

Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España. Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1)

FERRAN LLOPIS ROCA¹, ANTONI JUAN PASTOR³, CARLES FERRÉ LOSA², FRANCISCO JAVIER MARTÍN SÁNCHEZ⁴, PERE LLORENS SORIANO⁵, GONZALO SEMPERE MONTES⁶, CARMEN NAVARRO BUSTOS⁷, MIKEL MARTÍNEZ ORTIZ DE ZÁRATE⁸, EN REPRESENTACIÓN DEL GRUPO DE COLABORADORES DEL PROYECTO REGICE

¹Servicio de Urgencias, ²Unidad de Corta Estancia de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. ³Servicio de Urgencias, Medicina Interna y Enfermedades infecciosas, Hospital Universitari Josep Trueta, Girona, España. ⁴Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ⁵Servicio de Urgencias, Unidad de Corta Estancia y Hospitalización a Domicilio, Hospital Universitario, Alicante, España. ⁶Servicio de Urgencias y Unidad de Corta Estancia, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia, España. ⁷Servicio de Urgencias, Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla, España. ⁸Servicio de Urgencias, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao, España.

CORRESPONDENCIA:

Ferrán Llopis Roca
Servicio de Urgencias
Hospital Universitari de Bellvitge
C/ Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona, España
E-mail:
fllopis@bellvitgehospital.cat

FECHA DE RECEPCIÓN:

5-4-2013

FECHA DE ACEPTACIÓN:

27-6-2013

CONFLICTO DE INTERESES:

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Objetivo: El proyecto REGICE pretende conocer la realidad actual de las unidades de corta estancia (UCE) en España. El estudio REGICE 1 ofrece información sobre estructura, ubicación, dependencia funcional y dotación de profesionales que trabajan en las UCE.

Método: Estudio transversal mediante encuesta a todos los hospitales españoles presentes en la web del Ministerio de Sanidad (año 2012). Se solicitó información estructural y organizativa a los responsables de los hospitales que contestaron disponer de UCE.

Resultados: De los 591 hospitales encuestados 67 (11,3%) informaron disponer de UCE y 48 (71,6%) forman parte del REGICE 1. El 65% de UCE depende de urgencias, el 23% de medicina interna y el 12% de otros servicios. El 52% se ubica en una planta de hospitalización y el 44% en urgencias. El número promedio de camas es de 15 (rango: 5-30). En el 60% el jefe de urgencias es el responsable de la unidad, en el 23% el de medicina interna, y en el 42% disponen de jefe propio diferente al jefe del servicio del que dependen. El número y organización horaria de los médicos es muy variable, con un ratio médico/camas de 1:5,8 (rango 1:2-1:12), no así el de personal de enfermería, que está mucho más estructurado. Un 70% participan en la formación de residentes.

Conclusiones: Sólo el 11,3% del total de hospitales encuestados dispone de UCE. La dependencia funcional mayoritariamente es del servicio de urgencias y hay una gran heterogeneidad en la organización de sus profesionales. [Emergencias 2014;26:57-60]

Palabras clave: Unidad de corta estancia. Urgencias. Proyecto REGICE.

Introducción

La problemática relacionada con la saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha sido analizada desde sus múltiples perspectivas¹ y ha llevado a la implementación de distintos dispositivos asistenciales que han permitido ordenar y minimizar el impacto de los ingresos urgentes. Entre las diferentes medidas están las unidades de corta estancia (UCE), destinadas a la hospitalización de pacientes en los que se prevé una rápida estabilización, con estancias medias es-

timadas, según los centros, entre 48 y 72 horas^{2,3} y que se han mostrado como una herramienta útil en la gestión de camas hospitalarias^{4,5}, con un buen perfil de seguridad y satisfacción de los pacientes, sin un aumento en la mortalidad ni en las tasas de reingreso⁶⁻⁸. Dado que uno de los factores principales que condiciona la saturación de los SUH es la falta de camas disponibles para el ingreso de los pacientes ubicados en el SUH, la existencia de dispositivos asistenciales del tipo de las UCE puede ser una de las medidas a tener en cuenta al abordar sus posibles soluciones⁹.

