



ORIGINAL BREVE

Impacto de una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel

G. Sempere-Montes^{a,*}, M. Morales-Suárez-Varela^{b,c,d}, E. Garijo-Gómez^a,
M.D. Illa-Gómez^a y P. Palau-Muñoz^e

^aUnidad de Corta Estancia, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Valencia, Valencia, España

^cFundación para la Investigación, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

^dCIBER Epidemiología y Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, España

^eUnidad de Documentación Médica y Admisión, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España

Recibido el 12 de julio de 2009; aceptado el 16 de noviembre de 2009

Disponible en Internet el 22 de abril de 2010

PALABRAS CLAVE

Unidad de corta estancia;
Estancia media;
Grupos relacionados con el diagnóstico;
Reingresos

Resumen

Objetivo: Analizar los indicadores de actividad asistencial de una unidad de corta estancia (UCE) y comparar estos indicadores con los de otros servicios de hospitalización convencional.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en la UCE durante el período 2003–2007. Se analizó el número de ingresos, la estancia media, la mortalidad y el destino. Se comparó la estancia media y el número de ingresos de los principales grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) de la UCE en relación con otros servicios de hospitalización convencional.

Resultados: Un 15,3% de los enfermos que acudieron a la urgencia fue ingresado en la UCE. La estancia media fue significativamente menor en la UCE que en el resto del hospital (año 2003: UCE 3,2 días, resto del hospital 10,2 días; año 2007: UCE 3,3 días, resto del hospital 8,6 días). Los cuatro GRD más comunes (el 71,3% de todos los ingresos en la UCE) fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección respiratoria/bronquitis/asma, neumonía simple y pleuritis en mayores de 18 años sin comorbilidad y fallo cardíaco y shock. Para los cuatro GRD, la estancia media en la UCE fue significativamente menor ($p < 0,01$) que en Medicina Interna, Neumología y Cardiología («fallo cardíaco y shock»).

Conclusiones: La UCE maneja con mayor agilidad sus patologías más prevalentes en relación con otros servicios de hospitalización convencionales.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsempere@gmail.com (G. Sempere-Montes).

KEYWORDS

Short-stay Unit;
Mean stay;
Diagnosis-related
groups;
Readmissions

Impact of a short stay unit in a tertiary hospital**Abstract**

Objective: To analyze the health care activity indicators of a short-stay unit (SSU) and compare them with those of other services in a Conventional Hospital.

Material and methods: A descriptive, retrospective study was conducted of the patients admitted to SSU during 2003–2007. Number of admissions, mean stay (MS), mortality and destination were analyzed. Mean stay and number of admissions of the main diagnosis-related groups (DRGs) in the SSU were compared with other services of conventional hospitalization.

Results: A total of 15.3% of the patients who came to the Emergency Service were admitted to the SSU. Mean stay was significantly lower in the SSU than in the rest of the hospital (year 2003, SSU 3.2 days, rest of the hospital 10.2 days; year 2007, SSU 3.3 days, rest of the hospital 8.6 days). The 4 most common DRGs (71.3% of all those admitted to the SSU) were COPD, respiratory infection/bronchitis, simple pneumonia/pleuritis and heart failure/shock. Mean stay for the 4 DRGs in the SSU was significantly lower ($p < 0.01$) than in Internal Medicine, Pneumology and Cardiology (heart failure/shock).

Conclusions: The SSU handles its most prevalent diseases with greater agility compared to other conventional hospitalization services.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La limitación de camas para hospitalización y el intento de contener el gasto sanitario han contribuido a la búsqueda de alternativas a la hospitalización convencional, como son las unidades de hospitalización a domicilio, las unidades de corta estancia (UCE) y los hospitales de atención a enfermos crónicos y de larga estancia.

El objetivo de las UCE es la atención a pacientes con problemas agudos, seleccionados desde las áreas de urgencias, que no precisan recursos extraordinarios así como a pacientes con patologías crónicas cuyo único objetivo será la estabilización y la remisión precoz a su mejor lugar terapéutico. En la Comunidad de Valencia, las UCE se crean en 1995 como unidades especiales que trabajarán de forma coordinada con las unidades de hospitalización a domicilio y los hospitales de atención a enfermos crónicos y de larga estancia¹.

Aunque en la literatura médica existen trabajos descriptivos sobre la actividad de las UCE españolas^{2–4}, no hemos encontrado ningún estudio que compare una UCE con otras salas de hospitalización convencional en cuanto a su actividad asistencial.

