

## ORIGINAL

## Impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) dependiente orgánicamente de urgencias en la gestión clínica y la calidad asistencial hospitalaria

Fernando Richard Espiga<sup>1</sup>, Josep María Mòdol Deltell<sup>2</sup>, Francisco Javier Martín-Sánchez<sup>3</sup>, Abel Fernández Sierra<sup>4</sup>, Cristina Fernández Pérez<sup>5</sup>, Antoni Juan Pastor<sup>6</sup>

**Objetivo.** El objetivo principal fue estudiar el impacto de la creación de una unidad de corta estancia (UCE) en los indicadores de gestión clínica y de calidad asistencial del hospital y de las unidades de hospitalización convencional. El objetivo secundario fue conocer los resultados de estos mismos indicadores en la UCE y la satisfacción de los pacientes ingresados en ella.

**Método.** Estudio cuasiexperimental que comparó dos periodos de tiempo antes y después de la puesta en marcha de una UCE en un hospital universitario de tercer nivel: 1) Periodo 1: sin UCE (2012); 2) Periodo 2: con UCE (2013-2015). Para el objetivo principal, se seleccionaron los episodios de pacientes ingresados en el hospital, pertenecientes a los cinco grupos relacionados con diagnóstico (GRD) que más frecuentemente ingresan en la UCE, desde 2012 a 2015. Para el objetivo secundario, se seleccionaron todos los episodios de pacientes ingresados en la UCE de 2013 a 2015. Se recogieron de forma retrospectiva datos de calidad y gestión clínica. Se realizó una encuesta de satisfacción en una muestra de pacientes ingresados en la UCE.

**Resultados.** Se incluyeron 76.241 ingresos hospitalarios. 19.090 en el periodo 1 y 57.151 en periodo 2, de los cuales 2.705 fueron en la UCE. En el periodo con UCE disminuyó la estancia media del hospital (IRR 0,93; IC95% 0,91-0,95) y de las áreas médicas (IRR 0,94; IC95% 0,92-0,96) sin un incremento en los resultados adversos. La estancia media de la UCE se ha mantenido por debajo de los 3 días con un incremento del peso medio (IRR 1,08; IC95% 1,05-1,11). Se contestaron 320 encuestas (11,8% del total de pacientes ingresados) y todos los aspectos fueron puntuados de forma muy sobresaliente.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la apertura de una UCE podría contribuir a mejorar los indicadores de gestión clínica y de calidad asistencial del hospital y de las unidades de hospitalización convencional en aquellos GRD más frecuentemente ingresados en la UCE.

**Palabras clave:** Unidad de Corta Estancia. Indicadores calidad asistencial. Gestión clínica.

### Impact of an emergency department short-stay unit on clinical management and quality of hospital care indicators

**Objective.** The primary aim was to study the impact that creating a short-stay unit (SSU) had on clinical management and quality of care indicators of a hospital overall and its conventional wards. The secondary aim was to establish values for those indicators and determine the level of satisfaction of patients admitted to the SSU.

**Material and method.** Quasi-experimental before-after study of the impact of establishing a SSU in a tertiary care teaching hospital. The first period (without the SSU) was in 2012, the second (with the SSU) was from 2013 through 2015. To meet the first objective we selected cases in 2012 in which patients were hospitalized for problems related to the 5 diagnosis-related groups most often admitted to the SSU in the second period. To meet the second objective, we studied all patients admitted to the SSU in the second period. Data related to quality of care and clinical management were analyzed retrospectively, and asked them to complete a questionnaire on patient satisfaction.

**Results.** A total of 76 241 admissions were included: 19 090 in the first period and 57 151 in the second (2705 admissions were to the SSU). The mean hospital stay decreased in the second period (incidence rate ratio [IRR], 0.93; 95% CI, 0.91–0.95); the mean stay also decreased on medical wards (IRR, 0.94; 95% CI, 0.92–0.96) with no impact on adverse outcomes. The mean stay in the SSU was under 3 days in spite of an increase in the weighted mean (IRR, 1.08; 95% CI, 1.05–1.11). A total of 320 questionnaires were received (11.8% response rate); all aspects were assessed very highly.

**Conclusions.** Our experience suggests that opening a SSU could improve clinical management and quality of care indicators for a hospital overall and for its conventional wards in the context of the GRDs that most frequently lead to admissions.

**Keywords:** Short-stay unit. Health care quality indicators. Clinical management.

#### Filiación de los autores:

<sup>1</sup>Servicio Urgencias, Responsable de la UCE, Hospital Universitario de Burgos, España.

<sup>2</sup>Servicio Urgencias, Responsable de la Unidad de Corta Estancia del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Universidad Autónoma de Barcelona, España.

<sup>3</sup>Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

<sup>4</sup>Jefe Servicio de Codificación y Documentación Clínica, Hospital Universitario de Burgos, España.

<sup>5</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España, Facultad de Enfermería, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

<sup>6</sup>Director asistencial del Instituto Catalán de la Salud (ICS), España.

