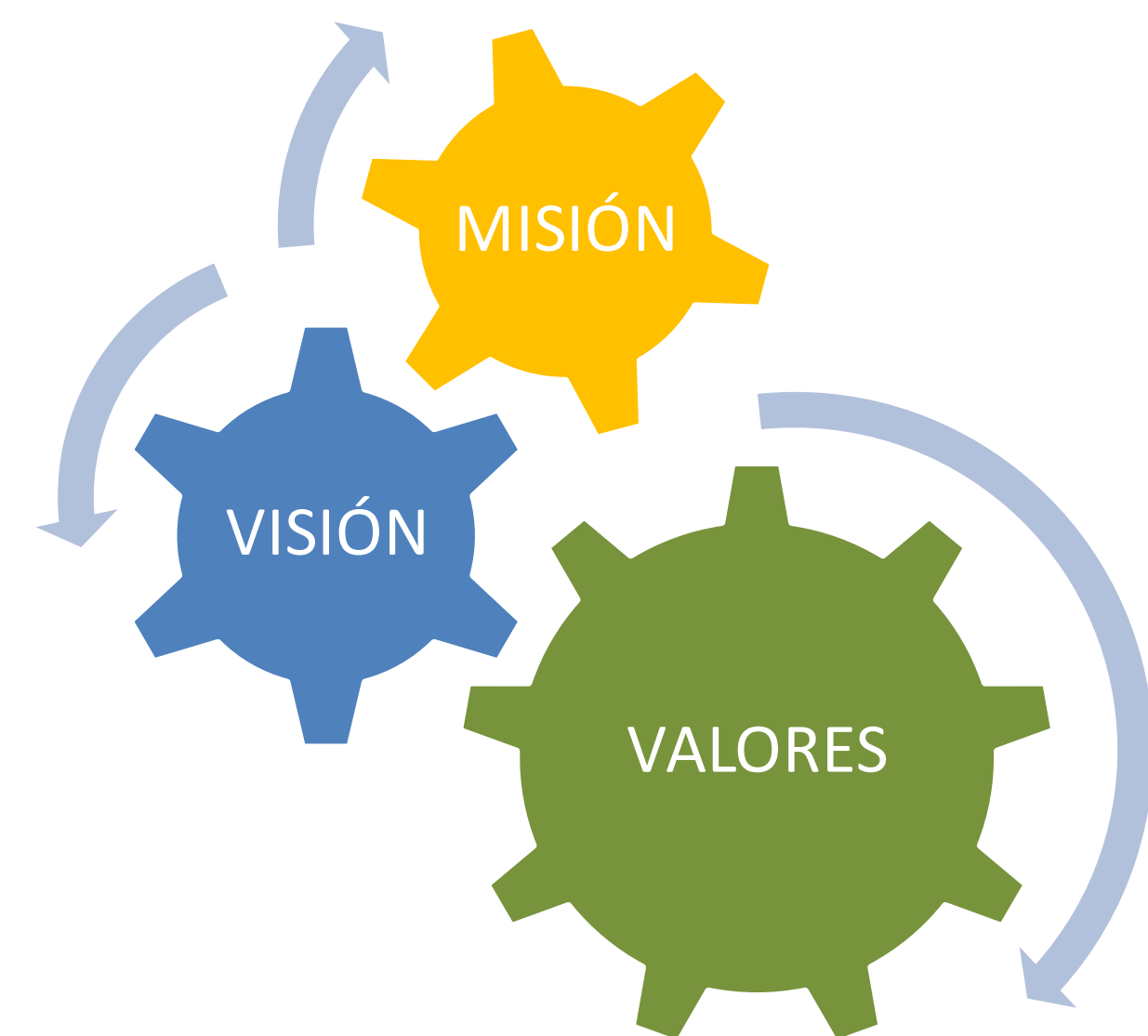


UNIDAD DE ALTA RESOLUCIÓN HOSPITALARIA, UNA ALTERNATIVA EFICIENTE A LA HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN EL HUMV. INTRODUCCIÓN DEL PROCESO DE ISQUEMIA CRÍTICA.

MARCO CONCEPTUAL



MISIÓN: Atención al paciente que precisa hospitalización, de manera ágil, eficiente y multidisciplinar, garantizando la continuidad asistencial y la seguridad del paciente mediante el establecimiento de vías clínicas.

