

# Unidad de preingreso (UPI): análisis de los ingresos hospitalarios evitados en una unidad de nueva creación

## *Pre-admission unit(UPI): analysis of avoided hospital admissions in a new unit*

Pedro J. Marcos<sup>1</sup>, Cándido Díaz-Lagares<sup>1</sup>, Lucía Ferreira<sup>2</sup>, Laura Bello<sup>1</sup>, Diego Llinares<sup>1</sup>, María Trigás<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Unidad de Preingreso. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

<sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. A Coruña.

### RESUMEN

**OBJETIVOS:** Analizar las características de los pacientes en los que se ha evitado el ingreso hospitalario tras su paso por una Unidad de Preingreso (UPI) y las vías de seguimiento de los mismos. Describir las patologías más frecuentes, la tasa de reingresos y mortalidad a 30 días de los pacientes dados de alta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio descriptivo y prospectivo de las altas hospitalarias de la UPI entre 1 de Junio de 2007 a 1 de Abril de 2008. En la UPI permanecen aquellos pacientes ingresados que están a la espera de una cama de hospitalización en su servicio correspondiente. Los pacientes analizados fueron aquellos dados de alta según el criterio de los médicos de la unidad y antes de ser requeridos en la planta de hospitalización convencional. Se analizan datos demográficos, diagnóstico, destino al alta, reingreso a 72 horas, 10 y 28 días, características del reingreso y mortalidad a 30 días.

**RESULTADOS:** Se evitaron 1005 ingresos, con una tasa de ingreso evitado de 100.5/mes. La edad media era de 67.7 ± DE 17.1 (Rango 16-102 años), siendo la mayoría varones con 626(62.3%) casos. El diagnóstico más frecuente fue de infección respiratoria de vías bajas con 149(14.9%) casos, seguido de dolor torácico con 122(12.2%), insuficiencia cardíaca 117(17.7%), exacerbación de EPOC 81(8.1%) y enfermedad vascular cerebral con 61(6.1%) de casos. Al alta 564(54.3%) fueron remitidos a su médico de cabecera, a 138(13.7%) pacientes se les hizo un seguimiento precoz en la consulta de la UPI, 34 pacientes fueron derivados a Hospitalización a domicilio, requiriendo el resto algún tipo de seguimiento especializado a nivel ambulatorio. El número de reingresos a las 72 horas, 10 y 28 días fue de 14(0.1%), 42(0.4%) y 123 (12.3%), respectivamente. Del total de reingresos a 28 días 77(62.3%) pacientes reingresaron por la misma patología. Las patologías que más reingresaron fueron exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca e infección respiratoria con 20(15.7%), 19(15%) y 14(11%) pacientes. La mortalidad a 30 días fue de 14(1.4%) pacientes; 6 (42.9%) de los cuales por la misma enfermedad principal que motivo el alta índice.

**CONCLUSIONES:** Un manejo especializado y multidisciplinar en un área de preingreso, permite disminuir el número de ingresos por distintas patologías, principalmente a costa de un seguimiento ambulatorio estricto y precoz en cuadros agudos y optimización del estudio de determinadas patologías a nivel ambulatorio, todo ello sin mermar significativamente la calidad asistencial.

**Palabras clave:** unidad de preingreso, alternativas a la hospitalización, adecuación de ingresos, unidad de corta estancia.

### ABSTRACT

**OBJECTIVES:** Analyze the characteristics of the patients who had avoided hospital admission after passing through a pre admission unit (UPI) and the ways of tracking them. Describe the most common diseases, the rate of readmissions and mortality at 30 days of discharged patients.

**MATERIAL AND METHODS:** Prospective, descriptive study of discharged patients from the UPI between June 1, 2007 to April 1, 2008. Patients are admitted to the UPI while waiting for a hospital bed in its respective service. Patients analyzed were those discharged from the UPI before being transferred to wards. We analyzed demographic data, diagnosis, discharge destination, readmission at 72 hours, 10 and 28 days, and mortality at 30 days.

