

# Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de segundo nivel

ÁNGEL ESTELLA, LUIS PÉREZ-BELLO FONTAÍÑA, JOSÉ IGNACIO SÁNCHEZ ANGULO, MARÍA DOLORES TOLEDO COELLO, DAVID DEL ÁGUILA QUIRÓS

Unidad de Observación. Urgencia General. Hospital de Jerez. Cádiz, España.

## CORRESPONDENCIA:

Dr. Ángel Estella García  
C/Algarve, 27, 1º B  
11403 Jerez de la Frontera  
Cádiz, España  
E-mail: litoestella@hotmail.com

## FECHA DE RECEPCIÓN:

27-5-2008

## FECHA DE ACEPTACIÓN:

17-10-2008

## CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

**Objetivos:** Describir el perfil de los enfermos ingresados en el área de observación (AO), cuantificar el porcentaje de enfermos dados de alta, ingresados o derivados a otros centros hospitalarios y evaluar, en los enfermos ingresados, los criterios de ingreso hospitalario y la correlación con el diagnóstico al alta de la planta de hospitalización.

**Método:** Se analizaron de forma prospectiva los enfermos ingresados en un AO de 24 camas. Las variables del estudio fueron: edad, sexo, comorbilidad, destino (alta, observación, ingreso, traslado a otro hospital), correlación entre el diagnóstico en urgencias y en planta de hospitalización, días de ingreso en planta y el parámetro "ingreso adecuado", definido como estancia en planta de hospitalización superior a 72 horas.

**Resultados:** Se incluyeron 307 enfermos (edad media  $63 \pm 20$  años, 41% mujeres). El 51% presentaba comorbilidad relacionada con el motivo de consulta en urgencias. El motivo de ingreso más prevalente en el AO fue la evolución de dolor torácico (16,6%). El 46% fue dado de alta desde el AO y otro 46% fue ingresado, principalmente en salas de especialidades médicas. Los diagnósticos de alta hospitalaria más frecuentes fueron el síndrome coronario agudo (12,1%), la neumonía (10%), la insuficiencia cardiaca (7,1%), la insuficiencia respiratoria (6,4%) y el accidente cerebrovascular (6,4%). La concordancia diagnóstica entre urgencias y el alta hospitalaria fue del 89,3%, y el porcentaje de "ingreso adecuado" en planta fue del 93%.

**Conclusiones:** Los enfermos ingresados en el AO suelen ser mayores de 60 años, con enfermedades crónicas relacionadas con el motivo de consulta, y la mayoría de ingresos que se realizan desde el AO son adecuados y existe una buena correlación entre el diagnóstico de urgencias y el diagnóstico final al alta. [Emergencias 2009;21:95-98]

**Palabras clave:** Unidad de observación. Urgencias. Actividad asistencial.

## Introducción

Los servicios de urgencia hospitalarios (SUH) se caracterizan por presentar una demanda elevada que ha ido en aumento en los últimos años<sup>1,2</sup>. Este aumento lo hemos advertido de forma progresiva en nuestro entorno. Se han descrito varios factores que justifican este aumento de la presión asistencial en urgencias: el crecimiento y envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la accesibilidad a los SUH, las expectativas excesivas de atención hospitalaria, la cultura de la inmediatez y, en muchas ocasiones, la utilización de los SUH como fuente alternativa de cuidados ambulatorios para patologías no urgentes<sup>3</sup>.

La sobrecarga asistencial experimentada en los SUH repercute en las áreas de observación (AO) que, frecuentemente, sufren periodos de colapso<sup>4</sup>.

