



## ORIGINAL

# Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática

M. Marcos<sup>a,\*</sup>, I. Hernández-García<sup>b,\*</sup>, C. Ceballos-Alonso<sup>c</sup>, R. Martínez-Iglesias<sup>d</sup>,  
J.A. Mirón-Canelo<sup>e</sup> y F.J. Laso<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>b</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>c</sup> Dirección Médica de la Gerencia de Atención Especializada de Salamanca, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>d</sup> Gerencia de Atención Especializada de Salamanca, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

<sup>e</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

Recibido el 14 de enero de 2013; aceptado el 30 de abril de 2013

Disponible en Internet el 16 de julio de 2013

### PALABRAS CLAVE

Revisión;  
Unidad de corta  
estancia;  
Unidad de  
observación;  
España

### Resumen

**Objetivo:** Las unidades de corta estancia (UCE) se han desarrollado como alternativa a la hospitalización convencional. El objetivo de este estudio es analizar la influencia de las UCE creadas en España sobre la calidad asistencial.

**Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura en Medline e Índice Médico Español para identificar estudios que evaluaran los resultados de la implantación de las UCE de nuestro país, en términos de efectividad clínica, eficiencia y satisfacción de pacientes y se revisaron las referencias de los artículos hallados. Se extrajeron datos relativos a estancia media y tasas de mortalidad y de reingreso, entre otros.

**Resultados:** Se encontraron 27 artículos con una importante heterogeneidad tanto en el tipo de UCE evaluada como en el propio diseño de los estudios. Tras comparar los resultados se observó que las UCE proporcionan cuidados asistenciales con efectividad. Además, se encontró evidencia de calidad baja que apoya que las UCE reducen la estancia media en el conjunto del hospital o del servicio considerado, sin encontrar evidencias que supongan otros beneficios al compararlas con otro tipo de unidades de hospitalización.

**Conclusiones:** Las UCE pueden ayudar a mejorar la efectividad de la asistencia sanitaria en pacientes seleccionados, así como a reducir la estancia media hospitalaria, aunque es preciso realizar nuevas investigaciones para definir su papel y su modelo óptimo de funcionamiento.

© 2013 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mmarcos@usal.es, migmarmar10@hotmail.com (M. Marcos).

**KEYWORDS**

Review;  
Short stay unit;  
Observation unit;  
Spain

**Impact of short-stay units on the quality of medical care in Spain****Abstract**

**Objective:** Short-stay units (SSUs) have been developed as an alternative to conventional hospitalisation. The aim of this study is to analyse the impact of short-stay units on the quality of medical care in Spain.

**Material and methods:** A systematic review was performed by retrieving studies that analysed the results of SSUs in Spain, in terms of clinical effectiveness, efficiency and satisfaction among patients, using an electronic database search (Pubmed/Medline and Spanish Medical Index) and a review of selected references. The data collected included, mortality, length of stay and re-admission rates, as well as other variables.

**Results:** Twenty-seven articles were found, with a great heterogeneity in both study design and type of SSU analysed. After analysing results, it was observed that SSUs in Spain provided effective clinical care. Low-quality evidence was also found supporting the hypothesis that SSUs are able to reduce overall length of stay in the whole hospital or department where they were created. There are not enough data to support any other advantages or benefits of SSUs, when compared with other hospitalisation units.

**Conclusions:** SSUs may be able to effectively improve clinical care in selected patients, and may help to shorten overall length of stay. Further research is needed in order to define their exact role and to establish their optimal model.

© 2013 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

Las unidades de corta estancia (UCE) médica se han desarrollado como alternativa a la hospitalización convencional desde la hipótesis de que la atención médica a pacientes en los que se prevé una estancia reducida puede ser más adecuada en una unidad separada y con un equipo especializado<sup>1,2</sup>. Todo ello con los objetivos de reducir los ingresos inapropiados, evitar el uso de camas de hospitalización convencional por pacientes que no se beneficiarían de las mismas y reducir los costes sociosanitarios ligados al ingreso hospitalario.

Bajo el concepto de UCE se han creado numerosas unidades clínicas con una gran heterogeneidad de modelos, que traduce las diferencias de los distintos sistemas de salud. En nuestro país las UCE aparecieron a partir de 1990<sup>3,4</sup> con diferentes estructuras y adscritas a distintos servicios hospitalarios, como Medicina Interna<sup>5</sup> y Neumología<sup>6</sup>, o directamente a Urgencias<sup>7</sup> (denominadas, en ocasiones, como «unidades de observación»). La evaluación de los resultados obtenidos por las UCE ha sido también muy variable, sin existir uniformidad en los criterios para analizar la calidad de las mismas, lo cual hace necesaria una revisión de la literatura centrada en un entorno concreto para llegar a conclusiones válidas.

