

## GESTIÓN CLÍNICA

### ACTUACIÓN COMBINADA DE DIVERSOS DISPOSITIVOS SOBRE LA CARGA ASISTENCIAL Y VARIABLES DE EFICIENCIA CLÍNICA EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

J. Sellarés<sup>1</sup>, J. Broquetas<sup>1</sup>, C. Sanjuás<sup>1</sup>, X. Castells<sup>2</sup>, C. Iniesta<sup>3</sup> y J. Gea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica, y <sup>3</sup>Dirección. Hospital del Mar-IMIM. CEXS, Universitat Pompeu Fabra y Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

La fuerte presión asistencial, sobre todo en los meses de invierno, es uno de los problemas principales en los servicios de neumología de nuestro medio. También lo es la obtención por parte de la dirección del servicio de unas variables que reflejen una gestión clínica eficiente. El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto a corto plazo de la implantación sucesiva de diversos instrumentos de mejora en la organización de un servicio de neumología, perteneciente a un hospital terciario y universitario. Los instrumentos fueron la implantación de *guardias de la especialidad*, y asistencia permanente (24 h/d) al servicio de urgencias, la gestión administrativa por equipos en la hospitalización convencional, y la creación de una unidad de estancia corta neumológica.

**Resultados:** Tras 6 meses del inicio del programa, el número de pacientes ingresados era similar al año anterior (411 vs 400), disminuyendo la estancia media a un 76,4 % de la inicial. Como resultado, la utilización de camas de hospitalización convencional pasó de una media de 28,0 a 19,3, lo que supone la liberación media de 9 camas. Esto ha permitido el diseño de nuevos dispositivos, como la *hospitalización diurna* y para tratamientos ambulatorios. Además, la gestión más eficiente permitió atender hospitalariamente enfermos de mayor complejidad, ya que ésta, medida por el peso medio de los Grupos de Diagnóstico Relacionado (GDR), pasó en la hospitalización convencional de 1.0437 a 1.1406 (aproximadamente un 10% de aumento).

**Conclusión:** Una adecuada gestión clínica, y el uso racional de instrumentos altamente especializados en el manejo de diferentes perfiles de enfermo neumológico, mejora la eficiencia del dispositivo de atención, disminuye la presión sobre los instrumentos convencionales (como la sala de hospitalización), y permite atender a enfermos de mayor complejidad con similares recursos.

### ADECUACIÓN DE LAS ESTANCIAS HOSPITALARIAS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

F. Campos Rodríguez<sup>a</sup>, I. de la Cruz Morón<sup>a</sup>, A. Díaz Martínez<sup>c</sup>, L. López Rodríguez<sup>b</sup>, M. Tejedor Fernández<sup>c</sup> y C. Almeida González<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neumología, <sup>b</sup>Unidad de Investigación y Formación, <sup>c</sup>Sección de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

**Objetivos:** Analizar la tasa de inadecuación de estancias en un Servicio de Neumología de un hospital de agudos a lo largo de un año y conocer las causas que motivan dicha inadecuación, así como las variables predictoras de la misma.

**Pacientes y método:** Se analizó una muestra representativa de las estancias hospitalarias generadas por los pacientes ingresados en el Servicio de Neumología del Hospital de Valme durante el año 2004. Como instrumento de evaluación se aplicó el Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) de forma retrospectiva. La evaluación fue realizada por 2 investigadores no neumólogos. Se analizaron las causas de adecuación e inadecuación de las estancias. Se realizó una regresión lineal múltiple para determinar qué variables eran predictoras de la tasa de inadecuación.

