

Descripción y resultados de una unidad de corta estancia con un modelo de gestión clínica abierta

Joaquín Alfonso-Megido^a, Victoriano Cárcaba-Fernández^a, Álvaro González-Franco^a, César Gallo-Álvaro^a, Bernabé Fernández-González^b y M. Jesús Barragán-González^a

^aServicio de Medicina Interna. Hospital Valle del Nalón. Riaño-Langreo. Asturias. España.

^bCoordinador de Calidad. Hospital Valle del Nalón. Riaño-Langreo. Asturias. España.

Correspondencia: Dr. J. Alfonso-Megido.

UCE. Servicio Medicina Interna.

Polígono de Riaño, s/n. 33920 Langreo. Asturias. España.

Correo electrónico: jamegi@hotmail.com

Resumen

Objetivos: Valorar la utilidad de una unidad de corta estancia (UCE) gestionada como unidad abierta, inicialmente de servicios médicos, con un responsable de sala adscrito a medicina interna.

Material y métodos: Describimos y reflejamos los pasos de instauración de la unidad, y el estudio prospectivo y descriptivo de los resultados de los primeros 6 meses de funcionamiento.

Resultados: En los 6 meses de funcionamiento, la unidad ha conseguido disminuir la estancia media (EM) global del servicio en 2 días respecto al año previo ($p < 0,001$), así como en las distintas especialidades, sin aumentar los reingresos.

Conclusiones: Las UCE con una organización abierta permiten disminuir la EM de los servicios que participan, a la vez que se implica a un mayor número de profesionales en la gestión clínica, sin necesidad de cambios estructurales ni aumento del consumo de recursos.

Palabras clave: Corta estancia. Reingreso. Modelo gestión abierta. Indicadores calidad.

Introducción

El aumento progresivo de los pacientes que precisan ingreso hospitalario es un hecho sostenido en los hospitales de la red pública española, lo que genera problemas de saturación. Además, al identificarse la duración de la estancia como uno de los principales determinantes del coste de una hospitalización, se ha desarrollado, como estrategia prioritaria para la mejora de la eficiencia¹, la reducción de la estancia hospitalaria de los pacientes, con el mantenimiento de los índices de calidad. Ante esta situación, han surgido alternativas que, con mayor o menor éxito, ayudan a paliarla. En unos casos, se intenta aumentar el tratamiento en el domicilio y, en otros, acortar la estancia en el hospital. Ambas políticas son complementarias. En general, se pone más énfasis en conseguir más eficiencia con el uso de los recursos disponibles.

Dentro de estas políticas de adecuación de recursos, se crearon las primeras unidades de corta estancia (UCE) médicas^{1,2} como modificación de la idea anglosajona de las *short stay units*. Se trata de unidades que pretenden mejorar la

Abstract

Objectives: To analyze the usefulness of a short-stay unit, managed as an open unit (in which several services converge and share facilities and nursing staff but each service maintains its own hierarchy), initially consisting of medical services, with an internist in charge of the ward.

Material and methods: We describe the steps required for the development of the unit and perform a descriptive and prospective study of the results of the first 6 months of its existence.

Results: During the first 6 months of activity, the unit reduced the overall mean length of stay by 2 days compared with that in the previous year ($p < 0.001$), as well as the mean length of stay in all the distinct medical services without increasing hospital readmissions.

Conclusions: Open short-stay units can reduce the mean length of stay of the services that manage them, with more professionals taking part in clinical management. These units do not involve structural changes or increased expenditure.

Key words: Short-stay unit. Hospital readmission. Open management model. Quality indicators.

asistencia de pacientes que no requieren estancias prolongadas, por lo que se configuran unidades diferenciadas del resto del servicio de medicina interna (MI) y atendidas por médicos familiarizados con la atención a estos pacientes³. La creación de estas unidades permite descargar la presión de los servicios de urgencias, ya que se generan camas libres⁴, disminuyen las estancias medias en servicios médicos⁵⁻⁷, aumenta la satisfacción de los pacientes y sus familias⁸ y se produce la adecuación de los ingresos y la asistencia⁹.

Las unidades de gestión abierta son aquéllas donde diversos servicios o secciones convergen y comparten estructura física y unidad de enfermería, pero manteniendo su dependencia jerárquica.