**RESULTS:** 1005 admissions were studied, with a rate of 100.5/month admissions to wards avoided. Mean age was 67.7 (SD 17.1, range 16-102 years), with 626 (62.3%) males. The most frequent diagnosis were low respiratory tract infection with 149 (14.9%) cases, chest pain in 122 (12.2%), heart failure 117 (17.7%), COPD exacerbation 81 (8.1%) and cerebral vascular disease with 61 (6.1%) cases. At discharge 564 (54.3%) were referred to their general practitioner, 138 (13.7%) patients were followed up early at the UPI clinic, 34 patients were referred to hospitalization at home, and the remaining were referred to specialized outpatient clinic. 14 (0.1%), 42 (0.4%) and 123 (12.3%) patients were readmitted at 72 hours, 10 and 28 days, respectively. 77 (62.3%) patients were readmitted during the first 28 days because of the same disease. The most frequent diagnosis in readmitted patients were exacerbation of COPD, heart failure and low respiratory tract infection in 20 (15.7%), 19 (15%) and 14 (11%) patients. Mortality at 30 days was 14 (1.4%) patients, 6 (42.9%) of them with the same disease that prompted the previous admission.

**CONCLUSIONS:** A specialized and multi-disciplinary management in an area of pre-admission reduces the number of admissions to medical wards for various diseases, mainly at the expense of a strict and ambulatory monitoring in acute diseases and early optimization study of certain diseases at the outpatient clinic, without significantly impairment of the quality of care.

**Key words:** pre-admission unit, alternatives to admission, suitability of revenue, short stay unit.

### Introducción

En los últimos años se está viviendo un incremento progresivo en la demanda asistencial sanitaria por parte de la población. Este mayor requerimiento es consecuencia tanto de un aumento de las enfermedades crónicas, paralelo al envejecimiento de la población, como de una mayor esperanza de vida, del desarrollo de nuevas tecnologías

y también debido a unas mayores expectativas para una sociedad cada vez más informada<sup>1-4</sup>. La sobrecarga de pacientes en las consultas de atención primaria, las excesivas listas de espera en consultas de medicina especializada o en la realización de pruebas diagnósticas provocan una situación de inseguridad e intranquilidad que afecta tanto al paciente, a su familia o al médico de cabecera.

Esta situación, en ocasiones, termina provocando un aumento de las consultas en los Servicios de Urgencia (SU) hospitalarios. Todo ello favorece que un alto porcentaje de los pacientes que terminan ingresando en un centro hospitalario provengan del SU, llegando a suponer en ocasiones más de un 50% del total de los ingresos<sup>5-6</sup>.

La habitual limitación que existe del número de camas de hospitalización convencional, unido a la necesidad de contención del gasto sanitario ha provocado por parte de las administraciones sanitarias la búsqueda de alternativas a la hospitalización clásica<sup>7</sup>. Así en los últimos tiempos hemos asistido a la creación y desarrollo de nuevas unidades asistenciales como son la hospitalización a domicilio<sup>8</sup>, el hospital de día<sup>9</sup> o unidades de cuidados paliativos<sup>10</sup>. Así mismo con la idea obtener la máxima eficiencia en el uso de los recursos disponibles se han creado unidades de corta estancia médica<sup>11,12</sup>, tanto de patología médica general como más específica<sup>13,14</sup>.

En ocasiones la gran saturación hospitalaria provoca que algunos pacientes ingresados deban permanecer en el SU esperando a que puedan ser trasladados a una cama de hospitalización convencional. Esta situación provoca un estado de incomodidad que afecta tanto al paciente, que en ocasiones debe permanecer en localizaciones no óptimas como un pasillo, como a los familiares, con unos horarios de visita que en los SU suelen ser muy limitados. También afecta al personal sanitario del SU, ya que estos pacientes en ocasiones ocupan espacios necesarios para atender nuevos enfermos que consultan en el SU o bien presentan una complejidad tal que exceden las competencias potenciales de un médico de urgencias. En otras ocasiones, el hecho de que estos pacientes ingresados aún no hayan sido ubicados físicamente en su servicio correspondiente provoca que, frecuentemente, su manejo no sea asumido en su totalidad ni por los médicos del SU, que es donde está localizado el paciente, ni por los de los servicios donde el paciente va a ser ingresado.