**Resultados:** Se analizaron un total de 1166 estancias generadas por 109 ingresos, obteniendo una tasa de adecuación del 89% (1038/1166), y una tasa de inadecuación del 11% (128/1166). La causa principal de inadecuación fue la espera de pruebas diagnósticas, resultados o interconsultas (64%, 82/128), mientras que los criterios que con más frecuencia justificaron la estancia hospitalaria fueron la necesidad de terapias respiratorias (59,4%, 693/1038) y de tratamiento parenteral (46,1%, 538/1038). El modelo predicti-

vo obtenido tras la regresión lineal múltiple incluyó las siguientes variables: (1) estancia en una planta diferente a la de neumología (B = 13,8, IC95% = 9,42 a 18,22; p < 0,0005), (2) diagnóstico de ingreso [EPOC (B = 1), Neumonía (B = -17,46, IC95% = -22,14 a -12,77; p < 0,0005), Neoplasia (B = -6,07, IC95% = -10,58 a -1,56; p = 0,008), Otros diagnósticos (B = -10,16, IC95% = -13,55 a -6,77; p < 0,0005)], (3) trimestre del ingreso [Verano (B = 1), Otoño (B = 11,26, IC95% = 6,81 a 15,70; p < 0,0005), Invierno (B = 4,48, IC95% = 0,48 a 8,47; p = 0,28)].

**Conclusión:** La tasa de inadecuación de estancias fue baja en comparación con otros estudios, y debida sobre todo a la espera de resultados o realización de pruebas diagnósticas. Las variables que se correlacionaron de forma independiente con una tasa de inadecuación más elevada fueron el diagnóstico de ingreso, la estación del año y que el paciente estuviese ingresado en una planta diferente a la de neumología.

### ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

F. Campos Rodríguez<sup>a</sup>, I. de la Cruz Morón<sup>a</sup>, L. López Rodríguez<sup>b</sup>, A. Díaz Martínez<sup>c</sup>, M. Tejedor Fernández<sup>c</sup> y A. Fernández Palacin<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Neumología, <sup>b</sup>Unidad de Investigación y Formación, <sup>c</sup>Sección de Calidad y Documentación Clínica. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

**Objetivos:** Analizar la tasa de inadecuación de ingresos en un Servicio de Neumología de un hospital de agudos a lo largo de un año y conocer las causas que motivan dicha inadecuación, así como las variables predictoras de la misma. Investigar la utilidad de un nuevo criterio de adecuación basado en la hipoxemia/hipercapnia al ingreso.

**Pacientes y método:** Se analizaron todos los ingresos ocurridos en el Servicio de Neumología del Hospital de Valme durante 2004, aplicando una versión concurrente del Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). La evaluación fue realizada por 2 facultativos no implicados en el ingreso de pacientes. Se realizó un análisis de regresión logística para determinar las variables que predecían la inadecuación de forma independiente. Se evaluó la utilidad de un criterio de adecuación basado exclusivamente en la hipoxemia o hipercapnia (PaO<sub>2</sub> < 60 / PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg) al ingreso.

**Resultados.** Se analizaron 633 ingresos, obteniendo una adecuación del 92,1 % (583/633), y una inadecuación del 7,9% (50/633). La causa principal de inadecuación fue el ingreso de pacientes que podrían haber sido manejados ambulatoriamente (70%), mientras que los criterios que con más frecuencia justificaron la adecuación del ingreso fueron la necesidad de tratamiento parenteral (76,3%) y las terapias respiratorias (62%). Las variables que se correlacionaron de forma independiente con la inadecuación en la regresión logística fueron el ingreso no urgente (OR = 2,82, IC95% = 1,28-6,21; p = 0,01) y el diagnóstico de neoplasia como motivo de ingreso (OR = 8,57, IC95% = 2,69-27,24; p < 0,0005). Aunque 273 ingresos (43,1%) presentaban hipoxemia o hipercapnia el día del ingreso, si se hubiese incluido este criterio en el AEP, la inadecuación no se hubiese reducido significativamente (50/633 vs 43/633, OR = 0,85, IC95% = 0,54-1,32; p = 0,51).