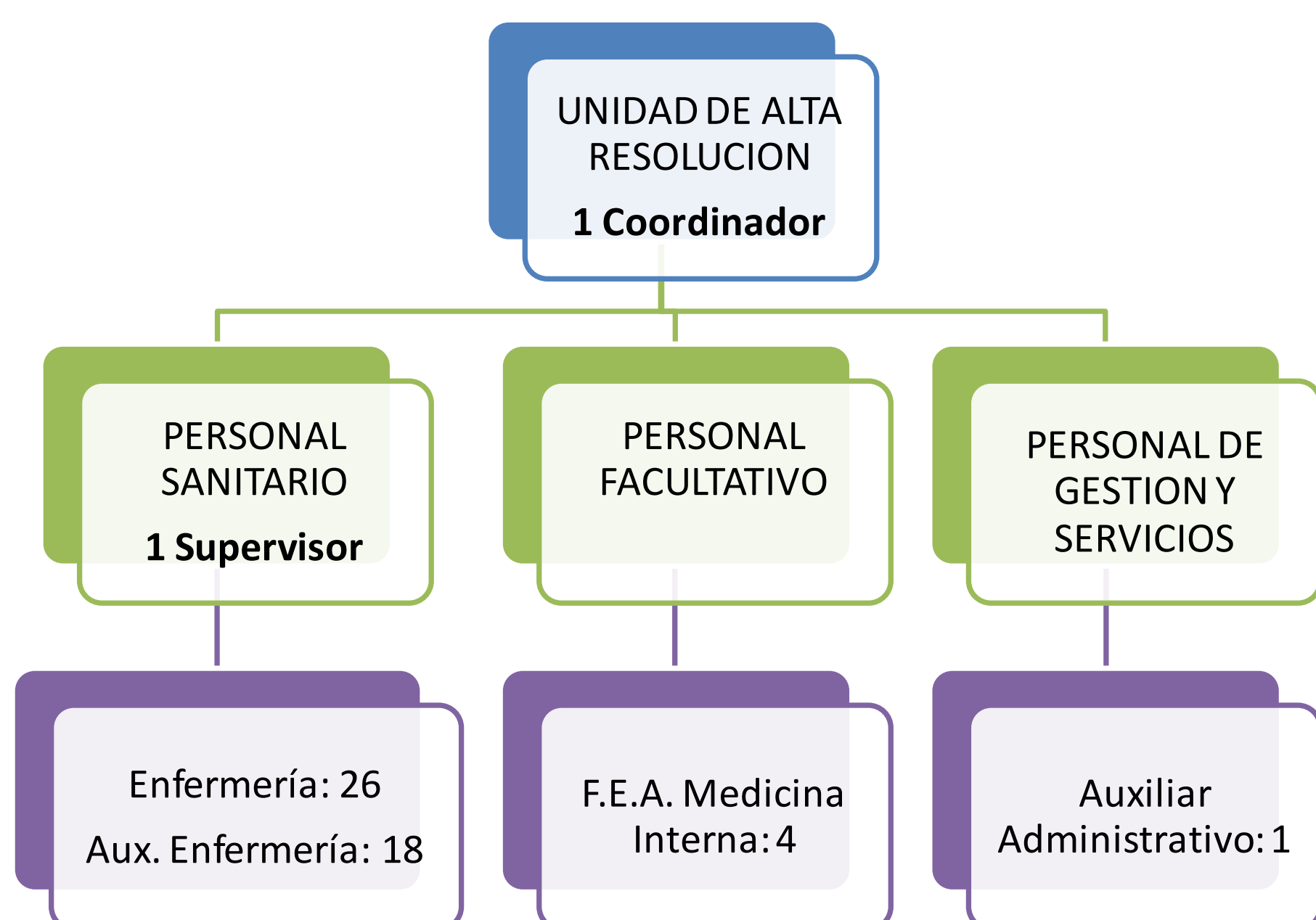
VISIÓN: Pretende ser una alternativa a la hospitalización convencional, basada en los tres elementos clave de su Marco Conceptual (Unidad de Corta Estancia, Unidad de Asistencia Precoz y asistencia semi-intensiva).

VALORES: Tiene una filosofía definida y clara desde sus inicios, perfeccionada a lo largo de años de funcionamiento. Destacan entre sus valores: Proporcionar una atención continuada, integrar protocolos de actuación, con tratamientos individualizados o entender al paciente como elemento activo en el proceso.

