

UNIDADES DE CORTA ESTANCIA vs HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL EN IC

Un sí...con matices



Dr. David Chivite
UFISS Geriatria
Servicio de Medicina Interna
Hospital Universitari de Bellvitge

Esquema

Datos epidemiológicos básicos y dispositivos
asistenciales

Unidades de Corta Estancia

¿Beneficios para el Sistema de Salud?

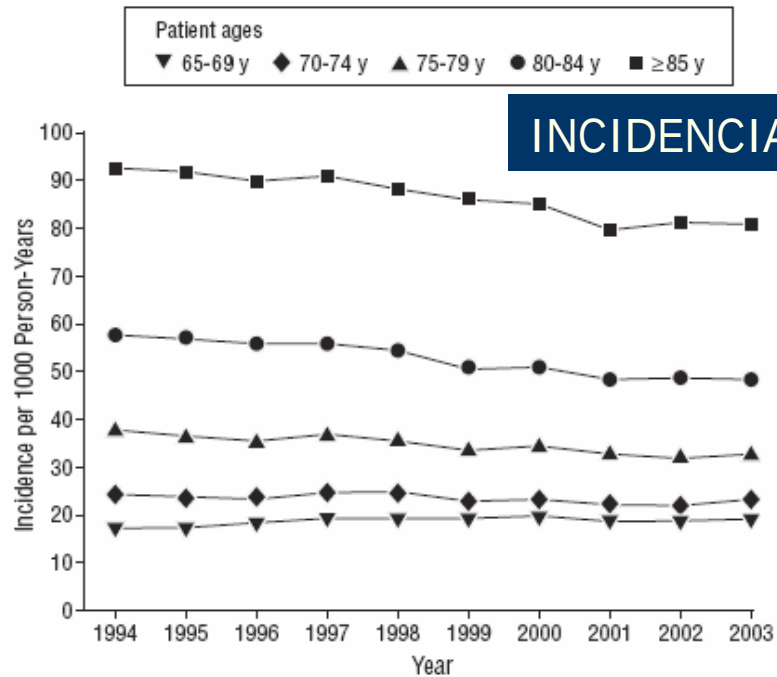
¿Beneficios para los Hospitales?

¿Beneficios para el paciente?

Una experiencia personal: la UCE de Bellvitge

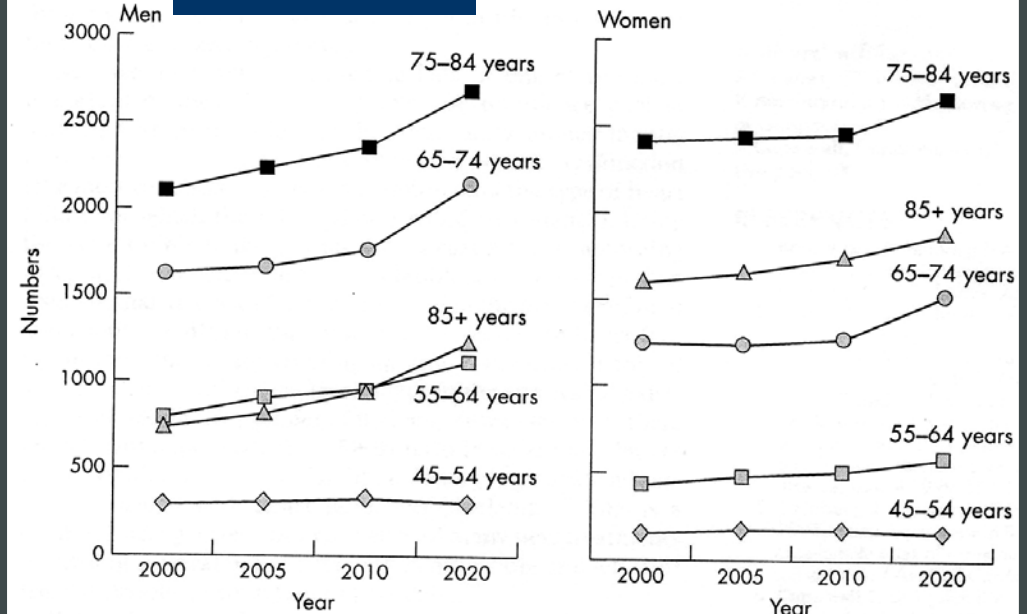
Epidemia de IC (lo que ya sabemos)

INCIDENCIA



Curtis et al. ArchIM 2008

TENDENCIA



Stewart et al. Heart 2003

- Prevalencia estimada en España 6.8% adultos (16% > 75 años)
- DRG más frecuente
- 20% de los ingresos en ancianos Dx principal IC, reingreso precoz 10 – 20%. 16000 altas sólo en Catalunya
- 15 – 18 millones de vistas ambulatorias en EEUU por IC

Cómo son nuestros pacientes con IC aguda

Tabla 2. Características sociodemográficas, clínicas y grado de comorbilidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca aguda (n = 1.017)

	n (%)	Media ($\pm$ DE)
Edad		77,2 (10,3)
Sexo (femenino)	530 (52,1)	
Comorbilidad		
Hipertensión arterial	807 (79,4)	
Diabetes mellitus	445 (43,8)	
Fibrilación auricular	429 (42,2)	
Cardiopatía isquémica	363 (35,7)	
Dislipemia	329 (32,4)	
Valvulopatía	219 (21,5)	
Obesidad	200 (19,7)	
Tabaquismo	115 (11,3)	
Índice comorbilidad de Charlson		2,94 (2,29)
Índice de Barthel		83,5 (22,7)
Características clínicas		
Disnea reposo	597 (58,7)	
Crepitantes	885 (87,0)	
Edemas	768 (75,5)	
Ortopnea	660 (64,9)	
Disnea paroxística nocturna	392 (28,5)	
Ingurgitación yugular	302 (29,7)	
Taquicardia de reposo	140 (13,8)	
Reflejo hépato-yugular	127 (12,5)	
Hepatomegalia	78 (7,7)	
Tercer ruido	67 (6,6)	

Grado insuficiencia cardiaca según la NYHA

I	265 (26,3)
II	503 (50,0)
III	224 (22,2)
IV	15 (1,5)

Grado severidad según Escala Killip

I	56 (5,6)
II	828 (82,4)
III	113 (11,2)
IV	8 (0,8)

Síndrome clínico

ICA mixta	616 (60,6)
ICA izquierda	334 (32,8)
ICA derecha	67 (5,5)

Según la disfunción del ventrículo izquierdo

Sistólica	342 (33,6)
Diastólica	139 (13,7)
Desconocida	536 (52,7)

1973



Planta MIR/CAR

Consulta Externa

Ambulatorio: “corazón – pulmón”