#### Contribución de los autores:

Todos los autores han confirmado su autoría en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

#### Autor para correspondencia:

Fernando Richard Espiga  
Servicio de Urgencias.  
Hospital Universitario de Burgos.  
Avda. Islas Baleares, 3  
09006 Burgos, España.

#### Correo electrónico:

frichard@saludcastillayleon.es,  
frichardespiga@gmail.com

#### Información del artículo:

Recibido: 21-9-2016  
Aceptado: 7-12-2016  
Online: 20-2-2017

#### Editor responsable:

Oscar Miró, MD, PhD.

## Introducción

La saturación de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH) ha obligado a adoptar medidas y cambios organizativos en busca de soluciones a esta situación<sup>1,2</sup>. En este sentido, las unidades de corta estancia (UCE) se han mostrado como una alternativa eficaz para mejorar la gestión de las camas hospitalarias y el drenaje de pacientes desde los SUH<sup>3-5</sup>, facilitando además la reincorporación temprana del paciente a su ambiente familiar y social. A pesar de la existencia de estas unidades en España desde hace más de dos décadas y de haber mostrado su eficacia y seguridad<sup>6-8</sup>, llama la atención su escasa implantación en el conjunto de los hospitales españoles<sup>9,10</sup>.

Las UCE han documentado excelentes resultados en el manejo de pacientes con patologías crónicas agudizadas, tales como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)<sup>11</sup> y la insuficiencia cardiaca (ICA)<sup>12,13</sup>, y en patologías agudas, especialmente infecciosas, como la neumonía<sup>14,15</sup> y las pielonefritis<sup>16</sup>. Todas estas patologías son de una alta prevalencia y suponen un alto porcentaje de ingreso urgente hospitalario<sup>17,18</sup>. Con una adecuada selección de pacientes<sup>19</sup>, tanto en lo que se refiere a las patologías como a la condición clínica, que pueden ser objeto de ingreso en las UCE, se consiguen buenos resultados en indicadores de calidad<sup>20-22</sup> y de seguridad<sup>23</sup>, con altos niveles de aceptación y satisfacción de los pacientes ingresados<sup>20,24</sup>.

Hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio orientado a conocer si las UCE pueden conllevar un aumento del porcentaje de ingresos hospitalarios, un empeoramiento de los indicadores de calidad asistencial de otros servicios con similares diagnósticos al alta, o un deterioro de la calidad asistencial en la atención prestada a los pacientes que ingresan en estas unidades. Por ello, el objetivo principal del estudio fue estudiar el impacto de la creación de una UCE en los indicadores de gestión clínica y de calidad asistencial, tanto en los resultados globales del centro como en los de las unidades de hospitalización convencional. Los objetivos secundarios fueron conocer la evolución de la actividad y la gestión clínica de una UCE y el grado de satisfacción de los pacientes ingresados en ella durante sus tres primeros años de funcionamiento.

## Método

Para el objetivo principal, se diseñó un estudio cuasiexperimental que comparó dos periodos de tiempo antes y después de la puesta en marcha de una UCE en un hospital universitario de tercer nivel: 1) Periodo sin UCE: 1 año (2012); y 2) Periodo con UCE: 3 años (2013-2015). La población de estudio fueron todos los episodios de pacientes ingresados por alguno de los cinco grupos relacionados con diagnóstico (GRD) que más frecuentemente ingresaron en la UCE (ICA, EPOC con exacerbación, neumonía y otras infecciones respiratorias, pielonefritis aguda y otras infecciones urinarias) durante el periodo de existencia de la UCE.

Para los objetivos secundarios, se diseñó un estudio observacional retrospectivo de una serie de casos que incluyó a todos los pacientes ingresados en la UCE de 2013 a 2015. Además, se realizó un estudio tipo encuesta que incluyó a los 100 pacientes consecutivos ingresados en la UCE a partir del 15 de noviembre de cada año.

La UCE se inauguró el 1 de enero del 2013. Dispone de 11 habitaciones individuales y está ubicada dentro del servicio de urgencias, del cual depende. Un médico de la plantilla del SUH se hace cargo de los pacientes en turno de mañana los días laborales y va rotando semanalmente con el resto de la plantilla de urgencias. Así mismo, cuenta con un médico de guardia las 24 horas del día garantizando con ello una continuidad asistencial en la atención de los pacientes. Los candidatos de ingreso son aquellos pacientes con procesos médicos agudos sin criterios de gravedad o inestabilidad clínica grave y que presumiblemente puedan ser dados de alta en menos de 72 horas. Dentro de estos, se incluyen procesos agudos infecciosos en los que se prevé una rápida recuperación, procesos crónicos correctamente estudiados que presentan una reagudización intercurrente leve-moderada, situaciones terminales o estados de agonía que precisen soporte hospitalario, y patologías sin clara ubicación en un servicio hospitalario determinado, pero que precisan estancia hospitalaria para su observación y tratamiento más allá de las 24 horas de las unidades de observación. Para unificar criterios de actuación se han elaborado protocolos de las principales patologías subsidiarias de ingreso en la unidad, donde se recogen criterios de ingreso y exclusión de la misma, además de los procedimientos a realizar durante su estancia, así como criterios y consideraciones al alta de los pacientes.