Como parte de un programa de intervención para mejorar el SU del Complejo Hospitalario de A Coruña, se decidió habilitar un área independiente del SU, denominada la Unidad de Preingreso (UPI). La UPI comienza a funcionar como unidad independiente, adscrita a la Dirección Médica en 2007, está dotada con 33 camas y una consulta de seguimiento precoz ambulatorio. El personal médico consta de 3 facultativos, 2 especialistas en medicina interna y un neurólogo. En la UPI se encuentran todos aquellos pacientes ya ingresados en el hospital por la guardia del área médica y que permanecen a la espera de cama en las plantas de Hospitalización convencional.

El objetivo de este trabajo es analizar las características de los pacientes atendidos en la UPI a los que se ha evitado el ingreso hospitalario y las vías de seguimiento de los mismos, describir las patologías más frecuentes de este grupo de pacientes, así como conocer la tasa de reingresos y mortalidad de los pacientes dados de alta.

## Pacientes y métodos

El Complejo Hospitalario de A Coruña (CHUAC) tiene una población de referencia de más de 500000 habitantes. Este complejo hospitalario dispone de 1432 camas repartidas en 4 hospitales, siendo el Hospital de A Coruña con 871 el de mayor capacidad y el que atiende las Urgencias hospitalarias.

### Métodos

Se diseñó un estudio descriptivo, prospectivo de las altas hospitalarias de la UPI en sus primeros 10 meses de funcionamiento (1 de Junio de 2007 - 1 de Abril de 2008). Se registran los datos demográficos, el ingreso hospitalario en el año previo, los diagnósticos principales y destino al alta. Se evaluó a las 72 horas, 10 y 28 días del alta la presencia de reingreso, entendiendo como tal si el paciente fue ingresado en el hospital independientemente de la causa. Se determinó el momento en que se produjo el reingreso, el tipo de reingreso (urgente o programado) y si el motivo coincidía con el diagnóstico principal del ingreso índice. Se evaluó la mortalidad de los pacientes a los 30 días del alta y la causa del mismo.

Todos los pacientes habían acudido directamente al SU, siendo atendidos inicialmente por los facultativos de dicho servicio y posteriormente, en los casos que así lo consideraron oportuno, valorados por el cuerpo de médicos que forman la guardia del área médica, que son en última instancia quienes realizan el ingreso. Esta guardia está formada por dos facultativos especialistas del área médica que comprende medicina interna, neumología, oncología, endocrinología, neurología, reumatología además de 3 a 5 residentes de entre segundo y último año de formación de esas especialidades.

Se define como ingreso hospitalario a aquel paciente que tras su paso por el Servicio de Urgencias, ha sido valorado, se le ha puesto un tratamiento y ha sido solicitada la cama a través del Servicio de Admisión del hospital por parte de cualquier facultativo del área médica. Se define como ingreso en UPI, a aquel ingreso hospitalario cuyo ingreso ha sido tramitado por parte del Servicio de Admisión, pero sin todavía cama asignada en una sala de hospitalización convencional. Ingreso evitado en planta será todo ingreso en UPI que está pendiente de una cama de sala de hospitalización convencional y que antes de que sea reclamado para subir a esa planta, el paciente es dado de alta por cualquier facultativo de los que componen la UPI.

En el momento que se ha decidido el ingreso de un paciente por parte de los facultativos del área médica siempre que hay camas disponibles, el paciente pasa a la planta de hospitalización convencional correspondiente; mientras que si no hay camas en dichos servicios, estos enfermos permanecen a la espera en la UPI.

Los objetivos de la unidad de preingreso son: 1) valoración y seguimiento de dichos pacientes, ajustando los tratamientos y previniendo el potencial desarrollo de complicaciones;

2) detección de los ingresos inadecuados, con el intento de derivar a los mismos a las consultas más apropiadas; 3) ponderar la posible alta de aquellos pacientes con patología crónica descompensada y que han alcanzado durante su estancia en la unidad un grado de estabilidad clínica adecuada que permite un seguimiento ambulatorio. El tiempo máximo que un paciente podría estar en la unidad era de 48 horas aproximadamente. Si se preveía que el paciente podría ser dado de alta en las siguientes 24 horas, se podía mantener en la unidad ese espacio de tiempo, en caso contrario el paciente pasaba a hospitalización convencional cuando hubiera una cama disponible.

Las directrices de funcionamiento de la unidad se basan en el trabajo multidisciplinar, estableciendo lazos asistenciales tanto con el SU como con el resto de servicios del hospital, principalmente del área médica.