El perfil del enfermo que debe ingresar en observación lo constituyen aquellos casos en los que el enfoque diagnóstico es difícil de aclarar con la exploración física inicial y las pruebas complementarias de urgencias, y es necesario valorar la evolución clínica y respuesta a tratamiento tras un periodo de tiempo. De esta manera, las AO están diseñadas con las siguientes funciones: valorar la evolución clínica, tratar y estabilizar las enfermedades agudas y evaluar indicaciones de ingreso hospitalario. El AO del Hospital de Jerez, que en su construcción en el año 2002 constaba de 17 camas, fue ampliada en 7 camas más debido al aumento progresivo de las urgencias en los últimos años. Estas 24 camas están dotadas del siguiente personal en turno de mañana: 1 celador, 3 auxiliares de clínica, 3 enfermeros y 3 médicos, uno de los cuales es el coordinador de urgencias.

Con el fin de conocer cuál es la situación real de la actividad asistencial en el AO hemos diseñado un estudio con los objetivos de describir el perfil de los enfermos ingresados en la misma, cuantificar el porcentaje de enfermos dados de alta, ingresados o derivados a otros centros hospitalarios y evaluar, en los enfermos ingresados, los criterios de ingreso hospitalario y la correlación con el diagnóstico al alta de planta de hospitalización.

## Método

Se trata de un estudio prospectivo y observacional descriptivo realizado en un hospital de segundo nivel, 533 camas de hospitalización, y un AO de 24 camas dotadas de monitorización electrocardiográfica, pulsioximetría y toma de tensión arterial no invasiva. Se incluyeron enfermos ingresados en el AO en turno de mañana en nueve días seleccionados al azar de los meses de noviembre y diciembre de 2007. De éstos, se consiguió edad, género, comorbilidad (sin antecedentes médicos, con patología crónica, con patología crónica relacionada con el motivo de consulta), el destino (alta a domicilio, permanencia en observación pendiente de evolución clínica, ingreso hospitalario o traslado a otro hospital), la correlación entre el diagnóstico en urgencias y en planta de hospitalización (para establecer esta variable se compararon el diagnóstico de ingreso desde urgencias con el juicio clínico emitido en el informe de alta de planta), los días de ingreso en planta y si era un ingreso adecuado (definido como estancia en planta de hospitalización superior a 72 horas).

Los datos recogidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 15.00 para Windows.

## Resultados

Un total de 23.306 enfermos fueron asistidos en Urgencias General y Materno-Infantil del Hospital de Jerez durante los meses de noviembre y diciembre de 2007 (382 urgencias/día). De ellos, 14.192 (60,9%) lo fueron en Urgencia General, de los cuales un 7,9% requirió ingreso hospitalario. El total de enfermos incluidos en el estudio ha sido de 307, ingresados en el AO en el turno de mañana durante los nueve días de estudio, con un promedio de 34 enfermos/día.

En la Tabla 1 se exponen las características de los pacientes. Destaca que de los 142 enfermos

**Tabla 1.** Características de los 307 enfermos ingresados en el área de observación

Edad (en años)	63,5 ± 19,8
Género [n(%)]:	
• Varón	180 (58%)
• Mujer	142 (46%)
Comorbilidad [n(%)]:	
• Relacionada con ingreso	157 (51%)
• No relacionada con ingreso	71 (23%)
• No comorbilidad	79 (26%)
Destino [n(%)]:	
• Alta hospitalaria	142 (46%)
• Observación	14 (5%)
• Traslado a otro centro hospitalario	9 (3%)
• Ingreso hospitalario	142 (46%)

ingresados, la mayoría (131 enfermos, 92%), lo hicieron en planta de especialidades médicas, y los destinos más habituales fueron en medicina interna el 23,7% (31), cardiología el 22,1% (29), neumología el 16% (21) y digestivo el 15,3% (20). Once enfermos ingresaron en plantas quirúrgicas: las más frecuentes en otorrinolaringología el 36,4% (4) y en cirugía general el 27,3% (3).