El Hospital Valle del Nalón es un hospital comarcal con 241 camas de hospitalización general de pacientes agudos, que presta su atención a un área sanitaria de unos 90.000 habitantes. Dentro del hospital, el servicio de MI tiene asignado un número teórico de 96 camas, y está integrado por secciones o unidades correspondientes a todas las especialidades médicas, excepto reumatología. La estancia media

(EM) global del servicio de MI había sido durante el año 2003 superior a la de otros centros de similar nivel y, después de desglosar los principales grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), de entre los 25 más frecuentes de nuestro centro, los 3 primeros pertenecen al citado servicio de MI y en los 3 casos nuestra EM se eleva por encima de la de hospitales de rango similar. Con estos antecedentes, cualquier medida que acortara la EM de estos procesos sin aumentar los reingresos no sólo acortaría la EM del servicio, sino que repercutiría intensamente en la EM del hospital. Tras lo expuesto, en el servicio se planteó la creación de una UCE como estrategia para mejorar los resultados, con la disminución de la EM, sin que la calidad de los servicios prestados se viera afectada, y centrando la atención en los procesos que, siendo susceptibles de mejorar en su asistencia, tienen una importante repercusión en las cifras globales de la atención del hospital.

Material y métodos

El presente trabajo pretende describir la unidad, sus resultados y la repercusión en el resto del servicio y el hospital.

Para el desarrollo de nuestra UCE, hemos tomado como modelo el recomendado para las unidades de cuidados intermedios del American College of Critical Care Medicine¹⁰; es decir, una unidad abierta con un responsable de gestión: un médico internista, y con una organización horizontal no circunscrita únicamente a la sección de MI; en ella, todas las especialidades médicas ingresan y atienden a sus propios pacientes, de acuerdo con una normativa desarrollada al respecto y supervisada por el médico responsable de la unidad; con una relación entre la enfermera y el paciente similar o ligeramente superior a la de una planta de hospitalización habitual.

Las funciones de todo el personal de enfermería, y de los médicos que atienden a los pacientes en la unidad, son similares a las que se desarrollan en el resto del hospital. Únicamente varían las del médico responsable de sala, el cual trabaja en la unidad a tiempo completo y es el encargado de normalizar los procesos subsidiarios de ingreso; para ello, se pactan protocolos de asistencia con las diferentes especialidades que atiendan estas enfermedades, y siempre se establece a un médico encargado en cada una de ellas, el cual atiende prioritariamente a estos pacientes y es el interlocutor para cualquier eventualidad que surja en la UCE. También establece las pautas de atención a estos procesos y se encarga de la asistencia y alta de pacientes de la sección de MI; asimismo, realiza las interconsultas de MI de pacientes de la unidad pertenecientes a otras secciones y decide el ingreso en la unidad en horario de mañana, una actividad que queda en manos de los médicos de guardia de MI fuera de este horario. También decide el alta de la unidad cuando un ingreso no se ajusta a los protocolos pactados y atiende a la primera llamada de la unidad en caso de urgencia en horario de mañana.

La estructura física se localiza en una planta de hospitalización convencional, dotada de 20 camas y una consulta,

junto con el resto de componentes de planta de hospitalización.

Para el correcto funcionamiento de la unidad, se seleccionaron los tipos de procesos patológicos a atender, en los que el componente fundamental es el terapéutico y no el diagnóstico, y sobre los que podemos actuar disminuyendo los tiempos de estancia mediante:

- Criterios de ingreso y de no ingreso para cada grupo patológico considerado con el fin de excluir los casos con más riesgo de complicaciones o de retraso del alta hospitalaria.

- Circuitos diferenciados de solicitud y realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas, en especial endoscopias (digestivas-respiratorias), radiológicas (tomografía computarizada-ecografía abdominal), ecocardiografía y otras, a partir de los procesos incluidos.

- Políticas de mayor intensificación de cuidados médicos y de enfermería.

- Circuitos diferenciados administrativos: altas por las tardes, fines de semana y festivos.

- Consulta externa propia situada próxima a la unidad para la valoración temprana de altas. Esta consulta incluye tiempos de consulta telefónica, tanto programada, como urgente.