#### Análisis estadístico:

Se ha realizado una descripción de las características de los pacientes atendidos, para el global y según el diagnóstico principal. Para describir las variables cualitativas se ha calculado la frecuencia absoluta y relativa en porcentajes, de cada uno de los valores de las variables, y para las cuantitativas se ha utilizado la media y la desviación estándar (media  $\pm$  DE). Para el estudio de la influencia de las variables clínicas en el destino de los pacientes se ha utilizado la prueba de la Chi cuadrado para las variables cualitativas y el análisis de la varianza (ANOVA) para las cuantitativas. En todos los contrastes de hipótesis se ha utilizado un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ . El análisis estadístico de los datos se ha realizado con el programa SPSS v.12.

## Resultados

Entre el 1 de Junio de 2007 y el 1 de Abril de 2008 fueron dados de alta un total de 1005 pacientes, reflejando una Tasa de ingresos evitados de 100.5/mes. La edad media de estos pacientes fue de  $67.7 \pm$  DE 17.1 (Rango 16- 102 años), siendo la mayoría significativamente varones con 626(62.3%) casos ( $p < 0.001$ ). Un total de 225(22.4%) de los pacientes habían estado ingresados en el hospital durante el año previo al evento.

La Tabla 1 recoge los diagnósticos principales de los pacientes a los que se le evitó el ingreso hospitalario, ordenados por orden de frecuencia. El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria de vías bajas en 149 casos, de los cuales 79 fueron por neumonía adquirida en la comunidad (NAC), representando un 7.9% del total de altas. La segunda causa de alta hospitalaria fue debida al dolor torácico en 122(12.2%) de casos, 12 de ellos fueron catalogados como de dolor osteomuscular y 73 casos de dolor torácico no isquémico, tras haberse descartado dicho origen tras la realización de una ergometría por parte de la Unidad de dolor torácico del centro; los 33 casos restantes fueron definidos como inespecíficos.

Tabla 1: distribución global de los diagnósticos más frecuentes de los pacientes a los que se le evito el ingreso hospitalario en la UPI

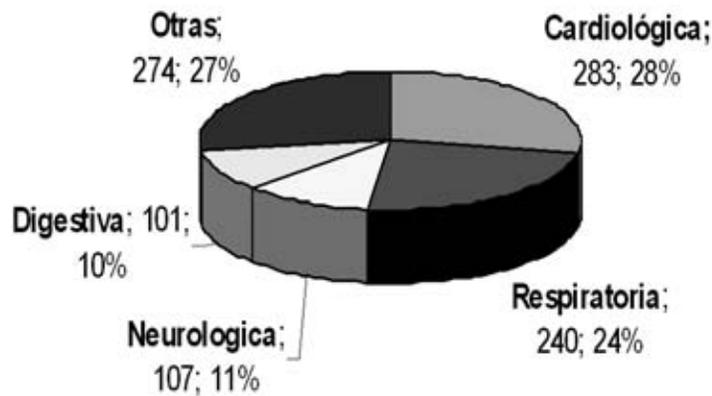
Diagnóstico	Total (N= 1005)	%
Infección respiratoria de vías bajas*	149	14.9
Dolor torácico	122	12.2
Insuficiencia cardiaca	117	11.7
Exacerbación de EPOC	81	8.1
Enfermedad vascular cerebral	61	6.1
Arritmia	57	5.7
Exacerbación de Asma	37	3.7
Alteración en la exploración y/o pruebas complementarias	36	3.6
Infecciones no respiratorias	29	2.9
Hemorragia digestiva	28	2.8
Dolor abdominal	26	2.6
Cardiopatía isquémica	25	2.5
Sincope	23	2.3
Anemia	20	2
Gastroenteritis aguda	20	2
Síndrome general	12	1.2
Efectos secundarios farmacológicos	11	1.1
Derrame pleural	10	1
Crisis comicial	10	1
Complicaciones de diabetes mellitus	7	0.7
Fiebre sin foco	7	0.7
Traumatismos	7	0.7
Otros	110	11

\*incluye neumonía adquirida en la comunidad

En la figura 1 podemos apreciar los diagnósticos principales agrupados por aparatos o sistemas, en donde se observa que la patología más prevalente es la cardiológica con 283(28.2%) casos, seguido de la respiratoria con 240(23.9%), neurológica 107(10.6%) y digestiva con 101(10%) pacientes. Un 33% de los pacientes que se fueron de alta habían tenido al menos un ingreso hospitalario en el último año.

