



## ORIGINAL

### Análisis de las consultas espontáneas de enfermos cirróticos a urgencias y hospital de día de hepatología

Marta Gallach<sup>a,\*</sup>, Judit Pérez<sup>b</sup>, Mercedes Vergara<sup>a,d</sup>, Gemma Olivé<sup>c</sup>,  
Mireia Miquel<sup>a,d</sup>, Meritxell Casas<sup>a</sup>, Montserrat Gil<sup>a</sup>, Blai Dalmau<sup>a,d</sup>,  
Jordi Sánchez<sup>a,d</sup>, Angelina Dosal<sup>a</sup>, Laura Moreno<sup>a</sup>, Eulàlia Alavedra<sup>a</sup> y Emili Gené<sup>c,d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de Sabadell, Barcelona, España. Red Biomédica CIBERHED

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Interna, Hospital de Sabadell, Barcelona, España. Red Biomédica CIBERHED

<sup>c</sup> Servicio de Urgencias, Hospital de Sabadell, Barcelona, España. Red Biomédica CIBERHED

<sup>d</sup> Instituto Universitario Parc Taulí, Red Biomédica CIBERHED, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

Recibido el 7 de abril de 2011; aceptado el 1 de julio de 2011

#### PALABRAS CLAVE

Cirrosis hepática;  
Servicios médicos de  
emergencias;  
Atención ambulatoria

#### Resumen

**Introducción:** El colapso actual de los servicios de urgencias ha originado el desarrollo de otros ámbitos de atención como los hospitales de día. La cirrosis hepática (CH) es una enfermedad crónica que presenta descompensaciones que requieren atención. El objetivo es comparar las diferencias entre las visitas urgentes de los pacientes con CH al hospital de día de hepatología (HDH) o al servicio de urgencias (URG).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo observacional, mediante la complementación de un cuestionario de los pacientes que acudieron al HDH y a URG entre 9/2007 y 8/2008. Se recogieron variables demográficas, clínicas y exploraciones complementarias realizadas.

**Resultados:** Hubo 743 consultas, 62% al HDH. La edad media fue de  $65 \pm 12$  años, ratio hombre/mujer 2,3. El diagnóstico más frecuente en URG fue la encefalopatía (26,2% URG versus 6% HDH,  $p < 0,001$ ) seguido de la hemorragia digestiva alta (17,7% URG versus 0,6% HDH,  $p < 0,001$ ). La ascitis fue el más frecuente en HDH (66,2% HDH versus 22,7% URG,  $p < 0,001$ ). Las exploraciones realizadas fueron, análisis: 95% URG versus 60% HDH ( $p < 0,01$ ); radiología: 71% URG versus 11% HDH ( $p < 0,01$ ), y paracentesis: 51% URG versus 74% HDH ( $p < 0,01$ ). El tiempo de estancia en URG fue de  $21,3 \pm 121,5$  h respecto a  $3,3 \pm 2,4$  h en HDH ( $p < 0,001$ ). Se hospitalizaron el 53% de los visitados en URG y el 12% de los visitados en HDH ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** los pacientes acuden mayoritariamente al HDH, realizándose menos pruebas y presentando un tiempo de estancia menor. La atención continuada de pacientes con CH en el HDH es adecuada y eficiente.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martagm81@hotmail.com (M. Gallach).

**KEYWORDS**

Liver cirrhosis;  
Emergency Medical  
Services;  
Ambulatory care

## Spontaneous visits to the emergency service and hepatology day hospital by patients with liver cirrhosis

**Abstract**

**Introduction:** Because of the current overload of emergency services, new units, such as day units, have had to be created. Liver cirrhosis (LC) is a chronic disease with frequent decompensations requiring medical attention. The aim of this study was to compare differences between emergency consultations in a hepatology day hospital (HDH) and in an emergency service (ES) among patients with LC.

**Methods and material:** We performed an observational prospective study. All patients with LC attending the HDH or ES from September 2007 to August 2008 were asked to complete a questionnaire. Demographic, clinical, and radiological variables were collected.

