

## ¿Urgenciólogos rentables?

ALBERT SALAZAR

Director Médico. Hospital Universitari de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, España.

En este número de nuestra Revista, se publican dos trabajos originales que son de gran interés, no sólo para los profesionales de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH), sino que también lo son, o deberían serlo, para los directivos y gestores hospitalarios. Los dos estudios hacen referencia al análisis de la actividad desarrollada en unidades asistenciales de apoyo a la atención urgente. Son dos trabajos complementarios, pero que nos permiten acometer una reflexión conjunta y realizar una crítica constructiva sobre un tema de candente actualidad.

Por un lado, Estella et al.<sup>1</sup> nos presentan los resultados de su unidad de observación de urgencias (UOU) de 24 camas en un hospital de 2º nivel. En una muestra seleccionada al azar describe el perfil de 307 enfermos atendidos, su destino final, los criterios en caso de ingreso hospitalario y la correlación con el diagnóstico al alta de hospitalización. Los hallazgos más importantes incluyen una edad media de 63 años, un predominio masculino y una comorbilidad relacionada en el 51% de los casos. El 46% fueron dados de alta domiciliaria y otro 46% precisó de ingreso hospitalario. Los principales diagnósticos fueron el síndrome coronario agudo, la neumonía y la insuficiencia cardiaca. Un hallazgo relevante del estudio fue la alta concordancia diagnóstica entre urgencias y el alta hospitalaria, que alcanzó el 89,3%.

El segundo trabajo de González-Armengol et al.<sup>2</sup> nos muestra la experiencia de cuatro años de funcionamiento de su unidad de corta estancia de urgencias (UCEU) de 16 camas en un hospital terciario. Se incluyen un total de 10.942 pacientes con una edad media de 78,8 años. De los resultados de este estudio cabe resaltar el índice de ocupación del 87%, la estancia media de 1,91 días y el 86,9% de altas a domicilio, con un elevado porcentaje de éstas (20%) en fin de semana. Otros hallazgos importantes incluyen una tasa ligeramen-

te elevada (10,9%) de traslados internos, y unas tasas óptimas de mortalidad (0,14%) y de reingreso (3,7%). Este estudio también pone el acento en la relación de la UCEU con otras alternativas al ingreso hospitalario convencional como es la hospitalización domiciliaria, hecho que queda demostrado con el 12,4% de altas que se produjeron desde la unidad hacia este destino final.

En la actualidad, nadie debería discutir la necesidad de la creación de las UOU en un espacio físico adyacente al SUH<sup>3,4</sup>. Los pacientes que precisan de observación o de tratamiento en el SUH permanecen en los boxes de primera asistencia o son ubicados fuera de los mismos, con la consecuente incomodidad tanto para los pacientes, los familiares y el propio personal sanitario. Si la toma de decisión para dar el alta o para ingresar al paciente comporta un tiempo razonable de permanencia en urgencias, éste se podría considerar un problema menor. Pero cuando el paciente no es tributario, después de la primera valoración, de ingreso en una unidad de hospitalización convencional y se considera que se podría beneficiar de un tratamiento específico durante aproximadamente 6-24 horas para continuar con un tratamiento ambulatorio, en este caso el problema sí es considerable porque este paciente puede estar ocupando un box de primera asistencia durante 24 horas.

La función de la UOU sería la de dar atención a estos pacientes que requieren un tratamiento específico y que, con una supervisión y revaloración en un margen máximo de 24 horas, es altamente probable que el paciente pueda ser tributario de alta a domicilio con garantías de que el tratamiento ambulatorio será eficaz. La UOU también puede ser el nivel asistencial en el cual determinados pacientes que precisan de más de 6 horas de observación, esperando por ejemplo los resultados de una prueba diagnóstica, puedan estar ubicados con un buen grado de confort y liberar así un box

**CORRESPONDENCIA:** Albert Salazar. Hospital Universitari de Bellvitge. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona, España. E-mail: asalazar@bellvitgehospital.cat

**FECHA DE RECEPCIÓN:** 16-2-2009. **FECHA DE ACEPTACIÓN:** 18-2-2009.

**CONFLICTO DE INTERESES:** Ninguno

de asistencia en el SUH<sup>5</sup>. De esta forma, las UOU cumplen además con cuatro objetivos: 1) disminuir el número de ingresos inadecuados en pacientes con patologías y condiciones aptas para un periodo corto de observación y después potenciales altas a domicilio; 2) disminuir el riesgo de alta precoz desde el SUH de aquellos pacientes con un pronóstico inicial incierto y, por tanto, también reducir el número de visitas precoces; 3) disminuir el tiempo de espera y el tiempo de permanencia en las áreas asistenciales, ya que facilita su drenaje; y 4) servir de puente, en ocasiones, con otras unidades alternativas de apoyo al SUH como la UCEU o la hospitalización domiciliaria.