Al alta, fueron remitidos al médico de cabecera un total de 546(54.3%) pacientes. El resto requirieron un seguimiento o consulta especializada tras el alta. Así se realizó un seguimiento ambulatorio precoz en las primeras 24-72 h en la consulta externa de la UPI a 138(13.7%) pacientes, se remitieron a hospitalización a domicilio (HADO) a 34(3.4%) pacientes y el resto se remitieron a consultas externas de otras especialidades, siendo las más frecuentes Medicina Interna 134(13.3%), Cardiología 54(5.4%) y Neumología 46(4.6%). El número de reingresos a las 72 horas, 10 días y 28 días fue de 14(0.1%), 42(0.4%) y 123 (12.3%), respectivamente. Del total de reingresos a 28 días 77(62.3%) pacientes reingresaron por la misma patología, 16 (13%) de ellos fueron ingresos programados, fundamentalmente para realizar alguna técnica diagnóstica mas agresiva o bien para

Figura 1: diagnósticos principales agrupados por aparatos o sistemas



ser sometidos a una intervención quirúrgica relacionada con la patología recién diagnosticada (Figura 2). Las causas principales de reingreso fueron exacerbación de EPOC, insuficiencia cardíaca e infección respiratoria con 20(15.7%), 19(15%) y 14(11%) pacientes. De los pacientes que fueron revisados de manera precoz desde la consulta externa de la UPI únicamente reingresaron 21 de los 138 pacientes revisados (15.2%)

En el seguimiento realizado a 30 días, fallecieron 14 (1,4%) pacientes; 6 (42.9%) de los cuales por la misma enfermedad principal que motivo el alta índice.

### Discusión

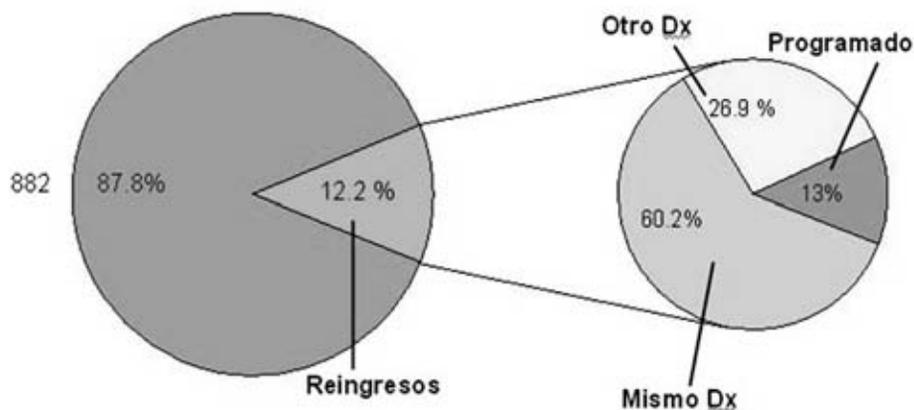
Los resultados obtenidos evidencian que mediante un manejo especializado y multidisciplinar, en un área con unas características determinadas como es una unidad de preingreso, se consigue evitar un número considerable de ingresos en planta de hospitalización convencional sin disminuir significativamente los estándares de calidad, principalmente en cuanto a tasa de reingreso y mortalidad.

Las 1005 altas realizadas en la UPI durante los primeros 10 meses de funcionamiento de la unidad, refleja que aproxi-

madamente se les ha evitado el ingreso hospitalario a unos 100 pacientes al mes, que, de no existir la unidad habrían sido admitidos en planta de hospitalización convencional. Sin haber realizado un análisis económico es posible que el beneficio en términos monetarios no sea nada desdeñable, puesto que uno de los principales condicionantes económicos de las patologías son el gasto que supone la cama de hospitalización.