2008



Planta MIR/CAR

Consulta Externa convencional

Hospital de Dia

UCEU

HaD

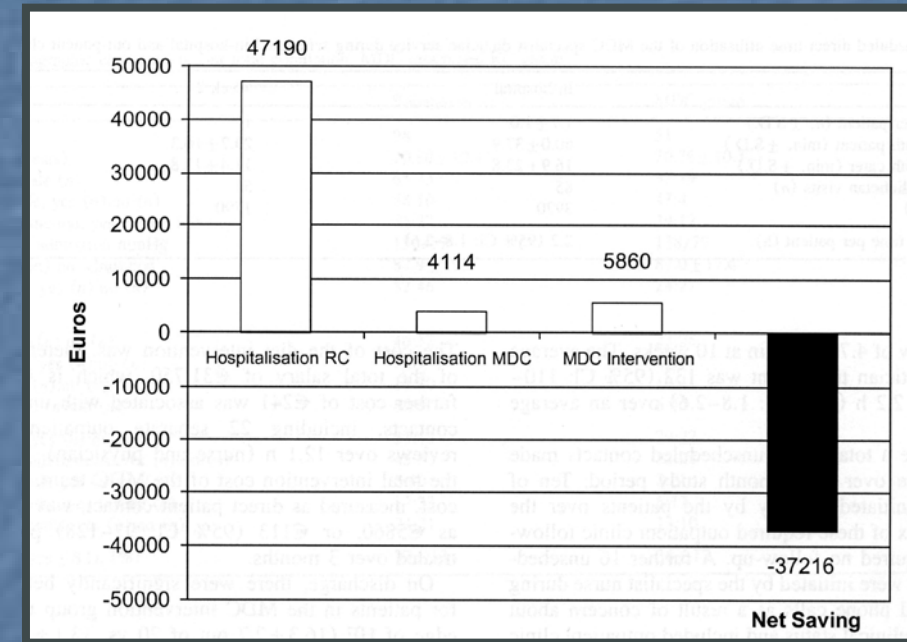
UIC

Enfermera enlace – gestor casos

Especialistas ABS

Programas de Manejo Multidisciplinar

- 36 ensayos aleatorizados (1993-2005)
- > 8000 pacientes, 56 – 79 años, seguimiento medio 9 meses
- 3 componentes de media
- Resultados
 - Reducción **mortalidad cualquier causa** 3% - NNT 33
 - Reducción **hospitalización c.c.** 8/19% - NNT 13/5
 - Responsables **heterogeneidad (mortalidad)**: edad, uso de IECA, gravedad de la IC, composición del equipo, duración del seguimiento, país



Coste - efectividad demostrada en algunos programas

Stewart. Eur J Heart Fail 2005;423-8

Göhler et al. J Card Fail 2006;12:554-67

Unidades de Corta Estancia/ *Observation Unit*

- Creadas en EEUU en los primeros 80
- Sistema de gestión de casos que permita reducir los costes asistenciales sin empeorar la asistencia al paciente
- Traslada a España a inicios de los 90 → *rara avis* Europea?
- Modelos diferentes
 - OU: tratamiento intensivo por protocolo, límite claro de estancia < 24h
 - UCE: estabilización de patología aguda mediante manejo “de mínimos”, con límite de estancia más flexible (habitualmente 72 – 96h) → ¿el paciente español llega más crítico a Urgencias?

Principios básicos de la UCE

- Áreas bien delimitadas
- Dependencia administrativa variable (MI – Ucias – Dirección Médica)
- Objetivos
 - Control y tratamiento semiintensivo y especializado de pacientes con patología aguda o crónica agudizada que requieren de un periodo de observación/evolución estimado como breve para su estabilización
 - Evitar ingreso hospitalario prolongado o pruebas diagnósticas complejas
 - Reducción de estancias y costes
 - Sin aumentar el riesgo de reingreso/reconsulta

Duración del ingreso en UCE

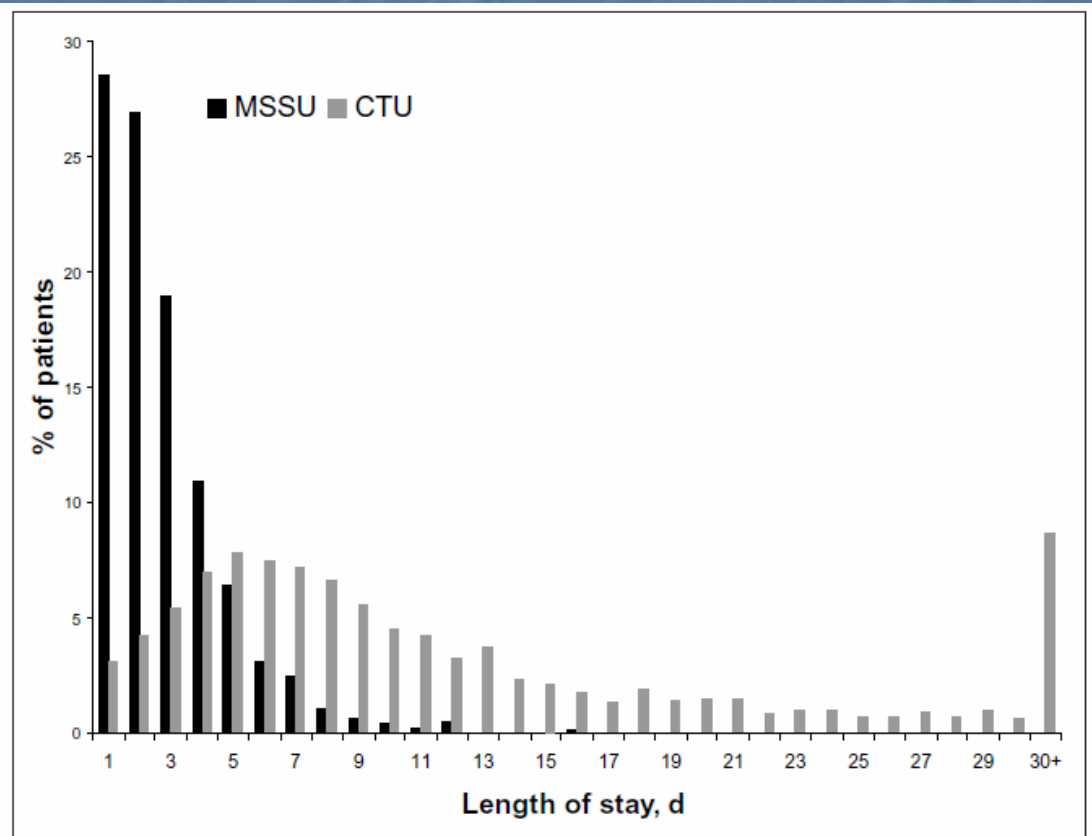


Fig. 2: Distribution of days spent in the MSSU and the CTUs. CTU = clinical teaching unit.

