura 2.

Tabla 4
Porcentaje de centros que administran los tratamientos presentados en el cuestionario

Tratamientos	Porcentaje, %
Infliximab	100,0
Zoledronato	95,0
Abatacept	85,0
Rituximab	80,0
Ibandronato	65,0
Bolus corticoides	65,0
Inmunoglobulinas	50,0
Hierro intravenoso	45,0
Ciclofosfamida	45,0
Prostaglandinas	40,0
Tocilizumab	35,0
Otros	15,0

En cuanto a los puestos de atención (camas y sillones) del HD ningún centro dispone de más de 20, ni de tipo general para todas las especialidades como específicos para reumatología. Concretamente, más de la mitad disponen de 1-10 puestos generales, y el resto dispone de hasta 20 puestos. De tipo específico, el 80% dispone únicamente de 1-10 puestos. Tal como se comentaba anteriormente, aunque esta dotación parece ser suficiente en algunos de los centros evaluados, muchos reumatólogos no están satisfechos según la valoración del grado de satisfacción general, pues ya se prevé que será preciso ampliar este número en un plazo de tiempo corto medio.

Del listado de fármacos presentados en el cuestionario (un total de 11), los más administrados fueron los siguientes: infliximab, zoledronato, abatacept y rituximab (tabla 4). Solo 7 centros administran más del 80% de los tratamientos, mientras que 6 centros no administran ni la mitad. Si comparamos los tratamientos administrados en función del tamaño del hospital, observamos que, a excepción de un par de tratamientos, los

hospitales de mayor tamaño administran un mayor número de tratamientos reumatológicos (fig. 3).

En relación a los servicios disponibles en el HD, tanto para el paciente como para el buen funcionamiento del propio centro, prácticamente todos los centros disponen de infusión de fármacos, extracciones analíticas, carro de paradas y protocolos de administración de fármacos. Un 45% de los centros disponen de preparación de fármacos para la infusión en el HD, gestión de documentación, cercanía a urgencias/UCI o entrega de informes al alta para el paciente. Pocos centros refieren realizar educación al paciente o disponen de un teléfono de atención telefónica y, menos aún, disponen de personal de enfermería formado en reumatología o participan en sesiones clínicas. En la tabla 5 se muestra un resumen del porcentaje de disponibilidad de los servicios comentados en los centros evaluados.

Si se evalúan los servicios en función de la gestión del HD, se encuentran ciertas diferencias (considerando la diferencia entre aquéllos en que reumatología participa en la gestión y aquéllos en que no participa superior o igual al 25%). Estas diferencias se presentan en la tabla 6.

En cuanto al presupuesto de farmacia para tratamientos reumatológicos, un 75% de los hospitales no dispone de presupuesto anual específico, ni tampoco existen límites presupuestarios a la hora de prescribir tratamientos biológicos en un 85%.

Finalmente, es destacable que un 15% de los reumatólogos consultados no está muy satisfecho con su hospital de día.

Discusión

A raíz de los resultados presentados y tal como se ha constatado en oncología⁷ se observa una elevada variabilidad entre los centros. En muchos casos, esto no permite establecer reglas para definirlos como, por ejemplo, en función de la especialidad que gestiona el HD. Tal como se observa en la tabla 6, una mayor gestión de documentación parece estar relacionada con la gestión por reumatología, mientras que la gestión de citas, aparentemente relacionado con la documentación, no lo está. En relación a estudios realizados en todo el territorio español, los HD de la Comunidad Valenciana se comparten con otras especialidades en mayor medida (95% frente a un 50%)³, si bien dichos datos proceden de un trabajo en el que la información se recogió al inicio de los HD en reumatología y se hizo una selección de HD de grandes hospitales, los cuales no representaban al conjunto de la totalidad.

Es preciso destacar que, aunque no aplicable a todos los centros, el actual modelo carece de muchos servicios o características que deberían estar presentes en los HD para garantizar una buena calidad y equidad del servicio que se presta a los pacientes reumáticos.