Los resultados obtenidos están claramente influenciados por el sesgo de ingreso. Existe una gran variedad de circunstancias que pueden influir a la hora de decidir el ingreso hospitalario de un paciente. Por un lado está el médico que decide el ingreso quien ante una misma patología puede indicar la admisión, mientras que otro facultativo ante un paciente con características semejantes le de el alta del hospital. En este punto influirían tanto la especialidad como la experiencia del facultativo, además de si es especialista o residente<sup>15,16</sup>. En otras ocasiones, los potenciales ingresos están relacionados con situaciones relacionadas con la propia patología o con características del paciente o su entorno. Así, es posible que en horario de mañana estos problemas podrían ser resueltos sin demasiada complejidad, en ocasio-

Figura 2: reingresos y causas



nes simplemente contactando con su médico responsable a nivel ambulatorio, mientras que durante la guardia y ante la ausencia de determinados especialistas o la imposibilidad de hacer alguna prueba complementaria sea imposible su resolución y genere un ingreso. Por último, en determinados momentos cuando existe una sobresaturación y una máxima presión asistencial en el SU no es posible dejar a algún paciente a evolucionar un periodo de tiempo en una sala de observación de urgencias, puesto que estas localizaciones se necesitan para atender a pacientes "nuevos", siendo la opción más "práctica" la hospitalización convencional.

Aunque la UPI no es en el sentido estricto una unidad médica de estancia corta (UMEC) si que tiene una serie de características que las hacen comparables. Por un lado ambas tienen como objetivo evitar, en la medida de lo posible, el uso de camas de hospitalización convencional por parte de aquellos pacientes que han presentado un cuadro agudo con una evolución satisfactoria en las primeras horas y que no precisan recursos extraordinarios así como de aquellos con enfermedades crónicas donde el objetivo fundamental es su estabilización y que no obtendrían un beneficio añadido con dicho ingreso. De este modo al comparar las patologías más frecuentes dadas de alta en la UPI, aunque con pequeños matices, son muy semejantes a las referidas en otros trabajos de UMEC generales<sup>11,12,17</sup>. Es posible que la alta incidencia de dolores torácicos detectada en nuestro trabajo responda a las características organizativas de la Unidad de Dolor torácico del Servicio de Cardiología, puesto que aquellos pacientes que consultaban por dolor de características coronarias durante el fin de semana pasaban a la UPI hasta ser reevaluados el lunes, y si fuera necesario ser sometidos a test diagnósticos, principalmente la ergometría de esfuerzo.

En nuestra serie no podemos analizar la estancia media de nuestros pacientes, puesto que por definición ésta es una unidad de tránsito, y solo se actuaba sobre aquellos pacientes que se pudieran beneficiar del alta durante su estancia en la unidad y mientras no fuera reclamado por la planta de hospitalización convencional. De esta manera los pacientes fueron dados de alta en un intervalo comprendido entre unas 12 horas de llegada al SU y el máximo referido de 48 horas. Así, referenciando una estancia media sobreestimada de 48 horas, sería, en cualquier caso, inferior a la de otras series, sin que cambien significativamente los parámetros de reingreso y mortalidad. Así, por ejemplo, al comparar con una cohorte de los pacientes de la UMEC de nuestro propio hospital y publicada en 1997, la estancia media reflejada sería ligeramente superior con 3.7 días<sup>18</sup>.

Al analizar la tasa de reingresos observamos una baja tasa a las 72h (0.1%), así como a los 10 días (0.4%) en comparación con otras series en donde oscila entre un 3.6 y un 20 por ciento, muy superiores a las de nuestro trabajo (3.6% vs 0.4%) si bien al analizar los reingresos a 28 días, nuestros resultados son ligeramente superiores (9.7% vs 12.3%)<sup>19-21</sup>.

La baja tasa de reingresos en las primeras 72 horas observada en nuestra cohorte podría reflejar la adecuada indicación del alta de estos pacientes. Así mismo consideramos que una consulta externa como la de la UPI en la que se fueron revisados algunos pacientes agudos, en ocasiones ya en las primeras 24 horas del alta hospitalaria, pueda explicar esta baja de reingresos inicial, observación ya destacada por otros autores<sup>12,22</sup>. Esta mejora aparente en los parámetros asistenciales y de gestión se ha conseguido sin disminuir de manera significativa la calidad asistencial como se ve por los resultados de mortalidad y reingreso a 30 días<sup>23</sup>.