**Conclusión.** La tasa de inadecuación de ingresos fue baja en comparación con otros estudios, y debida sobre todo al ingreso de pacientes que podrían haber sido manejados ambulatoriamente. La neoplasia como diagnóstico de ingreso y los ingresos no urgentes fueron predictores independientes de inadecuación. No es preciso incluir un criterio basado en la hipoxemia/hipercapnia al ingreso en pacientes neumológicos.

### COSTE ECONÓMICO DE LAS EXACERBACIONES AGUDAS EN PACIENTES CON EPOC

M. Merino, I. Alfageme, N. Reyes y J. Lima

**Objetivo:** Conocer y analizar el coste económico que suponen las reagudizaciones en los pacientes con diagnóstico de EPOC.

**Material y métodos:** Análisis prospectivo de una cohorte de 596 pacientes con diagnóstico de EPOC. La edad media era de 66,48 años (DS 9,61) y con la siguiente distribución según la clasificación GOLD: 195 casos (32,7%) eran moderados (FEV1 de 50-80%), 287 (48,1%) eran graves (FEV1 de 50-30%) y 114 (19,1%) eran muy gra-

ves (FEV1 < 30%). Se incluyeron pacientes inmunocompetentes en el momento de la entrada en el estudio. Se analiza el número de reagudizaciones presentadas, la hospitalización por este motivo, los días de hospitalización, la necesidad de hospitalización en UCI, la necesidad de ventilación mecánica y la mortalidad. Seguimiento: durante 3 años.

**Resultados:** 496 pacientes tuvieron alguna reagudización y 163 pacientes (32,8%) precisaron ingreso en el hospital. El 52,4%, de estos ingresaron en un solo episodio, el 25% lo hizo en dos ocasiones, el 15% lo hizo en tres ocasiones y el 8% restante (10 pacientes) ingresaron más de 3 veces (un total de 56 episodios). 26 pacientes precisaron ingreso en UCI pero solo 5 de ellos fueron sometidos a VMI, mientras que 28 pacientes precisaron VMNI. Se generaron un total de 299 ingresos hospitalarios (13% del total), que ocasionaron 4.059 días de estancia en la planta de hospitalización, 270 días de estancia en UCI y 65 días de uso de VMNI. La media de la estancia hospitalaria era 13,6 días (rango 4-58 días) y la media de estancia en UCI era de 10,4 días (rango 1-58).

**Conclusión:** La necesidad de ingreso hospitalario durante las reagudizaciones en pacientes con EPOC es elevada y supone un alto gasto económico.

### ESTUDIO DE MINIZACIÓN DE COSTES DE UN PROGRAMA DE ALTA PRECOZ EN LA EPOC (PAPER)

E. de Santiago<sup>a</sup>, A. Mecca<sup>a</sup>, R.M. Giron<sup>a</sup>, C. Atance<sup>b</sup>, C. Gómez Zamora<sup>c</sup> y J. Ancochea<sup>a</sup>

<sup>a</sup>S. Neumología HUP, <sup>b</sup>Gerencia H. Guadalajara, <sup>c</sup>Gerente HUP.

Las enfermedades respiratorias en España constituyen el tercer problema de salud más importante con una elevada morbilidad y mortalidad. La EPOC es una de las más importantes dentro de este grupo, debido a que las exacerbaciones son una de las principales causas de hospitalización, particularmente durante los meses de invierno cuando llega a producir un verdadero colapso en los hospitales. El precio estimado de la EPOC es de 841 millones euros/año, lo que representa el 0,25% del PIB. Los costes directos suponen 238,82 euros, es decir el 2% del presupuesto total de la sanidad pública. En nuestros hospitales, al analizar los costes del ingreso de los pacientes con EPOC, se sabe que el coste de la estancia (coste fijo de mantener una cama disponible) representa el 70% del coste total de la atención al paciente reagudizado. En la EPOC, por tanto, la "optimización de recursos está íntimamente ligada a la reducción bruta de los días de estancia". Es preciso señalar también, que el coste del tratamiento de la EPOC aumenta en función de la gravedad y se estima que en España "un 12% de los pacientes genera el 57% de los ingresos y el 60% de las visitas a urgencias". Existe por tanto, un subgrupo de pacientes con EPOC, en los que cualquier estrategia de atención a domicilio es especialmente coste-efectiva. Nuestra hipótesis es: pacientes con exacerbación de EPOC pueden ser manejados de forma segura en el domicilio tras una corta estancia hospitalaria, para disminuir la estancia media y poder disminuir con ello los costes de la agudización.