El objetivo de este trabajo ha sido, por tanto, analizar la influencia de las unidades de observación y/o corta estancia creadas en España sobre algunas de las dimensiones de la calidad de la prestación de los servicios hospitalarios, tales como efectividad clínica, eficiencia y satisfacción del paciente.

**Material y métodos****Diseño y criterios de selección**

Se realizó una revisión de la literatura para identificar estudios que evaluaran los resultados de la implantación de unidades de observación o de estancia corta en España, en

términos de efectividad clínica, eficiencia y satisfacción de pacientes. Se seleccionaron artículos escritos en inglés y español; como criterios de exclusión se consideraron que el trabajo hiciera referencia a pacientes pediátricos o que estuviera centrado en UCE postquirúrgicas.

**Estrategia de búsqueda**

La revisión se llevó a cabo realizando una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline e Índice Médico Español (IME), identificando los estudios publicados hasta octubre de 2012. La estrategia de búsqueda utilizada en Medline fue: (*short stay unit* OR *short stay ward* OR *observation ward* OR *observation unit*) AND *Spain*; por su parte, en IME se usaron las siguientes estrategias: *unidad* Y *observación*, «*unidad* Y *corta* Y *estancia*», así como *corta* Y *estancia*. Además, se revisó la bibliografía de los estudios seleccionados para obtener más artículos relacionados y se usó la opción de Medline *Related articles* para aumentar la sensibilidad de la búsqueda.

**Selección y extracción de la información**

Una vez efectuada la búsqueda y selección de estudios se utilizó una plantilla de extracción de datos de cada artículo, donde se recogía: nombre de los autores, año de publicación, revista, lugar de realización, características sociodemográficas de la muestra, diseño del estudio y variables resultado consideradas (referidas a las siguientes dimensiones de la calidad asistencial: efectividad clínica, eficiencia y satisfacción de pacientes). La búsqueda y extracción de datos fue realizada por 2 autores de forma independiente y los desacuerdos se resolvieron mediante consenso. Los estudios seleccionados recibieron una clasificación de su diseño de acuerdo a las categorías de la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*<sup>8</sup>.

**Tabla 1** Estudios seleccionados sobre la implantación de UCE en España

Primer autor, año	N <sup>a</sup>	Diseño <sup>b</sup>	Lugar de realización
De la Iglesia-Martínez, 1997 <sup>3</sup>	1.814	II-3	Hospital Juan Canalejo, A Coruña
Martí-Cipriano, 1999 <sup>13</sup>	117	III	Hospital Universitario La Fe, Valencia
Barbado-Ajo, 1999 <sup>4</sup>	867	III	Hospital Clínico de Valladolid
Formiga, 1999 <sup>11</sup>	285	III	Hospital de Bellvitge, Barcelona
Ochoa-Gómez, 2000 <sup>14</sup>	803	II-3	Hospital de San Millán, Logroño
De la Iglesia-Martínez, 2001 <sup>27</sup>	12470	III	Hospital Juan Canalejo, A Coruña
Diz-Lois Palomares, 2002 <sup>22</sup>	196	III	Hospital Juan Canalejo, A Coruña
Marco, 2002 <sup>23</sup>	868	III	Hospital Severo Ochoa, Leganés
Villalta, 2004 <sup>28</sup>	352	II-2	Hospital Clínic de Barcelona
Gómez-Vaquero, 2005 <sup>12</sup>	954	III	Hospital de Bellvitge, Barcelona
Juan, 2006 <sup>9</sup> ; Corbella, 2002 <sup>10</sup> ; Salazar 2007 <sup>21</sup>	5.666	II-2/II-3	Hospital de Bellvitge, Barcelona
Muñoz-Rivas, 2006 <sup>24</sup>	132	III	Hospital Gregorio Marañón, Madrid
Noval-Menéndez, 2006 <sup>25</sup>	182	III	Hospital de Cabueñes, Gijón
Andreu-Ballester, 2006 <sup>19</sup>	1028	III	Hospital Arnau de Vilanova, Valencia
Cabre-Olle, 2007 <sup>15</sup>	2891	III	Hospital Arnau de Vilanova, Lleida
Alfonso-Megido, 2007 <sup>5</sup>	709	II-3	Hospital Valle del Nalón, Asturias
Guirao-Martínez, 2008 <sup>30</sup>	7618	III	Hospital General Universitario de Elche
Broquetas, 2008 <sup>6</sup>	147	II-3	Hospital del Mar, Barcelona
González-Armengol, 2009 <sup>16</sup>	10942	III	Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Pareja, 2009 <sup>29</sup>	749	II-3	Hospital Universitario de Guadalajara
Sempere-Montes, 2010 <sup>7</sup>	13662	II-2	Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia
Fernández-Alonso, 2010 <sup>17</sup>	60	II-2	Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Seoane González, 2010 <sup>26</sup>	335	III	Complejo Hospitalario de A Coruña
Juan Pastor, 2011 <sup>18</sup>	175	III	Hospital de Bellvitge, Barcelona
Jacob Rodríguez, 2012 <sup>20</sup>	189	II-2	Hospital de Bellvitge, Barcelona

II-2: estudios de cohortes o de casos-controles; II-3: series comparadas en el tiempo, con o sin intervención; III: opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos, observaciones clínicas o informes de comités de expertos.

