

PREMIO EXTRAORDINARIO CONGRESO SEEUE 2011

# UNIDAD DE CORTA ESTANCIA VS HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LOGROÑO.

## AUTORÍA

Berger Morales, Carolina\*.  
Baños Aristimuño, Lidia\*.  
Rubio García, Pilar\*.  
Cordón Hurtado, Valvanera\*.  
Soto Olarte, Rebeca\*.

\*Enfermeras del Servicio de Urgencias del Hospital San Pedro de Logroño

### Dirección para correspondencia:

[berger\\_carol@hotmail.com](mailto:berger_carol@hotmail.com)  
[enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com](mailto:enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com)

## INTRODUCCIÓN

La UCE la podemos definir como una unidad de hospitalización a corto plazo ( $\leq 48-72$ h), que permite el manejo de determinadas patologías, antes de tomar una decisión sobre su ingreso definitivo ó su alta hospitalaria.

Estas unidades, nacen con la hipótesis de que la eficiencia y calidad de la atención a un paciente que no requiere una estancia prolongada puede mejorar si es ingresado en una unidad diferenciada, siendo una unidad alternativa de hospitalización, con un papel muy bien definido, dentro de nuestro hospital.

El Hospital San Pedro de Logroño, es un Hospital de Segundo Nivel con 577 camas, que atiende a una población de 321.702 riojanos.

La unidad de Corta Estancia de nuestro Hospital cuenta ya con doce años de experiencia, estando dotada en la actualidad con 12 camas, teniendo un perfil de paciente determinado, según protocolos establecidos.

Estructuralmente es adyacente al servicio de Urgencias y el personal implicado está adscrito a dicho servicio. Es operativa los 7 días de la semana las 24 horas. Tanto la coordinación, como la decisión de ingreso y seguimiento del paciente en esta unidad, depende en su totalidad del Servicio de Urgencias. Las pruebas diagnósticas son de carácter urgente, lo que hace de ella, una unidad elevadamente dinámica.

En este trabajo, los objetivos planteados son:

- Ver disminuida la Estancia Media del paciente con patología aguda sin complicaciones, que podría beneficiarse de un tratamiento a corto plazo que permitiera posteriormente su control ambulatorio.
- Elaborar protocolos con otras unidades de hospitalización, describiendo de esta forma las características de la actividad asistencial de nuestra UCE, sobre todo, a la hora de encontrarse claramente definido, el criterio de admisión de un paciente en la unidad.

## METODOLOGÍA

-**Tipo de diseño:** Estudio descriptivo de corte transversal.

-**Muestra:** De un total de 97.170 urgencias generales, durante el año 2009, 1.917 pacientes fueron derivados a la UCE. De la totalidad, tomamos una muestra correspondiente a 1.376 individuos.

-**Observadores:** Grupo compuesto por 6 enfermeros y 2 médicos que llevaron a cabo el seguimiento de la historia clínica de dichos pacientes durante su estancia en el hospital.

-**Variables:** Las variables estudiadas fueron "tipo de patología" como *variable cualitativa* y "tiempo de estancia media" (media de días de ingreso) como *variable cuantitativa*.

-**Procedimiento:** Se llevó a cabo el seguimiento de los pacientes que ingresaron en la Unidad de Corta Estancia hasta su alta hospitalaria, comparándolos con los pacientes ingresados en Hospitalización Convencional que presentaban la misma patología.

-**Análisis de datos:** Se aplicó el paquete estadístico de SPSS en su versión 15, usándose número de casos y porcentajes para las *variables cualitativas* y medias, máximos, mínimos y desviaciones típicas para las *cuantitativas*. Para el análisis inferencial, la comparación entre dos variables cualitativas se realizó mediante la prueba  $\chi^2$  de Pearson o exacto de Fisher, y entre las cualitativas y otra cuantitativa mediante la prueba T de Student o ANOVA de un factor. Finalmente hemos realizado un análisis de correlaciones de Pearson para valorar la asociación entre variables cuantitativas.

