



V-53. - OPTIMIZACIÓN EN LA ELECCIÓN DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA (UEC): FACTORES PREDICTIVOS INDEPENDIENTES ASOCIADOS A LA REDUCCIÓN DE LA ESTANCIA MEDIA

E. Gil Olivas¹, K. Pizurno Mármol¹, A. Mauri Plana², J. Montiel Dacosta², E. Pérez Macho¹, M. Galán Otalora¹, J. Guardiola Tey²

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Urgencias. Hospital de Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Valorar las medidas útiles para poder reducir la estancia media en la UEC. Analizar los factores predictivos independientes asociados a la reducción de la estancia media en una UEC.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de una muestra representativa de los pacientes ingresados en la UEC, escogida de manera aleatoria, durante los meses de enero y febrero del 2012. Se analizaron las variables cuantitativas y cualitativas relacionadas con el motivo del ingreso. El estudio univariado entre las variables cualitativas se realizó mediante χ^2 , las variables cuantitativas-cualitativas se analizaron mediante la t-Student. El estudio multivariado se ha realizado mediante la Regresión logística. La variable dependiente analizada es "Ingreso corto" (IC) vs "Ingreso largo" (IL) (IC < 4 días e IL > 5 días de ingreso).

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes (45,3% varones) con edad media $78,4 \pm 14,6$ años. El 15% de los pacientes proviene de residencia. El 43% de los pacientes presentaron un Barthel menor de 100. El 53,4% presentaron un IC ($3,1 \pm 0,9$ días) vs el 47,8% con un IL ($7,4 \pm 3,8$ días). La presencia de IC se objetivó en un 52,2% varones y en un 52,6%, 48,9%, 51,6%, 57,9%, 59,3%, 58,6%, 51,7% de los pacientes con antecedente de HTA, diabetes mellitus, cardiopatía, EPOC, insuficiencia renal, antecedentes oncológicos y antecedentes neurológicos, respectivamente. El sumatorio de antecedentes (SA) personales (media de 2,7) no se relaciona con la duración del ingreso. Los diagnósticos al alta se han agrupado en función de la presencia de enfermedad cardiaca (46%), respiratoria (60%) o infecciosa (67%) y el IC se observa en un 55,9%, 51,7%, y un 46%, respectivamente ($p = 0,001$). El número de exploraciones complementarias (EC) fue de 4,1 vs 7,2 en los pacientes con IC vs IL ($p < 0,001$). El número de fármacos al ingreso y al alta fue de 7,9 y 9,7 respectivamente, sin diferencias al analizar la presencia de IC. En el estudio multivariado, tomando como variable dependiente IC vs IL, se incluyeron 7 variables (SA, enfermedad infecciosa, enfermedad cardiaca, enfermedad respiratoria, total de EC, número de fármacos e índice de Barthel). El modelo acepta dos variables como factores predictivos independientes para la duración del ingreso: presencia de enfermedad infecciosa (OR: 2,4; $p < 0,03$) y el total de EC (OR: 1,38; $p < 0,001$).

Discusión: La UEC permite un drenaje ágil y eficaz de los pacientes del área médica ingresados en urgencias. Una estancia media ajustada permite una mayor optimización de recursos. Para

conseguirlo es fundamental escoger correctamente a los pacientes. El análisis adecuado de los pacientes ingresados en la UEC nos ayuda a valorar cuales pueden ser las medidas para reducir la estancia media. Como podemos observar con los resultados obtenidos ninguno de los antecedentes patológicos analizados se correlaciona con la presencia de un IC. Tampoco el Índice de Barthel disminuido o la institucionalización. El diagnóstico de enfermedad infecciosa es el único diagnóstico que de manera independiente alarga el ingreso, en cambio, el resto de factores analizados no predicen la duración del ingreso.

Conclusiones: El único diagnóstico que de manera independiente alarga el ingreso en la UEC es la enfermedad infecciosa. Probablemente debido a la necesidad de un tratamiento más prolongado y al requerimiento de más exploraciones complementarias. No se han encontrado más variables relacionadas con la predicción del alargamiento del ingreso quizás debido a la uniformidad de los pacientes que ingresan en la UEC.