**Results:** There were 743 consultations, of which 62% involved the HDH. The mean age was  $65 \pm 12$  years, and the male/female ratio was 2:3. The most frequent diagnosis in the ES was hepatic encephalopathy (26.2% ES versus 6% HDH,  $p < 0.001$ ) followed by upper gastrointestinal hemorrhage (17.7% ES versus 0.6% HDH,  $p < 0.001$ ), while the most frequent diagnosis in the HDH was ascites (66.2% HDH versus 22.7% ES,  $p < 0.001$ ). The tests performed were as follows: blood analysis: 95% ES versus 60% HDH ( $p < 0.01$ ); radiology: 71% ES versus 11% HDH ( $p < 0.01$ ) and paracentesis: 51% ES versus 74% HDH ( $p < 0.01$ ). The mean length of stay in the ES was  $21.3 \pm 121.5$  hours compared with  $3.3 \pm 2.4$  hours in the HDH ( $p < 0.001$ ). A total of 53% of patients attended in the ES were hospitalized compared with 12% of those attended in the HDH ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Patients with LC preferentially attend the HDH, where fewer tests are performed and the length of stay is shorter. The care provided in the HDH is appropriate and efficient.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

La situación de colapso de los dispositivos de urgencias (URG) tanto hospitalarios como de atención primaria, es una realidad. Son muchos los trabajos publicados que intentan buscar los factores que explican la creciente demanda de asistencia urgente, pero la percepción subjetiva de gravedad y la ansiedad del paciente es uno de los factores más determinantes de la visita urgente<sup>1</sup>. La enfermedad crónica digestiva, por su historia natural, requiere con frecuencia atención sanitaria, tanto urgente como programada. Este hecho favorece la asistencia de estos enfermos a urgencias de forma habitual, y a menudo su hospitalización, contribuyendo así al colapso general. Además, hay que tener en cuenta que la hospitalización es una intervención médica con un porcentaje no despreciable de complicaciones y con un alto coste para el paciente desde el punto de vista personal y familiar<sup>2,3</sup>. El envejecimiento de la población, la mejora en la calidad asistencial y el aumento en la supervivencia ha conducido a un aumento exponencial del número de ingresos hospitalarios<sup>2,4</sup>. Todos estos factores han incentivado que se desarrollaran estrategias y dispositivos asistenciales alternativos para reducir la asistencia a URG, disminuir el número de ingresos hospitalarios y agilizar y mejorar el manejo de los enfermos<sup>4-11</sup>.

La atención sanitaria hospitalaria de nuestro país se ha centrado durante muchos años en 2 grandes ámbitos: la hospitalización y las urgencias, quedando actualmente ambos dispositivos desbordados. Todo ello, ha incentivado en la mayoría de los hospitales el desarrollo de otros ámbitos de atención. Por esto se han creado los hospitales de día, en donde se realiza un manejo ambulatorio del paciente<sup>4,5,9,12-14</sup>. Nuestro servicio inauguró hace 15 años un

hospital de día de hepatología (HDH) en el que se realiza tanto la atención programada (transfusiones, perfusiones de hierro intravenoso, etc.) como la atención continuada de enfermos con enfermedad crónica digestiva<sup>4,5</sup>.

Una de las enfermedades que se atiende con más frecuencia en el HDH es la cirrosis hepática (CH). La CH representa la fase final de una enfermedad hepática crónica<sup>13,15-18</sup>; por lo que aunque inicialmente pueda estar compensada, a medida que ésta avanza van apareciendo las complicaciones<sup>15-17</sup>. Las más frecuentes que presentan estos enfermos son la encefalopatía hepática, la hemorragia digestiva, la ascitis y las infecciones (entre ellas la peritonitis bacteriana espontánea), que requieren múltiples procedimientos asistenciales<sup>13,19-23</sup>.

Nuestro HDH funciona de forma similar a un servicio de urgencias; de manera que cuando los pacientes lo requieren, son visitados de forma urgente, en un dispositivo especializado<sup>5,6,8,9,14</sup>.

No obstante, el beneficio real de estas unidades en cuanto a la eficiencia, entendida como el tiempo empleado en la realización de una actividad asistencial o en la disminución de los ingresos hospitalarios, no está determinado. Tampoco se han analizado los factores que predisponen al paciente con CH a acudir a un dispositivo asistencial u a otro.

El objetivo del estudio fue comparar las diferencias entre las visitas urgentes que los pacientes con cirrosis hepática realizan en HDH o en URG, valorando la eficiencia de la atención realizada en HDH.

**Material y métodos**

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo.

