

Según un artículo publicado en 'Archivos de Bronconeumología'

Las UCRIS evitan ingresos en UCIS, disminuyen la mortalidad hospitalaria y ahorran costes a los hospitales

- Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios permiten ahorrar casi 500.000 euros al año de estancias en UCIS, un recurso más caro, según un nuevo estudio.
- La mortalidad en la UCRI analizada fue del 6,4, muy por debajo de la de estudios europeos que la sitúan entre el 30 y el 38% según el tipo de paciente y técnica usada.
- Solo el 40% de los pacientes con insuficiencia respiratoria aguda precisan intubación, mientras que el resto pueden ser atendidos en la UCRIS, con otras técnicas.
- El número de UCRIS ha aumentado en España pero su dotación de recursos humanos y materiales no ha ido a la par, pues el 87% no tiene el equipamiento adecuado.

22 de abril de 2020.- Las Unidades de Cuidados Respiratorios Intermedios (UCRI) son seguras y eficientes. Son un entorno seguro para los pacientes que las necesitan al tener menor mortalidad que en otras unidades similares y suponen un ahorro considerable para los hospitales, cifrado en unos 500.000 euros al año, al reducir días de estancia en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIS), según un estudio publicado en [Archivos de Bronconeumología](#), la revista científica de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Una Unidad de Cuidados Respiratorios Intermedios o UCRI se define como un área de monitorización y asistencia a pacientes con insuficiencia respiratoria aguda que requieren ventilación no invasiva (VNI) y/u oxigenoterapia de alto flujo como parte de su tratamiento. En estas unidades se atiende a pacientes que no precisan o no se van a beneficiar del ingreso en una UCI tradicional, pero que por su complejidad tampoco podrían recibir cuidados adecuados en una unidad de hospitalización convencional.

“En general, hasta un 40% de los pacientes con problemas respiratorios ingresados en una UCI no precisan intubación -si bien en el caso de la epidemia de COVID-19 que ha sobrevenido ahora esta afirmación no sería válida, pues hay más pacientes que la requieren-; solo el 40% de

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

nota de prensa



los casos de insuficiencia respiratoria aguda requieren ventilación mecánica invasiva (VMI) y hasta un 60% del tiempo de esta VMI se emplea en su retirada o destete”, explica la Dra. Sarah Heili, primera firmante del nuevo estudio, neumóloga y miembro de SEPAR.

Este nuevo estudio ha analizado los costes y seguridad de la UCRI de un hospital general, en particular del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD), que dispone de 5 camas y que puede ampliarlas a un total de 8 en los períodos de mayor necesidad asistencial. El número de pacientes ingresados en 2016 fue de 250, con una estancia media de 5,6 días y un total de 1.390 días.

Para llevar a cabo el análisis de costes, los investigadores revisaron las historias clínicas de los pacientes y comprobaron cuáles habían sido los gastos asociados a su estancia en la UCRI, relacionados con los recursos humanos que necesitaron, consumos y gastos en farmacia y radiología, entre otros. El coste total de la UCRI durante el año 2016 fue de más de 626.000 euros, que son el resultado de la suma de los gastos de las categorías citadas.

En cambio, los investigadores señalan en su estudio que desconocen el coste exacto de la UCI en el hospital, por lo que han tomado como referencia el coste de UCI de los hospitales públicos de Madrid, que es de 805,36 € días. Así, de haber ingresado los pacientes en la UCI durante 1.390 días, el coste estimado total para el hospital habría sido de entre 969.000 euros al año (697,17€/día) y 1.119.000 al año (805,36€/día) en la anualidad de 2016.

Con estas estimaciones los investigadores han calculado el ahorro por “coste evitado” que han supuesto las estancias en las UCRI. “Se puede concluir que la UCIR evitó al hospital un gasto medio de 1.390 días de estancia de UCI, con un valor teórico de 805,36€ día. Dado el coste propio de la UCRI, el coste final evitado estaría cercano a los 493.417,65 euros al año, es decir, el ahorro para el hospital sería de casi unos 500.000 euros al año”, explica la Dra. Heili.

“Estos datos demuestran que una UCRI es capaz de evitar ingresos en la UCI y favorecer, por tanto, un ahorro considerable en la atención al paciente respiratorio crítico, lo que permite mejorar la distribución de los recursos en el hospital. Además, si la UCRI es de alta complejidad, este ahorro aún es más significativo”, precisa la Dra. Heili.

Respecto a la mortalidad en el estudio, en 2016 fallecieron 16 de los 250 pacientes ingresados. Estos pacientes tenían un índice de gravedad de 3,6 (de una escala de gravedad de 1 a 4) y un índice de probabilidad de muerte por complejidad de 3,8 (escala de mortalidad de 1 a 4). La tasa de mortalidad de la unidad se ha mantenido estable desde el año 2009, es del 6,4%, y está

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

en línea con la de otros estudios que han concluido que las UCRI disminuyen la mortalidad hospitalaria.

En este caso, la mortalidad asociada a VNI fue de 7,14% (15 pacientes), cifra muy por debajo de la mortalidad asociada a VNI cifrada en un 30% por un estudio europeo llevado a cabo en 2016. Y solo hubo un paciente (3,3%) dentro del grupo de mortalidad asociada a traqueotomías y destete por VMI, cuando esta mortalidad por esta causa se sitúa entre el 30-38%, según un estudio europeo.