En España la media de días es cercana a 3.5

Tasa de traslado a Hospitalización convencional 10 – 20%

Tasa de mortalidad < 5% (probablemente sesgada)

Raramente la estancia supera los 5 días

Effectiveness and safety of an emergency department short-stay unit as an alternative to standard inpatient hospitalisation

A Juan, A Salazar, A Alvarez, J R Perez, L Garcia and X Corbella

Emerg. Med. J. 2006;23;833-837

Table 1 Main activity and quality indicators of the emergency department short-stay unit during 1997–2004

	1997–8	1998–9	1999–2000	2001–2	2002–3	2003–4
Patients admitted (n)	707	811	948	975	998	1227
Relative increase of activity (%)	—	12.8	14.4	3	2.3	23
Mean (SD) length of stay (days)	3.08 (1.4)	3.69 (1.6)	4.01 (1.8)	3.96 (1.8)	2.94 (1.2)	2.73 (1.0)
COPD as a major diagnosis (%)	53	49	47	48	45	51
Home discharge (%)	89	88	84	90	87	85
Transfer to hospital units (%)	8.5	8.5	9	6	7	6
Global mortality (%)	2.5	3.1	2.8	4	7	5
Occupation index* (%)	60.1	82.8	78.4	79.6	76.2	88.0
Rotation index†	5.9	6.8	7.9	8.1	8.3	9.7
Hospital readmission <7 days of discharge (%)	3.9	4.8	4.4	3.1	5.0	6.2
Unscheduled return to ED <7 days (%) (no admission required)	2.9	3.2	3.3	2.9	5.0	4.8

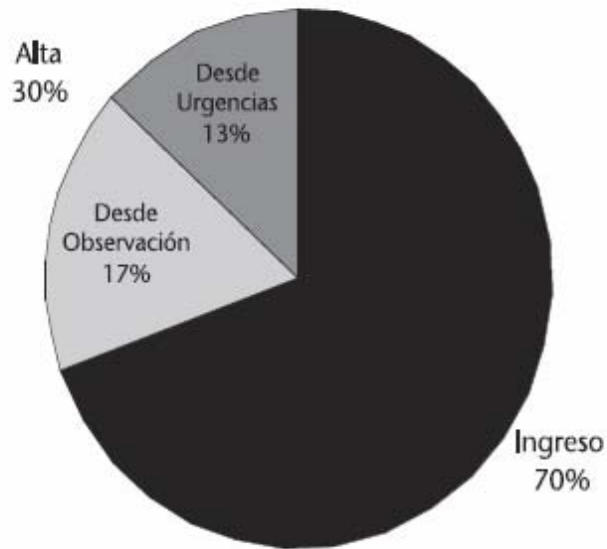
ED, emergency department; COPD, chronic obstructive pulmonary disease.

*Mean percentage of occupied beds over the total (24 beds) at 00:00 h; †mean monthly number of patients admitted per bed.

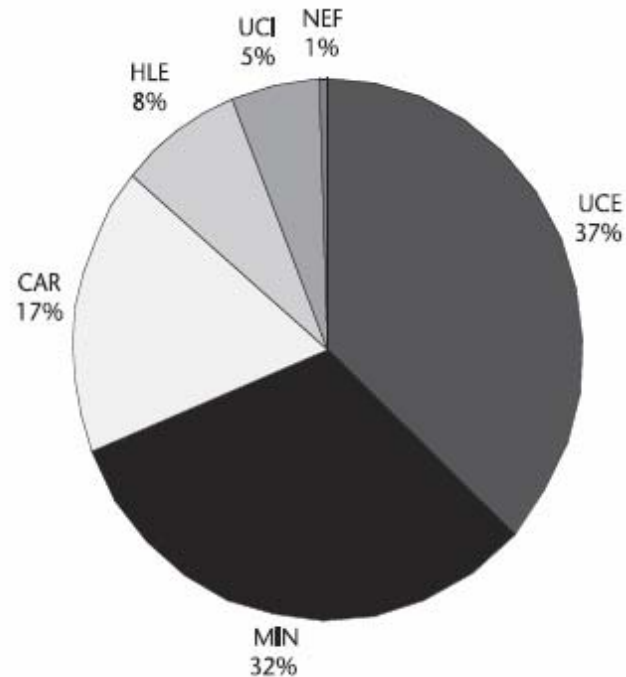
Dx principal IC en 1575 pacientes (28% total) 1997 - 2004

Hoy en día ¿dónde ingresan los pacientes con IC aguda

Alta desde los SUH e ingresados (n = 1.017)



Destino de ingreso (n = 640)



- Unidad corta estancia (UCE)
- Cardiología (CAR)
- Unidad cuidados intensivos (UCI)
- Medicina interna (MIN)
- Hospital larga estancia (HLE)
- Nefrología (NEF)

El 23% de los pacientes con IC aguda ingresan en una UCE (algo más que en MIR y más del doble que en CAR)

IC aguda en UCE

¿Cómo afecta al Sistema Sanitario?

¿Al Hospital?

¿Al Paciente?

Repercusiones globales: coste de la asistencia en IC

Table 1

Cardiovascular disease costs (in \$billion) in the United States

Congestive Heart Failure
Total Cardiovascular Disease^{a,b}

Direct Costs

Hospital	\$13.6	\$101.7
Nursing home	3.5	38.1
Physicians/other professionals	1.8	33.4
Drugs/other medical durables	2.7	43.3
Home health care	2.1	10.3
Total expenditures ^b	\$23.7	\$226.7

Indirect costs

Lost productivity/morbidity	–	33.6
Lost productivity/mortality ^c	2.1	108.1
Grand totals ^b	\$25.8	\$368.4