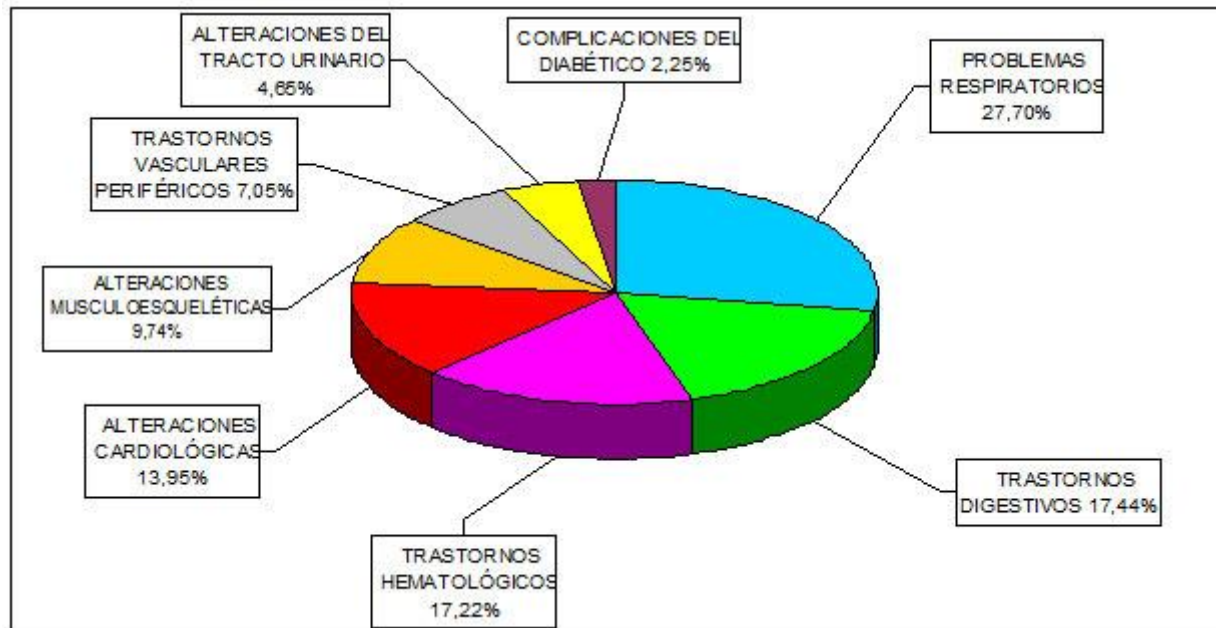
-**Ámbito de estudio:** Se realizó en el Área de Urgencias generales del Hospital San Pedro de Logroño y Hospitalización Convencional del mismo hospital.

## RESULTADOS:

De los 1.917 pacientes que fueron ingresados en la UCE en el período de estudio 1.376, con patologías significativas, fueron seleccionados procedentes de diferentes áreas de urgencias (camas, consultas y área de clasificación o triaje) así como de Admisión General para la muestra.

### Relación de patologías más frecuentes ingresadas en la UCE.

Mostramos por orden descendente el porcentaje de ingresos en la UCE de las patologías más frecuentes, obteniendo como resultado los siguientes grupos diagnósticos: **problemas respiratorios** 27,70% (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Bronquitis & Asma edad>17 sin CC, Neumonía simple y otros trastornos respiratorios EXC. Bronquitis & Asma con CC mayor, Neumonía simple & Pleuritis edad>17 sin CC, Otros diagnósticos del aparato respiratorio con CC y Otros diagnósticos del aparato respiratorio sin CC), **trastornos digestivos** 17,44% (Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 sin CC, Hemorragia gastrointestinal sin CC, Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 con CC, Esofagitis, Gastroenteritis & Trastornos digestivos misceláneos edad>17 sin CC y Trastornos del tracto biliar sin CC), **trastornos hematológicos** 17,22% (Trastornos de los hematíes edad>17, Linfoma & Leucemia no aguda con CC y Linfoma & Leucemia no aguda sin CC), **alteraciones cardiológicas** 13,95% (Insuficiencia cardíaca & Shock, Arritmias cardíacas & Trastornos de conducción sin CC, Alteraciones del equilibrio y Síncope & Colapso sin CC), **alteraciones musculoesqueléticas** 9,74% (Conmoción, Lesión intracraneal con coma<1 hora o sin coma edad>17 sin CC, Lumbalgias y Traumatismo de piel, Traumatismo subcutáneo & mama edad>17 sin CC), **trastornos vasculares periféricos** 7,05% (Trastornos vasculares periféricos con CC y Trastornos vasculares periféricos sin CC), **alteraciones del tracto urinario** 4,65% (Infecciones de riñón & Tracto urinario edad>17 sin CC) y **complicaciones del diabético** 2,25% (Diabetes edad>35).



Distribución de pacientes ingresados en UCE por patologías (variable cualitativa nominal o policotómica) representativas en 2009. "Diagrama de sectores o de pastel".