El objetivo del presente estudio ha sido analizar la evolución de los indicadores de actividad asistencial de una UCE y comparar su actividad con la de otros servicios o unidades de hospitalización convencional de nuestro mismo hospital para los mismos procesos (clasificación de los grupos relacionados con el diagnóstico [GRD]).

Pacientes y métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo que tiene como población diana a todos los pacientes ingresados en la

UCE del Hospital Universitario Dr. Peset desde el año 2003 hasta el año 2007.

El Hospital Universitario Dr. Peset es un hospital de 535 camas que presta atención especializada al Departamento de Salud número 10 de la Comunidad de Valencia (España). Comprende la zona sur de la ciudad de Valencia y la comarca natural L'Horta Sud con una población de algo más de 378.000 habitantes.

La UCE del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia comenzó a funcionar en el año 1996 como unidad adscrita al servicio de urgencias. Actualmente es una unidad diferenciada con personal específico y dependiente de la dirección médica. Se trata de una sala de hospitalización dotada de 25 camas, cuyo personal médico está compuesto por 4 facultativos y un coordinador que dan asistencia ordinaria en horario de mañana. Los facultativos de guardia del área de urgencias (donde también realizan guardias los propios médicos de la UCE) realizan la asistencia urgente durante la tarde y la noche. La unidad está ubicada próxima al servicio de urgencias, con el que mantiene una estrecha relación, pero también en contacto permanente con el resto de los servicios hospitalarios.

Los datos para el estudio han sido recogidos del programa informático de historias clínicas de la unidad (aplicación de Microsoft Access 2003), del Servicio de Documentación Médica y Admisión del Hospital así como de la base de datos IASIST (empresa externa de provisión de datos sanitarios contratada por el Hospital).

Se recogieron los indicadores de la UCE y los indicadores generales del Hospital durante los años 2003 al 2007. Se analizaron, además, los cuatro grupos diagnósticos más prevalentes al alta de la UCE agrupados por GRD (grupos de pacientes con un patrón similar de consumo de recursos y similares desde un punto de vista clínico) durante el año 2006. Se comparó la estancia media, el número de ingresos y las estancias de cada GRD en la UCE con respecto a los

servicios del hospital donde ingresan de forma indistinta los mismos GRD: Neumología, Medicina Interna y Cardiología. También se analiza el porcentaje de reingresos durante al año 2007 para los tres GRD más frecuentes.

Los diagnósticos fueron codificados de forma automática por el programa de gestión de historia clínica de la UDMA según la clasificación CIE-9-MC 4.^a edición, analizándose el diagnóstico principal y el GRD.

Para describir las variables cualitativas se ha calculado la frecuencia absoluta y relativa en porcentajes de cada uno de los valores de las variables y para las cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación estándar ($\text{media} \pm \text{desviación estándar}$). Para estimar diferencias entre variables cualitativas se ha utilizado la prueba de la chi cuadrado y para las variables cuantitativas el análisis de la varianza. La evolución de las estancias y de los ingresos durante los años 2003 al 2007 se ha analizado mediante la prueba de la chi cuadrado para tendencias.

En todos los contrastes de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación estadística de $p < 0,05$. El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el programa SPSS versión 10.1.

Para el cálculo de la mortalidad en el año 2007 también se utilizó el índice de mortalidad ajustado por riesgo, que refleja la razón entre el número observado y el número esperado de defunciones en el hospital (la mortalidad esperada es la que tendría el hospital si se comportase, en términos de mortalidad, de modo similar al resto de centros nacionales, a similitud de estructura hospitalaria, tipología de pacientes y severidad de éstos).

Resultados

La urgencia del Hospital Universitario Dr. Peset recibe cada año alrededor de 151.000 urgencias. Los pacientes ingresados en la UCE han procedido en su totalidad del Servicio de Urgencias (el 15,3% del total de ingresos hospitalarios durante el año 2006). Durante el período de estudio observamos un descenso significativo ($p < 0,001$) en el número de ingresos en la UCE y en el número de estancias

absolutas (tabla 1). También apreciamos un incremento no significativo de la estancia media en la UCE (año 2003: 3,2 días; año 2007: 3,3 días), mientras que la estancia media global del Hospital experimentó un descenso significativo en el mismo período (año 2003: 10,3 días; año 2007: 8,6 días; $p < 0,001$). El porcentaje bruto de éxito en la UCE ascendió de forma significativa (año 2003: el 2,9%; año 2007: el 3,7%; $p < 0,001$). La mayoría fueron pacientes oncológicos o con enfermedad terminal («fin de órgano») que ingresan en situación preagónica cuando la familia no asume el fallecimiento en el domicilio.