<sup>a</sup> N: tamaño muestral.

<sup>b</sup> Clasificación del diseño de los estudios según la *Canadian Task Force on Preventive Health Care*<sup>8</sup>.

## Resultados

Se encontraron un total de 27 artículos publicados entre 1997 y octubre de 2012 (tabla 1). Catorce de los trabajos analizaron UCE dependientes del Servicio de Urgencias<sup>7,9-21</sup>, 10 del Servicio de Medicina Interna<sup>3-5,22-28</sup>, uno del Servicio de Neumología<sup>6</sup>, uno del Servicio de Geriatria<sup>29</sup> y en una ocasión la UCE se definió como una unidad independiente adscrita de forma directa a la Dirección Médica<sup>30</sup>. La mayoría evaluaron UCE generales con casuística variada, siendo las principales causas de ingreso las descompensaciones de enfermedades crónicas (insuficiencia cardiaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC]) y las infecciones respiratorias y urinarias. Tres estudios analizaron solo a pacientes geriátricos<sup>11,18,29</sup>, uno a pacientes con enfermedad respiratoria<sup>6</sup>, otro a pacientes geriátricos y pluripatológicos<sup>13</sup> y varios estudiaron pacientes con determinadas enfermedades (insuficiencia cardiaca<sup>24</sup>, traumatismo craneoencefálico<sup>14</sup> o neumonía<sup>18,20,25</sup>). Tres artículos presentaban datos que se solapaban, por lo que fueron considerados como un único trabajo<sup>9,10,21</sup>.

La mayoría de los estudios describieron sus resultados utilizando diversos indicadores de efectividad (tasas de reingreso y de mortalidad), eficiencia (estancia media, número de camas liberadas/día en el conjunto del hospital y porcentaje de estancias inadecuadas) y satisfacción de pacientes (tabla 2).

En relación con los indicadores de efectividad clínica se observó que la mortalidad en dichas unidades osciló entre el 0 y el 3,8% (tabla 2), excepto en los trabajos de Martí-Cipriano et al.<sup>13</sup> y Juan Pastor et al.<sup>18</sup>, centrados en pacientes geriátricos y/o pluripatológicos<sup>13,18</sup>, donde se alcanzó, respectivamente, el 9,8 y el 10,8%. Un estudio analizó también la mortalidad al mes<sup>29</sup> y otros 2 la evaluaron a los 3 meses del ingreso en UCE<sup>22,26</sup>, siendo, respectivamente, de un 7,7<sup>29</sup> y de un 3,9<sup>26</sup> y 8,2%<sup>22</sup>.

Por su parte, la tasa de reingresos al mes osciló entre el 17,1%<sup>29</sup> del estudio de Pareja et al. en pacientes geriátricos y el 2,7% en estudios llevados a cabo en una UCE de enfermos respiratorios<sup>6</sup> o sobre pacientes ingresados con neumonía en una UCE general<sup>25</sup>. Tres trabajos analizaron también la tasa de reingresos a los 3 meses; en pacientes con insuficiencia cardiaca el resultado fue del 28%<sup>24</sup>, mientras que en enfermos no seleccionados la cifra osciló entre el 13,3<sup>22</sup> y el 17%<sup>26</sup>.

En cuanto a los indicadores de eficiencia se constató que prácticamente todos los trabajos han analizado la estancia media de los pacientes ingresados en las UCE, obteniendo cifras menores a 5 días (tabla 2). Por lo que respecta a otros indicadores de eficiencia Martí Cipriano et al.<sup>13</sup> estimaron que una UCE de pacientes ancianos y crónicos había liberado 15 camas/día en el conjunto del hospital, mientras que Villalta et al.<sup>28</sup> cuantificaron el porcentaje de estancias inadecuadas en una UCE