## Características de los pacientes

Se incluyeron todos los pacientes con CH que acudieron de forma urgente a HDH o a URG por cualquier motivo. Los pacientes que tenían cita previa en HDH para control de la ascitis, de la función renal o por seguimiento tras el alta hospitalaria no fueron incluidos en nuestro estudio. Los pacientes programados para paracentesis evacuadora por ascitis resistente también fueron excluidos. La cirrosis fue diagnosticada por biopsia hepática o por métodos no invasivos<sup>18</sup>. El periodo de inclusión fue de un año (septiembre de 2007-agosto de 2008). Los datos fueron recogidos de forma anónima. El estudio fue aprobado por el comité ético de nuestro hospital (código CEIC 2007/546).

Los datos de los pacientes que acudieron a URG fueron recogidos diariamente a partir de los informes de alta generados por el sistema informático en el que se codifican los diagnósticos al alta del paciente. Todos los pacientes con el diagnóstico principal o secundario de cirrosis hepática fueron contactados telefónicamente para completar toda la información necesaria y obtener el consentimiento oral para participar en el estudio. Los datos de los pacientes que acudían a HDH se recogían diariamente consultando el historial clínico y con el consentimiento del paciente.

## Características de los dispositivos

*Hospital de día de hepatología.* El horario de apertura general del HDH es de las 8:00 a las 20:00 h los días laborables, y está cerrado los festivos. Los pacientes que presentan una enfermedad urgente (atención continuada) son atendidos hasta la 13:00 h. Si acuden posteriormente se les deriva a URG o a que vengan al día siguiente a HDH. No obstante, los pacientes que ya han sido atendidos si están en espera de resultado de pruebas para valoración posterior o quedan pendientes de ingreso hospitalario pueden quedarse en HDH hasta su cierre a las 20:00 h. Pasado este horario los pacientes que necesitan ingresar, si no han recibido una cama en planta hospitalaria, se derivan a URG a la espera de ésta. Los pacientes que acuden a URG en los periodos en que se atienden pacientes en HDH son derivados a nuestro dispositivo previo contacto telefónico para asegurar la disponibilidad de camillas y/o sillones para su atención, siendo considerados en la recogida de datos como atendidos en HDH. Los pacientes que son visitados de forma regular en nuestra consulta y que tienen una CH (sobre todo si está descompensada) son informados del funcionamiento del HDH. Se les administra una tarjeta en donde está indicado el horario de atención de HDH y del teléfono de contacto por si tienen dudas o quieren consultar algún problema en relación con su enfermedad de base. En el hospital de día hay un médico especialista de digestivo desde las 8:00 hasta las 17:00 h. El personal de enfermería está constituido por 2 enfermeras durante la mañana y una durante la tarde, así como una auxiliar de las 8:00 a las 20:00 h. El HDH dispone de 5 camas y 3 sillones.

URG: horario de atención las 24 h del día, todos los días del año. El dispositivo de URG está dividido en dos niveles: el nivel I que atiende a los pacientes con patología

banal, y dispone de 10 sillones y 3 despachos. El nivel II que recibe a los pacientes con patología grave o con necesidades especiales (por ejemplo oxigenoterapia), con un total de 40 boxes. Los pacientes que quedan pendientes de ingreso permanecen en este nivel hasta que disponen de cama hospitalaria. El Servicio de URG de nuestro hospital es el segundo en número de urgencias de la comunidad de Cataluña.

## Recogida de datos

Se recogieron las siguientes variables:

1. Datos sociodemográficos: sexo, edad, estado civil, si acudían solos o acompañados de un familiar.
  - Conocimiento previo de los dispositivos: a los pacientes se les preguntaba si antes de acudir al hospital conocían la presencia del HDH.
2. Datos clínicos:
  - Motivo de consulta: razón por la que habían acudido al hospital, ya estuviese o no relacionada con la enfermedad hepática de base.
  - Tiempo de estancia en ambos dispositivos: el tiempo de estancia en URG o en el HDH se calculó como el tiempo transcurrido entre su llegada al dispositivo y el momento en que se decide el alta o ingreso.
  - Procedencia del paciente:
    - a) Consultas externas: si el médico que le había visitado en la consulta había decidido que por su estado de salud tenía que ser valorado en HDH para realización de exploraciones complementarias o ingreso hospitalario.
    - b) Domicilio: los pacientes que acudían al hospital de motu proprio por alguna complicación de su salud, relacionada o no con la CH.
    - c) URG: los pacientes que acudían a URG dentro del horario del HDH, y que la enfermedad por la que consultaban no era grave, se derivaban a HDH.
  - Procedimientos realizados: paracentesis (diagnósticos o terapéuticos), transfusión de sangre.
  - Exploraciones complementarias: radiografía de tórax o abdomen, analítica, ecografía, etc.
  - Destino: se registró donde se había remitido al paciente una vez evaluada su situación clínica (alta a domicilio, ingreso hospitalario, alta voluntaria o defunción).

