



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



EDITORIAL

Las unidades de corta estancia médicas

Short-stay medical units

A. Juan Pastor*

Dirección Clínica de Urgencias, Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta, Girona, España

Recibido el 27 de abril de 2013; aceptado el 7 de mayo de 2013
Disponible en Internet el 16 de julio de 2013

En los últimos años la necesidad de optimizar la asistencia hospitalaria de determinadas enfermedades ha motivado el desarrollo de dispositivos alternativos a la hospitalización convencional (DAHC). Entre ellos cabe citar las unidades de observación de urgencias, los hospitales de día, las unidades de corta estancia, la hospitalización a domicilio, las unidades de subagudos y las unidades de diagnóstico rápido.

Las unidades de observación de urgencias (UOU) suelen estar integradas en los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) y tienen como objetivo la observación de pacientes, ya sea a la espera de un diagnóstico más preciso o de la evolución con tratamiento. Estas unidades se caracterizan porque aproximadamente tres de cada cuatro pacientes ingresados en ellas son candidatos a seguir tratamiento ambulatorio una vez finalizada una observación no superior a las 24 h (en promedio, de unas 12 h)¹.

Las unidades de corta estancia (UCE) pueden ser psiquiátricas, pediátricas y quirúrgicas. Las dos primeras no ofrecen lugar a dudas en su definición. En cuanto a las quirúrgicas, son aquellas que agrupan a pacientes con procedimientos quirúrgicos programados cuya estancia estimada sea inferior a 3 días. De este modo, si estos procedimientos se programan en la primera mitad de la semana y hay un

número suficiente de pacientes facilitan el cierre de camas durante el fin de semana, con el consiguiente ahorro. Es, por tanto, una medida de gestión eficiente de camas, que, salvo excepciones², no contribuye a acortar estancias, ya de por sí inferiores a 3 días.

Sobre las UCE médicas, desde hace un año, el grupo de trabajo URGUCE de la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias ha desarrollado el proyecto Registro de las Unidades de Corta Estancia Españolas (REGICE). Este proyecto pretende situar en su justa medida las ventajas competitivas, comentadas en el artículo de Marcos M et al.³. Dichas ventajas no son determinantes, salvo la selección lógica de pacientes a partir de unos criterios mínimos de ingreso que incluyen: a) diagnóstico claro; b) condición clínica que no haga prever una necesidad de monitorización constante ni ventilación mecánica invasiva; y c) posibilidad de que, tras una estancia estimada en promedio en las 72 h, pueda seguir tratamiento en la comunidad o, en su defecto, en otro recurso asistencial distinto a la hospitalización convencional (hospitalización a domicilio [UHD] o unidad de subagudos [US]).

Por tanto, los pacientes con enfermedades crónicas agudizadas⁴⁻⁸ y los pacientes con procesos infecciosos de fácil diagnóstico en el SUH⁶⁻¹⁰, que no requieran más de 3 días de antibioterapia intravenosa y sin criterio de ingreso en unidades de vigilancia intensiva, podrían ser excelentes candidatos al ingreso en las UCE. Eso representa una proporción importante de las patologías médicas que requiere ingreso hospitalario, y a su vez, puede constituir

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.04.006>

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.juanpastor@gmail.com

una herramienta de gestión para disminuir la estancia global del hospital y, de este modo, disminuir la saturación de los SUH por falta de camas disponibles en el hospital, facilitando así mantener la programación quirúrgica. En ese sentido el impacto de la mejora será tanto mayor cuanto mayor sea la proporción de ingresos hospitalarios en régimen de corta estancia respecto a los ingresos urgentes convencionales¹¹.

A partir de los resultados del proyecto REGICE podemos adelantar que la mayoría de las UCE españolas dependen de los SUH aunque suelen situarse físicamente fuera de ellos; acostumbran a tener una estructura semejante a las UHC y cuentan con una dotación de médicos muy variable. Respecto a la dotación de enfermería el registro muestra que es semejante al de las UHC.

La revisión realizada por Marcos M et al.³ no permite obtener conclusiones sobre estándares de calidad, ya que las publicaciones de las que disponemos corresponden a un número limitado de UCE, algunos de los datos aportados tienen más de una década y, como comentan los autores, las UCE son muy heterogéneas. En este sentido, creemos que deberíamos distinguir indicadores relacionados con la eficiencia (estancia media global y estancia media en relación a GRD), eficacia (altas totales menos las derivaciones a las UHC) y seguridad (retorno al SUH y reingreso hospitalario y mortalidad).