El Hospital Universitario de Burgos (HUBU) es un hospital de nivel terciario, con una población directa de cobertura de 262.794 habitantes. Es centro de referencia de toda la provincia lo que supone un total de 359.755 habitantes y de zonas limítrofes para algunas especialidades. La información de los indicadores de actividad, calidad y gestión se obtuvieron de forma retrospectiva a partir de los datos facilitados por los Servicios de Admisión y de Codificación y Documentación Clínica del HUBU. Las variables recogidas fueron indicadores de calidad (estancia media, índice de estancia media adaptada -IEMA-, porcentaje de reingresos y mortalidad hospitalaria); de actividad (número de ingresos, peso medio -promedio de consumo de recursos o complejidad según GRD-, edad y sexo de los pacientes, porcentaje de ocupación y rotación, altas y destino) y de gestión (presión de urgencias). La versión del agrupador de GRD utilizada fue la APv27.0, partiendo de la codificación con CIE-9-MC.

Se ha valorado el grado de satisfacción de los pacientes mediante la realización de un estudio tipo encuesta, en la que se planteó una puntuación ordinal tipo escala Likert de 0 a 10 puntos a doce cuestiones sobre aspectos asistenciales y de funcionamiento de la unidad; como la información recibida, la valoración de

las distintas fases del proceso asistencial prestado, el trato recibido, la comodidad e intimidad de la unidad y la valoración global de la estancia.

Las variables cualitativas se han descrito mediante las frecuencias absolutas y relativas en término de porcentajes y las variables cuantitativas mediante media y desviación estándar. Con el fin de analizar la evolución temporal y el impacto de la creación de una UCE, se ajustaron modelos de regresión de Poisson segmentados con métodos robustos. Se estimaron las razones de las tasas de incidencia (IRR) y su intervalo de confianza (IC) al 95% para la evolución anual de 2012 a 2015 para el hospital y los servicios médico-quirúrgicos y la evolución anual de 2013 a 2015 para el hospital, la UCE y los servicios médicos. Con el objetivo de estudiar el efecto de la creación de una UCE en el hospital se construyeron dos variables ficticias, una de ellas que tomó el valor 0 en el año 2012 y 1 en el resto del periodo de 2013 a 2015, y una segunda que evalúa la pendiente de cambio, tomando un valor ordinal a partir de 1 a 36 desde la implantación de la UCE. Para los objetivos secundarios se utilizó la estadística descriptiva. Los datos estadísticos se han realizado con el programa SPSS versión 15.0. y STATA 12.0.

## Resultados

En lo que respecta al objetivo principal del estudio de valorar el impacto de la puesta en marcha de la UCE sobre los indicadores de gestión clínica y de calidad asistencial, tanto en los resultados globales del centro como en los de las unidades de hospitalización convencional, se observó un descenso del tiempo de estancia media del conjunto del hospital en un 7% (IRR 0,93; IC 95%: 0,91-0,95) y de las áreas médicas en un 6% (IRR 0,94; IC 95%: 0,92-0,96) en los diferentes periodos de estudio en los 5 GRD estudiados. También destaca en este periodo de estudio una mejoría del IEMA, con un descenso en el conjunto del centro de un 8% (IRR 0,92; IC 95%:

0,90-0,94), a pesar del incremento del peso medio, tanto del hospital como de las áreas médicas.

Esta mejoría en los indicadores de gestión no ha ido acompañada de un empeoramiento de los indicadores de calidad asistencial del conjunto del centro ni de las unidades objeto del estudio, pues no se han producido cambios significativos en la mortalidad intrahospitalaria ni de reingreso tras el alta a los 30 días por el mismo diagnóstico principal (Tabla 1).

Durante el periodo de análisis, el número de ingresos hospitalarios fue de 76.241 (19.090 en periodo sin UCE y 57.151 en periodo con UCE). En este periodo de tiempo se ha documentado un descenso del porcentaje de ingresos hospitalarios desde urgencias, desde un 16,6% en 2012 a un 14,9% en 2015, a pesar de haberse incrementado el número de visitas a urgencias casi un 8%.

La Tabla 2 muestra la evolución de los indicadores de actividad y gestión clínica y calidad asistencial de la UCE y del hospital.

El número de ingresos en la UCE en los tres años de análisis fue de 2.705 pacientes, procediendo todos del servicio de urgencias y siendo los principales diagnósticos la insuficiencia cardiaca, la EPOC con exacerbación, la neumonía y otras infecciones respiratorias, la agudización de asma, las pielonefritis agudas y otras infecciones de orina (Tabla 3).