En las dos últimas décadas este dispositivo asistencial se ha extendido en España. Hemos conocido la existencia de estas unidades a través de comunicaciones a congresos o artículos científicos, pero desconocemos su realidad: cuántas hay, dónde están, qué número de camas tienen, cómo se organizan, de quién dependen y cuál es su actividad. Para ello, se ha desarrollado el proyecto REGICE (Registro de las Unidades de Corta Estancia en España). En el estudio REGICE 1 presentamos los resultados sobre características estructurales, ubicación, dependencia funcional y dotación de profesionales.

Método

Se realizó un estudio transversal basado en una encuesta que incluyó a todos los responsables de las UCE de los hospitales españoles en el año 2012. El estudio se llevó a cabo en dos tiempos: 1) se realizó una primera encuesta exploratoria mediante contacto telefónico a un miembro de cada centro, coordinador del servicio de admisión o en su defecto del servicio de urgencias, de los 591 hospitales que figuraban en la página web del Ministerio de Sanidad (disponible en: <http://www.msc.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/home.htm>) para conocer la existencia o no de UCE y su disposición a participar en el estudio REGICE; y 2) se realizó una segunda encuesta descriptiva mediante un formulario enviado vía electrónica a los responsables de las UCE, o en su defecto a un médico adjunto designado, de los 67 centros que respondieron en la primera encuesta que disponían de UCE.

Se desarrolló un primer cuestionario con el fin de explorar los centros hospitalarios que disponían de UCE. Las variables recogidas fueron: ¿dispone el hospital de UCE donde ingresen pacientes procedentes de urgencias?, y ¿de qué servicio depende la UCE? (urgencias, medicina interna, neumología, independiente u otro). El segundo cuestionario contenía 6 preguntas sobre datos estructurales y de 10 sobre organización de los profesionales a contestar por los centros con UCE.

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias, las cuantitativas en su media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC) en caso de no distribuirse de forma normal. Para el análisis descriptivo y procesamiento de los datos se usó el programa Excel.

Resultados

En el total de 591 hospitales encuestados identificamos 67 (11,3%) UCE, situadas en la mayoría

de comunidades autónomas excepto Navarra, Aragón, Extremadura y las Islas Canarias. A día 8 de febrero de 2013 han aportado sus datos y forman parte del registro REGICE 1 48 (71,6%).

Las primeras UCE datan de finales de los años 80 (1986 Hospital Virgen de la Macarena en Sevilla, 1989 hospitales La Fe en Valencia y Vall d'Hebron en Barcelona). Sin embargo, es a mediados de los años 90 cuando se produce el verdadero desarrollo de dichas unidades (Figura 1): 15 en el segundo quinquenio 1995-2000, y otras 29 desde el año 2001 hasta la actualidad, las más recientes el Hospital de Viladecans en Barcelona y el Complejo Asistencial en Soria en 2011 y el Hospital Virgen de las Nieves en Granada en 2012.

La Tabla 1 muestra los datos más relevantes sobre la estructura y la organización de los profesionales. El 83% (40/48) de UCE están abiertas los 12 meses del año y el 6% (3/48) entre 10 y 11 meses. La asignación de médicos a estas unidades es muy variable: así observamos desde la ausencia de facultativos médicos propiamente dichos (en el Hospital del Bierzo en Ponferrada, la UCE es utilizada indistintamente por especialistas de medicina interna o neumología una vez sus enfermos ingresan desde urgencias) hasta la implicación de todos los facultativos del SUH (Hospitales de Manacor, Virgen de las Nieves de Granada o Severo Ochoa de Leganés) pasando por la asignación de facultativos exclusivos y especializados en estas unidades. El número de médicos que trabajan habitualmente en las UCE suele ser entre 2 y 4 (56%) con una ratio médico/camas de 1:5,8 (rango 1:2-1:12). El personal de enfermería y auxiliar se distribuye en el 100% de los casos en turnos de mañana, tarde y noche con mayor dotación en los de mañana (los datos de la tabla corresponden a días laborables, distribución muy similar pero menor los días festivos). Dos de cada tres UCE

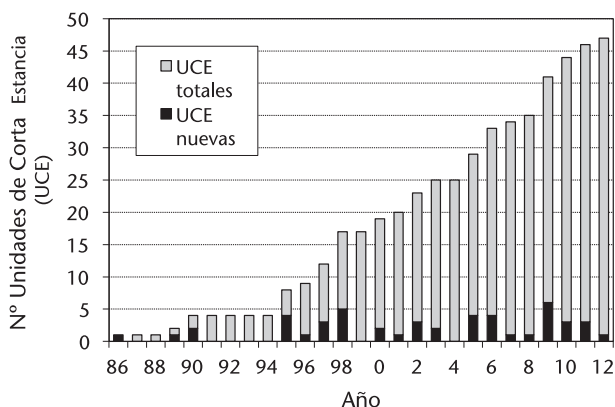


Figura 1. Año de creación de las 48 unidades de corta estancia (UCE) que participaron en el REGICE 1.