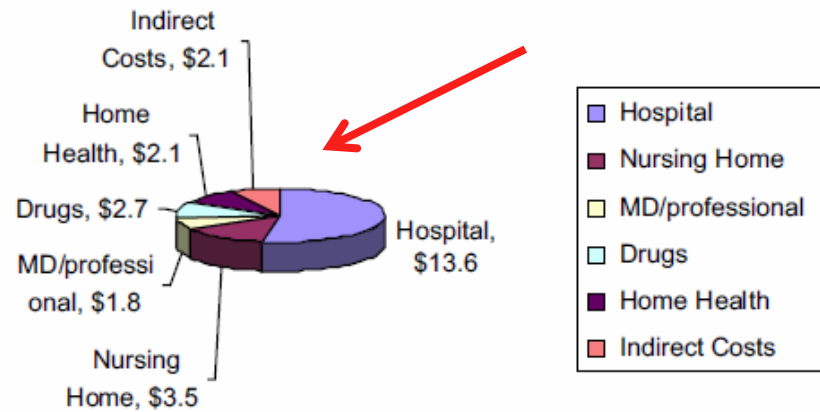


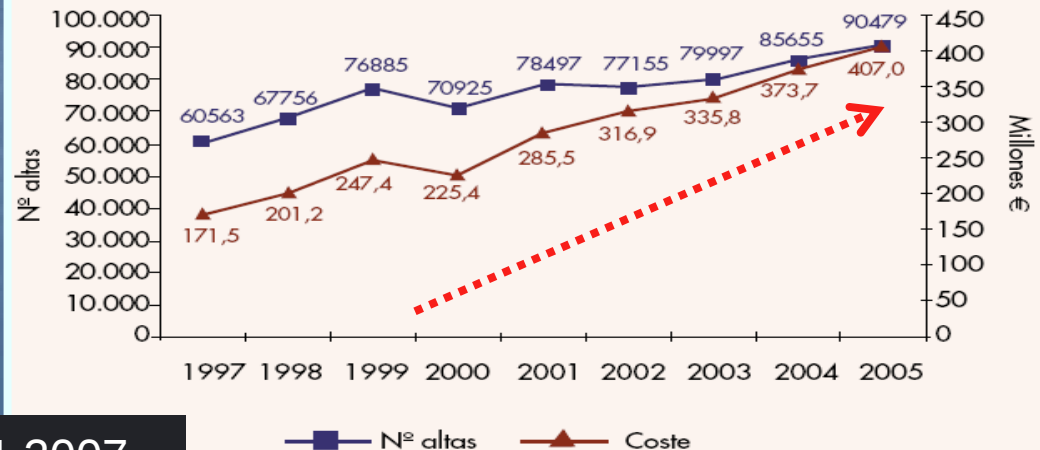
Fig. 2. Costs for heart failure in the United States (in \$ billions). (Data from American Heart Association. Heart Disease and Stroke Statistics—2004 update. Dallas (TX): American Heart Association; 2003.)

Observation Unit Economics

Heart Failure Clin 5 (2009) 101–111

Sandra G. Sieck, RN, MBA^{a,*}, Mark G. Moseley, MD, MHA^{b,c}

Fig. 2. Evolución de las altas por insuficiencia cardiaca y costes en el Sistema Nacional de Salud en España*.



Cómo reduce el coste la *Observation Unit*

■ *Prospective Payment System (1983)* → pago según GRD ponderado por case-mix y ubicación

- Pacientes menos graves → menor peso global → menor reembolso
- Estancias prolongadas → no se cobra más a partir de 5.3 días → riesgo “alta precoz”

■ *Ambulatory Patient Code*

- Límite 24 – 48h
- Reembolso fijo + pruebas practicadas
- Límite superado → paso a PPS sin penalización
- “Elimina” pacientes menos graves → mayor peso global → mayor reembolso PPS

Table 5
Comparison of medicare reimbursements for acute heart failure FY 2005

APC 0339—CHF Inpatient			DRG 127—CHF Outpatient		
Level V < 8 hours		\$239	Average reimbursement		\$4,617
APC 0339 > 8 hours		\$408	Mean cost		\$5,905
			Medicare benchmark		LOS 5.3 days
UB92	Billable	Reimbursable	UB92	Billable	Reimbursable
EKG	Yes	Yes	EKG	Yes	No
Labs	Yes	Yes	Labs	Yes	No
ECHO	Yes	Yes	ECHO	Yes	No
CXR	Yes	Yes	CXR	Yes	No
IV Infusion	Yes	Yes	IV Infusion	Yes	No
Drug therapy	Yes	Yes	Drug therapy	Yes	No
Total		\$1,300/1,400	Fixed Cost (FC)		(\$1,498)
FC		(\$570)	FC varies per institution		Usually 3 × outpatient
FC varies per institution			Mean Variable Cost		(\$1,168)
Mean Variable Cost		(\$252)	All diagnostics are bundled under corresponding DRG		
\$478 profit per case			(\$1,288) loss per case		

Evidencias en IC: pocas

240 PATIENT OUTCOME AND COSTS FOLLOWING AN ACUTE HEART FAILURE (HF) MANAGEMENT PROGRAM IN AN EMERGENCY DEPARTMENT (ED) OBSERVATION UNIT (OU)
W. F. Peacock, Nancy M. Albert, The Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio, USA.

J Heart Lung Transpl 1999

suggesting a higher level of acuity. Total costs saving for 5 months = \$37,217, due to admission avoidance. Annualized costs savings projected: \$89,321 (note: ED census = 1.4% HF). Per case costs: ED discharge = unchanged; OU = increased \$81; if hospitalized from OU = increased \$587. **Conclusions:** Implementation of an aggressive ED

data was collected 10 months prior to 5 months after program implementation. **Results:** Compared to pre-protocol, there was a 7% ($P=0.015$) increase in HF admissions to the OU. Despite the increased census, hospital admissions decreased by 9% (67 % pre to 58% post program, $P=0.008$). If hospitalized from the OU, there was a trend of decreasing mean LOS (inclusive of OU LOS) by 23% [-0.82 days] ($P=0.08$), and median LOS by 40% [-1.5 days] ($P=0.15$). If admitted from the OU to the hospital, there was a trend for patients requiring a billable procedure post-program, 25% pre vs. 36% post ($P=0.40$), suggesting a higher level of acuity. Total costs saving for 5 months = \$37,217, due to admission avoidance. Annualized costs savings projected: \$89,321 (note: ED census = 1.4% HF). Per case costs: ED discharge = unchanged; OU = increased \$81; if hospitalized from OU = increased \$587. **Conclusions:** Implementation of an aggressive ED HF program decreases hospitalization rates, hospital LOS, and cost.

Del mismo grupo

Estudio preliminar: reducción de coste sin diferencias en la tasa de reingresos o mortalidad

Storrows et al.
Congest Heart Fail 2005

Diseño e Implantación de una Unidad Médica de Hospitalización de Corta Estancia (UCE). Repercusión y Actividad Asistencial

Marco Martínez J, Jusdado Ruiz Capillas JJ, Plaza Canteli S,
Rondón Fernández P, Torres Perea R, Solís Villa J
Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa.
e-mail: jmarco@hsvo.insalud.es

Como repercute en la actividad hospitalaria (I)

Tabla 3: Resultados globales

Resultados globales	2000
Altas totales	1137
Estancias totales	4118
Estancia media	3,62
Ocupación	70,50%
Rotación (pacientes/mes)	5,92
Ajustada a ocupación (pacientes/mes)	8,4
Exitus	11(0.96%)
Edad media	62,99
Sexo	571 ♂ (50,21%)
Altas a domicilio	992
Exitus	11
Traslado a Medicina Interna	116

Tabla 5: Patologías más frecuentes en la UCE*

	Nº casos	% del total	Est. media	Edad	Nº fracaso	% fracaso
EPOC	155	13,64	4,03	72,9	23	14,8
	136	11,77	4,43	72,3	49	36,0
ICC	124	10,9	3,94	72,2	22	18
	135	11,7	4,32	77,28	35	26
NEUMONÍA	72	6,34	4,16	64,5	18	25
	83	7,19	3,78	55,5	19	23

- Incremento ingresos (10%)
- Reducción estancia media (10 → 8.6)
- Aumento ingresos < 5 días (29 → 42%)
- Coste (UCH, Unidad de Complejidad Hospitalaria) 50% ingreso hospitalario
- Satisfacción elevada

Como repercute en la actividad hospitalaria (II)

- Incremento progresivo de estancias e ingresos
- Liberación de camas para ingreso convencional
- Resolución satisfactoria 76% (ancianos 72%) → Estancia < 4d., alta a domicilio
 - cifras similares para ancianos en *Observation Units*
 - Para la IC similar (71%)

