

EDITORIAL

Unidad de corta estancia: una apuesta ganadora y segura para el hospital*Short-stay units: a safe, winning bet for hospitals*

Javier Jacob Rodríguez

Las unidades de corta estancia (UCE) aparecieron en España a mediados de la década de los 90 y son sin lugar a dudas un claro ejemplo de la capacidad adaptativa que tienen los servicios de urgencias (SU) ante las situaciones de gran presión asistencial^{1,2}. Su aparición da respuesta a una demanda de hospitalización no cubierta por la hospitalización convencional y ha convertido a los profesionales que trabajaban en ellas en auténticos expertos en el manejo de las patologías crónicas agudizadas y de procesos agudos no complejos, generalmente de tipo infeccioso, que requieren una hospitalización para asegurar una correcta evolución. Sin embargo, la implantación de la UCE en los hospitales todavía es baja. El estudio REGICE1 realizó una encuesta a los 591 hospitales españoles registrados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Bienestar, para conocer el grado de implantación de estas unidades. Únicamente 67 (11,3%) tenían UCE³. Es cierto que hay comunidades que tienen mayor implantación de estas unidades, y así en Cataluña su presencia aumenta hasta un 35,4% como muestran los datos del Estudio SUHCA^{1,4}. Otro dato de interés que muestra el estudio REGICE1 es la dependencia orgánica de la UCE, y destaca que un 65% de ellas depende del SU. Esta dependencia del SU es lógica, dado que en muchas ocasiones han sido los propios SU los que han creado la unidad como respuesta a la demanda asistencial. El otro servicio implicado en la gestión de la UCE es medicina interna, lo cual siempre ha creado un debate de quién lo hace mejor. El hecho que una UCE dependa de urgencias no es mejor ni peor, es sencillamente diferente⁵. Pero la evidencia científica generada en estas UCE dependientes de urgencias es cada vez mayor, y demuestra su seguridad con diferentes procesos como la neumonía, la insuficiencia cardíaca aguda (ICA) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), y en el anciano⁶⁻¹⁰, con un elevado grado de satisfacción por parte de los pacientes¹¹. La característica principal de la UCE es su elevada actividad asistencial, gracias a una estancia aproximada de 3 días, un porcentaje de altas a domicilio de alrededor del 80% y una mortalidad hospitalaria del 2,8%¹². Para conseguir estos resultados es necesario cumplir de manera estricta una serie de criterios de selección, en los pacientes que van a ingresar. Fundamentalmente, deben ser pacientes con un proceso agudo ya diagnos-

ticado y estable, con una estancia previsible inferior a 72 horas, con necesidades mínimas de pruebas complementarias y que puedan ser dados de alta a domicilio o beneficiarse de control por equipo de hospitalización a domicilio o centro de subagudos¹³. Esto hace que los principales motivos de ingreso en la UCE sean la IC (8,2%), la exacerbación de la EPOC, asma o bronquitis (6,5%), la patología infecciosa del riñón y tracto urinario (5,5%) y la infección respiratoria (4,8%).

Una crítica, de carácter subjetivo, a estas unidades ha sido el posible incremento del ingreso inapropiado o poco adecuado, según la generosidad de la crítica, que puede generar la presencia de una UCE, lo cual deriva en un aumento en los ingresos hospitalarios y, por lo tanto, en unos peores resultados globales del hospital. En los últimos años han aparecido trabajos que aportan evidencia científica en relación con el impacto que supone la UCE en la gestión del resto de los recursos hospitalarios. Al respecto, disponemos de datos objetivos en un proceso de elevada prevalencia en la UCE que es la ICA. Un análisis de los datos del Registro EAHFE¹⁴ demostró dos cosas interesantes. La primera fue que la presencia de una UCE se asoció de manera significativa a un aumento de los ingresos hospitalarios por ICA con un incremento absoluto ajustado de un 8,9% (IC95%, de 6,5% a 11,4%). Sin embargo, se asoció también con una disminución significativa en la reconsulta por ICA a urgencias a los 30 días con una diferencia absoluta ajustada de -10,3% (IC95% de -16,9% a -3,7%). Por lo tanto la existencia de una UCE permite a los *urgenciólogos* disponer de un recurso que aumenta la seguridad en la toma de decisiones, no teniendo que dar altas inapropiadas o con elevado riesgo de reconsulta. La segunda fue que hubo un descenso significativo de la estancia hospitalaria en los hospitales con UCE, con una diferencia absoluta ajustada de -2,2 días (IC95% de -2,7 a -1,7 días), lo cual repercute en unos mejores resultados globales hospitalarios. Hay que añadir que este descenso de la estancia hospitalaria no se acompañó de resultados negativos en términos de seguridad clínica, ya que no hubo diferencias significativas en la mortalidad y reconsulta a 30 días, con una diferencia absoluta ajustada -0,5% (IC95% de -2,6% a 1,6%) para la primera y de 1,3% (IC95% de -1,9% a 4,5%) para la segunda.

Filiación de los autores: Servicio de Urgencias, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

Contribución de los autores: El autor ha confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Información para correspondencia: Javier Jacob. Servicio de Urgencias. Hospital Universitari de Bellvitge. IDIBELL. Feixa Llarga, s/n. 08907, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona., España.

Correo electrónico: jjacob@bellvitgehospital.cat

Información del artículo: Recibido: 25-04-2017. Aceptado: 25-04-2017. Online: 3-5-2017.

Editor responsable: Óscar Miró, MD, PhD.