Entre los factores que creemos que justifican el número de ingresos evitados son varios que nos gustaría comentar. Primeramente, el hecho de que los facultativos de la UPI estuvieran comprometidos con los objetivos fundamentales de la unidad, como el detectar los ingresos inadecuados o valorar cuáles había mejorado suficientemente tras su paso por el SU, ha permitido evitar la admisión de un gran número de pacientes, en ocasiones a expensas de seguimientos muy estrictos de carácter ambulatorio y subsecuentemente a costa de una mayor sobrecarga laboral. De esta manera se ha evitado el ingreso en planta de hospitalización a pacientes que en condiciones habituales, una vez introducidos en la dinámica habitual del hospital, hubieran presentado probablemente una mayor estancia hospitalaria, incluso para procesos de complejidad semejante, hallazgo ya detectado por este grupo en patologías como las neumonías comunitarias<sup>24</sup>. Por otro lado, el hecho de estar en una ubicación independiente del SU, en un área más confortable, en ocasiones permite mejorar la comunicación con el paciente o la familia, explicando tanto las razones del alta, el tratamiento que precisa o el seguimiento que se le va a hacer, consiguiendo así un alta que durante el proceso de una guardia, con la carga asistencial, los horarios, etc...no habría sido posible. La presencia de un facultativo especialista en neumología en la unidad en colaboración con los especialistas en medicina interna, ha sido otro de los factores que haya favorecido un importante número de altas por patología respiratoria como neumonías, exacerbaciones de asma y EPOC, en concordancia con experiencias publicadas en unidades de corta estancia neumológica<sup>13</sup>. Por último el perfil multidisciplinar del equipo de la UPI y su amplio contacto con otros Servicios ha permitido contar con valoraciones e intervenciones, en ocasiones altamente especializadas (broncoscopias, biopsias hepáticas, estudios hemodinámicas cardíacos...), que han permitido evitar otro número significativo de ingresos.

Este estudio tiene algunas limitaciones que nos gustaría destacar. No conocemos con exactitud la estancia media de los pacientes dados de alta, si bien, por las características de la unidad en donde un paciente no podía estar más de 48 horas, esta estancia máxima no debería superarla; si bien es cierto que en situaciones concretas de gran saturación hospitalaria estas 48 horas podrían haberse superado. Tampoco se ha analizado la adecuación de los ingresos

hospitalarios, por lo que no podemos saber si cada uno de los ingresos evitados estaban pertinentemente indicados. Esto se habría podido valorar de haber aplicado alguna de las escalas orientadas a la detección de estos ingresos como por ejemplo la escala "Appropriateness evaluation protocol" (AEP), traducida al español y validada en nuestro medio<sup>25</sup>. Al no haber analizado este dato desconocemos la incidencia real de ingresos inadecuados, pero por otro lado nuestros datos reflejan la práctica clínica habitual en un hospital determinado. Es por ello que consideramos que los resultados obtenidos en un hospital como es el Complejo Hospitalario de La Coruña, hospital terciario, con una organización y estructura determinada, no deberían generalizarse a la globalidad de los centros. Podemos concluir que en un centro de las características del CHUAC, un manejo especializado y multidisciplinar en un área de preingreso, permite disminuir el número de ingresos por distintas patologías, principalmente a costa de un seguimiento ambulatorio estricto y precoz en cuadros agudos y optimización del estudio de determinadas patologías a nivel ambulatorio, todo ello sin mermar significativamente la calidad asistencial.

#### Agradecimientos:

A los Doctores José Manuel Vázquez, Fernando Diz Lois, Alejandra Otero y José Antonio Lorenzo Porto por su preocupación, dedicación y apoyo, así como a todo el personal que trabaja o ha trabajado en la unidad.