**Tabla 2** Resumen de los indicadores publicados sobre resultados de las UCE españolas

Primer autor	Principales resultados medidos <sup>a</sup>
De la Iglesia-Martínez <sup>3</sup> Martí-Cipriano <sup>13</sup>	Estancia media: 3,2 ± 2 días Estancia media: 4,1 ± 2,6 días. Reingresos (mes): 11,3%. Camas/día liberadas: 15. Mortalidad: 9,8%
Barbado-Ajo <sup>4</sup> Formiga <sup>11</sup>	Estancia media: 2,4 días. Reingresos (mes): 9,4% Estancia media: 4,2 días
Ochoa-Gómez <sup>14</sup> De la Iglesia-Martínez <sup>27</sup>	Estancia media: 1,4 ± 0,8 días Estancia media: 3,5 días
Diz-Lois Palomares <sup>22</sup> Marco <sup>23</sup>	Reingresos hospitalarios a los 10, 28 días y 3 meses: 3,6%, 9,7% y 13,3% Estancia media: 3,6 días. Mortalidad ≤ 5 días de 0,9%. Reingresos 30 días: 4,7%
Villalta <sup>28</sup> Juan <sup>9,21</sup>	Estancia media: 4 (2-5) días Estancia media: 3,1-2,8 días. Mortalidad: 2,5-5,1%. Reingresos (una semana): 3,9-6,2%
Muñoz-Rivas <sup>24</sup> Noval-Menéndez <sup>25</sup>	Estancia media: 4 ± 1 días. Reingreso a 3 meses: 28% Estancia media: 4,3 días. Mortalidad global: 2,7%. Reingreso al mes: 2,8%
Andreu-Ballester <sup>19</sup> Cabre-Olle <sup>15</sup>	Estancia media: 2,4 días. Mortalidad: 3,8% Estancia media: 2 días. Reingreso en 48 horas: 1%
Alfonso-Megido <sup>5</sup> Guirao-Martínez <sup>30</sup>	Estancia media: 3,3 ± 1,7. Mortalidad: 0,9% Estancia media: 2,7 ± 1,4 días. Mortalidad: 0,8%
Broquetas <sup>6</sup> González-Armengol <sup>16</sup>	Estancia media: 3,3 ± 1,6 días. Reingreso: 2,7%. Mortalidad: 0% Estancia media: 1,9 ± 1,4. Mortalidad: 0,1%. Reingresos: 3,7%
Pareja <sup>29</sup> Sempere-Montes <sup>7</sup>	Estancia media: 1,5 ± 0,7 días. Reingreso a los 2, 5 días y al mes: 2,2%, 5% y 17,1% Estancia media: 2,8 ± 1,7-3,3 ± 2,3 días. Reingresos: 10,8%. Mortalidad: 1,8-3,8%
Fernández-Alonso <sup>17</sup> Seoane González <sup>26</sup>	Estancia media: 1,7 ± 0,6 días Estancia media: 4,9 ± 2,9 días. Reingresos a los 10, 28 días y 3 meses: 2,1%, 8,4% y 17%
Juan Pastor <sup>18</sup> Jacob Rodríguez <sup>20</sup>	Estancia media: 3,3 ± 1,5 días. Mortalidad: 10,8%. Reingreso al mes: 5,7% Estancia media: 3,4 ± 1,5 días. Mortalidad: 2,6%

<sup>a</sup> Variables cuantitativas presentadas como media ± desviación estándar (mediana e intervalo intercuartil en el estudio de Villalta et al.<sup>28</sup>). Los resultados se proporcionan como rangos cuando los datos originales se presentaban separados por años y no estaba disponible la media.

en un 6,9%, con solo 2 ingresos inadecuados (0,6% del total).

Respecto a los indicadores de satisfacción de pacientes Gómez Vaquero et al.<sup>12</sup> evaluaron, mediante una encuesta, la satisfacción de los pacientes en una UCE de urgencias. La acogida, el personal, la coordinación entre profesionales y el horario de visitas fueron valorados como muy bien o bien por el 99% de los encuestados. Peor valorados fueron los aspectos de hostelería, donde el 44% de los pacientes calificaron el nivel de ruido como regular o mal. Finalmente, el 76% de los enfermos consideraron que se había solucionado su problema de salud.

Al comparar el impacto de las UCE en comparación con otras unidades de hospitalización el indicador de efectividad clínica utilizado con más frecuencia fue la tasa de mortalidad. Así, en pacientes con EPOC se ha descrito una mortalidad del 1,7% en los que ingresaron en UCE frente al 8,1% de los que ingresaron en hospitalización convencional ( $p < 0,001$ )<sup>9,21</sup>. Sin embargo, no hay datos que apoyen una disminución o incremento en la mortalidad global de los pacientes ingresados en el hospital tras la creación de una UCE, como ocurrió tras analizar la mortalidad del conjunto del Servicio de Neumología antes y después de la creación de una UCE para enfermos respiratorios en un hospital de tercer nivel<sup>6</sup>.

Por su parte, respecto a la tasa de reingresos, 2 estudios han evaluado el impacto de las UCE sobre este indicador considerando el conjunto del Servicio y/o Unidad en el que se creó dicha UCE. Así, Alfonso-Megido et al.<sup>5</sup> no hallaron diferencias significativas en las tasas de reingreso globales del Servicio de Medicina Interna (a los 3, 7 y 30 días) antes y después de crear una UCE de gestión clínica abierta, mientras que Broquetas et al.<sup>6</sup> sí mostraron una reducción en la tasa de reingresos (15 frente a 21%;  $p < 0,05$ ) tras la puesta en marcha de una UCE para enfermos con enfermedad respiratoria. Asimismo, Juan et al.<sup>9,21</sup> encontraron que pacientes con EPOC ingresados en una UCE presentaban un porcentaje mayor de reingresos en los primeros 10 días comparados con los pacientes con EPOC ingresados en el resto del hospital (7 frente a 9,9%); de igual forma, el trabajo de Sempere-Montes et al.<sup>7</sup> halló una tasa de reingresos al año significativamente mayor para la UCE (10,8%) que para el total hospitalario (8,3%).

