



Raquel Martínez Iglesias.

## La Unidad de Corta Estancia como herramienta para la mejora de la gestión hospitalaria

Martínez Iglesias R<sup>1</sup>, Marcos M<sup>2</sup>, Ceballos C<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Gerencia de Atención Especializada. Complejo Asaistencial Universitario de Salamanca.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Asaistencial Universitario de Salamanca.

<sup>3</sup>Dirección Médica. Complejo Asaistencial Universitario de Salamanca.

Dirección para correspondencia: cceballos@saludcastillayleon.es

### Resumen

**Objetivos:** Analizar el coste-utilidad y la eficiencia de las Unidades de Corta Estancia (UCE) entendidas como alternativa a la hospitalización las 24 horas los siete días de la semana y su impacto sobre los resultados en salud.

**Material y métodos:** Búsqueda sistemática en Medline e Índice Médico Español para evaluar datos relativos a estancia media, resultados clínicos y tasas de reingreso, entre otros.

**Resultados:** Se observó que las UCE proporcionan cuidados de salud 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 apoyen otros beneficios al compararlas con otro tipo de unidades de hospitalización.

**Conclusiones:** Así, existen datos que indican la potencialidad de las UCE para mejorar los circuitos de las exploraciones complementarias, prescripción, realización e informe, y de aumentar la oferta de atención sociosanitaria extrahospitalaria en pacientes con enfermedad médica aguda o crónica agudizada.

**Palabras clave:** Revisión sistemática, Unidad de observación, Unidad de corta estancia.

### Systematic review of the impact of Short Stay Units in Spain

#### Abstract

**Aims:** To analyze the cost-usefulness and the efficiency of the Units of Short Stay (UCE) understood as alternative to the hospitalization 24 hours 7 days of the week and his impact on the results in health.

*Material and methods:* We retrieved studies analyzing clinical effectiveness, efficiency and quality and revision of selected references.

*Resultados:* Low-quality evidence supports 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 hospital units.

*Conclusions:* This way, there exist information that indicate the potential of the UCEs to improve the circuits of the complementary explorations, prescription, accomplishment and report, and of increasing the offer of attention sociosanitaria extrahospitalaria in patients with medical sharp disease or chronicle sharpened. Further research is needed in order to define their exact role and to establish their optimal model.

*Palabras clave.* Systematic review, Observation unit; Short Stay Unit.

## Introducción

El crecimiento constante del gasto sanitario, la adecuación y calidad de las actuaciones asistenciales y su indicación, la seguridad del paciente y el hecho de que la hospitalización suponga una alteración sociofamiliar a la persona justifican la búsqueda de la eficiencia hospitalaria mediante la determinación y posible corrección del uso inadecuado de la hospitalización<sup>1</sup>. La gestión clínica habitual requiere una permanente toma de decisiones sobre aspectos organizativos, indicación, priorización y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que obligan a un proceso de adquisición constante de información médica y de actualización<sup>2</sup>. Diversos estudios descriptivos han constatado el elevado porcentaje de ingresos y de estancias inadecuados en hospitales de agudos y, en este sentido, más del 9% de los ingresos y más del 29% de los días de hospitalización eran inadecuados<sup>3</sup>.

Así, entre las alternativas de uso y adecuación al mismo y, a modo de ejemplo, en un Hospital Clínico Universitario<sup>4</sup> es, desde el Servicio de Urgencias

donde se selecciona a los pacientes, a criterio de los médicos que allí les atienden, en razón de su diagnóstico, gravedad, complejidad y situación sociofamiliar, con el ánimo de conseguir que un proceso agudo o crónico agudizado de no excesiva gravedad, de diagnóstico conocido, que necesite pocas exploraciones complementarias, en un paciente sin problemas sociofamiliares, se resuelva haciendo el mejor uso de la adecuación hospitalaria.