El porcentaje total de altas externas (suma de altas a domicilio, a la unidad de hospitalización domiciliaria y a hospitales de atención a enfermos crónicos y de larga estancia) fue del 90% anual y experimentó un incremento significativo a expensas del número de pacientes que se enviaron a su domicilio. Es de destacar un descenso significativo de los pacientes derivados a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria durante el mismo período (el 22,8% en 2003 y el 12,1% en 2007). Un 6% de los pacientes se trasladó a otros servicios del Hospital (altas internas) cada año. Para el análisis comparativo de los GRD durante el año 2006 se seleccionó a 1.859 pacientes (suma total de pacientes de los cuatro GRD estudiados). Estos pacientes representan el 71,3% de todos los ingresos en nuestra Unidad durante el año 2006 (tabla 2). Los cuatro grupos diagnósticos más frecuentes fueron «enfermedad pulmonar obstructiva crónica» (EPOC) (GRD: 088) (29,7%), en segundo lugar «fallo cardíaco y shock» (GRD: 127) (27,5%), «infección respiratoria/bronquitis/asma» (GRD: 541) (25,9%) y «neumonía simple y pleuritis en mayores de 18 años sin comorbilidad» (GRD: 090) (16,8%).

El GRD EPOC fue atendido mayoritariamente en la UCE (61%), donde tuvo la menor estancia media ($p \leq 0,001$ en comparación con los otros dos servicios hospitalarios) (tabla 2). El GRD «infección respiratoria/bronquitis/asma» ingresó principalmente en el Servicio de Neumología (49,0%) y el resto se distribuyó por igual entre Medicina Interna y UCE. Para este GRD, la UCE también tuvo la menor estancia media ($p \leq 0,001$ en comparación con Neumología y Medicina Interna). El GRD «neumonía simple y pleuritis en mayores

Tabla 1 Indicadores anuales de la unidad de corta estancia durante el período 2003–2007*

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007
<i>Urgencias hospitalarias</i>	151.340	151.077	152.465	152.224	151.039
<i>Número de ingresos**</i>	3.350	2.488	2.939	2.607	2.278
<i>Número de estancias**</i>	9.414	6.991	7.847	7.352	6.925
<i>Estancia media hospitalaria, días*</i>	$10,3 \pm 9,0$	$8,9 \pm 10,0$	$8,2 \pm 7,2$	$7,8 \pm 6,9$	$8,6 \pm 7,4$
<i>Estancia media en la UCE, días</i>	$3,2 \pm 2,1$	$2,8 \pm 1,7$	$3,0 \pm 1,9$	$3,1 \pm 2,3$	$3,3 \pm 2,3$
<i>Índice</i>					
Ingresos/100 urgencias, %	2,21	1,64	1,92	1,71	1,50
Rotación, %	11,16	8,29	9,79	8,69	7,59
Ocupación, %	86	73	83	81	85
<i>Éxitus, muertes/100 pacientes, n (%)</i>	96 (2,9)	45 (1,8)	87 (3,0)	98 (3,8)	85 (3,7)

DE: desviación estándar; UCE: unidad de corta estancia.

*Los valores son media \pm DE.

** $p \leq 0,001$ (test de chi cuadrado).

Tabla 2 Número de ingresos, estancias y estancia media durante el año 2006 en la unidad de corta estancia y en los servicios de Medicina Interna, Neumología y Cardiología para los 4 grupos relacionados con el diagnóstico más comunes