Esta necesidad de mejorar el drenaje del SUH, junto con la de optimizar las estancias hospitalarias de pacientes con patologías crónicas agudizadas, fueron los principales motivos del nacimiento de las UCEU<sup>6,7</sup>. Muchos de estos pacientes requieren un ingreso en espera de que la mejoría clínica les permita continuar un tratamiento ambulatorio. Si se aplican las dinámicas habituales de atención en las unidades de hospitalización convencional, las estancias resultantes no se ajustan a la mejoría clínica del paciente, lo cual produce un número de estancias superior al deseable y, de forma indirecta, una dificultad de drenaje del SUH. Las UCEU son un recurso eficaz como alternativa a la hospitalización tradicional para este tipo de pacientes que se pueden beneficiar de una estancia hospitalaria entre 24-72 horas<sup>8-11</sup>.

Para un buen funcionamiento de la UCEU es recomendable seguir unos principios. Así, es muy importante una correcta selección de las patologías que pueden ser tributarias de ingreso en la UCEU, establecer criterios de ingreso, cumplir con unas condiciones clínicas adecuadas, un diagnóstico claro y una previsión de alta a las 48-72 horas como máximo. Por lo tanto, en la UCEU se debe limitar *a priori* la intensidad de los servicios que se van a prestar en lo referente a exploraciones complementarias complejas y a la duración de los tratamientos. Las UCEU son más rentables cuanto más se ajusten a una unidad de tratamiento y me-

nos a una unidad de diagnóstico. La UCEU tampoco debe convertirse en una unidad de preingreso ya que se desdibuja su función y se pierde su efectividad<sup>12</sup>. Finalmente, la dependencia jerárquica al SUH es la principal fortaleza de las UCEU. El grado de implicación de los profesionales de la unidad contribuye a agilizar la actividad de la unidad y a cumplir con uno de sus objetivos principales, que no es otro que el de servir de drenaje al SUH.

Con todo lo expuesto, la respuesta a la pregunta inicial es obvia.

## Bibliografía

- 1 Estella A, Pérez-Bello L, Sánchez JI, Toledo MD, Del Aguila D. Actividad asistencial en la unidad de observación de un hospital de 2º nivel. *Emergencias* 2009;21:95-8.
- 2 González-Armengol JJ, Fernández C, Martín FJ, González J, López A, Elvira C, et al. Actividad de una unidad de corta estancia en urgencias de un hospital terciario: cuatro años de experiencia. *Emergencias* 2009;21:87-94.
- 3 Brillman J, Mathers-Dunbar L, Graff L, Joseph T, Leikin JB, Schultz C, et al. Management of observation units. *American College of Emergency Physicians. Ann Emerg Med* 1995;25:823-30.
- 4 Montero FJ, Calderón de la Barca JM, Jiménez L, Berlango A, Pérez I, Férula de Torres L. Situación actual de los Servicios de urgencias hospitalarios en España (y IV): Áreas de Observación. *Emergencias* 2000;12:259-68.
- 5 Tomás S, Duaso E, Ferrer JM, Rodríguez M, Porta R, Epelde F. Evaluación del uso apropiado de un área de observación de urgencias mediante el Appropriateness Evaluation Protocol: un análisis de 4.700 casos. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:229-37.
- 6 Salazar A, Juan A, Corbella X. Unidades asistenciales de apoyo a urgencias: la unidad de corta estancia de urgencias. *Monografías Emergencias* 2008;2:9-11.
- 7 Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. *Medicina Clínica* 2002;118:515-6.
- 8 Juan A, Salazar A, Alvarez A, Perez JR, García L, Corbella X. Effectiveness and safety of an Emergency Department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalization. *Emerg Med J* 2006;23:833-7.
- 9 McDermott MF, Murphy DG, Zalenski RJ, Rydman RJ, McCarren M, Marder D, et al. A comparison between emergency diagnostic and treatment unit and inpatient care in the management of acute asthma. *Archives of Internal Medicine* 1997;157:2055-62.
- 10 Salazar A, Juan A, Ballbé R, Corbella X. Emergency Short-Stay Unit as an effective alternative to in-hospital admission for acute COPD exacerbation. *Am J Emerg Med* 2007;25:486-7.
- 11 Juan A, Llopis F, Masuet C, Biosca M, Salazar A, Corbella 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.
- 12 Gómez C, Guillamont J, Salazar A, Juan A, 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.