En general, en la Unidad de Corta Estancia (UCE) se atiende en régimen de ingreso a pacientes del área médica cuya enfermedad aguda actual se prevé que permitirá un alta rápida, supone un instrumento que, entre otras funciones, 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>4,5</sup>. Y es que el rápido avance de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, la incorporación de nuevos modelos de gestión y las herramientas informáticas dificultan alcanzar una experiencia

personal válida y segura como “patrón oro” en la toma de decisiones<sup>5</sup> de gestión asistencial. De ahí la necesidad de disponer de métodos que faciliten la puesta en práctica con cotidianidad para la toma de la mejor decisión posible a través de la revisión sistematizada de la literatura científica, avalada en experiencias previas y en el análisis de sus resultados<sup>6-10</sup>. Por ello, en este documento son dos los objetivos relevantes: combinar y resumir los resultados de estudios previos para identificar y explicar los resultados de experiencias previas en la implementación de UCE<sup>11-13</sup>. Por este motivo, con el objetivo de evaluar la influencia de la implantación de unidades de observación y/o estancia corta en la calidad, efectividad y eficiencia de la prestación de servicios de salud en España, se ha llevado a cabo esta investigación mediante una revisión sistemática de la literatura para identificar estudios que evaluaran los resultados de la implantación de unidades de observación o de estancia corta en España.

En nuestro medio, las UCE comenzaron a aparecer en la década de 1990<sup>11,12</sup>, sin criterios claros para su implantación o funcionamiento, adscribiéndose a distintos servicios hospitalarios, como Medicina Interna<sup>13</sup> y Neumología<sup>14</sup>, o directamente a Urgencias<sup>15</sup> (denominándose, en este caso, “Unidades de Observación”). De igual forma, la evaluación de los resultados obtenidos por estas unidades ha sido muy variable, sin existir uniformidad en los criterios empleados para analizar la efectividad de los cuidados de salud que prestan o la calidad de los mismos, fundamentalmente en relación con la hospitalización convencional.

Así, la tasa de mortalidad en dichas unidades osciló entre el 0 y el 3,8%, excepto en el estudio de Martí-Cipriano *et al.*<sup>16</sup>, centrado en pacientes ge-

riátricos y pluripatológicos, donde alcanzó el 9,8%. La estancia media de los pacientes ingresados en las UCE ha puesto de manifiesto cifras menores a cinco días y la tasa de reingresos al mes osciló entre el 17,1%<sup>17</sup> del estudio de Pareja *et al.* en pacientes geriátricos y el 2,7% en estudios llevados a cabo en una UCE de pacientes respiratorios<sup>14</sup> o sobre pacientes ingresados con neumonía en una UCE general<sup>18</sup>.

Gómez Vaquero *et al.*<sup>19</sup> evaluaron, mediante una encuesta, la satisfacción de los pacientes en una UCE de Urgencias. En él, 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 pacientes. 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 pacientes consideraron que se había solucionado su problema de salud.

Martí Cipriano *et al.*<sup>17</sup> estimaron que una UCE de pacientes ancianos y crónicos había liberado 15 camas/día en el conjunto del hospital. Por su parte, Villalta *et al.*<sup>20</sup> cuantificaron el porcentaje de estancias inadecuadas en una UCE en un 6,9%, con solo dos ingresos inadecuados (0,6% del total).

La reducida estancia media es la razón de ser de las UCE. Entre las causas responsables de la misma se encuentran, entre otras: a) la selección de pacientes para 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 a 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 lo que se refiere a la 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 la UCE, sugiere una mejora en dicho parámetro y que la implantación de una UCE reduce el conjunto de la estancia media, bien en el conjunto de Servicios médicos<sup>11,12</sup> o en un Servicio concreto<sup>13</sup>.

Dentro de los costes no solo se hace preciso considerar los directos, sino también los costes indirectos, pues el cuidado al paciente que es dado de alta precozmente de una unidad de este tipo debe requerir un plan de continuidad con el siguiente nivel asistencial, para así evitar el riesgo de reingreso<sup>21</sup>.

Diferentes autores coinciden en no observar entre los factores de inadecuación de las estancias hospitalarias la inadecuación del ingreso, la estancia media, la edad, el sexo, el diagnóstico al ingreso o el lugar de residencia, que en algún caso se han hallado en estudios descriptivos referidos a grupos de pacientes representativos del total de un servicio de medicina interna o de un hospital<sup>22-26</sup>.