Desde su puesta en marcha se ha producido un aumento continuado del número de ingresos en la UCE, incrementándose un 12,3%, lo que supone un 5,2% del total de ingresos urgentes (7,7% si se excluyen los ingresos quirúrgicos, pediátricos y tocoginecológicos) lo que la ha convertido, junto con neumología, en el servicio hospitalario médico con mayor número de ingresos al año, tras medicina interna. La estancia media fue de 2,5 días con una tasa de mortalidad del 0,8% y un porcentaje de reingresos en los primeros 30 días (R30) de un 4,1%. En lo que respecta al destino final, un 85% son dados de alta directamente a domicilio y un 2% son derivados a hospitalización a domicilio.

**Tabla 1.** Evolución de los indicadores de actividad y calidad asistencial hospitalarios, del área médica y de la UCE en los cinco GRD más frecuentes de ingreso en la UCE

Indicador	Periodo sin UCE		Periodo con UCE		Razón de tasas de incidencia (IRR)		
	2012	2013	2014	2015	IRR (IC 95%) año 2015 vs año 2012	IRR (IC 95%) año 2015 vs año 2013	IRR (IC 95%) periodo UCE frente periodo no UCE
Estancia media de hospital (días)	6,49	6,15	5,86	5,99	0,97 (0,96-0,98)	0,98 (0,97-0,99)	0,93 (0,91-0,95)
Estancia media de área médica (días)	6,49	6,26	5,95	6,10	0,97 (0,96-0,98)	0,98 (0,97-0,99)	0,94 (0,92-0,96)
Estancia media de UCE (días)	-	2,24	2,70	2,61	-	1,08 (1,04-1,12)	-
IEMA de hospital	0,99	0,94	0,89	0,90	0,97 (0,96-0,98)	0,98 (0,96-0,99)	0,92 (0,90-0,94)
IEMA de área médica	0,99	0,95	0,90	0,91	0,97 (0,96-0,98)	0,98 (0,96-0,99)	0,93 (0,92-0,95)
Peso medio de hospital	1,72	1,73	1,75	1,78	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,03)	1,02 (1,00-1,04)
Peso medio de área médica	1,72	1,75	1,77	1,80	1,01 (1,00-1,02)	1,01 (1,00-1,03)	1,03 (1,01-1,05)
Peso medio de UCE	-	1,04	1,17	1,22	-	1,08 (1,05-1,11)	-
Reingreso de hospital <30 días (%)	5,87	5,94	6,36	6,22	1,03 (0,97-1,08)	1,02 (0,94-1,11)	1,06 (0,93-1,21)
Reingreso de área médica <30 días (%)	5,87	5,99	6,41	6,30	1,02 (0,97-1,08)	1,02 (0,99-1,11)	1,04 (0,91-1,19)
Reingreso de UCE <30 días (%)	-	3,95	4,64	3,72	-	0,97 (0,75-1,27)	-
Mortalidad de hospital (%)	3,74	3,62	3,41	3,56	0,98 (0,94-1,02)	0,99 (0,94-1,05)	0,94 (0,86-0,99)
Mortalidad de área médica (%)	3,74	3,68	3,47	3,65	0,99 (0,95-1,02)	0,99 (0,94-1,05)	0,96 (0,88-1,05)
Mortalidad de UCE (%)	-	1,06	0,93	0,47	-	0,68 (0,43-0,98)	-

UCE: unidad de corta estancia; GRD: grupos relacionados con el diagnóstico.

**Tabla 2.** Evolución de los indicadores de actividad y de calidad asistencial de la unidad de corta estancia (UCE) y del hospital

Indicador	Periodo sin UCE		Periodo con UCE		Variación 2012-2015 (%)
	2012	2013	2014	2015	
Número de visita a urgencias	115.195	117.000	119.983	124.389	+7,98
Presión de urgencias (%)	63,72	63,31	63,34	62,10	-2,54
Porcentaje de ingresos urgentes (%)	16,57	16,30	16,25	14,92	-9,96
Número de ingresos urgentes	19.090	19.069	19.502	18.580	-2,67
Número de ingresos en UCE	-	861	877	967	+12,31
Porcentaje de ocupación en UCE	-	-	-	66,8	-
Índice rotación (paciente/cama/mes)	-	-	-	7,32	-
Porcentaje de altas externas	-	87,35	88,72	88,17	+0,94
Porcentaje de altas internas	-	11,38	10,03	11,11	-2,37
Porcentaje de altas en fin de semana	-	27,1	28,3	29,5	+8,86

Variación entre 2013-2015.

La estancia media de la UCE se ha mantenido durante los tres años de funcionamiento por debajo de los tres días (2,2 -2013-; 2,7 -2014-; 2,6 -2015-) con un incremento de un 8% anual (IRR 1,08; IC95% 1,04-1,12). El peso medio de la UCE se ha incrementado durante los tres años de funcionamiento (IRR 1,08; IC95% 1,05-1,11) sin un aumento de la mortalidad ni del reingreso. Las patologías cardiorrespiratorias fueron los procesos más frecuentes de ingreso y los que han sufrido un incremento más importante desde la creación de la UCE. Los diez principales diagnósticos al alta suponen más de las dos terceras partes del total de pacientes ingresados (Tabla 1).