## Análisis estadístico

Los datos fueron analizados con la base de datos SPSS 19. Las variables continuas se presentan como media y desviación estándar. Los datos sin distribución normal se presentan como mediana y rango. Se utilizó la t de Student para la comparación de variables continuas y el test de ji cuadrado para las variables categóricas, considerándose significación estadística cuando  $p < 0,05$ .

**Tabla 1** Principales datos demográficos de los pacientes que acudieron a hospital de día de hepatología o urgencias

Variable	URG (n = 282)	HDH (n = 461)	p
Edad media	66 años	65 años	0,092
Sexo (♂)	72%	68%	0,312
<b>Estado civil:</b>			
Casado	31%	69%	< 0,001
Conocían el HDH	79%	97%	< 0,001
<b>Procedencia:</b>			
Domicilio	98%	93%	0,654
Urgencias	-	2%	0,654
Consulta externa	2%	5%	0,654

## Resultados

### Datos sociodemográficos

Se analizaron un total de 743 consultas de enfermos con CH, 282 (38%) acudieron a URG y 461 (62%) a HDH. Los principales datos demográficos se detallan en la **tabla 1**.

### Datos clínicos

El motivo de consulta más frecuente en el HDH fue la distensión abdominal con 304 consultas (65,8%), mientras que en URG el más frecuente fue la alteración del nivel de conciencia con 77 consultas por este motivo (27,3%) (**tabla 2**).

La paracentesis fue el procedimiento más realizado en HDH (73,8%) frente a un 51,1% en URG ( $p < 0,001$ ). Por el contrario, se pidieron más exploraciones radiológicas en URG (70,9%) que en el HDH (11%) ( $p < 0,05$ ) (**tabla 3**).

La complicación diagnosticada con más frecuencia en HDH fue la ascitis a tensión (64%), mientras que en URG fue la encefalopatía hepática (28%) (**tabla 4**).

Un 53% de los pacientes visitados a URG fue hospitalizado mientras que solo el 12% de los visitados al HDH ( $p < 0,05$ ). Fue el domicilio el destino al alta en el 40% de los pacientes que acudieron a URG frente al 88% de los que acudieron al HDH ( $p < 0,05$ ). El 7% restante de los pacientes que acudieron a URG se trasladaron a otros centros o murieron.

El tiempo de estancia de los pacientes que fueron a URG fue de  $21,3 \pm 121,5$  h respecto a  $3,3 \pm 2,4$  h en HDH ( $p < 0,001$ ). Si se desglosa por complicaciones, la consulta

**Tabla 3** Exploraciones complementarias realizadas en ambos dispositivos (urgencias u hospital de día de hepatología)

Variable	URG (%)	HDH (%)	p
Analítica	95	60	0,60
Paracentesis	51	74	< 0,001
Eco abdomen	5	2	0,020
Radiografía simple	71	11	0,17

**Tabla 4** Complicaciones diagnosticadas en urgencias y en hospital de día de hepatología

Complicaciones	URG (%)	HDH (%)	p
Ascitis	40 (14)	293 (64)	< 0,001
Edemas	1 (0,3)	13 (2,7)	< 0,001
HDA	50 (21)	1 (0,2)	< 0,001
Encefalopatía	74 (28)	28 (6)	< 0,001
Fiebre	3 (1)	2 (0,4)	0,24
PBE	11 (4)	9 (2)	0,104
Otras	103 (32)	114 (25)	0,41

**Tabla 5** Tiempo de estancia media (horas) en urgencias o en hospital de día de hepatología en función de la complicación