EPOC (GRD: 088)	N.º de ingresos (n=553)	N.º de estancias (n= 2.374)	Estancia media, $\mu \pm DE$
UCE, n (%)	335 (60,6)	1.032 (43,5)	$3,1 \pm 1,7^*$
Medicina Interna, n (%)	59 (10,7)	320 (13,5)	$5,4 \pm 3,0$
Neumología, n (%)	159 (28,8)	1.022 (43,0)	$6,4 \pm 3,7$
Infección respiratoria/bronquitis/asma (GRD: 541)	N.º de ingresos (n=482)	N.º de estancias (n= 3.933)	Estancia media, $\mu \pm DE$
UCE, n (%)	127 (26,3)	463 (11,8)	$3,7 \pm 2,2^*$
Medicina Interna, n (%)	119 (24,7)	923 (23,5)	$7,8 \pm 5,6$
Neumología, n (%)	236 (49,0)	2.547 (64,8)	$10,8 \pm 8,5$
Neumonía simple y pleuritis en mayores de 18 años sin comorbilidad (GRD: 090)	N.º de ingresos (n=313)	N.º de estancias (n= 1.989)	Estancia media, $\mu \pm DE$
UCE, n (%)	95 (30,4)	254 (12,8)	$2,7 \pm 1,2^*$
Medicina Interna, n (%)	88 (28,1)	707 (35,5)	$6,2 \pm 4,5$
Neumología, n (%)	130 (41,5)	1.028 (51,7)	$6,5 \pm 3,5$
Fallo cardíaco y shock (GRD: 127)	N.º de ingresos (n= 511)	N.º de estancias (n= 2.504)	Estancia media, $\mu \pm DE$
UCE, n (%)	198 (38,7)	633 (25,3)	$3,2 \pm 1,9^*$
Medicina Interna, n (%)	158 (30,9)	910 (36,3)	$5,8 \pm 3,7$
Cardiología, n (%)	155 (30,3)	961 (38,4)	$6,2 \pm 4,3$

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad obstructiva crónica; GRD: grupo relacionado con el diagnóstico; UCE: unidad de corta estancia.

La estancia media fue significativamente menor en la UCE que en los demás servicios del mismo hospital para los 4 GRD estudiados.

* $p \leq 0,001$ (test de chi cuadrado).

de 18 años sin comorbilidad» ingresó principalmente en Neumología (41,5%) y el resto se distribuyó por igual entre Medicina Interna y UCE. La UCE tuvo una estancia media de 2,7 días frente a los 6,2 y a los 6,5 días de Medicina Interna y de Neumología, respectivamente ($p \leq 0,001$). Los pacientes con GRD «fallo cardíaco y shock» ingresaron mayoritariamente en la UCE (38,7%) y el resto se distribuyó por igual entre Medicina Interna y Cardiología, donde tuvieron una mayor estancia media (5,8 días en Medicina Interna y 6,2 días en Neumología frente a 3,2 días de la UCE; $p \leq 0,001$).

Durante el año 2007, el porcentaje global de reingresos en el Hospital fue del 8,3%. En la UCE, el 10,8% de los enfermos reingresó antes de transcurridos 30 días desde el alta ($p < 0,001$).

La UCE tuvo el menor porcentaje de readmisiones a los 30 días para el GRD EPOC (UCE [18,6%], Medicina Interna [23,5%] y Cardiología [19,8%]) y para el GRD «fallo cardíaco y shock» (UCE [18,3%], Medicina Interna [19,6%] y Cardiología [16,3%]), pero no para el GRD «infección respiratoria/bronquitis/asma» (UCE [15,4%], Medicina Interna [18%], Neumología [14,7%] y Cardiología [16,6%]; $p = 0,302$). Los datos sobre reingresos para el GRD «neumonía simple y pleuritis en mayores de 18 años sin comorbilidad» no estaban disponibles en la base de datos por su mínima contribución a la tasa de reingresos global de cada sala.

Discusión

El análisis de los cuatro GRD más frecuentes de nuestra unidad respecto a otros servicios médicos en los que ingresan las mismas patologías pone de manifiesto una estancia media significativamente menor para dichos GRD, lo que se traduce en ahorro del n.º de estancias hospitalarias al tiempo que se mantiene igual perfil de seguridad (menos reingresos que en los servicios de hospitalización convencional).

El segundo hallazgo de interés es que en nuestro Hospital se observa un fenómeno de «ajuste en el tiempo» del flujo de pacientes. Cuando se puso en marcha la unidad se gestionaba mayor número de pacientes con menor estancia media, lo que redujo en 1,56 días la estancia media del Hospital⁵. Con el tiempo, la hospitalización convencional también ajustó sus estancias medias, asumiendo mayor número de ingresos, lo que disminuyó el flujo de pacientes hacia la UCE.