**Tabla 1** Relación de patologías más frecuentes de ingreso en la Unidad de Corta Estancia (2009)

27,70%	<b>PROBLEMAS RESPIRATORIOS</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
		Bronquitis & Asma edad>17 sin CC -
		Neumonía simple y otros trastornos respiratorios EXC. Bronquitis & Asma con CC mayor
		Neumonía simple & Pleuritis edad>17 sin CC
		Otros diagnósticos del aparato respiratorio con CC
		Otros diagnósticos del aparato respiratorio sin CC
17,44%	<b>TRASTORNOS DIGESTIVOS</b>	Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 sin CC
		Hemorragia gastrointestinal sin CC
		Gastroenteritis no bacteriana y Dolor abdominal edad>17 con CC
		Esofagitis, Gastroenteritis & Trastornos digestivos misceláneos edad>17 sin CC
		Trastornos del tracto biliar sin CC
17,22%	<b>TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS</b>	Trastornos de los hematíes edad>17
		Linfoma & Leucemia no aguda con CC
		Linfoma & Leucemia no aguda sin CC
13,95%	<b>ALTERACIONES CARDIOLÓGICAS</b>	Insuficiencia cardíaca & Shock
		Arritmias cardíacas & Trastornos de conducción sin CC
		Alteraciones del equilibrio
		Síncope & Colapso sin CC
9,74%	<b>ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS</b>	Conmoción, Lesión intracraneal con coma<1 hora o sin coma edad>17 sin CC
		Lumbalgias
		Traumatismo de piel, Traumatismo subcutáneo & mama edad>17 sin CC
7,05%	<b>TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS</b>	Trastornos vasculares periféricos con CC
		Trastornos vasculares periféricos sin CC
4,65%	<b>ALTERACIONES DEL TRACTO URINARIO</b>	Infecciones de riñón & Tracto urinario edad>17 sin CC
2,25%	<b>COMPLICACIONES DEL DIABÉTICO</b>	Diabetes edad>35

**Relación de la estancia media de la Unidad de Corta Estancia (2009) respecto a la Hospitalización Convencional (2008)**

Al analizar cada una de las patologías más significativas por separado, observamos una tendencia descendente en la estancia media con respecto a días de ingreso de pacientes en la UCE durante el año 2009, en referencia al número de pacientes ingresados en Hospitalización Convencional el año anterior. Se estudiaron las patologías principales mediante los datos facilitados por los servicios de archivo y documentación clínica SELENE del Hospital San Pedro, obteniendo como resultado que la media de días de ingreso no superaban las 72 horas en el servicio de UCE en cualquiera de las patologías estudiadas, mientras que en Hospitalización Convencional igualaban o superaban la semana de ingreso problemas respiratorios (8,46 días), trastornos vasculares periféricos (7,48 días) y complicaciones del paciente diabético mayor de 35 años (6,99 días)

Los cambios más significativos los observamos comparando EM en UCE (2009) con EM en Hospitalización Convencional (2008), en los pacientes ingresados con patologías relacionadas con problemas respiratorios (381 individuos (27,7%), 2,47 días/8,46 días), trastornos hematológicos (237 individuos (17,22%), 0,99 días/6,96 días), trastornos vasculares periféricos (97 individuos (7,05%), 0,99 días/7,48 días), y complicaciones del paciente diabético mayor de 35 años (31 individuos (2,25%), 1,52 días/6,99 días), en los que la diferencia de estancia media en lo que a días de ingreso se refiere, presenta un cambio estadísticamente significativo aproximándose a los siete días.

De igual modo, observamos diferencias en la evolución de días de ingreso durante el período de estudio, en trastornos digestivos (240 individuos (17,44%), 1,76 días/5,30 días), alteraciones cardiológicas (192 individuos (13,95%), 1,45 días/5,08 días), alteraciones musculoesqueléticas (134 individuos (9,74%), 1,52 días/4,64 días.) y alteraciones del tracto urinario (64 individuos (4,65%), 2,78 días /5,69 días), resultando un descenso menos significativo pero objetivable de tres días de media en la UCE frente a la Hospitalización Convencional.