Variable	URG (media $\pm$ DE)	HDH (media $\pm$ DE)	p
HDA	20 $\pm$ 22	10	0,673
Ascitis	16 $\pm$ 14	3 $\pm$ 1,27	< 0,001
Encefalopatía	25 $\pm$ 23	6 $\pm$ 5,1	< 0,001
PBE	15 $\pm$ 16,2	9 $\pm$ 5,38	0,326
Fiebre	10 $\pm$ 6,3	5,5 $\pm$ 3,3	0,452
Edemas	25 $\pm$ 1	2 $\pm$ 0,52	< 0,001

por encefalopatía hepática fue de 25 h en URG versus 6 h en el HDH (**tabla 5**). El tiempo de espera fue diferente en función del destino al alta, así, los pacientes que fueron ingresados, si se atendían en el HDH, el tiempo de estancia fue de  $2,49 \pm 1,24$  h, mientras que en URG fue de  $26,38 \pm 27$  h ( $p < 0,05$ ). Por otro lado, si a los pacientes les era dada el

**Tabla 2** Principales motivos de consulta de los pacientes que acudían a hospital de día de hepatología o urgencias

Motivo de consulta	URG	HDH	p
Distensión abdominal	15,2% (n = 43)	65,8% (n = 304)	< 0,001
Edemas	0,7% (n = 2)	3,2% (n = 15)	< 0,001
Alteración del nivel de conciencia	27,3% (n = 77)	4,3% (n = 20)	< 0,001
Fiebre	6% (n = 17)	1,5% (n = 7)	< 0,001
Malestar general	6% (n = 17)	11% (n = 51)	< 0,001
Hemorragia	18,8% (n = 53)	1,5% (n = 7)	< 0,001
Otras	25,9% (n = 73)	12,1% (n = 56)	< 0,001

alta al domicilio, si se atendían en HDH el tiempo de espera fue de  $8,41 \pm 4,20$  respecto a los pacientes visitados en URG que esperaron una media de  $18,56 \pm 18,22$  h ( $p < 0,05$ ).

## Discusión

Nuestro estudio muestra que la estancia en el HDH es muy inferior a la estancia media en URG, tanto si el paciente ingresa como si le es dada el alta. Las razones de esta disminución en el tiempo pueden ser varias: por un lado el HDH presenta menos congestión, y por otro lado la atención del paciente se realiza tanto por enfermería como por médicos especialistas que conocen de forma más específica no solo la enfermedad que se va a tratar, sino en la mayoría de casos al paciente en concreto, dado que muchas veces por su enfermedad son asiduos del servicio. Otro factor fundamental en esta disminución en el tiempo podría ser el motivo de consulta. Las complicaciones más graves de la cirrosis hepática, la encefalopatía hepática y la hemorragia digestiva alta fueron más prevalentes en URG y en muchas ocasiones requirieron ingreso hospitalario, lo que pudo prolongar el tiempo de estancia en este servicio<sup>22,24</sup>. Ambas complicaciones suelen tener un inicio brusco y grave por lo que no suelen poder esperar a ser atendidas en el horario del HDH<sup>19</sup>. Corroborando este hecho, en nuestro estudio hemos observado que la mayoría de los pacientes que acudieron a URG sabían que podían ir al HDH, pero la hemorragia y la alteración del nivel de conciencia fueron los motivos de consulta más frecuentes cuando se dio esta situación. Este hecho también justifica una proporción más elevada de pacientes ingresados procedentes de URG que desde el HDH, ya que por la gravedad de la descompensación no es posible el manejo ambulatorio<sup>20,25</sup>. Sin embargo, cuando analizamos por separado las complicaciones, vemos que el motivo de consulta no fue la única causa de una mayor estancia en URG. Observamos que la encefalopatía hepática y la hemorragia digestiva alta no son las únicas complicaciones que muestran una mayor demora en su manejo global. También complicaciones como la ascitis resistente, la PBE o la fiebre se realizaron de una manera más eficiente (medida como tiempo utilizado para solucionar un problema) en el HDH. En este sentido, de nuevo influiría, por un lado, la congestión actual de URG, y por otro lado, que al ser el HDH una unidad especializada se decide antes el destino del paciente. Llama la atención que el tiempo de espera en URG por edemas maleolares fuera muy elevado, sin embargo, si se miran los datos con atención se observa que es un solo caso, en donde hubo problemas de soporte familiar.