Por primera vez se compara directamente la actividad de una UCE con otras unidades o servicios de hospitalización convencional y se realiza un análisis por patologías específicas que demuestra mayor agilidad en el manejo de los principales grupos diagnósticos. Nuestra UCE asume un porcentaje de ingresos de enfermos que acuden a la urgencia del Hospital considerable (15%). Este porcentaje se encuentra entre los mayores de la bibliografía consultada²⁻⁴.

Respecto al destino del paciente, nuestro porcentaje de altas externas (90%) es elevado con respecto a otras series²⁻⁴, y el porcentaje de altas internas (6%) se encuentra muy por debajo de otras UCE^{3,4,6}, lo que indica una elevada resolución de procesos.

La unidad posee una tasa global de reingresos a los 30 días (10,8%) mayor que en algunas series (el 5,4 y el 9,7%)^{4,7}. Coincidimos con González et al⁴ en que un mayor reingreso no es una consecuencia necesaria de una peor calidad en la atención o de un alta precoz, sobre todo si los reingresos se producen a una distancia en el tiempo superior a los 30 días. Existen factores no modificables, como el número de ingresos en los 3 años previos o el número de días de hospitalización del paciente en el último año, que son mejores predictores de reingreso que la estancia media o el motivo del ingreso en cuestión y que son expresión de comorbilidad y presencia de enfermedad crónica en el paciente⁷.

El porcentaje de éxitus ha sufrido un incremento significativo hasta situarse en el 3,7%, superior al de otros trabajos^{4,6,7}. No obstante, en el año 2007 el número de éxitus observado fue inferior al esperado (índice de mortalidad ajustado por riesgo=−27), siendo el más bajo del Hospital.

El presente estudio posee las limitaciones propias de un análisis descriptivo y retrospectivo, donde no existe un grupo control. Nuestra UCE es similar a otras de nuestro medio. Tres de las cuatro patologías más frecuentes de nuestra unidad (EPOC, insuficiencia cardíaca e infección respiratoria) son también las más frecuentes en otras UCE²⁻⁴. La estancia media de nuestra UCE se aproxima a los 3 días situándose en línea con otras unidades de nuestro entorno^{3,4}.

Es necesario plantear futuros estudios donde se analicen de forma conjunta los 3 eslabones de la cadena funcional de una UCE: selección del paciente (criterios y vías de ingreso), manejo del paciente durante la hospitalización (dotación de las unidades, protocolos clínicos, técnicas terapéuticas, horarios asistenciales, etc.) y alta hospitalaria (recursos extrahospitalarios). De esta forma definiremos un modelo óptimo de funcionamiento y calidad asistencial de las UCE en nuestro país.

Quisiéramos resaltar que el objetivo de una UCE no debería ser competir con los servicios de hospitalización convencional, que deben tener sus propios indicadores de gestión adaptados a su actividad especializada, sino más bien complementar la actividad de aquéllos, asumiendo pacientes que no van a beneficiarse de ingresar en áreas

especializadas de hospitalización y gestionando eficientemente los pacientes ancianos dependientes con alta comorbilidad.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A todo el personal de la UCE del Hospital Universitario Dr. Peset por su esfuerzo diario por mantener una atención de calidad. A todos nuestros compañeros de la Unidad de Urgencias donde desempeñamos parte de nuestra labor asistencial por su colaboración y buen hacer profesional. A la Unidad de Documentación Médica y Admisión por facilitarnos gran parte de la información necesaria para este estudio.

Bibliografía

1. Orden de la Consellería de Sanidad y Consumo, por la que se crean las unidades médicas de corta estancia en determinados hospitales del Servicio Valenciano de Salud. L. N.º 95/4609. (May. 26, 1995).
2. 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.
3. Guirao R, Sempere MT, López I, Sendra MP, Sánchez J. Unidad médica de corta estancia, una alternativa a la hospitalización convencional. *Rev Clin Esp.* 2008;208:216–21.
4. González JJ, Fernández C, Martín FJ, González J, López 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.
5. Sempere G, Almela A, Bosch R, Martínez JL, Atienza A, Valero A. Experiencia de un año de funcionamiento en una unidad médica de corta estancia. *Actas del IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias;* Junio de 1997. Sitges.
6. De la Iglesia F, Ramos V, Pellicer C, Nicolás R, Díz-Lois F. La unidad de corta estancia médica (UCEM) de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Int.* 2001;18:166.
7. Díz-Lois MT, De La Iglesia F, Nicolás R, Pellicer C, Ramos V, Díz-Lois F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una unidad de corta estancia médica. *An Med Int.* 2002;19:221–5.