Tabla 1. Datos estructurales y de organización de los profesionales de las 48 unidades de corta estancia (UCE) que participaron en el REGICE 1

	N (%)
Dependencia funcional	
Urgencias	31 (65)
Medicina interna	11 (23)
Independientes (dirección)	5 (10)
Urgencias y medicina interna	1 (2)
Ubicación	
Planta de hospitalización	25 (52)
Urgencias	21 (44)
Otras localizaciones	2 (4)
Nº promedio de camas [media (DE) (rango)]	15,1 (6,3) (5-30)
Tipo de habitaciones	
Camas individuales + camas dobles	12 (25)
Camas dobles únicamente	11 (23)
Camas individuales únicamente	9 (19)
Camas individuales + otras combinaciones	5 (10)
Otras combinaciones (sistema boxes, sala...)	11 (23)
Camas monitorizadas (telemetría)	15 (31)
Responsable de la unidad	
Jefe de urgencias	29 (60)
Jefe de medicina interna	11 (23)
Director médico	3 (6)
Jefe o coordinador de la UCE	2 (4)
Otros	3 (6)
Jefe propio (diferente al jefe del servicio)	20 (42)
Nº médicos/camas [ratio media (rango)]	1:5,8 (1:2-1:12)
Organización horaria de los médicos	
Laborables	
Turno mañana + guardia	28 (58)
Turno de mañana + turno tarde + guardia	16 (33)
Otras combinaciones	4 (8)
Festivos	
Pase de visita + guardia	17 (35)
Guardia (12 h o 24 h)	31 (65)
Guardia	
Propia de UCE	6 (13)
Compartida con urgencias	20 (42)
Compartida con medicina interna	16 (33)
Otros modelos	6 (13)
Personal de enfermería	
Laborables [media (DE)] (rango)	
Turno mañana	2,17 (1,01) (1-4)
Turno tarde	1,83 (0,79) (1-4)
Turno noche	1,43 (0,65) (1-3)
Personal auxiliar de enfermería	
Laborables [media (DE)] (rango)	
Turno mañana	1,82 (0,83) (0,5-4)
Turno tarde	1,61 (0,66) (0,5-3)
Turno noche	1,16 (0,52) (0-3)
Personal de soporte a la unidad	
Personal administrativo propio	20 (42)
Tiempo completo/parcial (%)	12/8 (60/40)
Celador propio	11 (23)
Tiempo completo/parcial (%)	6/5 (55/45)
Personal de limpieza propio	19 (40)
Tiempo completo/parcial (%)	12/7 (63/37)
Formación de residentes	
Rotación de residentes	33 (69)
Rotación obligatoria	19 (58)
Rotación optativa	8 (24)
Rotación obligatoria/optativa	6 (15)

dispone de médicos residentes en formación, la mayoría de ellos de las especialidades de medicina familiar y comunitaria y de medicina interna.

Discusión

La proporción de hospitales que disponen de UCE es relativamente pequeña. El despliegue de estas unidades se ha producido especialmente a lo largo de la última década. En este periodo los SUH han experimentado una importante progresión en la adopción de medidas de gestión para paliar los problemas de saturación sobre todo en relación a la falta de camas disponibles para ingreso. En este sentido, se han desarrollado alternativas a las unidades de hospitalización convencional (UHC), como son las UCE, las unidades de observación (UO), las unidades de hospitalización a domicilio (UHD) y las unidades de diagnóstico rápido (UDR)¹⁰. Sobre las UO y las UHD hay recomendaciones sobre su estructura, cartera de servicios y estándares de calidad de proceso y de resultado¹¹⁻¹⁴ y se conocen datos suficientes de las UHD¹⁴. En cambio, sobre las UCE, hasta el momento disponíamos de escasa información. Según los datos de REGICE 1, una UCE tipo en España tendría unas 15 camas, dependería del SUH, estaría ubicada fuera del SUH, contaría con dos enfermeras en turno de mañana y tarde, con un equipo médico muy variable tanto en número como en distribución horaria, con guardia compartida, sin pase de visita en fin de semana y con el personal de soporte compartido.