Por lo que se refiere a la satisfacción de los pacientes, en la Figura 1 se muestran los resultados de una encuesta anual que se llevó a cabo con los 100 pacientes ingresados de forma consecutiva a partir del 15 de noviembre de los tres años de funcionamiento, que fue contestada por la totalidad de los pacientes a pesar de su carácter voluntario y realizándose 320 encuestas (11,8% del total de pacientes ingresados). Todos los aspectos han sido puntuados de forma muy sobresaliente (9,4 de media), destacando de forma muy significativa el aspecto referente al trato e información por parte del personal de enfermería.

## Discusión

La apertura de una UCE tiene como principal objetivo facilitar un recurso de hospitalización adecuado para ingresos urgentes de pacientes con patologías crónicas

agudizadas (fundamentalmente patología cardíaca y respiratoria crónica) y agudas (en especial patología infecciosa), con una condición clínica que permita prever un alta precoz. Ahora bien, ello debe ir acompañado de unos buenos resultados en la calidad de la asistencia que se presta a estos pacientes y en ningún caso debe empeorar los resultados de gestión clínica del conjunto del hospital; como tampoco los de los servicios donde antes de la apertura de la UCE ingresaban los pacientes con las patologías citadas.

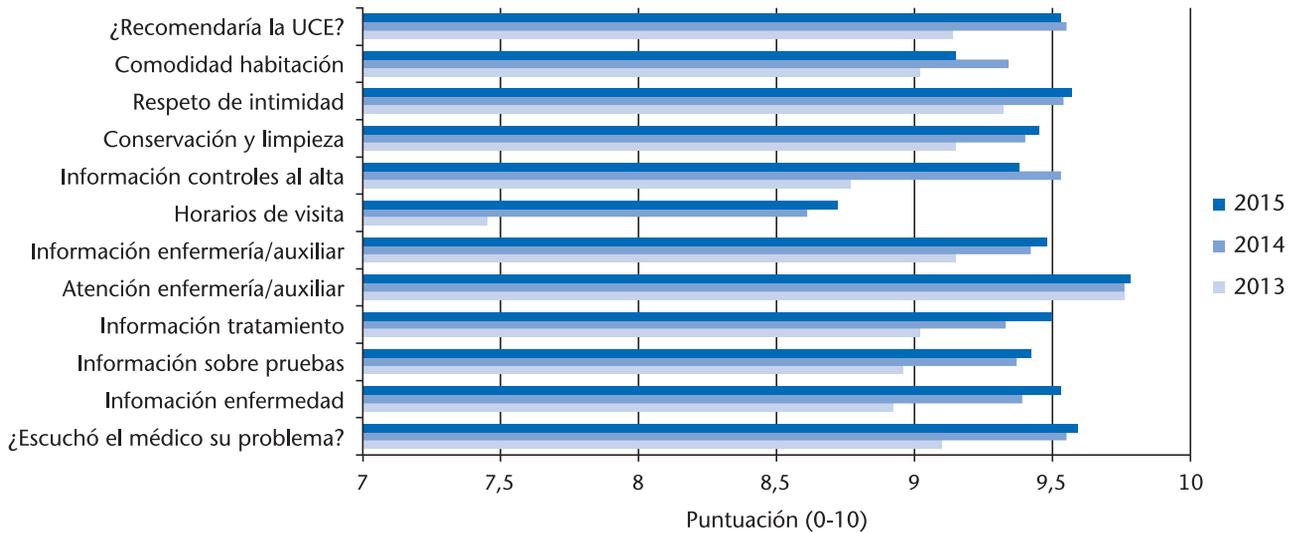
En el presente estudio se muestra cómo la actividad y los resultados de gestión clínica de una UCE contribuyen a mejorar los resultados de gestión clínica, tanto del hospital como de los servicios médico-quirúrgicos cuyos diagnósticos principales al alta son compartidos con la UCE.