Varios estudios mostraron que los pacientes ingresados en una UCE presentan una estancia media menor que los ingresados en otras unidades<sup>7,26</sup>. Así, Sempere-Montes et al.<sup>7</sup> describieron una menor estancia media en la UCE respecto al conjunto del hospital o servicios específicos en diversos GRD como EPOC, infección respiratoria/bronquitis/asma,

**Tabla 3** Resumen de los estudios que comparan los resultados de las UCE en relación con otras unidades de hospitalización en España

Primer autor	Conclusión principal
De la Iglesia-Martínez <sup>3</sup>	Tras implantarse una UCE se produjo una disminución de la estancia media de 3,4 días, considerando todos los pacientes del área médica
Ochoa-Gómez <sup>14</sup>	Menor estancia media en pacientes con traumatismo craneoencefálico ingresados en una UCE que en aquellos ingresados en Servicios de Neurología o Cirugía General
Marco <sup>23</sup>	Disminución en la estancia media del Servicio
Villalta <sup>28</sup>	Menor estancia media, menor número de ingresos inadecuados y menor número de estancias inadecuadas en la UCE
Alfonso-Megido <sup>5</sup>	Menor estancia media en el Servicio de Medicina Interna tras la creación de una UCE con modelo de gestión clínica abierta
Juan <sup>9</sup> ; Salazar <sup>21</sup>	No existieron diferencias en la estancia media para el total de pacientes admitidos por EPOC antes y después de la implantación de una UCE
Broquetas <sup>6</sup>	Menor estancia media en el Servicio de Neumología y menor tasa de reingresos tras la introducción de una UCE para pacientes respiratorios
Pareja <sup>29</sup>	Reducción en el número de ingresos en el Servicio de Geriátrica tras la creación de una UCE geriátrica en Urgencias
Sempere-Montes <sup>7</sup>	Estancia media menor en los pacientes ingresados en la UCE que en el resto del hospital
Jacob Rodríguez <sup>20</sup>	Menor estancia media en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad ingresados en una UCE en comparación con la hospitalización convencional

neumonía simple y pleuritis en mayores de 18 años sin comorbilidad o fallo cardíaco y *shock*.

De forma específica, varios trabajos han observado menores estancias medias en enfermos con enfermedades específicas que ingresaron en UCE en comparación con los que ingresaban en unidades de hospitalización convencional (tabla 3). Asimismo, distintos autores han evaluado el impacto de la creación de una UCE sobre el conjunto de la estancia media del hospital<sup>3,5,23</sup>, donde destaca de la Iglesia-Martínez et al.<sup>3</sup>, que mostró cómo la implantación de la UCE médica del Complejo Hospitalario Juan Canalejo conllevó una reducción de la estancia media de todos los pacientes del área médica de 3,4 días.

Del mismo modo, Broquetas et al.<sup>6</sup> describieron una reducción en la estancia media global en el Servicio de Neumología tras la puesta en marcha de una UCE de pacientes respiratorios ( $11,8 \pm 4,6$  frente a  $8,3 \pm 2,6$  días;  $p < 0,01$ ). En cambio, el estudio realizado por Juan et al.<sup>9,21</sup> no halló diferencias en la estancia media de los enfermos ingresados por EPOC en el conjunto del hospital desde noviembre de 1996 a marzo de 1999 (año 1996 = 11,9 días; año 1997 = 12,1 días; año 1998 = 11 días), pese a que 545 de un total de 2.506 pacientes con EPOC (21,7%) habían ingresado en una UCE.

Por lo que respecta a otros indicadores de eficiencia, 2 trabajos han analizado el impacto de las UCE en el conjunto de ingresos hospitalarios del Servicio y/o Unidad antes y después de la implantación de la UCE. Así, Pareja et al.<sup>29</sup> compararon el número de ingresos en una Unidad de Agudos de Geriátrica antes y después de la creación de una unidad de observación de urgencias para pacientes ancianos dependiente del Servicio de Geriátrica. El resultado fue una disminución progresiva del número de ingresos, estimándose un descenso del 18,2% comparando el periodo 2002-2004 con el periodo 2005-2007. Broqueta et al.<sup>6</sup>, aunque no observaron una reducción total significativa en el número de ingresos del Servicio de Neumología tras la apertura de

una UCE para pacientes respiratorios (531 frente a 547), sí describieron una reducción en el número total de estancias hospitalarias (4.419 frente a 6.471;  $p < 0,001$ ) y una reducción en la tasa de ocupación desde el 120,4 hasta el 82,2%.