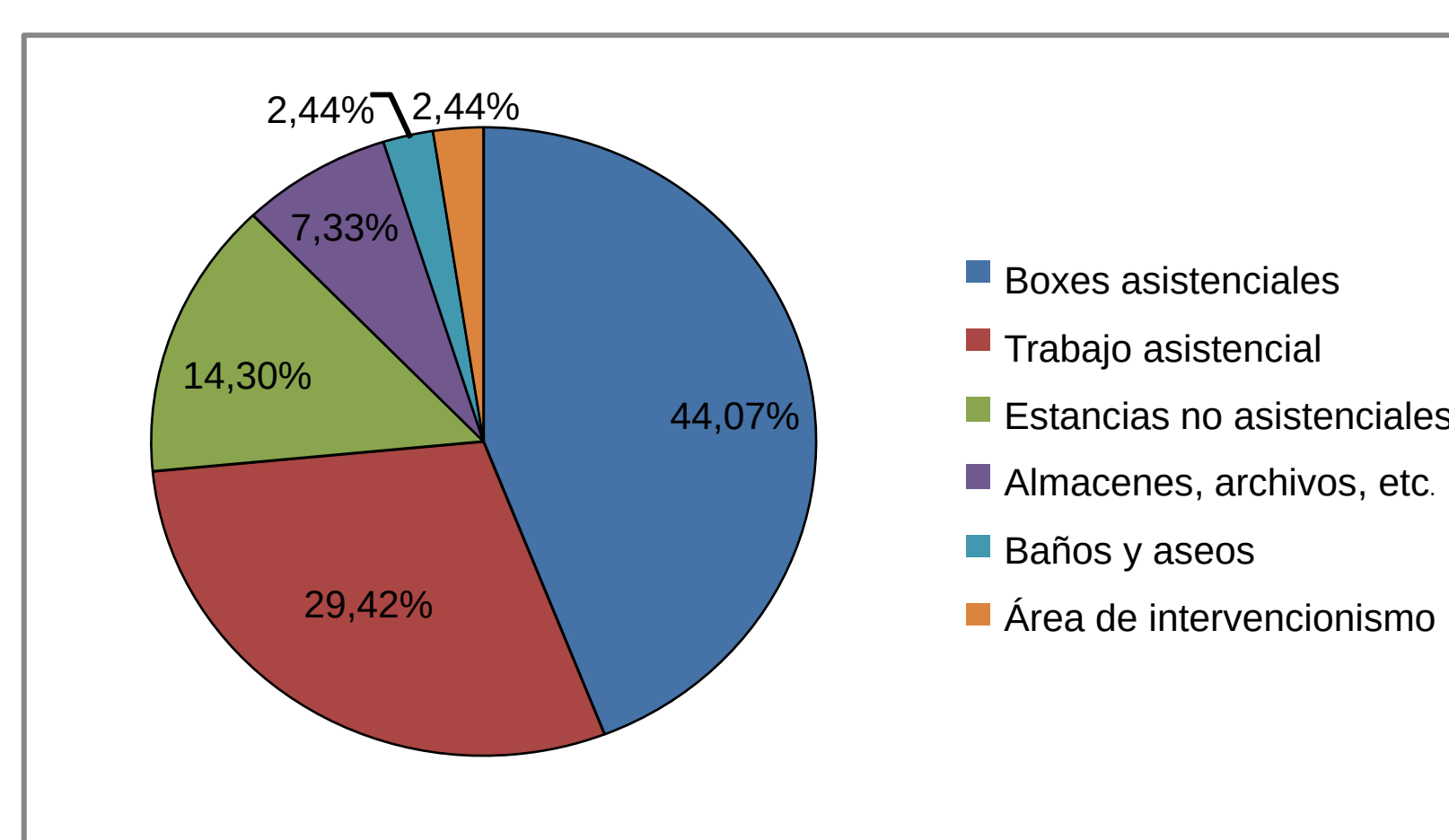
AUTORES:

Corral Cano, Julia
Dueñas Puebla, Juan Carlos
Gutiérrez Díez, José Francisco
Hernández Hernández, Pilar.