A partir de los GRD comentados para nuestro hospital y de la experiencia de otras unidades similares, el listado de enfermedades que había que tratar se amplió a otras enfermedades con estancias desviadas de la media del grupo de hospitales similares. Se elaboró un documento en el que se definieron de forma detallada los criterios de ingreso o exclusión de ingreso de cada enfermedad, así como las pruebas diagnósticas y los objetivos a conseguir para el alta (tabla 1). En general, se trata de procesos agudos o crónicos agudizados, de no excesiva gravedad, de diagnóstico conocido, que no precisan muchas exploraciones complementarias, sin problemas sociofamiliares ni graves deterioros funcionales previos que pudieran condicionar el alta hospitalaria.

Para valorar la calidad de la asistencia prestada, seleccionamos una serie de indicadores que incluyen los propios del resto del servicio de MI, presentados en el cuadro de mando del servicio y del hospital, y diferenciados por secciones y, en su caso, servicios: índice de EM ajustado (IEMA), EM, número de ingresos y altas, destino y tasa de mortalidad ajustada. Asimismo, incluimos indicadores de calidad que nos informan tanto de la estructura y el proceso, como del resultado: readmisiones con ingreso por cualquier causa, readmisiones con ingreso por misma categoría mayor diagnóstica, evaluación de la mortalidad, cumplimiento del informe de asistencia, información a familiares y pacientes, existencia de un plan de aco-gida de enfermería, valoración de altas por ingreso inadecuado, existencia de encuesta de satisfacción, existencia de plan de cuidados médico elaborado al ingreso, existencia de plan de cuidados de enfermería elaborado al ingreso, número de vías clínicas instauradas y existencia de encuesta de satisfacción de los profesionales.

Tabla 1. Enfermedades incluidas para ingreso en una unidad de corta estancia con criterios orientativos de ingreso y exclusión de ingreso

Enfermedad	Inclusión	Exclusión
Generales	Enfermedades que requieran fundamentalmente tratamiento con una estancia media deseable inferior a 5-7 días	Problemas sociofamiliares graves u otros que puedan condicionar el alta
EPOC	Todos los casos	Neumonía grave asociada
Bronquitis agudas		Bronquiectasias crónicamente infectadas Criterios de ventilación mecánica
Neumonía	Todos los casos	Insuficiencia respiratoria grave Cavitación Derrame pleural (ocasionalmente)
Asma	Todos los casos	Insuficiencia respiratoria grave
TEPA	Todos los que no presenten complicaciones	Insuficiencia respiratoria grave Shock Repercusión o sobrecarga de VD (marcada elevación de troponina)
IC	Miocardiopatía dilatada en pacientes isquémicos, hipertensos o polivalvulares, ¿hipertrófica?	Paciente no conocido previamente por cardiología Infección grave asociada Angina o elevación enzimática asociada Shock
Arritmias	FA rápida Intoxicación digitalica Bradicardias sintomáticas ya estudiadas Las arritmias habitualmente controladas en planta	Complicaciones graves Cardioversión eléctrica-UCI
Hemorragias digestivas agudas altas	Todas	Complicaciones hemorrágicas graves Varices esofágicas Hepatopatía grave
Infección urinaria y pielonefritis	Todas	Uropatía obstructiva asociada
Otras	Infecciones cutáneas Infecciones ORL Crisis comitiales en paciente conocido AIT	Inestabilidad hemodinámica o necesidad de procedimiento urgente Sepsis grave o meningitis ACV (grave) Pancreatitis o colangitis
	Alteraciones metabólicas Intoxicaciones (incluida alta UCI) Dolor torácico inespecífico SCACEST bajo riesgo Gastroenteritis aguda Íleo no quirúrgico Trombosis venosa profunda	Anemia no conocida Sospecha de neoplasia

ACV: accidente cerebrovascular; AIT: accidente isquémico transitorio; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IC: insuficiencia cardíaca; FA: fibrilación auricular; ORL: otorrinolaringológicas; SCACEST: síndrome coronario agudo con elevación del ST; TEPA: tromboembolia pulmonar aguda; UCI: unidad de cuidados intensivos; VD: ventrículo derecho.