Por su parte, de la Iglesia Martínez et al.<sup>3</sup> valoraron el número de pacientes a cargo del Servicio de Medicina Interna, pero ingresados en camas correspondientes a otros servicios, observándose una reducción de 1/3 en el número de los mismos tras la puesta en marcha de una UCE. Por otro lado, Villalta et al.<sup>28</sup> mostraron una menor proporción de estancias inadecuadas (6,9 frente a 18,7%;  $p < 0,001$ ) y de ingresos inadecuados (0,6 frente a 3%;  $p = 0,023$ ), al comparar la actividad de una UCE con las salas de hospitalización convencional.

## Discusión

En nuestro conocimiento esta es la única revisión sistemática de la literatura realizada en nuestro país sobre UCE. En ella se observa que numerosos hospitales han comunicado los resultados de su modelo de «unidad de observación» o «estancia corta», con una importante heterogeneidad en las mismas, tanto en su adscripción como en los criterios de ingreso o funcionamiento. Entre los resultados disponibles el más repetido es el de una corta estancia media.

La reducción de la estancia media es la razón de ser de las UCE y se debe a las siguientes medidas: a) la selección de pacientes para el ingreso en dichas unidades (con una expectativa de alta precoz por presentar menos comorbilidades o GRD concretos); b) la derivación a otros niveles de hospitalización si los pacientes presentan alguna complicación durante el ingreso o en caso de que la estancia del mismo se prolongue; c) la dotación de más personal en relación con las unidades de hospitalización convencional (lo cual permite su funcionamiento en horario de

mañana, tarde o incluso fin de semana); d) la creación de protocolos o guías clínicas que incluyen tanto el manejo hospitalario como el manejo al alta o derivación a otro nivel; y e) la priorización de los pacientes ingresados en las UCE para realizar pruebas complementarias o derivación a otras estructuras hospitalarias.

Por tanto, es necesario reconocer que en muchos casos las UCE están dotadas de «ventajas competitivas» que podrían ocasionar, entre otras, el retraso en la realización de pruebas diagnósticas en unidades hospitalarias con menor número de recursos (con el subsecuente decremento de la calidad asistencial prestada en tales unidades), así como, en definitiva, una alteración en la equidad de la atención sanitaria. Por todo ello, el verdadero objetivo de las UCE debe ser conseguir una mejora en la estancia media, así como en otros indicadores de la calidad asistencial, sin que ello suponga una merma de la atención proporcionada en la hospitalización convencional.

En esta línea la evidencia disponible es escasa respecto a que las UCE determinen una reducción de la estancia media del conjunto de pacientes ingresados en el hospital o, en su defecto, de los pacientes ingresados en el área médica o servicio hospitalario donde se implanta tal unidad, aunque sí hay datos que apuntan a favor de una mejora en dichos parámetros. Aunque hay un trabajo que no muestra mejora en la estancia media global<sup>21</sup>, sí existen 3 estudios que apuntan a que la implantación de una UCE reduce la estancia media, bien en el conjunto de Servicios médicos<sup>3,5</sup> o en el Servicio de creación de la UCE<sup>6</sup>. Asimismo, se muestra una reducción en el número total de estancias hospitalarias y en la tasa de ocupación de un Servicio de Neumología tras la creación de una unidad de estas características<sup>6</sup>. Pese a estos datos, dado que la evidencia disponible procede de estudios observacionales y de la comparación con series temporales, se debe ser cauto sobre la capacidad de las UCE de mejorar realmente la estancia media del conjunto de pacientes ingresados en el hospital.

Respecto a la tasa de reingresos, existe controversia sobre el efecto de las UCE, pues un estudio no encuentra diferencias significativas en la tasa global de reingresos<sup>5</sup>, mientras que otros sí encuentran una reducción en la tasa de reingresos<sup>6</sup> y otros muestran un incremento de la misma tras la creación de las UCE<sup>9,21</sup> o al comparar la UCE con el conjunto hospitalario<sup>7</sup>. Por este motivo se precisa la realización de estudios que determinen los factores asociados con un mayor riesgo de reingreso, dado que ello permitiría identificar subgrupos de pacientes que podrían beneficiarse más de determinados protocolos asistenciales o de un seguimiento más estrecho al alta.

En cuanto a la mortalidad, se observa una baja tasa de fallecimientos en los ingresados en las UCE, que puede ser explicada por las mismas causas que determinan la reducida estancia media, como el sesgo de selección al ingreso en una UCE, ya que solo determinado tipo de pacientes suelen ser admitidos en estas unidades. Sin embargo, no se encuentran evidencias a favor de un incremento o reducción significativa de la mortalidad en el conjunto del hospital o de un servicio determinado tras la creación de una UCE<sup>6</sup>.