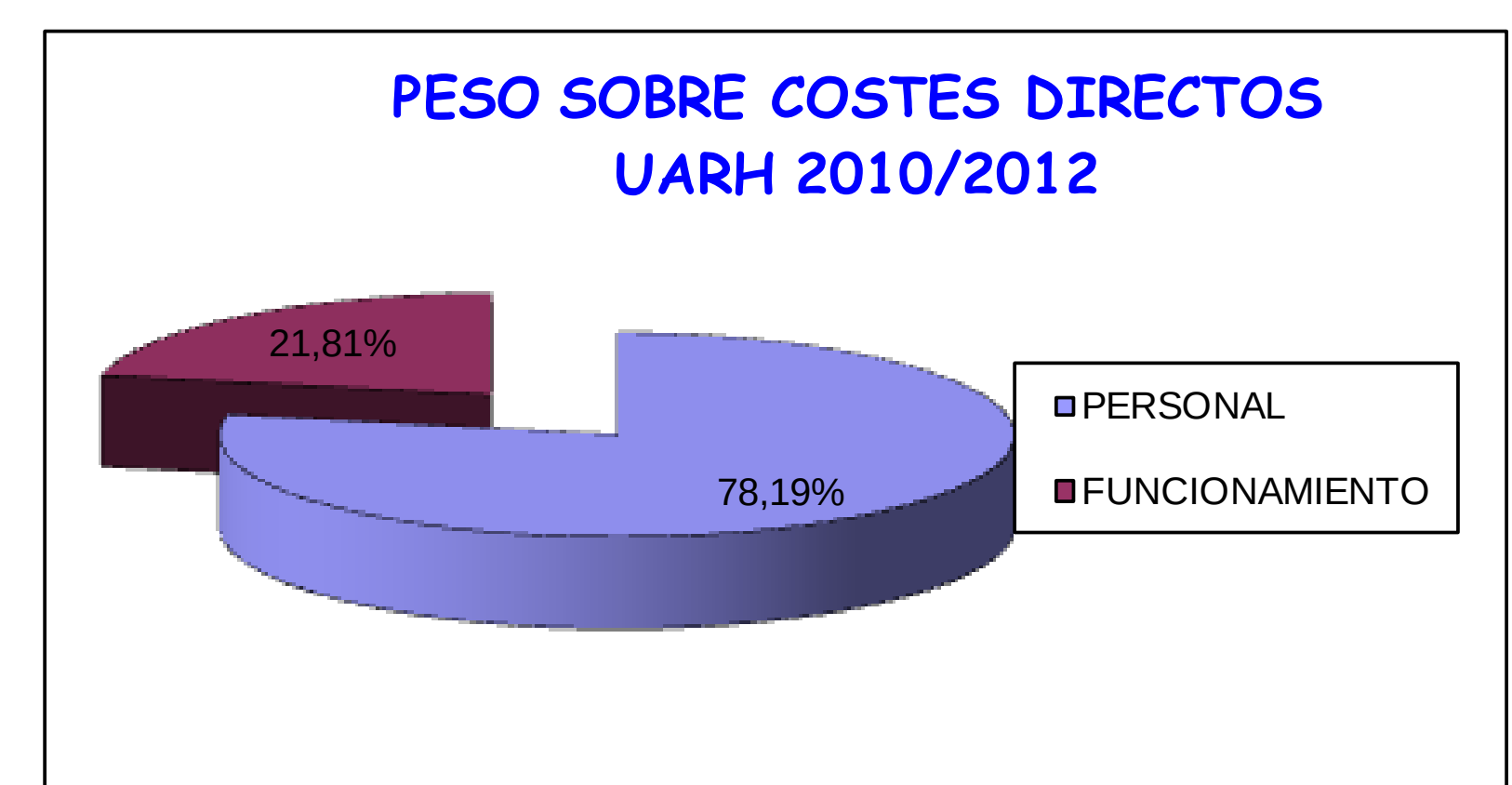
RECURSOS HUMANOS



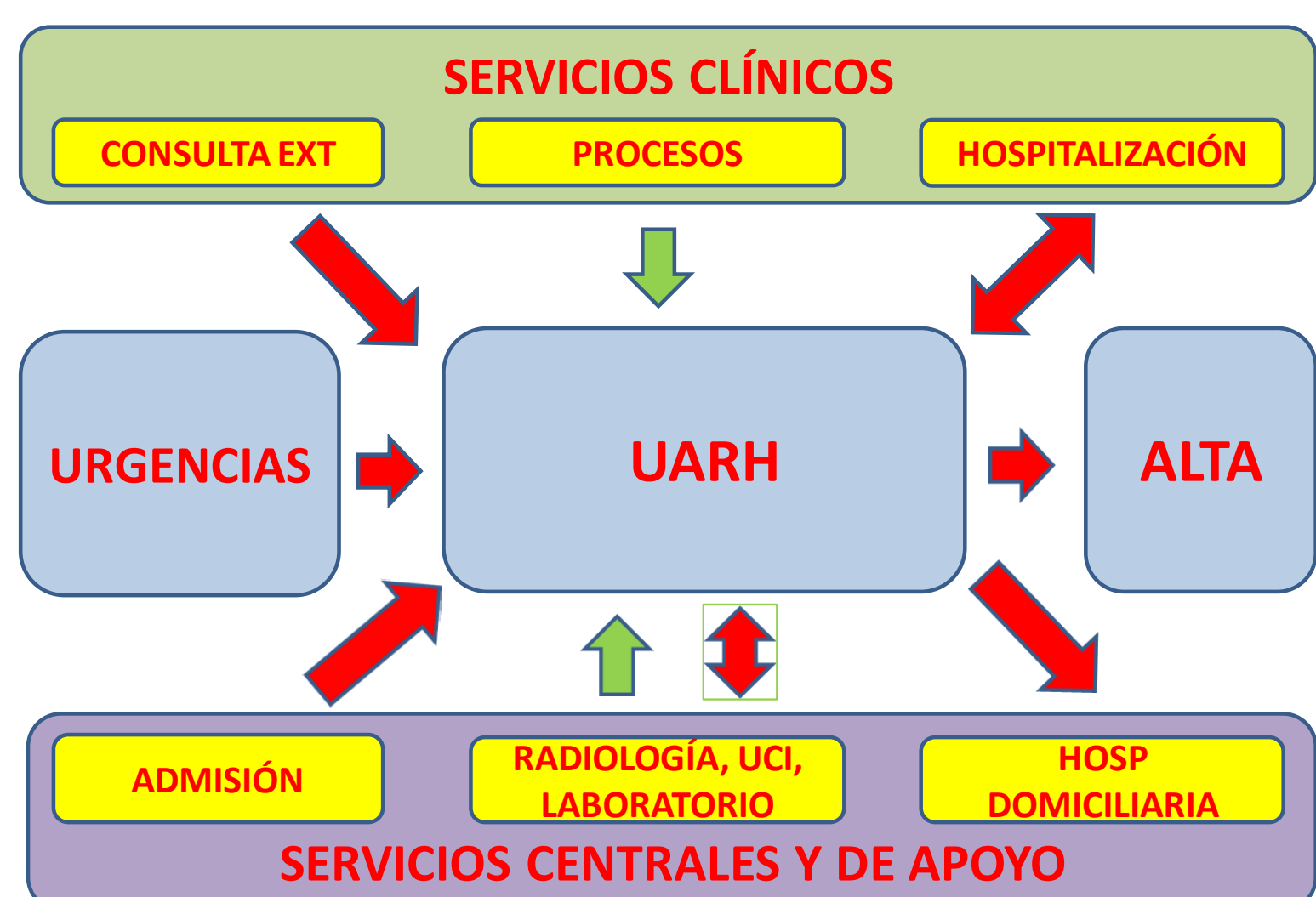
RECURSOS ARQUITECTÓNICOS



RECURSOS ECONÓMICOS



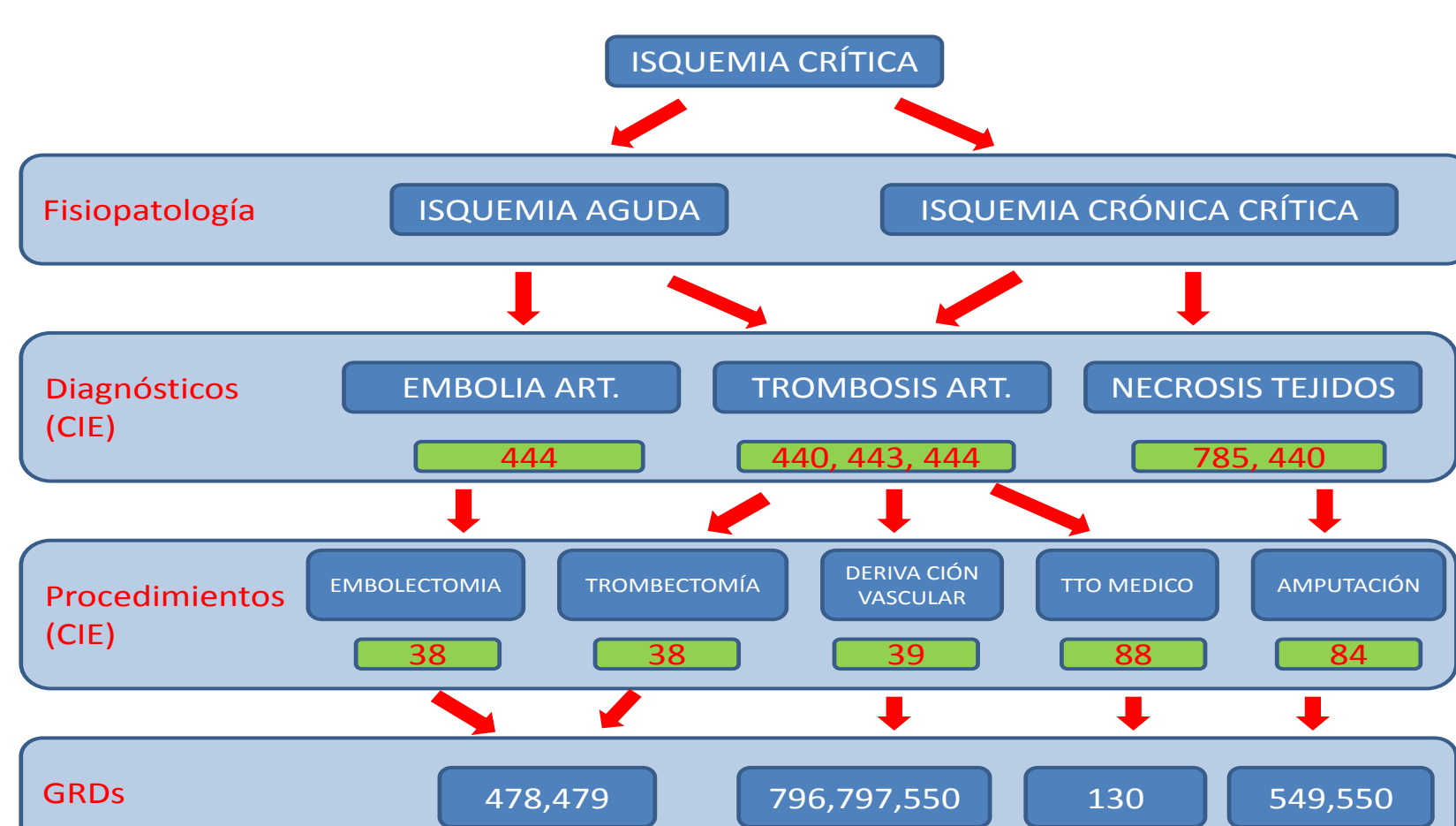