El motivo de ingreso más prevalente en AO fue el dolor torácico (16,6%, 51 pacientes) y las causas de ingreso en planta más frecuentes se muestran en la Tabla 2. Los diagnósticos de alta hospitalaria más prevalentes fueron: el síndrome coronario agudo 12,1% (17), la neumonía 10% (14), la insuficiencia cardíaca 7,1% (10), la insuficiencia respiratoria 6,4% (9) y el accidente cerebrovascular, 6,4% (9). La concordancia diagnóstica entre urgencias y el alta definitiva de planta fue del 89,3%. El porcentaje de "ingreso adecuado" en planta fue del 93%.

## Discusión

De acuerdo a los estándares de acreditación de los servicios de urgencias publicados por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES)<sup>6</sup>, las AO deben tener capacidad para atender al 10% de la demanda urgente diaria. En el año 2000, Montero et al analizaron la situación de las AO de los SUH en España, y destacaba que más de la mitad de los hospitales nacionales tenían un número insuficiente de camas de observación<sup>5</sup>.

Una media de 34 enfermos/día fueron atendidos en el AO en turno de mañana durante el periodo de estudio, situación que refleja un entorno de sobrecarga asistencial. La principal causa de esta situación, que ha pasado a ser cotidiana en los SUH, es la utilización de este área como zona de prehospitalización a la espera de cama en planta<sup>7</sup>.

**Tabla 2.** Diagnósticos más frecuentes ingresados en planta desde el área de observación

Diagnóstico	Nº de casos (%)
Síndrome coronario agudo	17 (12)
Neumonía	13 (9,2)
Insuficiencia cardiaca	11 (7,7)
Insuficiencia respiratoria	9 (6,3)
Accidente cerebrovascular	9 (6,3)
Reagudización EPOC	7 (4,9)
Arritmia cardiaca	6 (4,2)
Síncope	6 (4,2)
Dolor abdominal	6 (4,2)
Hemorragia digestiva	5 (3,5)
Abceso	4 (2,8)
Pancreatitis	3 (2,1)
Encefalopatía hepática	3 (2,1)
Pielonefritis	3 (2,1)
Otros	40 (28,2)

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

La falta de recursos para hospitalización convencional trasciende en la dinámica asistencial de las AO, ya que genera un consumo de espacio que repercute negativamente en la intimidad de los enfermos y dificulta la vigilancia y tratamiento de enfermedades agudas.

Las AO fueron diseñadas como áreas de tratamiento y evaluación; teóricamente, ha de ser una zona donde resolver incertidumbres diagnósticas, tratar procesos agudos de resolución rápida y evitar ingresos hospitalarios innecesarios<sup>8,9</sup>. Con el fin de evitar la excesiva utilización del área, los enfermos ingresados han de estar correctamente seleccionados, con un perfil clínico bien determinado y durante un periodo de tiempo limitado, necesario para una adecuada orientación diagnóstica y terapéutica. Sin embargo, la realidad que se vive a diario dista de estas funciones, los retrasos en el ingreso hospitalario han convertido el AO en plantas de prehospitización con periodos de espera de ingreso superiores a 24 horas en un alto porcentaje de enfermos. Los enfermos con indudables criterios de ingreso convencional son inadecuados para estas áreas hospitalarias y reflejan una mala utilización de las mismas<sup>10</sup>.

En nuestro estudio, el perfil clínico más frecuente del enfermo ingresado en el AO es de un varón con una media de edad de 63,5 años, con patología crónica y cuyo motivo de ingreso estuvo en relación con su patología de base. Tan sólo un 26% de la muestra analizada no tenían antecedentes médicos de interés. El porcentaje de enfermos ingresados, un 46%, es similar al descrito en otras series<sup>4,11</sup>. Medicina interna fue el destino más frecuente de los enfermos ingresados, seguido de cardiología, los diagnósticos más prevalentes fueron síndrome coronario agudo, neumonía e insuficiencia cardiaca.