Días de estancia media

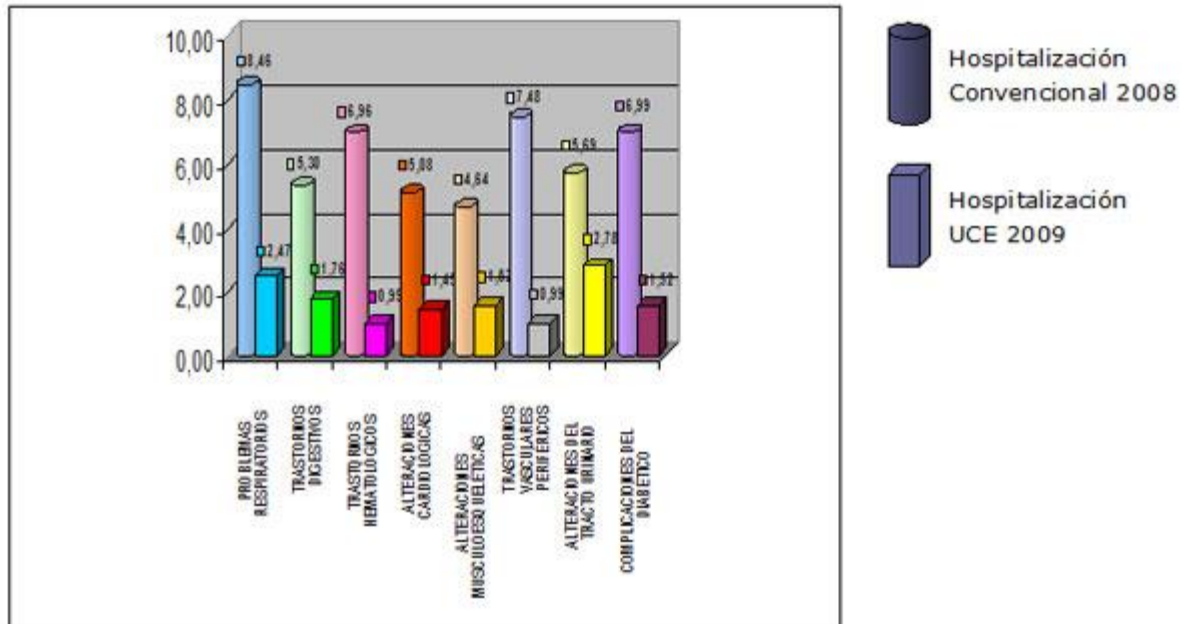


Figura 2 Gráfico de días de ingreso en HC vs UCE (variable cuantitativa discreta) "Diagrama de barras".

Tabla 2 Relación de días de Estancia Media según patología	Hospitalización Convencional (2008)	Unidad de Corta Estancia (2009)
PROBLEMAS RESPIRATORIOS	8,46	2,47
TRASTORNOS DIGESTIVOS	5,30	1,76
TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS	6,96	0,99
ALTERACIONES CARDIOLÓGICAS	5,08	1,45
ALTERACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	4,64	1,52
TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS	7,48	0,99
ALTERACIONES DEL TRACTO URINARIO	5,69	2,78
COMPLICACIONES DEL DIABÉTICO	6,99	1,52

#### Actividad asistencial de UCE. Protocolos.

Durante estos 12 años de experiencia de nuestra Unidad, el perfil de "paciente de UCE", se ha ido adaptando a las nuevas necesidades de salud y gestión hospitalaria, por lo que deducimos que el concepto ha de ser dinámico. Los protocolos a seguir para ello, actualmente son:

- +Ingreso de pacientes con Dolor Torácico Agudo No Traumático en la UCE.
- +Ingreso de pacientes con Fibrilación Auricular (FA) en la UCE.
- +Ingreso de pacientes con diarrea aguda en UCE.
- +Ingreso de pacientes con síncope en UCE.
- +Vigilancia en UCE de pacientes tras CPRE programado.
- +Ingreso de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta (HDA) en la UCE.
- +Observación de pacientes en UCE tras Arteriografía.
- +Observación de pacientes en UCE tras biopsia hepática percutánea.
- +Atención extrahospitalaria de pacientes con Trombosis Venosa Profunda (TVP).
- +Ingreso de pacientes con insuficiencia cardiaca en la UCE.
- +Ingreso de pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad en la Unidad de Corta Estancia (UCE).
- +Ingreso de pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) reagudizada en UCE.

## **DISCUSIÓN/CONCLUSIONES:**

Esta investigación, pretende analizar, cómo se ve disminuida la Estancia Media (EM) del paciente ingresado en UCE, frente a la que hubiese sido su EM en Hospitalización Convencional (HC), sin ver disminuida su calidad asistencial.

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que nuestra Unidad representa una “alternativa eficaz” a la HC, ya que consigue disminuir el número de días de EM. Para ello aplicamos “protocolos de ingreso en UCE” (realizados en colaboración con otras unidades) que describen las características de la actividad asistencial de nuestra Unidad. El incumplimiento de ello vaciaría de contenido el sentido que la Unidad de Corta Estancia tiene.

Conseguimos así, uno de los objetivos planteados al cumplir el “criterio de admisión” previamente definido.

Nos parece de vital importancia y altamente necesario que exista un “perfil de paciente de UCE”; siendo estricto el criterio de admisión, para que esta unidad sea un modelo de alta resolución diagnóstica y terapéutica. Pensamos también, que se disminuye el número de pacientes que son erróneamente diagnosticados por una valoración insuficiente, lo que redundaría en reingresos en urgencias y que suelen ser fuente de reclamaciones.

Por último, cabe destacar sus beneficios tanto para el hospital disminuyendo el coste y mejorando la gestión de camas (libera camas en observación de Urgencias y HC), como para el paciente disminuyendo las complicaciones hospitalarias así como el impacto funcional y emocional.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Revista de la SEMES ISSN 1137-6821, Vol. 21 N° 2 2009, pags. 87-94.
- Anales de Medicina Interna ISSN 0212-7199, Vol.19, N° 5 Madrid Mayo 2002.
- SELENE. Hospitalización [programa informático]. Versión 4.1. La Rioja 2003.