FLUJOGRAMA DE LA UNIDAD



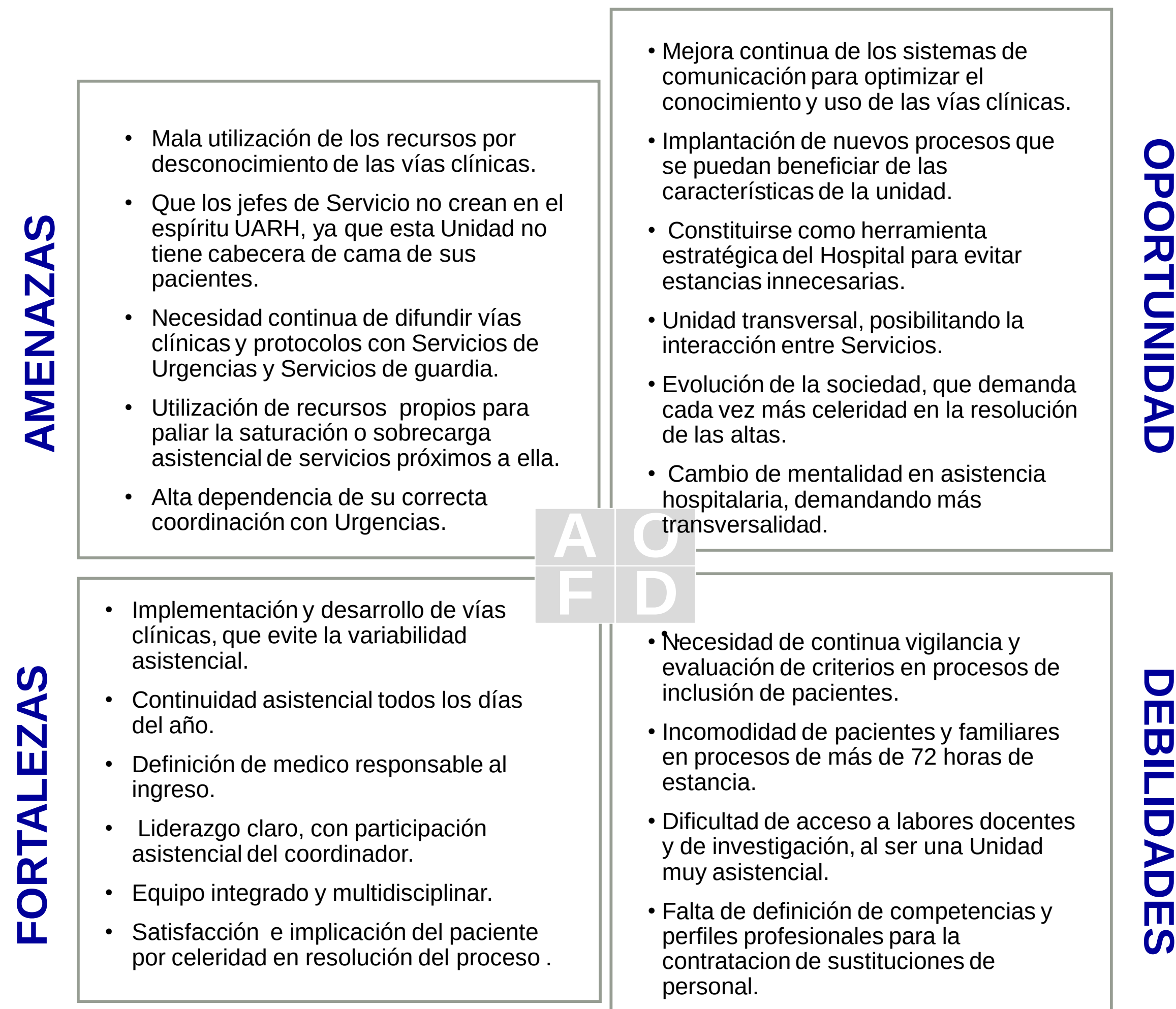
COMPARATIVA POR SERVICIOS

SERVICIOS	INGRESOS	ESTANCIAS	E/ M
CGD	1.251	3.256	2,60
NRL	592	1.794	3,03