Los datos de los resultados se recogieron prospectivamente y se incluyeron todos ellos en un cuadro de mando integral de la unidad al finalizar el primer período de 6 meses (tabla 2).

Para el presente trabajo, se recogen los resultados de los primeros 6 meses de funcionamiento de la unidad. Estos datos se manejaron en el paquete estadístico SPSS, y se compararon con los resultados del resto del servicio y con un pe-

Tabla 2. Cuadro de mando integral de la unidad de corta estancia (UCE) con los resultados de los principales indicadores presentado a fin de año

Cuadro de mando de indicadores UCE			
Ed: 01	Año: mayo 2005-diciembre 2005		
Indicador	Resultado año anterior	Objetivo año actual	Resultado año actual
Existencia de encuesta de satisfacción		Sí	
Porcentaje de profesionales satisfechos con sus funciones y competencias			
Porcentaje de vías clínicas implantadas de las planificadas	0		
Existencia de un plan de acogida de enfermería		Sí	
Porcentaje de pacientes con plan de cuidados elaborado al ingreso	18		
Porcentaje de pacientes con plan de cuidados médicos elaborado al ingreso	70		
Existencia de un plan de información a pacientes familiares		Sí	
Porcentaje de cumplimiento de los registros de la historia clínica			
Porcentaje de informes de alta que cumplen los criterios de calidad	100		
Porcentaje de trasladados	14		
Porcentaje de ingresos inadecuados de los trasladados	44		
IEMA de la UCE	0,5686		
Estancia media global	3,3%		
Tasa de mortalidad ajustada	0,8%		
Reingresos no programados por cualquier causa			
Dentro de los 31 días postalta	9,5%		
Dentro de los 7 días postalta	3,3%		
Dentro de las 48 horas postalta	1,9%		
Reingresos no programados por el mismo o relacionado proceso patológico			
Dentro de los 31 días postalta	6,3%		
Dentro de los 7 días postalta	1,9%		
Dentro de las 48 horas postalta	1,0%		
Coste por proceso			
Gasto de farmacia (euros)	13.153		
Indicadores de prescripción farmacológica			
Porcentaje de cumplimiento de objetivos			
IEMA: índice de estancias medias ajustado.			

ríodo similar del año anterior que se manejó como grupo control para ver la repercusión que la unidad había tenido en los resultados del servicio.

Resultados

En los primeros 6 meses han ingresado 709 pacientes en la unidad, los cuales han generado 2.349 estancias. El 57% fueron varones, la $EM \pm$ desviación estándar de $3,31 \pm 1,7$ días, siendo el IEMA de 0,56; la EM global del servicio de MI durante este período fue de $7,39 \pm 6,31$ días; y al excluir la corta estancia de $10,3$ días $\pm 8,18$; el año anterior para el mismo período esta EM había sido de $10,27 \pm 8,4$ días. La comparación de medias entre 2004 y 2005 fue sig-

nificativa ($p < 0,001$). El porcentaje de ocupación para las 20 camas de la unidad fue del 56%.

De los pacientes ingresados, sólo 20 (2,82%) lo fueron de forma programada, un 8,4% procedía de traslado (fundamentalmente de UCI y, en algún caso, por reevaluación de un ingreso fuera de corta estancia, siempre en las primeras 24 h). De las altas, 6 fueron por fallecimiento (mortalidad 0,85%), y se trasladó fuera de la unidad al 14%, de los cuales al 44% porque no se consideraron ingresos adecuados, ya que no cumplían los requisitos previamente pactados, y al otro 56% por complicación de su enfermedad inicial. El resto de pacientes se dieron de alta a domicilio, y 314 pacientes pasaron por consulta externa de la unidad; 276 de estas consultas fueron de la sección de MI (87,8%).