Desde la apertura de la UCE del servicio de urgencias y a lo largo de sus tres años de funcionamiento, todos los indicadores de actividad, gestión y calidad del hospital y del resto de unidades de hospitalización convencional han mejorado, tanto en lo referente al porcentaje de ingresos urgentes, como en estancias medias, IEMA y mortalidad hospitalaria. De forma especial destaca el descenso de la estancia media hospitalaria global y en las principales unidades médicas (sin obviar la influencia en este descenso de otros factores, como los cambios que se hayan podido producir en la mejor gestión de procesos y servicios). Este es un aspecto muy relevante, teniendo en cuenta que es habitual cierta oposición de algunos servicios médicos al desarrollo de las UCE, entre otras cosas, por su preocupación por el potencial empeoramiento de sus

**Tabla 3.** Principales diagnósticos de los pacientes ingresados en las unidades de corta estancia (UCE) según la CIE-9-MC

CIE-9-MC	Categoría diagnóstica	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	Variación 2013-2015 (%)
428	Insuficiencia cardíaca	9,8	14,6	15,8	+61,2
491	EPOC con exacerbación	7,3	8,0	11,6	+58,9
519	Otras enfermedades respiratorias	8,7	9,6	11,0	+26,4
486	Neumonías	7,0	8,0	10,0	+42,9
493	Asma agudización	3,0	2,9	5,8	+93,3
599	Infección vías urinarias	5,8	8,6	5,7	-1,7
590	Pielonefritis aguda	6,3	6,5	4,3	-31,7
558	Gastroenteritis aguda	5,8	6,0	4,0	-31,0
466	Bronquitis aguda	1,7	4,1	3,0	+76,5
463	Amigdalitis aguda	3,2	3,8	2,1	-34,4
	Otros diagnósticos	41,4	27,9	26,7	-35,5

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.



**Figura 1.** Resultados de las encuestas valoración de los pacientes ingresados en unidades de corta estancia (UCE) de 2013-2015.

resultados como consecuencia de la selección de los pacientes que ingresan en las UCE. En cambio, en nuestra experiencia se demuestra que eso no solo no es así, sino que sucede al contrario. Vistos los resultados que presentamos y en vistas de otras experiencias que irían en el mismo sentido<sup>4</sup> es llamativa la baja cifra de implementación de este tipo de unidades en los hospitales españoles, con solo un 11,3%<sup>9</sup>.

Por lo que se refiere a los resultados de gestión clínica de la experiencia que presentamos, uno de los principales indicadores de la UCE, la estancia media, se ha ajustado a los objetivos marcados y está en el rango de otras series<sup>9,10</sup>, manteniéndose en cifras de 2,24-2,70 días, sin variación importante por grupos diagnósticos, a pesar de haber aumentado el peso medio de los diagnósticos y la edad media de los pacientes a lo largo de estos tres años. Uno de los factores considerados fundamentales para conseguir estas estancias medias, además de una correcta selección del perfil de los pacientes objetos de ingreso y la protocolización del manejo de las patologías más prevalentes, es la continuidad asistencial durante el ingreso, de modo que se pueda atender de forma precoz las posibles complicaciones, así como poder dar el alta en el momento adecuado. Una de las diferencias entre la actividad de una UCE respecto de las unidades de hospitalización convencional es la escasa proporción de altas en días no laborables que se dan en estas últimas. En nuestra experiencia, más del 29% del total de altas se dan en fines de semana, resultados por encima de otras unidades que han publicado su experiencia<sup>7,9,25</sup>. Lo anterior sitúa a nuestra UCE con unos excelentes resultados, comparados con el conjunto de las UCE españolas, tanto las que dependen de los servicios de urgencia, de medicina interna o las que se gestionan como servicios independientes<sup>26-28</sup>.

Los indicadores de seguridad muestran un porcentaje de reingreso a menos de 30 días tras el alta, por el mismo diagnóstico principal, menor del 4%, inferior a otros trabajos publicados<sup>22,29,30</sup>. Estos resultados se deben considerar excelentes sobre todo teniendo en cuenta

que los dos principales diagnósticos en nuestra UCE son la insuficiencia cardiaca y la EPOC, al igual que en el resto de UCE, patologías con una elevada tendencia a las recaídas y reingresos tras el alta hospitalaria. Además, la edad de los pacientes ingresados en UCE es elevada, con una gran mayoría de pacientes geriátricos. Según nuestra opinión, la correcta selección de los ingresos<sup>31</sup>, el contar con protocolos de actuación específicos en pacientes de mayor riesgo de reingreso y una adecuada continuidad asistencial en la transición al domicilio, son clave para mantener unas tasas bajas de reingreso. En este sentido, recientes publicaciones apuntan a que el uso de escalas de riesgo y fragilidad<sup>32,33</sup> también deberían contribuir a ello.

Otro indicador de seguridad es la mortalidad hospitalaria<sup>34</sup>. En el periodo estudiado la tendencia de la mortalidad en la UCE ha sido a mantenerse siempre muy baja. En realidad, teniendo en cuenta la selección de pacientes realizada, es la mortalidad esperada, salvo en aquellas UCE<sup>21,35</sup> que incluyen en su cartera de servicios el tratamiento del paciente con situación de últimos días para medidas de confort.

En cuanto a la efectividad de las UCE hemos de recordar que para obtener buenos resultados medidos en porcentaje de altas a domicilio y en porcentaje de derivaciones a otros servicios de hospitalización, estas deben ser consideradas como unidades finalistas y en ningún caso como unidades de preingreso. Un porcentaje excesivo de derivaciones a otros servicios se podría considerar como indicador de mala efectividad o de inadecuada utilización de la unidad. En nuestro caso, las derivaciones a otras unidades de hospitalización se han mantenido en los tres años de funcionamiento alrededor del 11%, cifras similares o mejores que las comunicadas por otras UCE<sup>10,36</sup>.