CAR	535	1.616	3,02
NML	198	625	3,16
DIG	195	531	2,72
PSQ	75	233	3,13
URO	86	205	2,38
NCR	48	199	4,12
MIR	63	157	2,51
ONC	57	151	2,66
NEF	36	92	2,58
HEM	21	52	2,49
RADV	21	52	2,44
CCA	12	37	3,03
GRT	12	32	2,64
OTROS	17	23	1,35

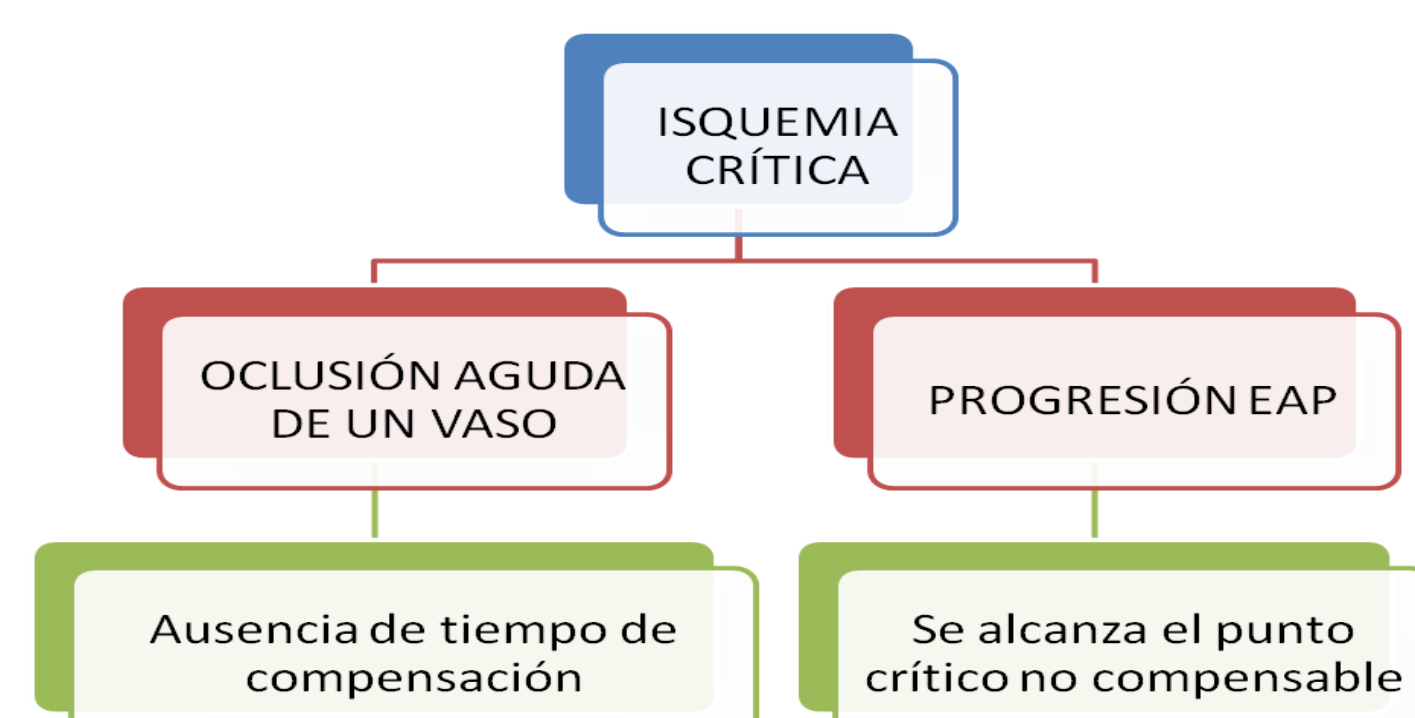
DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL PROCESO ASISTENCIAL