Tabla 3. Distribución de los ingresos de estancias y estancias medias (EM) en días, por especialidades y global del período 2005 y del mismo período de 2004

Especialidad	2005				2004			
	Ingresos		Estancias		EM		EM	
	UCE	No UCE	UCE	No UCE	UCE	No UCE		
Medicina interna	372	539	1.262	5.214	3,39	9,67	7,11	10,24
Cardiología	115	431	331	2.999	2,88	6,96	6,10	7,95
Neurología	77	227	285	2.358	3,70	10,39	8,69	12,48
Neumología	76	229	283	2.560	3,72	11,18	9,32	11,46
Aparato digestivo	51	147	119	1.048	2,33	7,13	5,89	10,20
Endocrinología	12	18	44	106	3,67	5,89	5,00	10,22
Nefrología	6	45	25	489	4,17	10,87	10,08	8,43
Total	709	1.656	2.349	14.774	3,31 ± 1,7	10,3 ± 8,1	7,39 ± 6,3	10,27 ± 8,4

EM: estancia media; UCE: unidad de corta estancia.

La reducción de 2,88 días fue estadísticamente significativa ($p = 0,001$).

Tabla 4. Estancia media en días de los GRD más frecuentes: resultados de la unidad (UCE) y del global del servicio y su comparación con el global del año previo

GRD	Referencia para grupo II	UCE	Global MI-UCE	MI 2004	t de Student 2004-2005 p
127 insuficiencia cardíaca	7,60	3,54 ± 1,2	7,12 ± 6,1	9,92 ± 5,95	0,001
88 EPOC	7,52	4,08 ± 1,58	7,53 ± 5,7	9,46 ± 4,6	0,01
541 bronquitis	9,43	4,18 ± 1,8	9,64 ± 5,9	11,23 ± 6,7	0,04

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; GRD: grupos relacionados por el diagnóstico; MI: medicina interna; UCE: unidad de corta estancia.

Valores expresados ± desviación estándar.

Por secciones, la de MI fue la que más pacientes ingresó en la UCE con 372 ingresos (52%) que generaron el 53% de las estancias, con una EM de 3,39 días, seguida de cardiología con 115 ingresos (16%) y una EM del 2,88%, neurología (EM 3,7 días) y neumología (EM 3,72 días) con un 11% cada uno, digestivo (EM 2,33) con el 7%, y en menor porcentaje, endocrinología y nefrología (tabla 3).

En cuanto a las enfermedades, los diagnósticos fundamentales más frecuentes fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) descompensada y enfermedad bronquial aguda (16%), insuficiencia cardíaca (13,38%), arritmias (6,1%), descompensación asmática (5%), gastroenteritis aguda (4,5%), dolor torácico (3,7%), accidente isquémico transitorio cerebral (3,5%) y neumonías (3,5%).

La EM por GRD para los primeros 3 GRD, que coincidían con los del hospital, fue de 3,54 días para la insuficiencia cardíaca, 4,08 para la EPOC y 4,18 para la bronquitis y trastornos respiratorios, todos ellos por debajo del grupo. Al juntarlos con el resto del servicio de MI, las estancias medias fueron inferiores a las del año anterior de forma significativa y se aproximan a la media de los hospitales del grupo (tabla 4).

Respecto a los reingresos a las 72 h, un 1,93% de los pacientes dados de alta habían sido readmitidos de nuevo en el hospital (por cualquier causa); este porcentaje era del 3,3% a una semana y del 9,5% a un mes. Estos porcentajes para el resto del servicio eran del 1,8, el 6,1 y el 19,2%, respectivamente, en el mismo período, y al considerarlos globalmente en todo el servicio a final de año fueron del 3,1, el 5,3 y el 12,82% (tabla 5). También se valoró el volumen de pacientes que tras el alta acudieron al servicio de urgencias por cualquier causa, incluso no relacionada, a las 72 h (4,2%) y a la semana (7,57%), porcentaje similar al del resto del servicio para este período (4,07% a las 72 h y 8,3% a una semana).

Cuando los resultados de reingreso a 72 h, una semana y un mes se consideraron por misma categoría mayor diagnóstica, fueron del 1,05, el 1,9 y el 6,3%, respectivamente, nuevamente por debajo del resto del servicio y globalmente similar al año anterior.