Sobre los destinos al alta, comparados con otras experiencias publicadas<sup>7,10</sup>, llama la atención el bajo porcentaje de derivaciones a otra alternativa a la hospitalización convencional disponible en el centro, como es la hospitalización a domicilio. Probablemente, una mayor

utilización de esta podría incluso mejorar nuestros resultados en cuanto a estancia media, en especial en aquellos casos de pacientes que requieran la continuidad de tratamiento antibiótico domiciliario endovenoso (TA-DE)<sup>37</sup> en infecciones respiratorias, urinarias, celulitis y otras.

La insuficiencia cardiaca ha sido la categoría diagnóstica más frecuente, que junto con otras como la EPOC, la neumonía, la infección respiratoria no condensante y la pielonefritis aguda e infecciones del tracto urinario, han supuesto más de dos tercios del total de pacientes ingresados en la unidad, lo que supone un agrupamiento de estos diagnósticos mayor que la media general de las UCE españolas<sup>10,22</sup>.

Los resultados de las encuestas de satisfacción en la UCE, tal como se había demostrado en otras experiencias<sup>14</sup>, son excelentes, a pesar de la brevedad de la estancia. Especialmente destacable es la valoración que recibe el personal de enfermería, profesionales que son por otro lado clave en el funcionamiento de la unidad, en la agilización del proceso ingreso-alta y en garantizar la seguridad clínica en la transición al domicilio habitual del paciente o a otras unidades.

Las principales limitaciones de nuestro trabajo son las inherentes al diseño del estudio, dado que no se pueden descartar que otros factores hayan contribuido simultáneamente a la mejora de los resultados globales del hospital y de los servicios motivo del estudio, y también al hecho de presentar la experiencia de un solo centro. Ahora bien, el hecho que, según nuestra experiencia, las UCE puedan contribuir a la mejora de la gestión de los hospitales (medida a partir de sus indicadores de calidad global y de los indicadores de servicios que comparten con las UCE el manejo en régimen de ingreso de patologías de alta prevalencia), tiene una gran relevancia y puede contribuir a impulsar su implementación. Por esta razón, dado que no hay trabajos publicados que hayan evaluado el impacto de las UCE en el conjunto de indicadores de calidad de los hospitales en los que se desarrolla su actividad, creemos interesante compartir nuestra experiencia.

## Conflicto de intereses

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

## Financiación

Los autores declaran que no se ha recibido financiación externa para este trabajo.

## Responsabilidades éticas

El estudio fue aprobado para su realización por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Área Sanitaria de Burgos (Exp. 1502).

Se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes para participar en la encuesta.

Todos los autores han confirmado el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento

de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de los derechos a EMERGENCIAS.

## Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares

## Agradecimientos

A todos nuestros compañeros del servicio de urgencias y en especial al personal de enfermería de la UCE, por su esfuerzo diario, su maravilloso trato a los pacientes y por mantener una atención de calidad.

A los Servicios de Codificación y Documentación Clínica y de Admisión por facilitarnos gran parte de la información necesaria para este estudio.

A los compañeros del grupo de trabajo UCE-SEMES.

## Bibliografía

- Sánchez M, Salgado E, Miró O. Mecanismos organizativos de adaptación y supervivencia de los servicios de urgencia. *Emergencias*. 2008;20:48-53.
- Juan A, Salazar A, Alvarez 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.
- 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 (Supl 1):97-106.
- 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 Admin*. 2013;2:9-21.
- Juan Pastor A. Las unidades de corta estancia médicas. Short-stay medical units. *Rev Cal Asist*. 2013;28:197-8.
- 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.
- Villalta J, Sisó A, Cereijo AC, Sequeira E, de la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una unidad de estancia corta de un hospital universitario. Un estudio controlado. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:454-6.
- 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.
- Llopis Roca F, Ferré Losa C, Juan Pastor A, Martín Sánchez FJ, Sempere Montes G, Llorens Soriano P, et al, en representación del Grupo de colaboradores del proyecto REGICE. Proyecto REGICE. Gestión Clínica de las Unidades de Corta Estancia en España (REGICE 2). *Emergencias*. 2014;26:359-62.
- Salazar A, Juan A, Ballbe R, Corbella X. Emergency short-stay unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute chronic obstructive pulmonary disease exacerbation *Am J Emerg Med*. 2007;25:486-7.
- Muñoz N, Méndez M Conthe P, Audibert L. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca en una unidad de corta estancia: estancia media, frecuencia y factores de reingreso *Med Clin (Barc)*, 2006;127:516-7.
- Llorens P, Manito N, Manzano L, Martín-Sánchez FJ, Comín J, Formiga F, et al. Consenso para la mejora de la atención integral a los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda. *Emergencias*. 2015;27:245-66.
- Juan A, Ferré C, Llopis F, Jacob J, Bardés I, Salazar A. La unidad de corta estancia como alternativa a la hospitalización convencional en el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad en la población mayor de 75 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:213-6.
- Jacob J, Ferré C, Llopis F, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias, una ayuda en la adecuación del ingreso por neumonía adquirida en la comunidad. *Rev Clin Esp*. 2012;212:51-2.