**Material y métodos:** Para ello diseñamos un estudio prospectivo, controlado (aunque no formalmente randomizado) durante 7 meses (Oct04-Abril05). Se eligieron pacientes ingresados en urgencias por agudización de EPOC que cumplieran unos criterios. Todos presentaban criterios de ingreso hospitalario. Como grupo control se eligió a pacientes con los mismos criterios pero que vivían en la periferia del área 2 (Coslada, San Fernando, Mejorada, etc).

**Resultados:** La EMP: pacientes con alta < 24 h (n = 25) 0 días; el resto (n = 67) 4,56 días. 25 x 4,56=114 días ahorrados. EMC 9,54 días. 9,54-4,56= 4,98 días. 4,98 x 67 = 333,66; Total estancias evitadas 450. El coste en el hospital de la cama para EPOC 284,24€, el coste efectividad del programa es 128.095,59€. Los gastos del programa: salario médico y enfermera, gastos de desplazamiento, material médico, medicación, gastos de teléfono y reingresos: 380.856,22€. El ahorro final es de 90.009,97€.

	Grupo alta precoz (P)	Grupo Control (C)
Nº pacientes (n)	92	92
Estancia media EM (días)	3,3 (0-12) EMP	9,7 (3-38) EMC

**Conclusiones:** El programa PAPER es una medida coste efectiva para algunos pacientes con exacerbación de EPOC.

### GRADO DE SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES DE UNA CONSULTA DE TELENEUMOLOGÍA

M.T. González<sup>a</sup>, J.J. Giménez<sup>a</sup>, J. Corral<sup>a</sup>, R. Pereira<sup>a</sup>, J.M. Hernández<sup>a</sup>, A. Sojo<sup>a</sup>, Álvarez<sup>b</sup> y A. García<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Neumología. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres. <sup>b</sup>Atención Primaria. Centro de Salud de Trujillo. Cáceres.

**Objetivos:** Conocer el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en una consulta telemática, incluyendo la sensación de calidad, comodidad y seguridad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de los resultados obtenidos tras realizar una encuesta de satisfacción, validada para consulta telemática (red de Telemedicina. Instituto de Salud Carlos III) entre los pacientes de una consulta de teleneumología. Esta consulta "on line" se lleva a cabo entre el Hospital San Pedro de Alcántara y la Zona básica de Salud de Trujillo. Entre los pacientes atendidos se repartió una encuesta de 12 preguntas, contestada de forma anónima y voluntaria. En éstas se incluía: grado de satisfacción general, facilidad en el acceso, información del método, sensación de seguridad y comodidad ante la cámara, calidad de audición/visión y calidad de la atención médica.

**Resultados:** Desde el comienzo de la consulta de teleneumología se han llevado a cabo un total de 645 consultas. En los últimos 8 meses se realizaron encuestas a 127 pacientes, de los cuales el 48% era su primera consulta y en 33% era una revisión. Entre las respuestas obtenidas encontramos: 123 (96,7%) pacientes satisfechos o muy satisfechos con la aplicación de este sistema; 124 (97,6% volverían a utilizarlo; 125 (98,4%) se lo recomendarían a otros, 104 (81,9%) encontraron más fácil el acceso. Oyeron perfectamente 104 (81,9%); vieron perfectamente 117 (92,1%). Se sintieron muy cómodos 81 (63,8%) y seguros 100 (78,7%); creen que el cuidado médico recibido fue igual de bueno que en otra consulta habitual 108 (85%).