El estudio de Richard Espiga *et al.* nos ofrece más evidencia científica con respecto a qué aporta la creación de una UCE a un hospital. Este interesante trabajo, de diseño cuasiexperimental, estudia el impacto que supone poner en marcha una UCE en un hospital de tercer nivel en cuanto a indicadores de gestión clínica y de calidad asistencial del hospital y de las unidades de hospitalización convencional. Para realizar este trabajo, los autores comparan dos periodos de tiempo antes (año 2012) y después (años 2013 a 2015) de la puesta en marcha de la UCE. Los resultados de este estudio coinciden con los resultados antes comentados: un descenso en la estancia media hospitalaria tras la puesta en marcha de la UCE, sin un aumento en la mortalidad intrahospitalaria ni el reingreso por el mismo diagnóstico principal tras el alta a los 30 días. En este estudio encontramos un resultado que llama mucho la atención, y es el hecho que pese a un incremento del número de visitas al SU cercano a un 8%, se produzca un descenso del porcentaje de ingresos hospitalarios desde urgencias, que fue de un 16,6% en el año 2012 y de un 14,9% en el 2015, tras la apertura de la UCE.

Respecto a la opinión que los pacientes tienen de la UCE, los autores completan el estudio con una encuesta de satisfacción, con unos resultados muy positivos, en consonancia con otros trabajos¹¹. Hay que destacar la buena valoración que se hace del respeto a la intimidad en la UCE. No dejan claro los autores si hacen referencia a la intimidad corporal o al derecho a la intimidad del paciente, que se basa, esencialmente, en la confidencialidad acerca de ciertos aspectos de su vida que no desean que se hagan públicos sin su autorización. Pero sin lugar a dudas, el hecho que las habitaciones sean individuales, facilita ambas cosas, situación más difícil de cumplir en la mayoría de centros hospitalarios, donde las habitaciones son dobles.

La evidencia actual deja claros todos los resultados positivos que ofrece la apertura de la UCE, por lo que se debe trabajar por implementar una UCE en todos los centros hospitalarios españoles.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en relación al presente artículo.

Financiación

El autor declara la no existencia de financiación externa por parte del presente artículo.

Artículo encargado y con revisión interna por el Comité Editorial

Bibliografía

- Tudela P, Mòdol JM. La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias*. 2015;27:113-20.
- Puig Campmany M, Ris Romeu J, Benito Vales S. Nuevas herramientas frente a la saturación en los servicios de urgencias hospitalarios: gestión de la estancia, toma de decisiones y flexibilidad operativa. *Emergencias*. 2015;27:424-5.
- Llopis Roca F, Juan Pastor A, Ferré Losa C, Martín Sánchez FJ, Llorens Soriano P, Sempere Montes G, et al. Proyecto REGICE: registro de las unidades de corta estancia en España: Localización, aspectos estructurales y dotación de profesionales (REGICE 1). *Emergencias*. 2014;26:57-60.
- Miró O, Escalada X, Gené E, Boqué C, Jiménez Fábrega FX, Netto C, et al. Estudio SUHCAT (1): mapa físico de los servicios de urgencias hospitalarios de Cataluña. *Emergencias*. 2014;26:19-34.
- Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín-Sánchez FJ, Sempere Montes G, Jacob Rodríguez J, et al. Análisis de los resultados de gestión de las unidades de corta estancia españolas según su dependencia funcional. *Emergencias*. 2015;27:109-12.
- Juan A, Jacob J, Gómez-Vaquero C, Ferré C, Pérez-Mas JR, Palom X, 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.
- Carbajosa V, Martín-Sánchez FJ, Llorens P, Herrero P, Jacob J, Alquézar A, et al. Factores asociados a estancias cortas en los pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2016;28:366-74.
- Juan Pastor A, Llopis Roca F, Masuet Aumatell C, Biosca Gómez De Tejada M, Salazar Soler A, Corbella Virós X. Estudio comparativo de pacientes con agudización de EPOC tratados con moxifloxacino oral frente a otros antibióticos por vía endovenosa en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2007;19:65-9.
- Fernández Alonso C, González Armengol JJ, Perdigonés J, Fuentes Ferrer ME, González Del Castillo J, Martín-Sánchez FJ. La utilidad de la escala Identification of Seniors at Risk (ISAR) para predecir los eventos adversos a corto plazo en los pacientes ancianos dados de alta desde una unidad de corta estancia. *Emergencias*. 2015;27:181-4.
- Piqueras Romero C, Calderón Hernanz B, Segura Frago A, Juárez González R, Berrocal Javato MA, Calleja Hernández MA. Ensayo clínico controlado y aleatorizado para evaluar el efecto que tiene la intervención de un farmacéutico especialista en los problemas relacionados con la medicación de pacientes ancianos ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias*. 2015;27:364-70.
- Gómez-Vaquero C, Guillaumont 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.
- Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al. Proyecto REGICE. Gestión clínica de las unidades de corta estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
- Alonso G, Escudero JM. La unidad de corta estancia de urgencias y la hospitalización a domicilio como alternativas a la hospitalización convencional. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(Supl 1):97-106.
- Miró O, Carbajosa V, Peacock WF, Llorens P, Herrero P, Jacob J, et al. The effect of a short-stay unit on hospital admission and length of stay in acute heart failure: REDUCE-AHF study. *Eur J Intern Med*. 2017 doi: 10.1016/j.ijim.2017.01.015.
- Richard Espiga F, Mòdol Deltell JM, Martín Sánchez FJ, Fernández Sierra A, Fernández C, Juan Pastor A. Impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) dependiente orgánicamente de urgencias en la gestión clínica y la calidad asistencial hospitalaria. *Emergencias*. 2017;29:149-53.