- 16 Gordo S, Nuevo JA, Cano JC, Sevillano JA, Granda, MJ, Audibert L. Características de la pielonefritis aguda en una unidad de corta estancia. *Rev Clin Esp.* 2009;209:382-7.
- 17 Ollero M. Unidades de estancia corta y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2004;123:621-3.
- 18 Moreno-Millán E, García-Torrecillas JM, Prieto-Valderrey F, Lea-Pereira MC, Carbajal-Guerrero J, Jiménez-Pérez E, et al. Prevalencia de procesos y patologías en la atención urgente Hospitalaria. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010;33 (Supl. 1):47-54.
- 19 Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc).* 2002;118:515-6.
- 20 Miró O, Escoda R, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Jacob J, Alquézar A, et al, en representación del Grupo ICA-SEMES. Calidad percibida por los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda respecto a la atención recibida en urgencias: estudio CALPERICA. *Emergencias.* 2015;27:161-8.
- 21 Guirao Martínez R, Sempere Selva MT, López Aguilera I, Sendra Pin MP, Sánchez Payá J. Short-Stay Medical Unit, an alternative to conventional hospitalization. *Rev Clin Esp.* 2008;208:216-21.
- 22 Marcos M, Hernández-García I, Ceballos-Alonso C, Martínez Iglesias R, Laso FJ, Mirón MA. Influencia de las unidades de corta estancia en la calidad de la atención hospitalaria en España. Revisión sistemática *Rev Calid Asist.* 2013;28:199-206.
- 23 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.
- 24 Gómez C, Guillamont A, Salazar A, Pastor J, Novelli A, Corbella X. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias. *Emergencias.* 2005;17:12-6.
- 25 Damiani G, Pinnarelli L, Sommella L, Vena V, Magrini P, Ricciardi W. The Short Stay Unit as a new option for hospitals: A review of the scientific literature. In: *Med Sci Monit.* 2011;17:SR15-SR19.
- 26 Llopis F, Ferré C, Juan A, Martín FJ, Sempere G, Jacob 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.
- 27 Miró O, Sánchez M, Coll-Vinent B, Millá J. Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin (Barc)* 2001;116:92-7.
- 28 Sempere G, Morales M, Garijo E, Illa MD, Palau P. Impacto de una unidad de corta estancia en un hospital de tercer nivel. *Rev Clin Esp.* 2010;210:279-83.
- 29 Weinstein J. Hospital readmissions and quality of care. *Med Care.* 1999;37:490-501.
- 30 Seoane B, Nicolás R, Ramos V, Pellicer C, De la Iglesia F. Unidad de corta estancia médica. Causas de reingreso (Short stay medical unit. Causes of readmissions) *Rev Clin Esp.* 2010;210:118-23.
- 31 Fernández C, Martín Sánchez FJ, Fuentes M, González J, Verdejo C, Gil P. Valor pronóstico de la valoración funcional al ingreso en una unidad de corta estancia de Urgencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010;45:63-6.
- 32 Fernández C, González JJ, Perdignes J, Fuentes 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.
- 33 Diz-Lois MT, De la Iglesia F, Nicolás R, Pellicer C, Ramos V, Diz-Lois F. Factores predictores de reingreso hospitalario no planificado en pacientes dados de alta de una Unidad de Corta Estancia Médica. *An Med Intern (Madrid).* 2002;5:221-5.
- 34 Ross J, Bernheim SM, Lin Z, Drye E, Chen J, and all Mortality and Readmission at Safety Net and Non-Safety Net Hospitals for Three Common Medical Conditions. En: *Health Aff (Millwood).* 2012;31:1739-48.
- 35 Alfonso J, Cárcaba V, González A, Gallo C, Fernández B, Barragán MJ. Descripción y resultados de una unidad de corta estancia con un modelo de gestión clínica abierta *Rev Calid Asist.* 2007;22:14-20.
- 36 De la Iglesia F, Ramos V, Pellicer C, Nicolás R, Diz-Lois F. La Unidad de Corta Estancia Médica (UCEM) de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna.* 2001;18:166.
- 37 Sanroma P, Sampedro I, González CR, Baños MT. Recomendaciones clínicas y procedimientos. Hospitalización domiciliaria. Santander: Fundación Marqués de Valdecilla; 2011. Disponible en [http://www.sehad.org/docs/bibliografia/libros\\_HaD.pdf](http://www.sehad.org/docs/bibliografia/libros_HaD.pdf).