DAFO - UARH



INTRODUCCIÓN DEL PROCESO DE ISQUEMIA CRÍTICA



COSTES DEL TRATAMIENTO DE LA ISQUEMIA ENTRE VALDECILLA Y OTROS HOSPITALES

Tabla de costes	Grupo Hospitales		HOSPITAL VALDECILLA	
	Porcentual (%)	Media	Porcentual (%)	Media
Coste de planta	37,40%	2.263,06	37,51%	2.228,72
Coste bloque quirúrgico	16,95%	1.025,74	16,26%	965,98
Coste de prótesis	16,38%	991,53	17,16%	1.019,81
Coste unidosis	2,28%	138,18	3,42%	203,30
Coste imagen	11,25%	680,80	10,16%	603,50
Coste otras pruebas	2,25%	136,28	2,41%	143,39
Resto de costes	13,48%	815,97	13,08%	777,06
TOTAL		6.051,57		5.941,76

COMPARATIVA HUMV - UARH

HUMV	Camas funcionando: 874		844		840		852,67	
	2010	2011	2012	PROMEDIO	2010	2011	2012	PROMEDIO
ACTIVIDAD	2010	2011	2012	PROMEDIO	2010	2011	2012	PROMEDIO
INGRESOS	35.652	35.510	35.645	35.602	259.568	249.369	241.732	250.223
ESTANCIAS	259.568	249.369	241.732	250.223	7,28	7,02	6,78	7,03
E/M	7,28	7,02	6,78	7,03	35.663	35.549	35.680	35.631
ALTAS	35.663	35.549	35.680	35.631	1,91	1,93	1,88	1,91
PESO MEDIO DE LAS ALTAS	1,91	1,93	1,88	1,91				

UARH	Camas funcionando: 31		2010		2011		2012	
	2010	2011	2012	PROMEDIO	2010	2011	2012	PROMEDIO
ACTIVIDAD	2010	2011	2012	PROMEDIO	2010	2011	2012	PROMEDIO
INGRESOS	3.135	3.293	3.221	3.221	9.275	9.041	8.857	9.057
ESTANCIAS	9.275	9.041	8.857	9.057	2,96	2,75	2,75	2,75
E/M	2,96	2,75	2,75	2,75	2.698	2.834	2.792	2.792
ALTAS	2.698	2.834	2.792	2.792	432	455	436	436
TRASLADOS	432	455	436	436				

CONCLUSIONES Y POTENCIALES BENEFICIOS

La Unida de Alta Resolución Hospitalaria del HUMV, constituye una alternativa eficiente a la hospitalización convencional, con potenciales beneficios de mejora y expansión. Conociendo las características y posibilidades de desarrollo de la UARH que hemos analizado, así como el proceso de la isquemia crítica, podemos identificar e intentar cuantificar las áreas de mejora que mayor impacto pueden tener en los costes del proceso.

Potenciales beneficios:

- Conseguir una visión y tratamiento más integral del paciente, atendiendo mejor a la comorbilidad, que todos estos pacientes tienen. El hecho de contar con una plantilla de médicos especialistas en Medicina Interna en la UARH debería conseguir un proceso terapéutico de mayor calidad, por la visión más global de su patología, la prevención de descompensaciones de sus problemas crónicos y disminución de la variabilidad clínica.
- La asignación de tiempo médico destinado a cada paciente aumenta, y compensa la escasez del mismo que suelen presentar los servicios quirúrgicos. - En la muestra de pacientes seleccionados, el análisis de las causas de estancia prolongada, se debió fundamentalmente a la necesidad de curas supervisadas por los especialistas, o necesidad de desbridamientos quirúrgicos periódicos. La mejora en la coordinación con Hospitalización Domiciliaria, que podría conseguirse en la UARH podría disminuir dichas estancias.
- La segunda causa de demoras en el alta y estancias prolongadas se debe a complicaciones surgidas durante el proceso, casi todas de carácter médico, que podrían de igual forma reducirse, potenciando la asistencia clínica.
- La protocolización del proceso y agilidad en la realización de pruebas diagnósticas puede, así mismo, disminuir los tiempos de espera para las mismas y consecuentemente, las estancias.
- De igual forma la protocolización mediante pasos críticos puede hacer que todos los procesos no complicados, que son la mayoría, puedan ser dados de alta antes del tercer día, consiguiendo una importante mejora en el tiempo de hospitalización.