A tenor de este análisis de la mortalidad, la Dra. Heili, añade que “adicionalmente, en este estudio se ha demostrado que “una UCRI es un entorno seguro que ofrece cifras de mortalidad bajas, a pesar de la complejidad de los pacientes admitidos en ella”. Adicionalmente en otro artículo publicado también en la revista Archivos de bronconeumología (DOI: 10.1016/j.arbres.2019.11.019) lograron reducir mediante Inteligencia artificial la tasa de fracaso de la unidad en un 50%.

Las UCRI en Europa y en España

En Europa, solo el 9% de las UCRI están ubicadas físicamente dentro de las UCI generales, aunque esta tasa va en aumento a nivel mundial. En la actualidad, la mayoría de estas unidades o bien se integran dentro de la zona de hospitalización de Neumología (el 59%) o bien constituyen una unidad independiente (25%).

En España, el grado de implantación de las UCRI se ha conocido a través de dos encuestas realizadas por SEPAR en los años 2004 y 2008. En ese período de cuatro años, las UCRI han aumentado un 10% en diferentes comunidades autónomas y la mayoría, un 78%, son estructuras dependientes de Neumología. Estas encuestas también revelaron un incremento del uso de técnicas como la VNI y la VMI por traqueotomía y que el número de camas de estas unidades se mantenía estable, en cuatro.

En cuanto a dotación de recursos humanos, el 64% de las nuevas UCRI no disponen de médicos internos residentes; el 68% no disponen de fisioterapeuta propia; y hasta un 55% no disponen de ninguna estructura de guardia. Adicionalmente, en cuanto a equipamiento, el sondeo de 2008 reveló que el 50% de las UCRI carecían de monitorización específica y que el 87% no estaban dotadas con el equipamiento específico recomendado.

“De toda esta información se desprende que el incremento en el número de unidades no se acompañó de una mejora en los recursos humanos y materiales. Aun hoy, la implantación de las

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

UCRIS no es universal en nuestro medio y existen que, sin necesitarlo, acaban recibiendo asistencia en las UCI al carecer los hospitales de una UCRI de alta complejidad, con el consiguiente incremento de gasto asistencial que esto supone y la limitación en la utilización de los recursos adecuados en cada caso”, explica la Dra. Heili.

La UCRI frente a la pandemia Covid-19

La UCRI ha servido en esta pandemia para contener en seguridad a muchos pacientes cuando disponer de una cama de UCI era complicado. “Para nuestra sorpresa la combinación de fármacos y técnicas no invasivas de oxigenación y soporte permitió que la mayoría de ellos finalmente no precisaran de ese recurso. Otros pudieron acceder en general en una situación respiratoria alejada del concepto de “retraso de intubación”, que en general se asocia a mayor mortalidad y estancia en UCI”, explica la Dra. Heili. De entre las técnicas no invasivas más importantes se ha contado con la Oxigenoterapia de Alto Flujo, la ventilación no invasiva buscando la protección pulmonar vía presiones de soporte nulas o bajas y la presión continua en la vía aérea. Se ha evitado la hiperoxia, sugerido prono precoz y articulado en general una estrategia de restricción de volumen.

“Nuestra unidad gracias a una excelente gestión del hospital creció rápidamente de 8 a 26 camas dotadas del personal y equipos necesarios desde el primer momento, adaptándose en tiempo real a los diferentes escenarios. Ha sido tremendamente gratificante para los clínicos ver y palpar la capacidad de transformación, la elasticidad del hospital, la comunicación diaria con nuestros gestores”, explica la Dra. Heili, refiriéndose al Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, y añade “una parte amplia de personal de nuestro servicio de Neumología está adiestrado en cuidados semicríticos al igual que el equipo de enfermería pues históricamente es un centro de referencia en la formación en cuidados semicríticos para estos grupos, médicos y enfermeras. Dichos facultativos elegidos por sus aptitudes y todo el personal de enfermería han demostrado que en efecto si se puede con esta pandemia”.

“Actualmente en fase de defervescencia la función principal de la unidad está siendo drenar pacientes traqueotomizados en ventilación mecánica invasiva y pacientes extubados precozmente de la UCI. Históricamente nuestra unidad maneja el destete complejo de ventilación mecánica invasiva por lo que para liberar camas de UCI y reanimación está siendo su papel muy relevante en esta fase. Este gesto permite un repliegue ordenado de camas de UCI y está permitiendo proceder con intervenciones quirúrgicas urgentes. El alto rendimiento de la unidad ha permitido por otro lado que no sufriera colapso la UCI”, concreta la Dra. Heili.

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916

nota de prensa



“En general en este escaso mes y medio de pandemia se han tratado cerca del doble de pacientes que en una anualidad gracias a que el número de camas se ha triplicado. Todos los pacientes tuvieron COVID-19 confirmado. La tasa de mortalidad ha sido sólo discretamente superior a la basal. De nuevo de no existir esta estructura esta presión asistencial se habría desviado a la UCI y en ausencia de camas aumentado la mortalidad global del enfermo crítico y semicrítico. Dado que la ratio enfermera paciente se ha mantenido la eficiencia se ha garantizado. Y lo que es más importante la mortalidad de la unidad ha sufrido sólo un leve incremento respecto de sus cifras basales pese a la agresividad y violencia de la lesión pulmonar”, concreta la Dra. Heili. Desde una perspectiva estratégica las UCRI no sólo son eficientes, eficaces y seguras. En una situación de pandemia en la que la afección principal es respiratoria no potenciarlas es poco operativo.

Gabinete de comunicación SEPAR

Contacto de prensa y gestión de entrevistas:

Montse Llamas, 636 820 201 / Sonia Joaniquet, 663 848 916