Características básicas de los pacientes atendidos en la Unidad Médica de Corta Estancia según diagnóstico principal

	Sexo (%)			Edad, años	Estancia, días	Destino tras el alta (%)			
	N	Hombre	Mujer			Domicilio	UHD	Traslado hospital convencional	Otros
Infección respiratoria	1.297	46,3	53,7	74,7 ± 13,1	3,2 ± 1,4	81,4	8,6	8,9	1,1
EPOC	1.210	87,8	12,2	74,5 ± 9,0	3,4 ± 1,4	83,6	4,0	12,2	0,2
Anemia	737	52,8	47,2	67,4 ± 14,2	1,1 ± 0,3	86,9	6,7	2,1	0,3
Insuficiencia cardiaca	689	39,5	60,5	78,2 ± 8,6	3,1 ± 1,3	76,5	6,4	16,7	0,4
Gastroenteritis	512	44,3	55,7	53,5 ± 23,4	2,5 ± 1,2	85,7	6,4	3,7	0,2
Síndrome febril	455	48,6	51,4	75,3 ± 15,0	3,2 ± 1,4	58,2	16,5	24,4	0,9

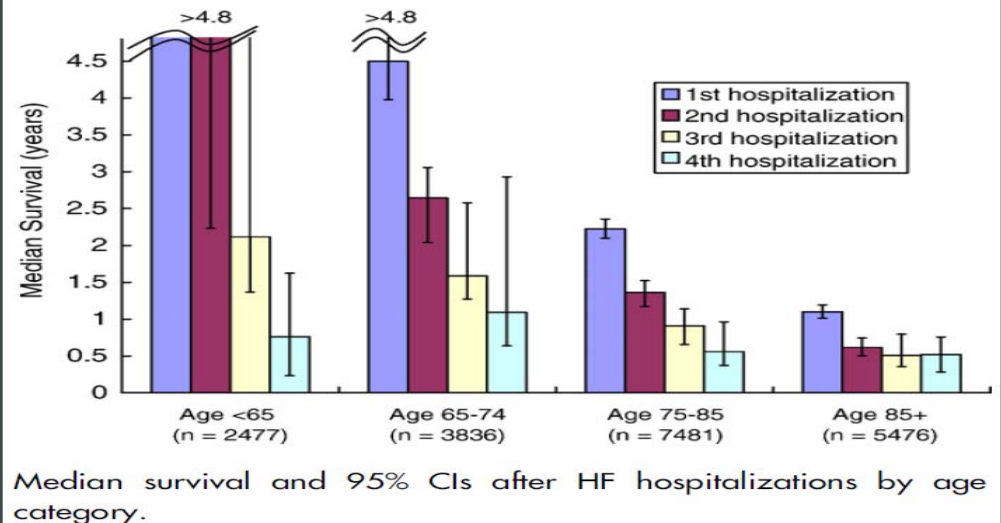
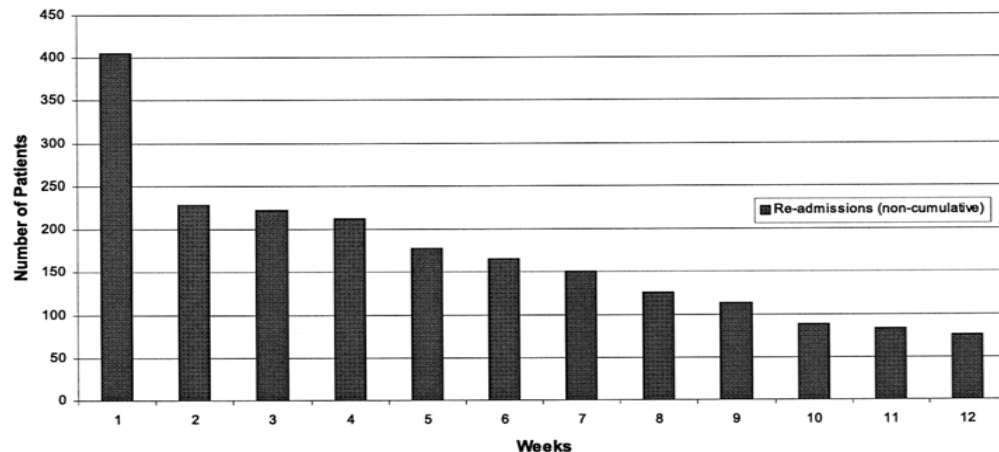
¿Cómo repercute en el paciente?

- ¿Existe mayor riesgo de reingreso o mortalidad?
- ¿El manejo diagnóstico y terapéutico de la IC se ve perjudicado?
- ¿El paciente queda insatisfecho?

Reingreso precoz (I)

- El reingreso precoz es muy común en pacientes con IC
- A mayor número de reingresos mayor riesgo de mortalidad precoz

Re-admissions (non-cumulative)



Reingreso precoz (II)

Table 4. Trends in Readmission Rates Within 30 Days of Discharge

Diagnosis	Study Year, %							Adjusted RR for Trend, 1991-1997 (95% CI)*	P Value
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997		
Acute myocardial infarction	16.1	16.3	15.0	16.3	16.3	17.5	16.0	1.12 (0.96-1.32)	.16
Congestive heart failure	13.0	10.2	10.3	10.5	11.4	12.6	12.2	1.15 (1.03-1.30)	.02
Gastrointestinal hemorrhage	10.8	11.3	9.1	9.9	10.9	10.3	10.0	1.00 (0.81-1.24)	.98
Chronic obstructive pulmonary disease	8.8	8.0	8.5	8.3	8.7	9.0	8.4	1.03 (0.81-1.29)	.83
Pneumonia	10.2	11.0	9.5	9.6	10.4	10.9	10.1	1.04 (0.90-1.18)	.60
Stroke	12.2	11.9	10.7	11.0	11.6	11.6	11.1	0.98 (0.84-1.15)	.82

Abbreviations: CI, confidence interval; RR, relative risk.

*Adjusted for age, sex, race, admission from a nursing home, and admission severity of illness (predicted 30-day mortality). The β -coefficients for year were used to estimate the change from 1991 to 1997 in the risk of death in the 30 days after discharge by exponentiating the β -coefficient to obtain the odds ratios and then converting the odds ratios to RRs by means of published formulas.