Surgidas a menudo desde los propios SUH como una respuesta a la demanda asistencial, parece hasta cierto punto lógico comprobar que la mayoría de las UCE dependen funcionalmente del SUH y, en menor proporción, de otros servicios o direcciones^{6,9,15}. Esta cuestión genera un debate, en especial con los servicios de medicina interna, sobre las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones de dependencia. Ésta es una discusión abierta y en la que cabe considerar como elementos del análisis la función y objetivos de las UCE, aspectos motivacionales, dedicación preferente o compartida, capacitación de los profesionales, la posibilidad de desarrollo profesional en el caso de los *urgenciólogos* y, en última instancia, las características propias de cada centro.

En cuanto al personal, la dotación de enfermería es proporcional al número de camas pero la de los facultativos es mucho más heterogénea, entre otras cosas, por la dificultad de los encuestados para calcular y delimitar la dedicación exacta de cada profesional en horas/jornada en las UCE organizadas a partir de profesionales compartidos con otros servicios. En ese sentido, parece aconsejable que las UCE dispongan de un equipo médico propio, con su personal distribuido en turnos de mañana/tarde/noche y una organización que garantice la continuidad asistencial (ingreso-alta) todos los días de la semana.

Nuestro estudio tiene dos limitaciones principales: la primera, el posible sesgo derivado de las UCE no incluidas, y la segunda, la ausencia de verificación de los datos. A pesar de ello, la información recogida puede ser de utilidad tanto para aquellos hospitales que tengan UCE, como para aquéllos que se planteen incorporar este recurso asistencial.

Adenda 1

Grupo de colaboradores del proyecto REGICE: Francesc Sanpedro (Hospital Vall d'Hebron) Josep María Guardiola (Hospital de Sant Pau), Marta Guzmán (Hospital General de Catalunya), Ana Álvarez (Hospital Mútua de Terrassa), María Arránz (Hospital de Viladecans), Manuel Daza (Hospital de Mataró), Emilia Cortés (Hospital de Calella), María José Rallo (Hospital Verge de la Cinta de Tortosa), Jordi Requena (Pius Hospital de Vallés), Víctor Pérez (Hospital de Blanes), Àngels Masabeu (Hospital de Palamós), M^a Aurora Rúa (Hospital Son Espases), Pere Serra (Fundació Hospital de Manacor), Federico Guerrero (Hospital General de Castellón), José Carlos Núñez (Hospital Clínico Universitario de Valencia), José Antonio Lull (Hospital Francisco de Borja de Gandía), Manuel Ballester (Hospital Universitario La Fe), Pilar Palau (Hospital Universitario Dr. Peset), Amadeo Almela (Hospital Arnau de Vilanova de Valencia), Ángel Nieto (Hospital Lluís Alcanyís de Xàtiva), Ramón Guirao (Hospital General de Elche), Mar Segarra (Hospital General de Elda-Virgen de la Salud), María Encarna Hernández (Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca), Juan Vicente Calderón (Hospital General Universitario Reina Sofía), Juan Jorge González Armengol (Hospital Clínico San Carlos), Juan Anduiza (Hospital Gregorio Marañón), Ana Martínez (Hospital La Paz), Javier Solís (Hospital Universitario Infanta Leonor), Alfonso Martín (Hospital Universitario Severo Ochoa), Ricardo Juárez (Hospital General Talavera de la Reina), Javier Gil (Hospital Virgen de la Salud de Toledo), Asunción Costa (Hospital Universitario de Guadalajara), Antonio Ferreira (Hospital El Bierzo), Luis Lapuerta (Complejo Asistencial de Soría), Basilio Soto (Hospital Universitario Virgen del Rocío), Carlos Castro (Hospital Punta Europa), Antonio Porras (Hospital San Cecilio), Juan Sánchez (Hospital Virgen de las Nieves), Juan Larruskain (Hospital Universitario de Basurto), Valentín Lisa, Pedro Marco (Hospital San Pedro de Logroño), Arturo González (Hospital Universitario de Santiago), Manuel García (Hospital Universitario Lucus Augusti), Javier de la Fuente (Povisa Hospital), Julio Noval (Hospital de Cabueñes), Joaquín Alfonso (Hospital Valle del Nalón de Langreo).