En relación a la accesibilidad del paciente a los tratamientos, es de destacar que los recursos disponibles (camas, sillones, personal y tiempo para la administración de tratamientos) en la actualidad son considerados justos o insuficientes por los reumatólogos. Este hecho parece especialmente importante sobre todo para un futuro en el que se prevé un incremento de las necesidades, como también se ha visto en otros estudios⁸. Teniendo en cuenta que la mayoría de los HD comparten centro con otras especialidades, estos recursos aún se pueden ver más reducidos al tenerlos que compartir. Por otra parte y tal como también se ha observado en oncología⁷, la demora en la dispensación de fármacos por parte del servicio de farmacia conlleva una reducción de la capacidad/día de administración de los tratamientos, prolongación de la estancia del paciente en el HD, etc. El horario parcial es realizado por el 95% de los HD analizados, así como por una gran proporción de HD oncológicos⁷ y de HD reumatológicos españoles³. Este hecho reduce la capacidad de

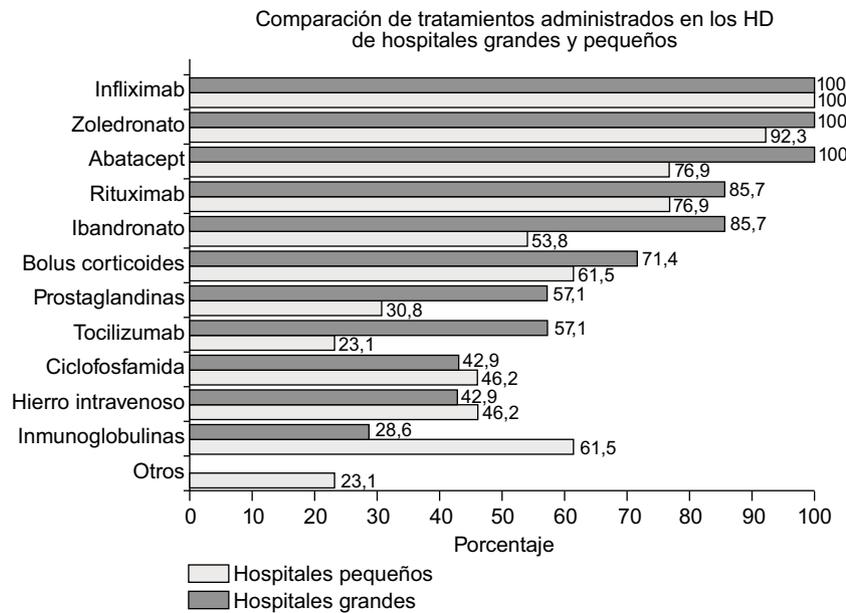


Figura 3.

Tabla 5
Porcentaje de HD que disponen de los servicios presentados

Ítem	%
Infusión de fármacos	95,0
Extracciones analíticas	90,0
Carro de parada	90,0
Protocolos de administración de tratamientos	85,0
Petición de analíticas	80,0
Impresión/visualización en pantalla de analíticas	80,0
Enfermera para atención de incidencias postratamiento	80,0
Protocolos de actuación en complicaciones/incidencias producidas durante la administración de tratamientos	80,0
Gestión de citas	80,0
Visita única integrada (analítica, tratamiento y revisión en una única visita)	75,0
Valoración de analíticas	70,0
Petición de pruebas complementarias (no analíticas)	70,0
Evaluación funcional de los pacientes	70,0
Acceso a la historia completa del paciente	60,0
Información al paciente/familiares	60,0
Cuestionario de calidad de vida para el paciente	50,0
Preparación de fármacos para infusión	45,0
Gestión de documentación (consentimientos informados y otros)	45,0
Cercanía del HD respecto a urgencias/UCL	45,0
Entrega de informes al alta para el paciente	45,0
Consulta telefónica para el paciente	30,0
Educación para el paciente/familiares	30,0
Enfermera con formación específica en Reumatología	25,0
Sesiones clínicas sobre tratamientos biológicos	15,0
Sesiones clínicas multidisciplinares	15,0

administración de tratamientos y la accesibilidad del paciente al centro. Además, es posible que se requiera una ampliación momentánea, o sea complejo gestionar la prolongación de alguna administración.

La realización de pruebas complementarias (excluidas analíticas) en el propio centro o de visitas integradas, reduciría las visitas extraordinarias que muchas veces deben realizar los pacientes para obtener estas pruebas, mejorándose la calidad del servicio ofertado. Finalmente, la accesibilidad del paciente a los recintos no ha sido destacado como un problema.

En cuanto al propio funcionamiento del centro, es recomendable la formación o especialización del personal de enfermería en reumatología, así como otras especialidades también contemplan⁷.

Tabla 6
Diferencias* entre los HD en los que Reumatología participa en la gestión y aquellos en los que no participa

Gestión por Reumatología	Gestión no por Reumatología
Mayor evaluación funcional de pacientes	Mayor petición de analíticas
Mayor gestión de documentación	Mayor impresión/visualización en pantalla de analíticas
Mayor disponibilidad de enfermería para incidencias	Más protocolos de actuación
	Más gestión de citas

* Se han considerado las diferencias superiores o iguales al 25%

Esto mejoraría la calidad de la atención al paciente, ya que se podría realizar mayor educación sanitaria o atención personalizada por teléfono (actualmente disponible solo en un 30% de los casos). Los reumatólogos también requieren mayor realización de sesiones clínicas, tanto de tipo multidisciplinar como sobre tratamientos biológicos. Por último, la comunicación interna entre el personal que atiende a los pacientes y el servicio de reumatología es otro punto a mejorar.