Sobre la estancia media global consideramos que estancias en promedio superiores a las 72 h no son propias de este tipo de unidades. Por otro lado, hay estudios que avalan estancias medias muy inferiores a las UHC en idénticos GRD^{9,10}. Ese dato es muy importante y es el que diferencia a las UCE médicas de las quirúrgicas. En este caso el objetivo de la mejora en la gestión debe ser la reducción de estancias en pacientes que, en las UHC, consumirían una estancia mayor. Por tanto, no se trata de concentrar a pacientes que ya tienen una estancia menor de 72 h, sino de un cambio profundo en la cultura de la optimización del tratamiento hospitalario, cuyos pilares sean: a) proporcionalidad del tratamiento; b) minimización de la iatrogenia; c) movilización precoz si el estado funcional previo del paciente lo permite; d) relación con otras AHC, en especial con la UHD y las US; y e) continuidad asistencial.

La derivación a las UHC en caso de que se prolongue la estancia más allá de la esperada debe considerarse un indicador negativo de eficacia^{5,8}. Si no fuera así, estas unidades se convertirían en estaciones intermedias para el ingreso definitivo en otras unidades y no cumplirían sus objetivos de acortar estancias.

En cuanto al retorno tras el alta, a pesar de que son muchos los factores ajenos a las propias unidades que pueden influir en ello, debe medirse en comparación con las UHC. No existe acuerdo entre los expertos respecto a si es o no adecuada la definición de reingreso como nueva asistencia por la misma enfermedad durante los 30 días posteriores al alta, pero lo cierto es que sigue siendo el criterio más extendido.

Sobre la mortalidad, debemos distinguir la mortalidad esperada, en pacientes con pronóstico infausto, de la inesperada, que en las UCE debe de ser inferior a la de las UHC. Algunas UCE incluyen en su cartera de servicios la atención

a la situación de últimos días en pacientes que fallecerían en el SUH o en UHC, mientras que otras no lo hacen. Este es un factor determinante que puede explicar las diferencias en la mortalidad entre las distintas UCE⁵⁻⁸.

En resumen, opinamos que las UCE pueden ser un dispositivo asistencial que puede catalizar un cambio en la cultura hospitalaria del ingreso médico, ajustando la estancia al mínimo necesario, contribuyendo de este modo a una mayor eficiencia y sostenibilidad de las estructuras hospitalarias, cuestión que en todo momento, pero más en la coyuntura actual, debe de presidir cualquier intervención en la gestión hospitalaria.

Bibliografía

1. Cooke MW, Higgins J, Kidd P. Use of emergency observation and assessment wards: A systematic literature review. *Emerg Med J.* 2003;20:138-42.
2. Baldó X, Sebastián F, Rubio M, Martínez S, Haro M, Álvarez L. Análisis de los resultados del Programa de corta estancia en cirugía torácica en el periodo 2001-2005. *Cir Esp.* 2007;81:335-8.
3. Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez-Iglesias R, Laso FJ, Mirón MA. Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. *Revisión sistemática Rev Calid Asist.* 2013;28:199-206.
4. De la Iglesia F, Valiño P, Pita S, Ramos V, Pellicer C, Nicolás R, et al. Factores predictores de una estancia de tres días en pacientes con exacerbación aguda de la EPOC. *J Intern Med.* 2002;251:500-7.
5. Juan A, Salazar A, Álvarez A, Pérez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an emergency department short stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation. *Emerg Med J.* 2006;23:833-83.
6. Guirao Martínez R, Sempere Selva MT, López Aguilera I, Sendra Pina MP, Sánchez Payá J. Unidad de corta estancia, una alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Clin Esp.* 2008;208:216-21.
7. Megido JA, Cárcaba-Fernández V, González-Franco A, Gallo-Álvaro C, Fernández-González B, Barragán-González MJ. Descripción y resultados de una unidad de corta estancia con un modelo de gestión clínica abierta. *Rev Calid Asist.* 2007;22:14-20.
8. González-Armegol JJ, Fernández C, Martín FJ, González del Castillo J, López-Farré A, Elvira C, et al. Actividad de una unidad de corta estancia de urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias.* 2009;21:87-94.
9. Llorens P, Murcia-Zaragoza J, Sánchez-Paya J, Laghzaoui F, Reus S, Carratalá-Perales JM, et al. Evaluación de un modelo multidisciplinar de hospitalización alternativa a la hospitalización convencional en la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias.* 2011;23:167-74.
10. Juan A, Jacob J, Llopis F, Gómez-Vaquero C, Ferré C, Pérez Más JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias.* 2011;23:175-82.
11. Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2010;22:249-53.