Del grupo de pacientes readmitidos en el primer mes, la enfermedad causante con más número de reingresos fue la insuficiencia cardíaca con un 33%, seguida de la EPOC descompensada con un 14,7% y las descompensaciones asmáticas con un 10,55%. Por secciones, el 63% de los readmitidos

Tabla 5. Reingresos hospitalarios en cualquier servicio a 72 h, una semana y un mes, por cualquier causa y por misma categoría mayor diagnóstica (CMD), tanto de unidad de corta estancia (UCE) como del global de ese período

Reingresos hospitalarios (en cualquier servicio)	UCE			MI global			2004 MI		
	72 h	1 semana	1 mes	72 h	1 semana	1 mes	72 h	1 semana	1 mes
Por cualquier causa, %	1,9	3,3	9,5	3,1	5,3	12,8	3,0	5,6	13,4
Por misma CMD	1,0	1,9	6,3	2,2	3,5	8,6	2,3	4,0	9,6

MI: medicina interna.

(No hay incremento del global respecto a los resultados del año previo)

pertenecía a MI, el 18%, a cardiología, el 10%, a neumología, y el 7,8%, a neurología, proporcionados al volumen y complejidad de pacientes atendidos.

Sólo un 18% de los pacientes tenía un plan de cuidados de enfermería, lo que estaba en relación con la inexistencia de planes, salvo para 2 enfermedades concretas, y un 70% tenía plan de cuidados médico al ingreso.

El 100% de los informes de alta revisados cumplían los criterios de calidad. Del resto de indicadores de calidad planteados en el cuadro de mando: se elaboró un plan de acogida para pacientes al ingreso y se desarrolló un plan de información a familiares; no llegó a implantarse ninguna vía clínica en estos primeros 6 meses, y no se realizó una encuesta de satisfacción de los profesionales. Se elaboró y realizó una encuesta de satisfacción de pacientes según la metodología SERVQUOS¹¹⁻¹³, la cual se entregó al paciente al finalizar la hospitalización, una vez entregado el informe de alta y el 85% de los encuestados la respondió, de forma anónima y voluntaria; sólo un 3,9% de ellos consideró su estancia inferior a lo que creían necesario. El 100% de los que respondieron declararon estar satisfechos o muy satisfechos con los cuidados recibidos. Esta encuesta se realizó en una forma y un período similar en una planta de hospitalización convencional, con idéntica metodología, y el 60% la respondió ($p = 0,004$), del cual un 5,6% consideró insuficiente el tiempo de ingreso (diferencia no significativa respecto al grupo UCE).

Discusión

La UCE durante su funcionamiento ha conseguido disminuir, de manera ostensible, la EM del servicio de 10,27 días en 2004 a 7,39 en el mismo período de 2005, y sin que se hayan disparado los reingresos, que incluso han sido menores (reingresos por causa igual o similar) en las primeras 72 h, primera semana y mes respecto a los del resto del servicio. Estos reingresos han sido, globalmente para el servicio de MI, iguales o inferiores a los de 2004, sin que haya un grupo específico de enfermedades en las que incidir para evitar el reingreso temprano. En los reingresos hospitalarios a un mes, se detecta un grupo patológico de especial reincidencia que es el de la insuficiencia cardíaca.

La distribución por GRD permite ver como, de manera significativa, han disminuido las estancias globales en los principales GRD, y nos acerca a los valores de referencia.

Asimismo, quisieramos resaltar que el descenso de la EM también se encuentra en el resto del servicio, ya que la mayor parte de las secciones disminuyeron sus estancias también en el grupo de pacientes no ingresados en la UCE. Creemos que este fenómeno, ya encontrado en otras unidades, se hace más marcado en la nuestra, ya que se trata de una unidad abierta, lo que hace que un mayor número de profesionales se sensibilicen con la disminución de la estancia hospitalaria.

Respecto al resto de indicadores, consideramos aceptables los resultados, pero aún mejorables. Por ello, es necesario incidir más en la elaboración de planes de cuidados al ingreso tanto médicos, como de enfermería, objetivo que podría enlazarse con el establecimiento de vías clínicas. Entre estos indicadores, queremos señalar la importancia de la encuesta de calidad, la cual nos permite saber cómo nuestros pacientes perciben lo que hacemos¹⁴. Sus resultados son múltiples, pero lo más reseñable es el alto porcentaje de respuesta y la percepción de la adecuación del tiempo de ingreso (96%), así como la satisfacción global manifestada por el 100% de los respondedores. La elevada tasa de respuesta se puede atribuir al hecho de que se entregaba cuando el paciente aún estaba dentro del hospital (aunque con el informe de alta); sin embargo, su comparación con otra unidad de hospitalización demuestra que sigue siendo más alta de lo esperado y, por tanto, puede considerarse un criterio de satisfacción.