Se han establecido indicadores de calidad referidos al AO como son el porcentaje de pacientes asistidos en urgencias que pasan a observación y el porcentaje de ingresos desde urgencias<sup>12</sup>. Además, se han propuesto otros indicadores como la estancia media, características demográficas y diagnósticos más frecuentes<sup>5</sup>.

Como aspecto novedoso hemos definido dos variables diseñadas con el fin de evaluar la adecuación de los criterios de hospitalización desde urgencias: la "concordancia diagnóstica", que compara el diagnóstico de ingreso desde urgencias con el juicio clínico emitido en el informe de alta de planta y la variable "ingreso adecuado" definida como una estancia en planta de hospitalización superior a 72 horas. En nuestro análisis, estas variables tuvieron unos valores del 89,3% y un 93% respectivamente. Desde el punto de vista de calidad asistencial la utilización de estas variables puede ser útil para evaluar los criterios de ingreso desde observación, si bien son necesarios futuros estudios que contrasten la utilidad de las mismas para poder ser finalmente validadas como indicadores de calidad.

Para evitar el colapso de las AO es función primordial del médico de urgencias regular los flujos de entrada y revisar periódicamente los enfermos ingresados. El conocimiento lo más preciso posible del perfil y de los diagnósticos más frecuentes son de utilidad para obtener patrones válidos y evidencia para la planificación de los recursos necesarios<sup>13</sup>. Todo ello conduce a la necesidad de diseñar y aplicar protocolos reales de ingreso en AO<sup>14,15</sup>.

Por otro lado, como hemos comentado, la principal causa de sobrecarga asistencial la constituyen los enfermos pendientes de ingresar en la planta. Estos flujos de salida no dependen de la Unidad de Urgencias exclusivamente, y es necesaria una gestión de camas coordinada entre los diferentes servicios hospitalarios y la Dirección Médica del centro<sup>16</sup>. Recientemente, SEMES ha publicado una monografía respecto a la gestión asistencial de los SUH en la que se exponen alternativas a la hospitalización convencional, como son las unidades de corta estancia<sup>17</sup> o de hospitalización a domicilio<sup>18,19</sup>.

La principal limitación de este estudio radica en que se ha analizado la dinámica de trabajo en el AO durante 9 días en turno de mañana, y se ha excluido la actividad desarrollada durante la tarde y la noche. La introducción de nuevas variables, anteriormente no descritas, ("concordancia diagnóstica" e "ingreso adecuado"), pueden servir para evaluar la adecuación de los ingresos hospitala-

rios desde urgencias, si bien las mismas no están contrastadas con otros estudios ni validadas como indicadores de calidad.