Parece existir una tendencia a mayor número de reingresos en IC

Reingreso precoz (III)

- Muchas dudas
 - No existe ningún modelo que permita identificar con certeza al paciente con alto riesgo o bajo riesgo de reingreso/estancia inapropiada en OU-UCE
 - Elevada heterogeneidad de los estudios que analizan factores asociados al reingreso, y pocos centrados en reingreso precoz

Reingreso precoz (IV)

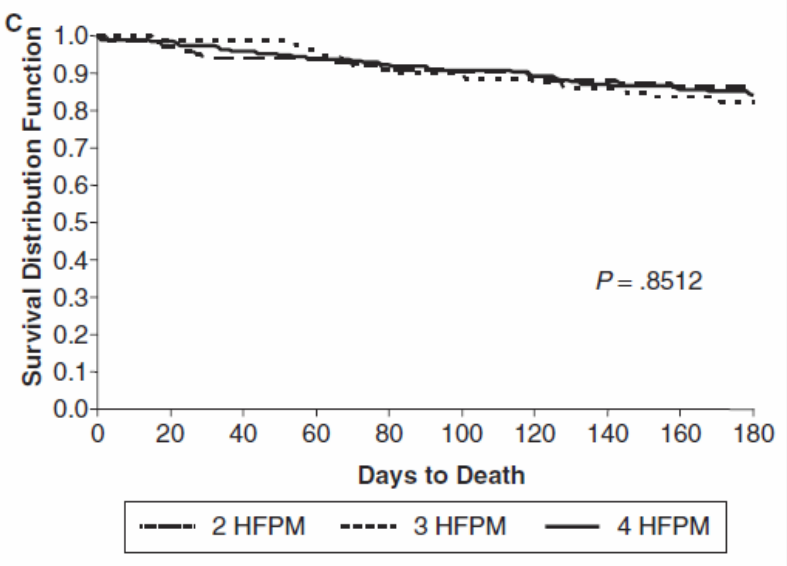
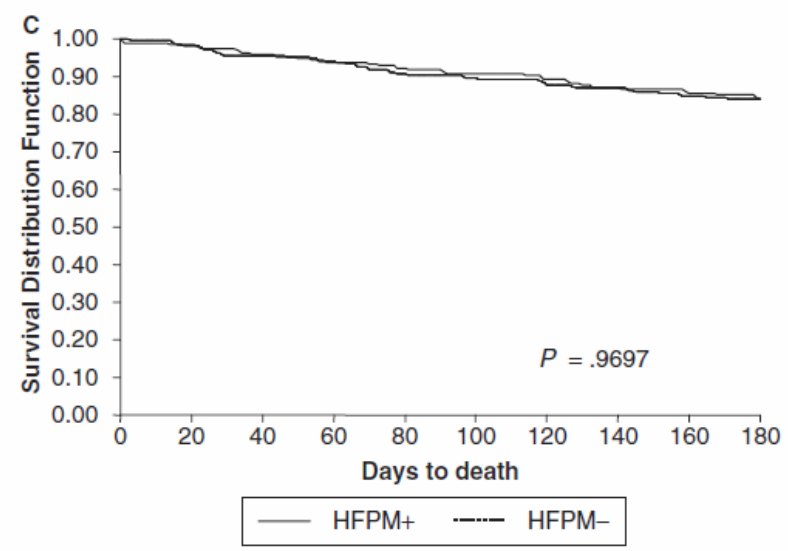
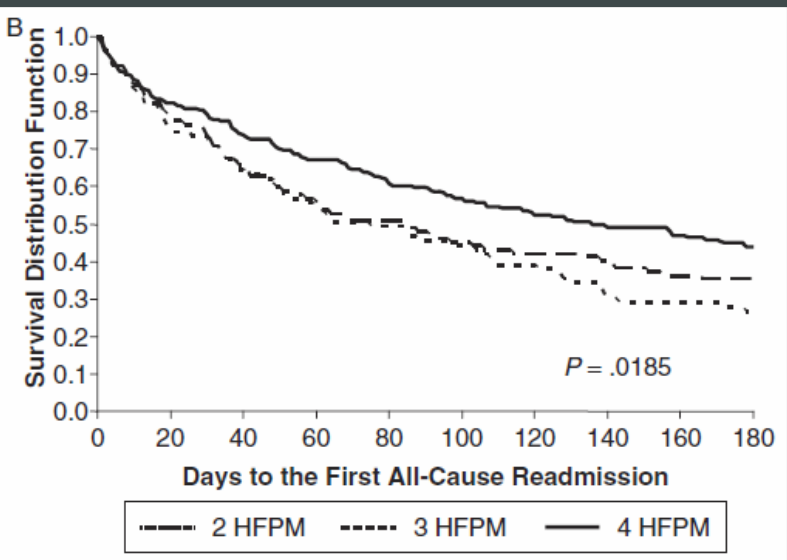
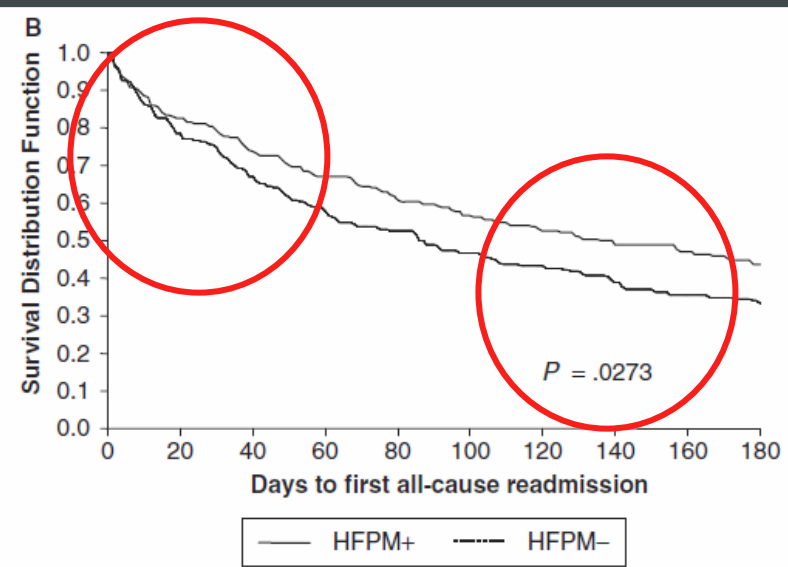
■ Muchas dudas (II)

- La mayoría de estudios omiten datos de proceso
- Bastantes de los que los incorporan o evalúan indicadores de calidad asistencial (JCAHO, ACOVE, AHA/ACC) no han logrado demostrar claramente una asociación con el riesgo de reingreso (y a la inversa)
- Quizá el dato de proceso que más relación guarde con el riesgo de reingreso sea la idoneidad del paciente para el alta

Table 3. Factors Independently Associated with the Probability of Early Unplanned Readmission

Characteristic	All Readmissions		Heart-Failure-Related Readmissions	
	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	P Value	Odds Ratio (95% Confidence Interval)	P Value
Previous diagnosis of heart failure	2.9 (1.7–4.8)	<0.001	4.5 (2.3–8.8)	<0.001
Age (versus <65 years)				
65–79 years	3.3 (1.3–8.5)	0.01	2.4 (0.8–6.9)	0.1
≥80 years	4.1 (1.6–11)	0.004	3.9 (1.3–12)	0.02
Previous myocardial revascularization	2.1 (1.2–3.9)	0.01	3.0 (1.5–6.1)	0.01
Readiness-for-discharge criteria (per 10% decrease)	1.16 (1.02–1.31)	0.02	1.23 (1.06–1.42)	0.01

Ashton et al.
 Ann Intern Med 1995
 Diz-Lois et al
 Anal Intern Med 2002
 Luthi et al
 Int J Qual Health Care 2004
 Luthi et al
 Qual Saf Health Care 2004
 Trujillo et al
 Med Int 2006



¿Reingreso precoz y UCE?