La creación de un cuadro de mando integral que agrupe indicadores de proceso, estructura y resultados, nos permite ver qué es lo que estamos haciendo, pero también nos ayuda a mantener los logros alcanzados y detectar zonas de mejora en las que trabajar posteriormente¹⁵. La solución de los problemas detectados pasa por la reevaluación y el rediseño de la unidad, y buscar otras estrategias. En este rediseño y para mejorar la ocupación de la UCE, cabrían 2 posibilidades: aumentar el grupo de enfermedades médicas, o salir del marco puramente médico y aportar este mismo concepto a otros grupos patológicos prevalentes y no pertenecientes al servicio de MI¹⁶, de esta manera los resultados serían aún más influyentes en la marcha global del hospital.

Concluimos que las UCE, entendidas como unidades abiertas, con un responsable que las coordine, son una forma

diferenciada de gestión de los ingresos de pacientes agudos, en las que se agrupa a aquéllos con las características señaladas al inicio, en un espacio físico propio y pactando para ellos circuitos y plazos diferenciados en cuidados, estudios complementarios y seguimiento. Además, han demostrado ser una estrategia válida para disminuir la EM del servicio y de cada una de las secciones que participan, sin aumentar los reingresos y con unos buenos parámetros de calidad asistencial, que se traducen también en un índice de satisfacción alto por parte de los pacientes y sus familiares.

Bibliografía

1. Marco Martínez J, Jusdado Ruiz JJ, Plaza Canteli S, Rondon Fernández P, Torres Perea R, Solis Villa J. Diseño e implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de Corta Estancia (UCE). Repercusión y actividad asistencial. Premio Profesor Barea 1.^a ed. 2002. p. 105-15.
2. 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 de la Coruña: Nuestra experiencia. *An Med Intern (Madrid)*. 1997;14:125-7.
3. Muiño Miguez A. Unidad Médica de Corta Estancia. *An Med Intern (Madrid)*. 2002;19:219-20.
4. Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pamies S. Gestión clínica de un Servicio de Urgencias Hospitalario: indicadores de calidad, *benchmarking* y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria*. 2004;15:3-12.
5. Barbado Ajo MJ, Jimeno Carruez A, Ostolaza Vázquez JM, Molinero de Dios J. Unidades de corta estancia dependientes de Medicina Interna. *An Med Int*. 1999;16:504-10.
6. 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;19:9-13.
7. De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Corta Estancia Médica de la Coruña (UCEM): Cumplimos cinco años. *An Med Intern (Madrid)*. 2001;18:166.
8. Abenhaim HA, Kahn SR, Raffoul J, Becker R. Program description: A hospitalist run, medical short-stay unit in a teaching hospital. *CMAJ*. 2000;163:1477-83.
9. Villalta J, Sisó A, Cereijo AC, Sequeira E, De la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una unidad de corta estancia de un hospital universitario. Un estudio controlado. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:54-6.
10. Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howestein MA, Nikas DK, Warren J, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the society of Critical Care Medicine. *Critical Care Med*. 1998;26:607-10.
11. Monteagudo O, Navarro C, Alonso P, Casas R, Rodríguez L, Gracia J, et al. Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial*. 2003;18:263-71.
12. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez Marín J, Buil JA, Castell M, Vittaller J. SERVQHOS, un cuestionario para evaluar la calidad percibida. *Medicina Preventiva*. 1998;4:12-8.
13. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:26-33.
14. Donabedian A. Garantía de calidad en la atención de salud: el papel del consumidor. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16 Suppl:102-6.
15. Muiño Miguez A. Calidad asistencial en la insuficiencia cardíaca. *An Med Interna (Madrid)*. 2005;22:307-8.
16. Martínez Vieira A, Docobo Durantez F, Mena Robles J, Durán Ferreras I, Vázquez Monchul J, López Bernal F, et al. Colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la litiasis biliar: cirugía ambulatoria o unidad de corta estancia. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96:452-5.