En cuanto a otros indicadores, la satisfacción de los pacientes solo se valora en un estudio<sup>12</sup>. De igual forma, no se dispone de estudios coste-efectividad que permitan valorar el impacto económico de las UCE. Tampoco existe

evidencia para las UCE en función de su diseño o servicio al que se encuentren adscritas.

La principal característica que limita este estudio, tanto en la posibilidad de obtener conclusiones como en lo referente a la validez de las mismas, es la baja calidad metodológica de los artículos revisados (en su mayoría observacionales). Otra limitación es que en muchas de las experiencias publicadas el desarrollo de las UCE ha sido parejo a la implantación o desarrollo de un mayor número de camas hospitalarias o protocolos de manejo de enfermedades concretas; todo ello puede dificultar la interpretación del efecto de la UCE *per se*. Además, en varios estudios la comparación se realiza con cohortes históricas, de modo que en la mejora de la estancia media pudieran haber influido factores ajenos a la UCE que hubieran aparecido con el tiempo (por ejemplo mayor concienciación para evitar ingresos hospitalarios o creación de otras unidades, como la hospitalización a domicilio). Este problema de calidad metodológica de los estudios y su heterogeneidad imposibilita, a su vez, plantear una integración cuantitativa mediante metaanálisis de los resultados encontrados en la literatura.

Otra limitación es la derivada del posible sesgo de publicación y del hecho de que, pese a haber consultado las bases de datos internacional (Medline) y nacional (IME) más importantes para recuperar los estudios publicados en España en relación con este tema, no se pueda descartar la presencia de artículos no indexados en tales bases de datos, así como de literatura gris no identificada en comunicaciones a congresos o informes internos de los servicios de salud.

Por todo lo expuesto, se hace necesario desarrollar investigaciones sobre la efectividad y eficiencia de las UCE, con especial atención a los costes-beneficios de las mismas, ya que uno de los peligros de las UCE es el de dotarlas de recursos extra de forma ineficiente, estableciendo así unidades privilegiadas que, sin duda, resolverán los problemas con más efectividad que otras unidades, pero con un coste mucho mayor y afectando, además, a la equidad del sistema<sup>31</sup>. Para realizar este análisis sería ideal diseñar estudios controlados donde se compare un protocolo o vía clínica de manejo de un determinado proceso frente a otro protocolo o vía clínica (o frente a la hospitalización convencional), lo que permitiría analizar tanto la efectividad como los costes del procedimiento, intentando además valorar otros aspectos de la calidad, entre los que se encontraría la satisfacción del usuario. Dentro de los costes no solo se hace preciso considerar los directos, sino también los indirectos, pues el cuidado al paciente que es dado de alta precozmente de una unidad de este tipo debe requerir un plan de continuidad de cuidados con el siguiente nivel asistencial, para así evitar el riesgo de reingreso<sup>32</sup>. En el contexto sociosanitario actual también es imprescindible valorar otras alternativas, como la atención domiciliaria en programas de crónicos.

En cualquier caso, probablemente la principal ventaja de las UCE es su papel como herramientas del cambio de las estructuras y conceptos tradicionales hospitalarios. Así, se apunta que la implicación de los profesionales en las UCE hacia conseguir una estancia hospitalaria lo más apropiada posible es mayor que la de los profesionales de otras unidades<sup>28</sup>. De esta forma, lo más importante de una UCE no sería la reducción «bruta» de la estancia media, sino la orientación hacia conseguir una estancia apropiada en cada

paciente. La implantación de una UCE con esta orientación, y que trabaje con protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia, puede ser, por tanto, un camino más adecuado que los tradicionales modelos de hospitalización<sup>2</sup> hacia la estancia apropiada y, en última instancia, hacia la máxima calidad<sup>31</sup>.