**Conclusiones:** El grado de satisfacción general de los pacientes que utilizan la consulta de teleneumología es muy alto. El acceso a este sistema parece más sencillo. A pesar de la tecnología los pacientes se sienten cómodos y seguros en esta consulta. Muchos repetirían la experiencia y la recomendarían.

### MORTALIDAD EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA: RESULTADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

E. Centeno Etxebarrieta<sup>a</sup>, L.A. Ruiz Iturriaga<sup>a</sup>, A.M. Gastaminza Santacoloma<sup>b</sup>, I. Larrea Aretxabaleta<sup>a</sup>, J. Villanueva Rivero<sup>a</sup> y J.M. Nuñez Ortíz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Neumología Hospital San Eloy. <sup>b</sup>Urgencias Hospital San Eloy.

**Objetivos:** Conocer el porcentaje, causas y las características clínicas de los pacientes ingresados que han fallecido en nuestra Sección de Neumología.

**Material y métodos:** Hemos revisados a todos los pacientes ingresados en la Sección de Neumología del Hospital San Eloy que fallecieron entre el 1 de Noviembre de 2003 y el 1 de Noviembre de 2005. Se han recogido datos referentes a características demográficas, causa del fallecimiento, comorbilidades asociadas, lugar de fallecimiento y estancia media hasta el exitus. Se ha considerado como causa final del fallecimiento a la patología fundamental desencadenante del evento.

**Resultados:** Durante el periodo de tiempo estudiado 966 pacientes ingresaron en la Sección de Neumología del Hospital San Eloy. De ellos 49 (5%) fallecieron, 40 hombres y 9 mujeres. La edad media de los mismos fue de 81 años, (rango 63 a 96). Cuarenta y ocho pacientes presentaban comorbilidad asociada, entre ellos 40/48 (83,3%) presentaban 2 o más patologías. Comorbilidad de origen neumológica se objetivó en 30 y cardiológica en 28; en 18 pacientes coexistían ambas. Por lo que respecta a las causas del fallecimiento se consideró que en 35 (71%) de los pacientes existía una razón de tipo neumológica (10 neumonía, 8 EPOC, 8 neoplasia pleuro-pulmonar, 7 broncoaspiración, 1 asma, 1 TBC). Ocho pacientes (16%) fallecieron en UCE (Unidad de Cuidados Especiales). La estancia media hospitalaria hasta el exitus fue de 11,36 días (1-40).

**Conclusiones:** 1) La mayoría de nuestros pacientes fallecidos eran ancianos y presentaban varias patologías asociadas. 2) El 57% de los pacientes presentaban patología cardíaca asociada, siendo fre-

cuenta su coexistencia con la patología de origen respiratoria. 3) La neumonía y la broncoaspiración supusieron casi el 50% de las causas de mortalidad de origen respiratorio.

### MORTALIDAD HOSPITALARIA EN UN SERVICIO DE NEUMOLOGÍA

J. Lima Álvarez, M. Merino Sánchez, F. Campos Rodríguez, J. Pérez Ronchel y F. Muñoz Lucena

*Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.*

**Objetivo:** Analizar la mortalidad registrada entre los pacientes ingresados en un servicio de Neumología (NML) de un hospital de agudos.

**Instrumentación y métodos:** Se estableció un acuerdo con la Sección de Documentación Clínica (SDC) para la asignación de códigos CIE-9-MC a los principales diagnósticos neumológicos. La codificación de las altas de todos los pacientes ingresados en el Servicio durante el período enero 2003 - septiembre 2005 se realizó de forma conjunta entre NML y SDC. En todos los casos de éxitus se cumplimentó un protocolo específico de recogida de datos. En función de la presencia o no de neoplasia, las altas se dividieron en dos grupos: Grupo I (neoplasia presente) y grupo II (sin neoplasia).