La complicación más frecuente del enfermo cirrótico en fase avanzada es la ascitis resistente, siendo necesarias paracentesis evacuadoras periódicas que a medida que avanza la enfermedad son cada vez más frecuentes empeorando la calidad de vida del paciente<sup>3,4</sup>. Es probablemente por este motivo que la descompensación ascítica es la consulta urgente más frecuente al HDH y, consecuentemente, la paracentesis evacuadora es el procedimiento más realizado en este dispositivo<sup>21</sup>. Está demostrado que la práctica de esta técnica de forma ambulatoria es segura reduciendo los costes de forma significativa<sup>4,7,8</sup>, así como el tiempo de estancia media hospitalaria del paciente y el número

de consultas a urgencias por este motivo. Los pacientes que acuden al HDH, dado su estado clínico, son frecuentadores del dispositivo<sup>5</sup>. El conocimiento del enfermo y de su enfermedad permite al personal del HDH ahorrar en pruebas complementarias, sobre todo en análisis de sangre y radiografías de tórax. En algunos casos, permite evitar ingresos cortos y potenciar el manejo ambulatorio de las descompensaciones leves<sup>4,13</sup>. En nuestro estudio se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las exploraciones complementarias realizadas en ambos dispositivos, tanto de forma global como desglosándolas por diagnóstico.

El número de recursos utilizados es mayor en URG, así como el número de ingresos hospitalarios. Esto podría tener 2 justificaciones: la primera, como ya se ha comentado previamente, es que las enfermedades encontradas en URG suelen ser procesos patológicos más graves, que por lo tanto, necesita de más recursos y más ingresos, y la segunda, el hecho de que al no disponer de médico especialista de guardia, disminuye el grado de conocimiento específico de la enfermedad, empleando recursos e indicando ingresos, en algunos casos, innecesarios.

Uno de los factores que predisponen a acudir a URG en lugar de a el HDH es la falta de soporte social, por lo que los solteros tienen más tendencia a acudir a URG. Probablemente el hecho de contar con un entorno familiar que ejerce el papel de cuidador ayuda a que en los pacientes se detecte antes la complicación, siendo llevados a HDH dentro del horario laboral.

Posiblemente el hecho que los pacientes con CH acudan mayoritariamente al HDH no descongestiona URG, pero ayuda a no congestionarla más. Hay estudios que avalan que los usuarios llenarían todos los dispositivos que pusiéramos a su alcance, tanto generales como de URG<sup>26</sup>. Es innegable que el paciente crónico está mejor atendido por dispositivos y por personal específicos. En futuras líneas de investigación sería útil evaluar el coste-efectividad.

Una limitación de nuestro estudio podría ser la diferencia en la forma de la recogida de datos. Los pacientes que acudieron a URG se contactaron telefónicamente para rellenar la hoja de recogida de datos, mientras que en HDH fue de forma personal. No obstante, pensamos que dado que estos datos son o bien sencillos (si conocían el dispositivo de HDH, o bien si acudieron o no acompañados) o bien objetivos al estar en el sistema informático del hospital (si se realizó analítica o radiografía) no creemos que influya en los resultados obtenidos.

Otra limitación del estudio es no poder establecer el grado de insuficiencia hepática (por MELD o Child-Pugh) de los pacientes. Muchas de las visitas de los pacientes a ambos dispositivos son por enfermedad leve o son de forma aislada (es decir, la visita previa o posterior a consulta externa es relativamente lejana), por lo que en el momento de la visita no disponemos de todos los datos necesarios para calcular los índices de insuficiencia hepática (albúmina, INR, bilirrubina, creatinina). Para poder calcularlo hubiésemos tenido que realizar analítica específica a todos los pacientes.

En conclusión, los pacientes con CH acuden mayoritariamente al HDH, presentando un menor tiempo de estancia y realizándose menos pruebas complementarias. En consecuencia, la atención continuada de pacientes con CH en un HDH puede considerarse adecuada y eficiente.



## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Pasarin MI, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios. La población opina. *Gac Sanit.* 2006;20:91-9.
2. Clemente G, Teixidor J, Casado M. Hepatología en España: presente y futuro. En: *Importancia de la gestión clínica como herramienta para su desarrollo.* Madrid: Gilead Sciences; 2007.
3. Chassin MR. Quality of health care. Part 3: improving the quality of care. *N Engl J Med.* 1996;335:1060-3.
4. Vergara M, Gil M, Dalmau B. Unidad de atención continuada y hospital de día como alternativa a la hospitalización convencional: experiencia en 10 años en un hospital comarcal. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:572-9.
5. Introducción. Vergara M, Calvet X, editores. Unidad de atención continuada y hospital de día: manejo ambulatorio integral del paciente con patología digestiva. Madrid: Scientific Communication Management; 2007. p. 7-13.
6. Northfield TC, Kirkham JS. Five years' experience of a gastroenterology day-case unit. *Lancet.* 1983;1:342-5.
7. Coltorti M, Del Vecchio-Blanco C, Caporaso N, Gallo C, Castellano L. Liver cirrhosis in Italy. A multicentre study on presenting modalities and the impact on health care resources. National Project on Liver Cirrhosis Group. *Ital J Gastroenterol.* 1991;23:42-8.
8. Torras Colell X, Cussó Fresquet X, Gallego A. Valoración de la utilidad y eficacia de un hospital de día en un servicio de patología digestiva. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:223-7.
9. Domingo Ch, Sans-Torres J, Solà J, Espueles H, Marín A. Effectiveness and efficiency of a specialized unit in the care of patients with chronic obstructive pulmonary disease and respiratory insufficiency. *Arch Bronconeumol.* 2006;42:104-12.
10. Iwarzon M, Gardulf A, Lindberg G. Health care use in patients with chronic intestinal dysmotility before and after introducing a specialized day-care unit. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2008;6:893-8.
11. Capocaccia L, Gandolfi L. Análisis de los aspectos organizativos de los servicios de gastroenterología en Italia. Departamento de Medicina Clínica, Universidad La Sapienza de Roma, Italia. *Ital J Gastroenterol Hepatol.* 1998;30:451-61.
12. Vanden Bussche P, Duchesnes C, Massart V, Giet D, Petermans J, et al. Geriatric day hospital: opportunity or threat? A qualitative exploratory study of the referral behaviour of Belgian general practitioners. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:202.
13. Alder M, Verset C, Moreno G. How to prevent complications of liver cirrhosis? *Rev Med Brux.* 2007;28:270-5.
14. Fontanet G, Casellas F, Malagelada JR. The Crohn-Colitis care unit: analysis of the first 3 years of activity. *Gac Sanit.* 2004;18:483-5.
15. Buti M, et al. Estimating the impact of hepatitis C virus therapy on future liver related morbidity, mortality and costs related to chronic hepatitis C. *J Hepatol.* 2005;42:639-45.
16. Huber M, Schwarz W, Vogl T, Zeuzem S. Clinical aspects of liver cirrhosis and its complications and diagnostic problems. *Radiologe.* 2001;41:840-51.
17. Planas R, Ballesté B, Alvarez MA, Rivera M, Montoliu S, Galeras JA, et al. Natural history of decompensated hepatitis C virus-related cirrhosis. A study of 200 patients. *J Hepatol.* 2004;40:823-30.
18. Obrador BD, Prades MG, Gómez MV, Domingo JP, Cueto RB, Rué M, et al. A predictive index for the diagnosis of cirrhosis in hepatitis C based on clinical, laboratory, and ultrasound findings. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2006;18:57-62.
19. Bosch J, García-Pagán JC. Complications of cirrhosis. I. Portal hypertension. *J Hepatol.* 2000;32 1 Suppl:141-56.
20. Rössle M. Liver: early TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010;7:536-8.
21. Planella M, Torras X, Kolle L. Outpatient large volume paracentesis in cirrhotic patients with tense ascites: safety and cost compared with inpatient schedule. *J Hepatol.* 2000;3 Suppl 2:A67.
22. Garcia-Tsao G, Lim JK. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:1802-29.
23. Arroyo V, Jiménez W. Complications of cirrhosis. II. Renal and circulatory dysfunction. Lights and shadows in an important clinical problem. *J Hepatol.* 2000;32 1 Suppl:157-70.
24. Bosch J. Medical treatment of portal hypertension. *Digestion.* 1998;59:547-55.
25. Das V, Boelle PY, Galbois A, Guidet B, Maury E, Carbonell N, et al. Cirrhotic patients in the medical intensive care unit: early prognosis and long-term survival. *Crit Care Med.* 2010;38:2259-60.
26. Oterino de la Fuente D, Baños Pino JF, Blanco VF, Alvarez AR. Does better access to primary care reduce utilization of hospital accident and emergency departments? A time-series analysis. *Eur J Public Health.* 2007;17:186-92.