- Evidencia científica escasa; estudios aleatorizados en otras patologías (asma, FA)
- Gran heterogeneidad (UCE/OU, tipo de intervención, tipo de paciente, cobertura sanitaria)
- Ninguno evalúa el papel del seguimiento post-alta
- Estudios de baja calidad en IC → descriptivos, antes/después, comparaciones no aleatorizadas UCE/"usual care"
 - Reducción de reconsultas (56%) y reingresos (7%) a 3 meses
 - Elevada satisfacción

Peacock IV et al
CHF 2002

Arendts et al

Emerg Med J Austral 2006

Unidad de Corta estancia como alternativa a la Hospitalización Convencional en pacientes ancianos con IC descompensada

David Chivite, Ramon Pujol, Albert Salazar, Jordi Alonso

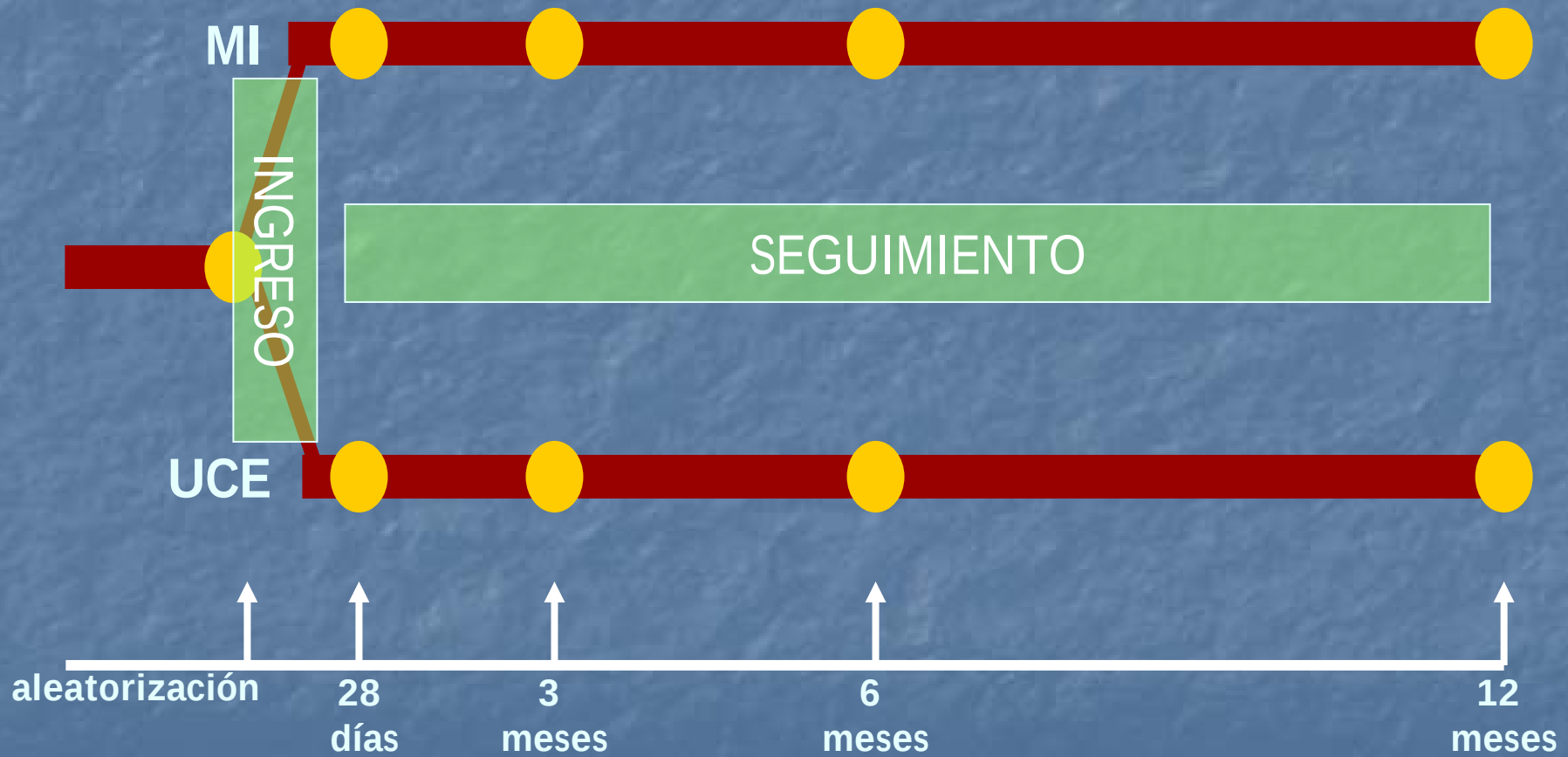
OBJETIVOS

- Evaluar de forma **prospectiva** la eficacia de una **Unidad de Corta Estancia** en términos de:
 - Reingresos
 - Mortalidad
 - Situación funcional y calidad de vida
 - Conocimiento de la enfermedad y habilidades de autocuidado
 - Coste
- en **pacientes ancianos** con IC descompensada
- Comparando los resultados con los obtenidos en una **Unidad de Medicina Interna** (manejo “usual”)

SELECCIÓN DE PACIENTES

- Pacientes de > 65 años con IC agudizada que requieren ingreso (> 4 horas en Urgencias)
- Perfil UCE → excluye:
 - Formas complejas de IC aguda (SCA complicado con IC, valvulopatía tributaria de tratamiento específico, shock cardiogénico...)
 - Comorbilidad asociada a mal pronóstico
 - Condicionantes “geriátricos”: dependencia, demencia, depresión grave, falta de cuidador, distocia social
 - Paciente estable tras el manejo inicial en Urgencias