**Pacientes:** Se registraron un total de 2.141 altas correspondientes a 1.673 pacientes: 414 (19,3%) del grupo I (223 con neoplasias pulmonares, 65 genitourinarias, 31 de localización desconocida, 27 hematológicas, 26 digestivas, 20 O.R. L, y 22 con otras localizaciones) y 1727 (80,6%) del grupo II. El diagnóstico de neoplasia coincidió con el de ingreso en el 53% de los casos (220/414).

**Resultados:** La mortalidad global registrada fue del 5,5% (117/1241), siendo superior en el grupo I que en el II (51/414 vs 66/1727, OR = 3,54, IC95%=2,37-5,27; p < 0,0005). El 67,5% (79/117) de las muertes se produjeron en la planta de hospitalización de NML, el 15,4% (18/117) en UCI y el 17% (20/117) en otros servicios del hospital. El 8,5% (10/117) de los éxitus se produjeron en las primeras 48 horas de hospitalización. En el grupo I, el mayor número de éxitus se concentró en los pacientes con neoplasias digestivas (5/26) y pulmonares (33/223). En el grupo II, los diagnósticos principales que se asociaron con una mayor mortalidad fueron la EPOC agudizada con un 5,3% (23/437) y las neumonías con un 2,6% (11/418). Las causas de muerte más frecuentes fueron las derivadas de la extensión y tratamiento de las neoplasias (40/117) y la Insuficiencia Respiratoria (21/117). El 54,5% (36/66) de los éxitus del grupo II recibieron ventilación mecánica durante el ingreso.

**Conclusiones:** La mortalidad registrada esta influida por la organización de la atención a los pacientes neoplásicos en cada hospital. Entre los pacientes no neoplásicos ingresados en un Servicio de NML, la reagudización de la EPOC y las neumonías fueron las principales causas de mortalidad.

### PATOLOGÍAS MÁS PREVALENTES DE LOS INGRESOS DE NEUMOLOGÍA Y DESTINO TRAS VALORACIÓN NEUMOLÓGICA

J.D. García Jiménez, S. Mayoralas Alises, J.M. Díez Piña, D. Álvaro Álvarez, P. Rodríguez Bolado y A. Gaité Álvaro

*Sección de Neumología. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Objetivo:** Analizar las patologías más prevalentes entre los enfermos ingresados a cargo de Neumología desde Urgencias y saber si la intervención de un Neumólogo en Urgencias modifica el destino final de los mismos.

**Material y método:** Análisis de los datos recogidos de la historia clínica de urgencias (demográficos, motivo de consulta, patología de ingreso) y de la posterior valoración de Neumología.

**Resultados:** Se valoraron 82 ingresos a cargo de Neumología en el período invernal (febrero-marzo). La edad media era de 70,6 con una mediana 74,5 y un rango (32- 92), divididos por géneros el 68,3% (n = 56) eran hombres y 31,7% (n = 26) mujeres. Estos pacientes consultaron por los siguientes síntomas principales: Disnea 57% (n = 47), fiebre 17% (n = 14), broncoespasmo 15% (n = 12), tos 6% (n = 5) y otros síntomas 5% (n = 4). El diagnóstico principal dado por Neumología de los enfermos de urgencia ingresados a su cargo fue: EPOC agudizado 24%, Neumonía 17%, Bronquitis 16%, Asma 12%, Patología Cardíaca 10% y otras patologías 20%. Tras la intervención de Neumología

en el área de Urgencia sobre los enfermos ingresados a su cargo se decidió un destino: Domicilio 32% (n = 26), Servicio de Neumología 43% (n = 35), Otros servicios 9% (n = 6) y derivados a otros hospitales por falta de camas de hospitalización 18% (n = 15). Los diagnósticos principales por frecuencia de los enfermos que se enviaron a domicilio fueron: Bronquitis agudas, EPOC con agudización leve y Asma agudizado. El diagnóstico principal de los ingresados en Neumología fue: EPOC agudizado, Neumonía y Asma. El diagnóstico principal de los derivados a otros servicios fue: Patología cardíaca y EPOC con pluripatología. El diagnóstico principal en los enfermos trasladados fue: Infección del tracto respiratorio, EPOC y Neumonías. Existe una relación que no llega a ser significativa p = 0,066 entre los diagnósticos de los enfermos ingresados y los que se remitieron a Domicilio.