Bibliografía

- Hoot NR, Aronsky D. Systematic review of Emergency Department crowding: causes, effects and Solutions. *Ann Emerg Med.* 2008;52:126-36.
- Alonso G, Escudero JM. The emergency department short stay unit and the hospital at home as alternatives to standard inpatients hospitalisation. *An Sist Sanit Navar.* 2010;33(Suppl 1): 97-106.
- Torres Salinas M, Capdevila Morell JA, Armario García P, Montull Moller S, Grupo de Trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2005;124:620-6.
- Juan A, Enjamio E, Moya C, García Fortea C, Castellanos J, Pérez Mas JR, et al. Impacto de la implementación de medidas de gestión hospitalaria para aumentar la eficiencia en la gestión de camas y disminuir la saturación del servicio de urgencias. *Emergencias.* 2010;22:249-53.
- Corbella X, Ortega B, Juan A, Ortega N, Gómez-Vaquero C, Capdevila C, et al. Alternatives to conventional hospitalization for improving lack of access to inpatient beds: A 12-year cross-sectional analysis. *J Hosp Administ.* 2013;2:9-21.
- 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 hospitalization. *Emerg Med J.* 2006;23:833-7.
- Juan A, Jacob J, Llopis F, Gómez-Vaquero C, Ferré C, Pérez-Mas JR, et al. Análisis de la seguridad y la eficacia de una unidad de corta estancia en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias.* 2011;23:175-82.
- Abenheim HA, Kahn SR, Raffoul J, Becker MR. Program description: a hospitalist-run, medical short-stay unit in a teaching hospital. *Can Med Associat J.* 2000;28;163:1477-80.
- 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 en un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias.* 2009;21:87-94.
- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias.* 2008;20:48-53.
- Cooke MW, Higgins J, Kidd P. Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerg Med J.* 2003;20:138-42.
- Baugh CW, Venkatesh AK, Bohan JS. Emergency department observation units: A clinical and financial benefit for hospitals. *Health Care Manage Rev.* 2011;36:28-37.
- Wiler JL, Ross MA, Ginde AA. National study of emergency department observation services. *Acad Emerg Med.* 2011;18:959-65.
- Sanroma Mendizábal P, Sampedro García I, González Fernández CR, Baños Canales MT. Hospitalización Domiciliaria: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos. 2011, Fundación Marqués de Valdecilla. (Consultado 10 Marzo 2013). Disponible en: <http://www.sehad.org/bibliografia.html>.
- Barbado Ajo MJ, Jimeno Carruez A, Ostolaza Vázquez JM, Molinero de Dios J. Unidades de Corta Estancia dependientes de Medicina Interna. *An Med Interna.* 1999;16:504-10.

Register of short-stay units in Spain, the REGICE Project, study 1: location, organizational features, and staffing

Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, Navarro Bustos C, Martínez Ortiz de Zárate M, Grupo de colaboradores del proyecto REGICE

Objective: The aim of the REGICE project is to describe the real situation of short-stay units (SSU) in Spain. The project's first study provided information on their organizational structure, location, responsible hospital department, and staffing.

Methods: Cross-sectional study based on a survey of all Spanish hospitals listed on the web page of the Ministry of Health in 2012. Hospital directors who reported that their facilities had SSU were asked to provide information on how they were structured and how staff were organized.

Results: Of the 591 hospitals surveyed, 67 (11.3%) had a SSU; 48 of them (71.6%) were included in the database for the REGICE 1 study. Sixty-five percent of the units were administered by the emergency department (ED), 23% by internal medicine and 12% by another department. Fifty-two percent were located on a conventional hospital ward and 44% in the ED area. The mean (SD) number of beds was 15.08 (6.34) (range, 5-30 beds). The ED chief was responsible for the unit in 60% of the hospitals and the internal medicine department in 23%; 42% of the units had a chief of service other than the head of the department the unit belonged to. The number of staff physicians and their work scheduled varied greatly. The ratio of physicians to beds was 1:5.8 (range, 1:2-1:12). Nursing staff was more similar across hospitals. Seventy percent of the short-stay units participated in training resident physicians.

Conclusions: Only 11.3% of the surveyed hospitals have a SSU. These units usually belong to the ED. Staff organization in these units varies greatly from hospital to hospital. [*Emergencias* 2014;26:57-60]

Keywords: Short-stay unit. Emergency health services. REGICE Project.