En cualquier caso, probablemente la principal virtud de las UCE es su papel como herramientas del cambio de las estructuras y conceptos tradicionales hospitalarios. Así, lo más importante de una UCE no sería la reducción de la estancia media, sino la motivación que

determina en sus profesionales para conseguir una estancia apropiada para cada paciente; además, la adhesión a protocolos y guías clínicas basados en la evidencia y en la eficacia y transferencia científica hacia esa estancia apropiada lo convierte en prototipo de modelo de hospitalización<sup>27</sup>, con vinculación a la continuidad asistencial para proporcionar, finalmente, la máxima calidad al menor coste<sup>28</sup>.

Así, existen datos que indican la potencialidad de las UCE para catalizar este cambio y que, además de mejorar los sistemas de gestión hospitalaria tendentes a agilizar el circuito de las exploraciones complementarias, prescripción, realización e informe, y de aumentar la oferta de atención socio-sanitaria extrahospitalaria, las UCE son un buen instrumento para ello para pacientes con enfermedad médica aguda o crónica agudizada.

## Bibliografía

1. Peiró S, Portella E. Identificación del uso inapropiado de la hospitalización: la búsqueda de la eficiencia. *Med Clin (Barc)*. 1994;103:65-71.
2. Baré ML, Prat A, Lledó L, Asenjo MA, Salleras LL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Rev Epidém Santé Publ*. 1995; 43:328-36.
3. Navarro G, Prat-Marín A, Asenjo M, Menacho A, Trilla A, Salleras L. Review of the utilisation of a university hospital in Barcelona (Spain): evolution 1992-1996. *Eur J Epidemiol*. 2001;17:679-84.
4. Vallalta J, Sisó J, 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(12):454-6.
5. Córdoba Díaz de Laspra E, Ceballos Alonso C, artigas Martín JM, Artal Cortés A, del Río Marco FJ. Decision-making process in long term acute cholecystitis. *Rev Esp Enferm Dig*. 2001;93(1):21-8.
  6. Ceballos Alonso C, Córdoba Díaz de Laspra E, Artigas Martín JM, Artal Cortés A, del Río Marco FJ. Evaluación de la calidad de las publicaciones de meta-análisis para la asistencia sanitaria gestionada. *Administración Sanitaria*. 2002;VI(23): 67-83.
  7. Ceballos Alonso C, García-Campayo J, Artal A. Impacto del metaanálisis en la práctica clínica: el ejemplo de la psiquiatría. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 2001; 29 (5):287-92.
  8. Fernández JD, Vobecky J, Martí-Henneberg C. Metaanálisis: síntesis e integración de los resultados de estudios independientes en medicina. *Med Clin (Barc)*. 1993; 96:382-7.
  9. Lam W, Sze PC, Sacks HS, Chalmers TC. Meta-analysis [letter]. *Lancet*. 1987;2:27-30.
  10. Jenicek M. *Méta-Analyse in Médecine*. Québec: Ed. Edisem; 1987.
  11. 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.
  12. 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 Calidad Asistencial*. 2007;22:14-20.
  13. 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.
  14. 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.
  15. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Cmaj*. 2003;169:207-8.
  16. Eddy DM, Hasselbland V, Schachter R. An introduction to Bayesian method for meta-analysis: The confidence profile method. *Int J Technol Assess Health Care*. 1990;6(1): 31-55.
  17. 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.
  18. 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.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Baré ML, Prat A, Lledó L, Asenjo MA, Salleras LL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Rev Epidém Santé Publ*. 1995;43:328-36.
23. Navarro G, Prat-Marín A, Asenjo M, Menacho A, Trilla A, Salleras L. Review of the utilisation of a university hospital in Barcelona (Spain): evolution 1992-1996. *Eur J Epidemiol*. 2001;17:679-84.
24. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol*. 1998;27:513-9.
25. Attena F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C, del Prete U. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. *Ann Ig*. 2001;13:121-7.
26. Menu-Branthomme A, Benamouzig R, Bejou B, Coste T, Rautureau J, Huet B. Étude de la pertinence des journées d'hospitalisation dans un service de gastroentérologie et médecine interne et analyse des causes de non-pertinence. *Gastroenterol Clin Biol*. 2002;26:29-37.
27. Ollero M. Unidades de estancia corta y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:621-3.
28. Castro Guardiola A. A propósito de las unidades de estancia corta. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:477.