

Unidades de Corta Estancia Médica.

Fernando de la Iglesia Martínez

Medicina interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña

La situación sanitaria actual se comprende mejor a la luz de los cambios acontecidos en los últimos 20 años. En este tiempo se universalizó la Asistencia Sanitaria pública a toda la población española creciendo, por tanto, el número de personas atendidas, aumentó la media de edad de la población por envejecimiento de la misma, y se ha producido un notable desarrollo técnico tanto en procedimientos diagnósticos como terapéuticos creando un aumento de expectativas entre los pacientes y familiares. Por otro lado, la mayor facilidad de acceso a la información incrementó el nivel de exigencia del paciente cuya figura ha ido derivando hacia la de usuario y, por último, a la de cliente. Los progresos científico-técnicos y la universalización de la sanidad multiplicaron los costes sanitarios, sin un aumento proporcional de los recursos. Hoy en día nadie quiere plantear la cuestión de la sostenibilidad de un sistema público que incluye una cartera ilimitada de prestaciones o servicios, de forma universal, para toda la población. Tarde o temprano habrá que afrontarlo.

En Atención Primaria existe descontento tanto entre los pacientes como entre los médicos, provocado por una mayor frecuentación, lo que disminuye su eficacia para resolver problemas de salud. La Atención Especializada Ambulatoria también es ineficaz, lastrada por largas listas de espera. Todo ello conduce a un mayor uso de los Servicios de Urgencias hospitalarios, mayor porcentaje de ingresos y mayor ocupación de dichos centros. A ello hay que añadir la percepción de los pacientes, fomentada por los medios de comunicación, de que la medicina desarrollada en los hospitales es de mayor nivel científico.

Todos los elementos anteriores contribuyen a la masificación de los hospitales y provocan la necesidad de búsqueda de alternativas a la hospitalización convencional. Comienzan a establecerse programas de Cirugía Mayor Ambulatoria en Unidades de Cirugía sin Ingreso, se desarrollan Unidades de Hospitalización a Domicilio para tratar problemas hospitalarios en el domicilio de los pacientes, Hospitales de Día para tratamientos protocolizados específicos de algunas enfermedades o especialidades concretas, como SIDA, Hematología u Oncología, o se organizan Consultas de Alta Resolución. Dentro de estas alternativas nacen las Unidades de Corta Estancia Médica con el objetivo fundamental de disminuir las estancias inapropiadas en los centros hospitalarios, basadas en la hipótesis de que la atención a los pacientes en los que se prevé que su proceso permitirá un alta rápida mejorará con un equipo médico especializado, en una unidad diferenciada. Para el correcto funcionamiento de estas Unidades se deben dar las siguientes circunstancias:

- una adecuada selección de los pacientes, con un determinado perfil clínico, realizada por el equipo que atiende la unidad,
- disponer del número de camas adecuado a las características del centro y de los recursos necesarios para la atención de los pacientes, incluyendo prioridad en la realización de determinadas exploraciones,
- una correcta organización funcional de la Unidad, y si es necesario, prolongación de jornada o mayor presencia de personal los fines de semana,
- tener organizado un sistema eficaz de seguimiento de los pacientes en consulta externa, y sobre todo,
- la máxima implicación de los profesionales, con una extraordinaria concienciación y motivación en la consecución de unos objetivos de gestión clínica.

En 1994 el Hospital Juan Canalejo, como muchos otros hospitales, presentaba problemas de masificación teniendo que utilizarse “camas extras” en las habitaciones. Nació la famosa “cuarta cama” en

habitaciones diseñadas para tres pacientes. A pesar de ello, no se absorbieron las necesidades y muchos pacientes ingresaban periféricos y mal distribuidos, lo que restaba claramente eficacia a la labor médica. Baste poner un ejemplo que no era ninguna excepción. En la 7ª planta del Hospital estaban los Servicios de Neumología a un lado y Digestivo al otro. Muchos días ingresaba un EPOC agudizado en la planta de Digestivo y alguien con pancreatitis en la planta de Neumología. Ninguno de estos dos pacientes era atendido por Neumólogo y Digestólogo. Los dos eran atendidos como “periféricos” o “ectópicos” por Internistas.