**Conclusiones:** Los enfermos con EPOC y/o bronquitis son los que ingresan más frecuentemente. Hasta el 30% de los ingresos se podrían evitar si se hiciera una intervención por parte de Neumología.

### UNIDAD NEUMOLÓGICA DE ESTANCIA CORTA (UPEC), UN INSTRUMENTO EN LA GESTIÓN DE HOSPITALIZACIÓN EN NEUMOLOGÍA

J. Broquetas<sup>1</sup>, X. Castells<sup>2</sup>, C. Iniesta<sup>3</sup> y J. Gea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, <sup>2</sup>Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica y <sup>3</sup>Dirección. Hospital del Mar-IMIM. Universitat Pompeu Fabra y Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.

Uno de los problemas más frecuentes en los servicios de neumología es la estancia media inadecuadamente alta de los pacientes. El abordaje de este problema implica el uso de instrumentos diversos como la mejora en la gestión tanto del proceso diagnóstico como del manejo clínico en general, así como la adecuación de la salida del enfermo cuando existen problemas sociosanitarios o de comorbilidad asociados. Un instrumento adicional poco explorado es la creación de subunidades clínicas encaminadas a la gestión administrativa ágil de los pacientes, con implicación del responsable en el objetivo de estancia reducida. Este instrumento goza de precedentes en especialidades generalistas pero no en la especialidad de neumología. Nuestro objetivo fue analizar el impacto a corto plazo de la creación de una *unidad neumológica de estancia corta* (UPEC) sobre la duración media del ingreso hospitalario de los pacientes.

**Metodología:** La UPEC fue dotada de 4 camas, con un facultativo responsable y un residente de apoyo, ingresando en ella sólo aquellos pacientes con una previsión inicial de estancia de más de 12 h y menos de 4 días. Esto se basaba en un protocolo clínico que seleccionaba los pacientes afectados de EPOC, asma, neumonía comunitaria y con sospecha de cáncer de pulmón. El objetivo de gestión clínica específico de la unidad fue mantener la estancia media en los límites antes citados.

**Resultados:** Tras un trimestre de actuación, y con un total de 68 pacientes (61 ± 14 años) atendidos en la UPEC, la estancia media general del Servicio de Neumología (que incluía la sala de hospitalización convencional y la propia UPEC) pasó de 12,4 días a 9,0 (p < 0,0001). Por otra parte, la estancia media de la UPEC fue de 2,9 días. Cabe destacar que los pacientes ingresados en hospitalización convencional lo fueron en todos los casos por los mismos criterios de admisión utilizados en etapas anteriores (i.e. pre-UPEC). Sólo se produjeron dos ingresos inadecuados a los criterios del protocolo de admisión en la UPEC (3%). La mayoría de pacientes ingresados lo fueron por descompensación de su EPOC (36%), con minorías relevantes para el diagnóstico-caracterización de la neoplasia de pulmón (20%), asma bronquial (35%) y neumonía (6%). Los ingresos hospitalarios en los 30 días posteriores al alta en la UPEC fueron del 3% (año anterior en el servicio de neumología, 4,6%). La necesidad de prolongar la hospitalización más de 4 días fue también del 3%, aunque inicialmente se trataba de pacientes bien clasificados para el ingreso en la unidad. Estos resultados son especialmente relevantes si tenemos en cuenta que el período analizado finalizaba en la etapa invernal, que se caracteriza por una mayor presión asistencial en los servicios de neumología.

**Conclusiones:** La UPEC se ha revelado como un instrumento de gestión clínica efectivo en la reducción de la estancia hospitalaria en neumología. El uso racional de la gestión del proceso tanto a nivel administrativo como clínico, junto a la definición clara de objetivos, parecen los elementos claves de éxito.