En relación a la administración de tratamientos, el actual sistema puede requerir un médico responsable general para volúmenes grandes de pacientes, o de un reumatólogo en exclusividad para el HD, pocas veces disponible. Asimismo, tampoco se dispone siempre de supervisión antes y durante la administración de tratamientos, o protocolos de actuación en caso de emergencias. Un buen sistema para poder mejorar todos estos puntos es la evaluación de los resultados del HD, que actualmente es escasa.

Finalmente, el servicio ofertado a los pacientes se vería mejorado con la utilización de cuestionarios de satisfacción y calidad de vida a los pacientes o la elaboración y entrega de informes al alta, así como con la educación sanitaria o un teléfono para atender consultas, ya comentado anteriormente.

Actualmente y tal como otros documentos ponen de manifiesto⁹, hay pocos estudios sobre HD en España, por lo que el presente estudio incluye escasas comparativas con otras comunidades, HD o especialidades. Algunos son únicamente consensos que definen las características que debe tener HD pero no ofrecen una evaluación

de los actuales⁹. Es de destacar que este estudio muestra únicamente la situación de los HD valencianos, por lo que no es extrapolable a otras comunidades autónomas u otros países. Aún así, creemos que ofrece un punto de partida para seguir trabajando.

Como conclusión, es preciso establecer unas medidas para la corrección de aquellas carencias que tenga cada hospital de día y, posteriormente, elaborar un análisis de los centros y un protocolo de implantación de dichas medidas.

Conflicto de intereses

El estudio ha podido desarrollarse gracias a una beca sin restricciones ofrecida por Roche Farma, S.A.

Agradecimientos

Andreu Covas Estruga y Verónica Albert Sánchez, de Gestió Organització Comunicació, S.A., por su apoyo en la conducción de la metodología utilizada para la elaboración del estudio.

Addendum

En la elaboración del presente estudio han participado:

Expertos clínicos del *Grupo para el estudio de los hospitales de día de Reumatología de la Sociedad Valenciana de Reumatología*: Miguel Belmonte Serrano, Emma Beltrán Catalán, Javier Calvo Catalá, Inmaculada Calvo Penadés, Ana Carro Martínez, Juan

Antonio Castellano Cuesta, Juan Ramón Corts Giner, Jenny De La Torre, Juan José García Borrás, Antonio Gracia Pérez, Rosa M Hortal Alonso, Vega Jovani Casano, Pascual Muñoz Mira, Francisco J. Navarro Blasco, Francisco Pérez Torres, Esteban Salas Heredia, María Isabel Tévar Sánchez, Pilar Trenor Larraz, Paloma Vela Casasempere, Vicente Vila Fayos.

Bibliografía

1. Keystone E. Recent concepts in the inhibition of radiographic progression with biologics. *Curr Opin Rheumatol*. 2009;21:231-7.
2. Sokka T. Long-term outcomes of rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2009;21:284-90.
3. Román-Ivorra JA, Chalmeta Verdejo C, Salvador G. Estado actual de los hospitales de día de reumatología en España. *Rev Esp Reumatol*. 2004;31:87-94.
4. Decreto 74/2007, de 18 de mayo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana. [2007/6632].
5. UNICEF VIPP: Visualization in Participatory Planning. Dhaka, Bangladesh: UNICEF; 1993.
6. Orden de 12 de mayo de 2005, de la Conselleria de Sanidad, por la que se crean los departamentos de salud. Disponible en: http://www.docv.gva.es/portal/portal/2005/05/19/pdf/2005_A5496.pdf.
7. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Hospitales de día: recomendaciones según consenso nacional SEOM Madrid Marzo 2006. En: Sociedad Española de Oncología Médica. Primer libro blanco de la Oncología Médica en España. Madrid: Dispublic, S.L.; 2006; p. 291-9. Disponible en: <http://www.seom.org>.
8. Cair AP, Wrigth SA, Patton JD, Campalani E, Taggart AJ. Rheumatology day care and the impact of biological therapies. The Belfast experience. *Rheumatology*. 2002;41:356-7.
9. Grupo de Trabajo para la elaboración de "Estándares y recomendaciones de HdD". Unidad de Hospital de Día. Estándares y recomendaciones, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.