El 11 de abril nació la Unidad de Corta Estancia Médica de Juan Canalejo, la primera en nuestra Comunidad Autónoma. Nació justificada por la necesidad de liberar camas, de eliminar periféricos y “cuartas camas”, así como de redistribuir pacientes. Los recursos humanos incluían una supervisora de enfermería, 13 enfermeras, 10 auxiliares de enfermería, una auxiliar administrativa y 4 médicos, dirigidos directamente por el Jefe de Departamento de Medicina Interna. Se localizaba en la 3ª planta y disponíamos de 41 camas (5 habitaciones individuales y 9 múltiples). Los pacientes procederían de Urgencias, la mayoría, pero también ingresarían enfermos de Consultas o programados para la realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas que precisaran la infraestructura que podíamos ofertar. El objetivo era conseguir que el 80% de nuestros pacientes se fueran de alta a su domicilio y un 20 % se trasladaran a Unidades convencionales dentro del hospital. Para ello se establecieron unos requerimientos:

- a) En la UCEM puede ingresar cualquier paciente médico en el que se presuma una corta estancia y se prevea que esté en situación de poder irse de alta hospitalaria en los próximos 3 ó 4 días. Se incluyen enfermos crónicos con proceso descompensado conocido, y enfermos con procesos agudos en pacientes estables.
- b) La UCEM tendrá preferencia en la realización de exploraciones complementarias, en especial, en radiología, cardiología y endoscopias.
- c) La UCEM contará con Consulta Externa diaria. Cada médico de la UCEM dispondrá, un día a la semana, de consulta ambulatoria

durante 2 ó 3 horas al día, ampliables según necesidades, fundamentalmente para apoyo de las altas de la planta.

- d) La UCEM tendrá preferencia en la evacuación de pacientes desde nuestra Unidad al resto de Unidades/Servicios del hospital.

Los resultados de nuestra UCEM confirman un aumento progresivo de los ingresos anuales, desde los iniciales 2000 al año hasta estabilizarse en torno a los 3000, con una media de estancia de unos 4 días. El porcentaje de traslados a otras Unidades comenzó con un 32% de las altas y ha disminuido hasta el 15%. En los primeros años la mitad de los ingresos se debieron a insuficiencia cardiaca, agudización de EPOC, cardiopatía isquémica y arritmias cardíacas.

La posibilidad de que nuestros pacientes reingresaran más nos hizo compararnos con otra Unidad de Medicina Interna convencional de nuestro hospital. No tuvimos más reingresos ni en el cómputo global (15.6% en la UCEM vs. 20.3% en la otra Unidad, a los 6 meses del ingreso índice) ni en la patología más frecuente.

El número de “periféricos” atendidos por Medicina Interna disminuyó un 70% en el año siguiente a la implantación de la UCEM, y la media global de la estancia de todo el Departamento disminuyó en más de 3 días, pasando de 10'6 – 10'9 días antes de la UCEM a 7'3 – 7'4 días después de su implantación.

En abril de 2001 nació la Unidad de Medicina Interna D, situada físicamente en el Hospital Abente y Lago, y ello modificó el tipo de paciente que ingresa desde entonces en la UCEM. La apertura de dicha Unidad, con sus particulares circunstancias, hizo que pacientes con EPOC e insuficiencia cardiaca ingresen ahora preferentemente allí. La fotografía actual de nuestros pacientes es diferente. Presentan mayor heterogeneidad en los diagnósticos, mayor media de edad, pluripatología y vivimos una auténtica explosión de ingresos para estudio por dolor torácico, diagnóstico éste con poco peso en los GRDs, pero de indudable trascendencia clínica porque obliga a descartar enfermedades potencialmente graves (cardiopatía isquémica, disección o aneurisma aórtico, embolismo pulmonar, etc.) y de innegables implicaciones legales.

Además, el grado de exigencia e información que el paciente, familia y sociedad demandan a los médicos se ha modificado de forma notable. Ha finalizado la medicina paternalista. El médico no sólo tiene que diagnosticar y tratar. Tiene que informar de opciones diagnósticas y terapéuticas a pacientes y familiares. La información médica consume hoy mucho más tiempo que antes. Y todo ello debe quedar fehacientemente reflejado en la Historia Clínica, con los correspondientes consentimientos informados, lo que a su vez está modificando el valor estrictamente “clínico” de la Historia y aumentando de forma notable nuestro trabajo “administrativo”.

La asistencia, la docencia y la investigación son los pilares de la actividad de la medicina clínica. El futuro asistencial de las Unidades de Corta Estancia Médica pasa por perseguir la “excelencia”, midiendo y analizando nuestra actividad. Ello permitirá mejorar la atención de patologías prevalentes, evaluar la calidad de la asistencia prestada y compararla con estándares de calidad y con la actividad de otras Unidades/Servicios de nuestro y de otros Hospitales.