## Bibliografía

- 1 Millá J. Urgencias médicas: algo más que una serie televisiva. *Med Clin (Barc)* 2001;117:295-6.
- 2 Sieck S. The evolution of a new standard of hospital care. Paradigm shift to the emergency department and the role of point of care testing. *Point of Care* 2006;5:2-5.
- 3 Sánchez López A, Bueno Cavanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005;17:138-44.
- 4 Tristanco Garzón A, Pino de Moya E, Herrera Carranza M, Caballero García F, Martínez Marcos FJ, García Garmendia JL. Área de cuidados mínimos. Un complemento de la observación de urgencias hospitalaria. *Emergencias* 2001;13:320-4.
- 5 Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Murillo L, Berlango A, Pérez I, Pérula L. Situación actual de los servicios de Urgencias Hospitalarias en España: Áreas de Observación. *Emergencias* 2000;12:259-68.
- 6 Aljama Alcántara M, López Andujar L, Fernández Valderrama J, Jiménez Murillo L, Tejedor Fernández M, Torres Roldán R. Estándares de acreditación para servicios de urgencias de hospitales. SEMES. 2004.
- 7 Caballero A, Garrido I, Montero E, Montilla MA, Herrera J, Navarro A. ¿Por qué ingresan los pacientes en una unidad de observación de un hospital general? *Emergencias* 1996;8:184.
- 8 Ferrer Tarres JM, Prat Marín A, Tomás Vecina S. Revisión de la utilización de las áreas de observación de urgencias hospitalarias. *Med Clin (Barc)* 2003;121:793-8.
- 9 Ollero Baturone M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2001;116:655-7.
- 10 Pere Tudela, Modol JM. Urgencias hospitalarias. *Méd Clin (Barc)* 2003;120(18):711-6.
- 11 Formento EA, Calpe Gil MJ, Ros Tristán C, Garzarán Teijeiro A, Martínez Burgui JA, Galve Royo F. Importancia de un sistema informático de registro en las unidades de observación de los Servicios de Urgencias. *Emergencias* 2008;20:35-40.
- 12 Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Plan andaluz de Urgencias y Emergencias. 2000.
- 13 José Luis Perona Larraz. Segunda paradoja: Las Urgencias no son muy urgentes. En: *Círculo de la sanidad. Mitos y paradojas de la sanidad en España. Una visión crítica.* Madrid: SPA, 2007:271-85.
- 14 Crenshaw LA, Lindsell CJ, Storrow AB, Lyons MS. An evaluation of emergency physician selection of observation unit patients. *Am J Emerg Med* 2006;24:271-9.
- 15 Brillman J, Mathers-Dunbar L, Graff L, Joseph T, Leikin JB, Schultz C, et al. Management of observation units. *Annals of Emergency Medicine* 1995;25:823-30.
- 16 Salazar Soler A. Gestión centralizada de los ingresos hospitalarios: modelo de priorización de las camas. *Monografías Emergencias* 2008;2:1-3.
- 17 Salazar A, Juan A, Corbella X. Unidades asistenciales de apoyo a urgencias: la unidad de corta estancia de urgencias. *Monografías Emergencias* 2008;2:9-11.
- 18 Porta Castejón R, Germán Tomás A, Tomás Vecina S. Unidades de hospitalización a domicilio como alternativa a la hospitalización convencional: organización y su repercusión en los servicios de urgencias. *Monografías Emergencias* 2008;2:12-19.
- 19 Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de Urgencias. *Emergencias* 2008;20:48-53.

## Observation unit activity in a community hospital

Estella A, Pérez-Bello Fontañá L, Sánchez Angulo JI, Toledo Coello MD, Del Águila Quirós D

**Objective:** To describe the characteristics of patients admitted to our community hospital emergency observation unit; calculate the percentage of patients discharged, admitted, or transferred to other hospitals; and evaluate the reasons for hospital admission and consistency between emergency and hospital ward discharge diagnoses.

**Methods:** Data for patients admitted to a 24-bed observation unit were studied. Variables analyzed were age, sex, comorbidity, destination on discharge from the emergency department (home, observation unit, hospital ward, or transfer to another hospital), consistency between emergency department and hospital ward diagnoses, and admission appropriateness (defined by a stay of > 72 hours on the hospital ward).

**Results:** A total of 307 patients were included. The mean (SD) age was 63 (20) years and 41% were female. Fifty-one percent had a chronic condition related to the reason for seeking emergency care. The reason for observation unit admission that was of highest prevalence was chest pain (16.6%). Forty-six percent were discharged home from the observation unit and 46% were admitted, primarily to specialized medical wards. The most common discharge diagnoses were acute coronary syndrome (12.1%), pneumonia (10%), heart failure (7.1%), respiratory failure (6.4%), and stroke (6.4%). The hospital discharge diagnosis was consistent with the emergency department diagnosis in 89.3% of the cases and admission to a ward was considered appropriate in 93%.

**Conclusions:** Observation unit patients are usually over 60 years old and have chronic diseases related to the reason they require emergency care. Most hospital admissions made from the observation unit are appropriate and there is good consistency between the emergency department diagnosis and the ultimate hospital discharge diagnosis. [*Emergencias* 2009;10:95-98]

**Key words:** Observation unit. Emergency department. Patient care management.