Existen datos en este momento que apuntan a que las UCE pueden ser una de las herramientas capaces de catalizar este cambio, pero se precisa realizar investigaciones para encontrar el mejor modelo de funcionamiento de las mismas y evitar la asignación de recursos a unidades que no garanticen un incremento global de la calidad asistencial.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Torres Salinas M, Capdevila Morel JA, Armario García P, Montull Morer S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
- Ollero M. Unidades de estancia corta y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:621-3.
- De la Iglesia Martínez F, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Castro Romero B, Rodríguez Sotillo A, Diz-Lois Martínez F. La unidad de corta estancia médica (UCEM) de La Coruña: nuestra experiencia. *An Med Interna*. 1997;14:125-7.
- Barbado Ajo MJ, Jimeno Carruez A, Ostolaza Vázquez JM, Molinero de Dios J. Unidad de corta estancia dependiente de Medicina Interna. *An Med Interna*. 1999;16:504-10.
- Alfonso-Megido J, 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.
- Broquetas JM, Pedreny R, Martínez-Llorens JM, Sellaresa J, Gea J. Unidad neumológica de estancia corta: un nuevo dispositivo asistencial de hospitalización. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:252-6.
- Sempere-Montes G, Morales-Suárez-Varela M, Garijo-Gómez E, Illa-Gómez MD, Palau-Munoz P. Impacto de una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel. *Rev Clin Esp*. 2010;210:279-83.
- Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2003;169:207-8.
- 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;23:833-7.
- Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:515-6.
- Formiga F, Maiques J, Salazar A, Mascaro J, Novelli A, Rivera A, et al. Repercusión de la hospitalización en la capacidad funcional de pacientes mayores de 75 años ingresados en una Unidad de Corta Estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1999;34:331-5.
- Gómez Vaquero C, Guillamont Salvador J, Salazar Soler A, Juan Pastor A, Novelli Redón A, Corbella Virós X. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2005;17:12-6.
- Martí Cipriano JM, Valdivieso Martínez B, Álvaro Jáuregui E, Cuéllar de León A, Aguilera Sancho-Tello V, Herráiz Soler M. Asistencia a pacientes ancianos y crónicos en una unidad médica de corta estancia. *An Med Interna (Madrid)*. 1999;16:398-406.
- Ochoa-Gomez J, Villar-Arias A, Echeverria-Echarri L, Ramall-Gomara E, Ruiz-Azpiazu JI, Bragado-Blas L. Attendance of patients with minor head injury in an emergency department observation ward. *Eur J Emerg Med*. 2000;7:267-70.
- Cabre Olle X, Almirall Egerique M, Domingo Albin D, Abadias Medrano MJ. Alternativas a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:34.
- González-Armengol JJ, Fernández Alonso C, Martín-Sánchez FJ, González-Del Castillo J, López-Farré A, Elvira C, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias*. 2009;21:87-94.
- Fernández Alonso C, Martín Sánchez FJ, Fuentes Ferrer M, González del Castillo J, Verdejo Bravo C, Gil Gregorio P, et al. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45:63-6.
- Juan Pastor A, Ferré Losa C, Llopis Roca F, Jacob Rodríguez J, Bardés Robles I, Salazar Soler A. La unidad de corta estancia como alternativa a la hospitalización convencional en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en la población mayor de 75 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:213-6.
- Andreu-Ballester JC, Almela-Quilis A, Ballester F, Colomer-Rubio E, Marín-Tena E, Peiró Gómez A. Estudio sociosanitario del paciente anciano con perfil de larga estancia y terminal atendido en una unidad médica de corta estancia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2006;41:327-33.
- Jacob Rodríguez J, Losa FC, Roca LF, Pastor JA. Unidad de corta estancia de urgencias, una ayuda en la adecuación del ingreso por neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Clin Esp*. 2012;212:51-2.
- Salazar A, Juan A, Ballbe R, Corbella X. Emergency short-stay unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. *Am J Emerg Med*. 2007;25:486-7.
- Diz-Lois Palomares MT, de la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Diz-Lois Martínez F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *An Med Interna (Madrid)*. 2002;19:221-5.
- Marco J, Jusdado JJ, Plaza S, Rondón P, Torres R, Solís J. Diseño e implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de corta estancia. Repercusión y actividad asistencial. *Gest y Eval de Costes Sanit*. 2002;3:64-73.
- Muñoz Rivas N, Méndez Bailón M, Conthe Gutiérrez P, Audibert Mena L. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en una unidad de corta estancia: estancia media, frecuencia y factores de reingreso. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:516-7.
- Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Avanzas González E, Galiana Martín D, Morís de la Tassa J. ¿Son las unidades de corta estancia médica un lugar adecuado para tratar la neumonía adquirida en la comunidad? *An Med Interna (Madrid)*. 2006;23:416-9.
- Seoane González B, Nicolás Miguel R, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, de la Iglesia Martínez F. Unidad de corta estancia médica. Causas de reingreso. *Rev Clin Esp*. 2010;210:118-23.
- De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna*. 2001;18:166.
- Villalta J, Siso A, Cereijo AC, Sequeira E, de la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una unidad de estancia corta de un hospital universitario. Un estudio controlado *Med Clin (Barc)*. 2004;122:454-6.

29. Pareja T, Hornillos M, Rodríguez M, Martínez J, Madrigal M, Mauleón C, et al. Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:175-9.
30. Guirao Martínez R, Sempere Selva MT, López Aguilera I, Sendra Pina MP, Sánchez Payá J. Unidad Médica de Corta Estancia, una alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Clin Esp.* 2008;208:216-21.
31. Castro Guardiola A. A propósito de las unidades de estancia corta. *Med Clin (Barc).* 2004;123:477.
32. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sánchez GM, Johnson AE, et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: A randomized trial. *Ann Intern Med.* 2009;150:178-87.