La docencia es una faceta fundamental en nuestro quehacer diario. Supone un innegable estímulo para el reciclaje y la actualización. Con nosotros rotan estudiantes de diferentes cursos de Medicina de la Universidad de Santiago, rotan residentes de Medicina Familiar, de Medicina Interna, de Especialidades Médicas, de Anestesiología y Reanimación e incluso, de algunas especialidades quirúrgicas de nuestro Hospital. También rotan residentes y especialistas de Medicina Interna de otros hospitales nacionales, algunos de los cuáles, posteriormente, pusieron en marcha Unidades de Corta Estancia en sus centros. Hemos recibido médicos generales durante 3 meses para homologar su título de Médico de Familia, realizan rotaciones de reciclaje médicos propietarios de Atención Primaria, Hospitalización a Domicilio, etc.

La labor docente se realiza inmersa, incrustada en la asistencia. Los rotantes participan en las labores asistenciales de forma proporcional a sus características. Reciben orientación respecto a fuentes de información médica, cómo se consultan, metodología científica, valoración e interpretación de la información médica. Además la

patología más prevalente y los problemas clínicos más frecuentes son revisados y puestos al día, de forma sistemática, en función de los cambiantes conocimientos científicos.

En nuestra Unidad realizamos todos los días una sesión clínica orientada fundamentalmente a residentes y estudiantes. Apoyándonos en un caso real revisamos la actitud diagnóstica y terapéutica ante diferentes problemas clínicos, o bien, se comentan y critican ensayos clínicos o estudios científicos recientemente publicados. También participamos activamente en las sesiones del Hospital, en la de Autopsias de Anatomía Patológica, en la semanal de Medicina Interna y en la Sesión General mensual.

Desde la apertura de nuestra Unidad consideramos muy importante la faceta investigadora. Creemos que las Unidades deben dedicar parte de su tiempo a la investigación clínica, especialmente orientada a problemas relevantes de los pacientes sobre los que realizan asistencia. Como comentamos más arriba, en los primeros años la insuficiencia cardíaca, la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y los reingresos hospitalarios fueron objeto de dedicación y estudio, cuyos resultados fueron comunicados en Congresos, se publicaron en revistas nacionales e internacionales y sirvió de base para una Tesis Doctoral. En los últimos años dos temas muy prevalentes en toda la población occidental, la fibrilación auricular y la cardiopatía isquémica, son nuestro objetivo, y son la base del proyecto para la realización de dos Tesis Doctorales. Hemos conseguido ayudas de la industria farmacéutica para el desarrollo de proyectos científicos, han sido presentados trabajos de investigación tutelados para obtener Diplomas de Estudios Avanzados, e incluso hemos participado en ensayos clínicos multicéntricos internacionales.

En definitiva, creemos que Medicina Interna puede lograr una estancia corta, sin aumentar el número de reingresos, apoyándose en una Consulta Externa ágil. Creemos que las Unidades de Corta Estancia pueden ayudar a disminuir los “periféricos”, disminuir la media de estancia de todo el Servicio y a mejorar la distribución de enfermos en las Especialidades Médicas. Los pilares sobre los que debe asentar el trabajo de estas Unidades son la “excelencia clínica” en la asistencia

diaria, la docencia integrada y programada de calidad, y conseguir que la investigación clínica forme parte de la rutina diaria.

Bibliografía

- Abenheim HA, Kahn SR, Raffoul J, Becker MR. Program description: a hospitalist-run, medical short-stay unit in a teaching hospital. *CMAJ* 2000; 163: 1477-80.
- De la Iglesia Martínez F, Ramos Polledo V, Pellicer Vázquez C, Nicolás Miguel R, Diz-Lois Martínez F. La Unidad de Corta Estancia Médica de A Coruña: cumplimos cinco años. *An Med Interna (Madrid)* 2001; 18: 166.
- Muiño Miguez A. Unidad Médica de Corta Estancia. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 219-20.
- Villalta J, Sisó A, Cereijo AJ, Sequeira E, De la Sierra A. Adecuación de la hospitalización en una Unidad de Estancia Corta de un hospital universitario. Estudio controlado. *Med Clin (Barc)* 2004; 122: 454-6.
- Ollero M. Unidades de corta estancia y adecuación del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)* 2004; 123: 621-3.
- Muñoz Rivas N, Méndez Bailón M, Conté Gutiérrez P, Audibert Mena L. Tratamiento de la insuficiencia cardíaca en una Unidad de Corta Estancia: estancia media, frecuencia y factores de reingreso. *Med Clin (Barc)* 2006; 127: 516-7.