#### Bibliografía

- Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones. Barcelona: La Llar del Llibre, 1992.
- Marín N, Caba A, Ortiz B. Determinantes socioeconómicos y utilización de los servicios hospitalarios de urgencias. *Med Clin (Barc)* 1997;108: 726-9.
- Byrne M, Murphy AW, Plunkett PK, McGee HM, Murray A, Bury G. Frequent attenders to an emergency department: a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. *Ann Emerg Med* 2003;41: 309-18.
- González JI, Baztán JJ, Rodríguez L. Ingreso hospitalario urgente en servicios médicos: causas, justificación, factores sociales y sus diferencias en función de la edad. *Med Clin (Barc)* 1994;103: 441-4.
- Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 2007. Disponible en: [http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI\\_2007.pdf](http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EESCRI_2007.pdf) (Consultado el 22-05-2009).
- Graff, L. (1999) Overcrowding in the ED: an international symptom of health care system failure. *Am J Emerg Med*, 17, 208-9.
- Colomer J, González Montalvo JI, González Ramallo, VJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda de los servicios de salud. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J, editores. *Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos*. Barcelona: Masson, 1998; p. 359-62.
- Shepherd S, Iliffe S. Hospital at home. An uncertain future. *BMJ* 1996; 312:923-4.
- Schwartzman K, Duquette G, Zaoudé M, Dion MJ, Lagacé MA, Poitras J, Cosio MG. Respiratory day hospital: a novel approach to acute respiratory care. *CMAJ*. 2001 ;165: 1067-71.
- Centeno C, Heller KS. Palliative care in Spain: an evolving model. *J Palliat Med*. 2000;3: 123-7.
- De la Iglesia Martínez F, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Castro Romero B, Rodríguez Sotillo A, Diz-Lois Martínez F. The short-stay medical unit of La Coruña: our experience. *An Med Interna*. 1997 ;14:125-7.
- Guirao Martínez R, Sempere Selva MT, López Aguilera I, Sendra Pina MP, Sánchez Payá J. Short-Stay Medical Unit, an alternative to conventional hospitalization. *Rev Clin Esp*. 2008 ;208:216-21.
- Broquetas JM, Pedreny R, Martínez-Llorens JM, Sellarés A, Gea J. Unidad neumológica de estancia corta: un nuevo dispositivo asistencial de hospitalización. *Arch Bronconeumol*. 2008 ; 44: 252-6.
- Pastor Torres LF, Pavón-Jiménez R, Reina Sánchez M, Caparrós Valderrama J, Mora Pardo JA. Unidad de dolor torácico: seguimiento a un año. *Rev Esp Cardiol* 2002;55: 1021-7.
- Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1992; 267:1624-30.
- Capelastegui A, España PP, Quintana JM, Gorordo I, Martínez Urquiri A, Idoiaga I, Bilbao A. Pacientes hospitalizados por neumonía adquirida en la comunidad: estudio comparativo de resultados según la especialidad médica. *Arch Bronconeumol*. 2005; 41:300-6.
- Juan A, Salazar A, Alvarez A, Perez JR, Garcia 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.
- De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Estancia Médica (UCEM) de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna* 2001; 18: 166.
- Diz-Lois Palomares MT, de la Iglesia Martínez F, Nicolás Miguel R, Pellicer Vázquez C, Ramos Polledo V, Diz-Lois Martínez F. Predictive factors of unplanned hospital readmission in patients discharged at a short stay medical unit. *An Med Interna*. 2002 ;19 :221-5.
- Phillips RS, Safran C, Cleary PD, Delbanco TL. Predicting emergency readmissions for patients discharged from the medical service of a teaching hospital. *J Gen Intern Med* 1987; 2: 400-5.
- Kwok T, Lau E, Woo J, Luk JK, Wong E, Sham A, et al. Hospital readmission among older medical patients in Hong Kong. *J R Coll Physicians Lond* 1999 ; 33: 153-6.
- Noval Menéndez J, Campoamor Serrano MT, Avanzas González E, Galiana Martín D, Morís de la Tassa J. Are short stay medical units an appropriate place to manage community-acquired pneumonia?. *An Med Interna*. 2006 ;23:416-9.
- Marco J, Jusdado JJ, Plaza S, Rondón P, Torres R, Solís J. Diseño e implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de corta estancia. Repercusión y actividad asistencial. *Gestión y evaluación de costes sanitarios*. 2002;3: 64-73.
- Sanjuán P, Marcos PJ ; Díaz C, Bello L; Llinares D; Ferreira L; Trigás M. Estudio comparativo de las neumonías adquiridas en la comunidad de buen pronóstico a las que se le evita el ingreso frente a aquellas que ingresan en planta de hospitalización. *Pneuma* 2008 ; 4 : 132.
- Peiró S, Meneu R, Reselló ML, Portella E, Carbonell-Sanchis R, Fernández C, et al. Validez del protocolo de evaluación del uso inapropiado de la hospitalización. *Med Clin (Barc)* 1996;107:124-9.