DISEÑO



OBJETIVOS

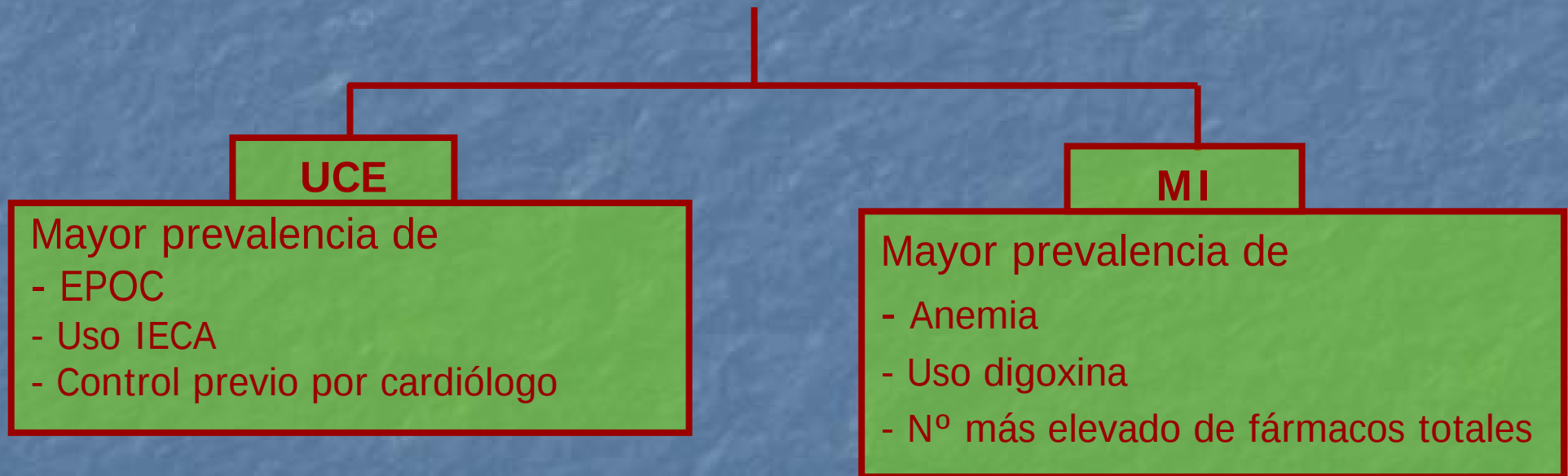
- **Primario: reingreso precoz (30 días) por IC**
- **Secundarios**
 - Reingresos precoces por cualquier causa (CC)
 - Reingresos no precoces (3 – 6 – 12 meses) IC/CC
 - Mortalidad
 - **Curso clínico / funcional de la IC y del paciente (3 – 6 – 12 meses)**
 - NYHA
 - *6-minute walking test (6MWT)*
 - *Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLWHFQ)*
 - *European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale (EHFS-CBS)*
 - Índice de Barthel + OARS (actividades instrumentales)
 - MNA-r
 - **Costes**
 - Ingreso hospitalario (índice + reingresos)
 - Recursos extrahospitalarios (visitas – traslados – soporte domiciliario)

DATOS BASALES

139 pacientes: 70 UCE - 69 MI

Edad 78 años, 50% mujeres, 70% Mioc. HTA, Charlson 2

Diferencias



Resto (datos demográficos, antecedentes, antecedentes de la IC, características de la descompensación, manejo en urgencias) sin diferencias significativas

DATOS DE PROCESO

Diferencias:

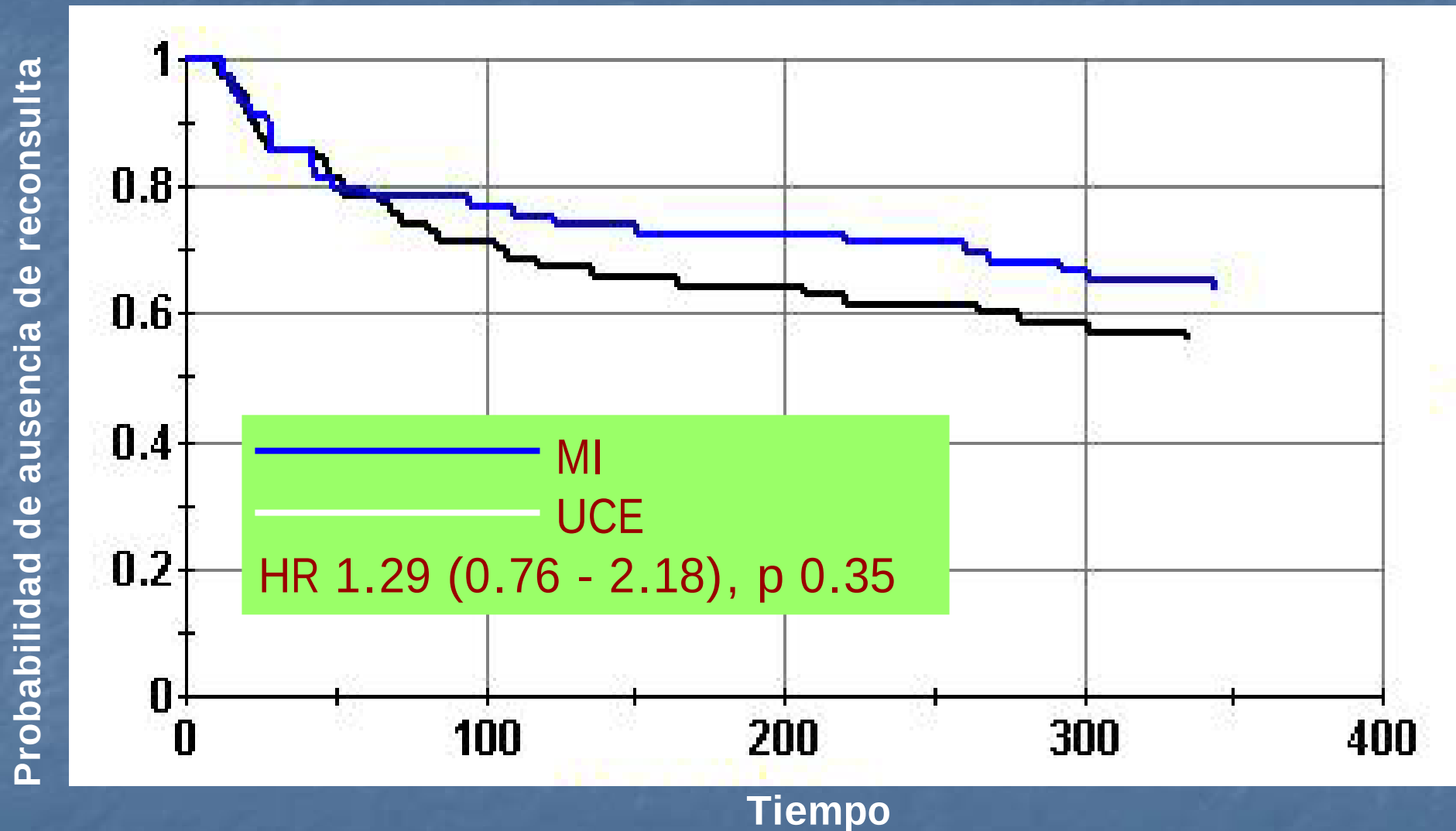
	UCE	MI
Consulta a cardiología	35.7%	10%
Días con vía periférica	2.9	4.5
Complicaciones no relacionadas con la IC	8.5%	20.3%
Exploraciones programadas	+	+++
Estancia (días)	4.0 ± 5.0	9.0 ± 4.0

Resto de datos de proceso (procedimientos Dx I Tx, complicaciones relacionadas con la IC, estabilidad al alta, tratamiento al alta, recomendaciones al alta) sin diferencias significativas

SEGUIMIENTO



REINGRESO

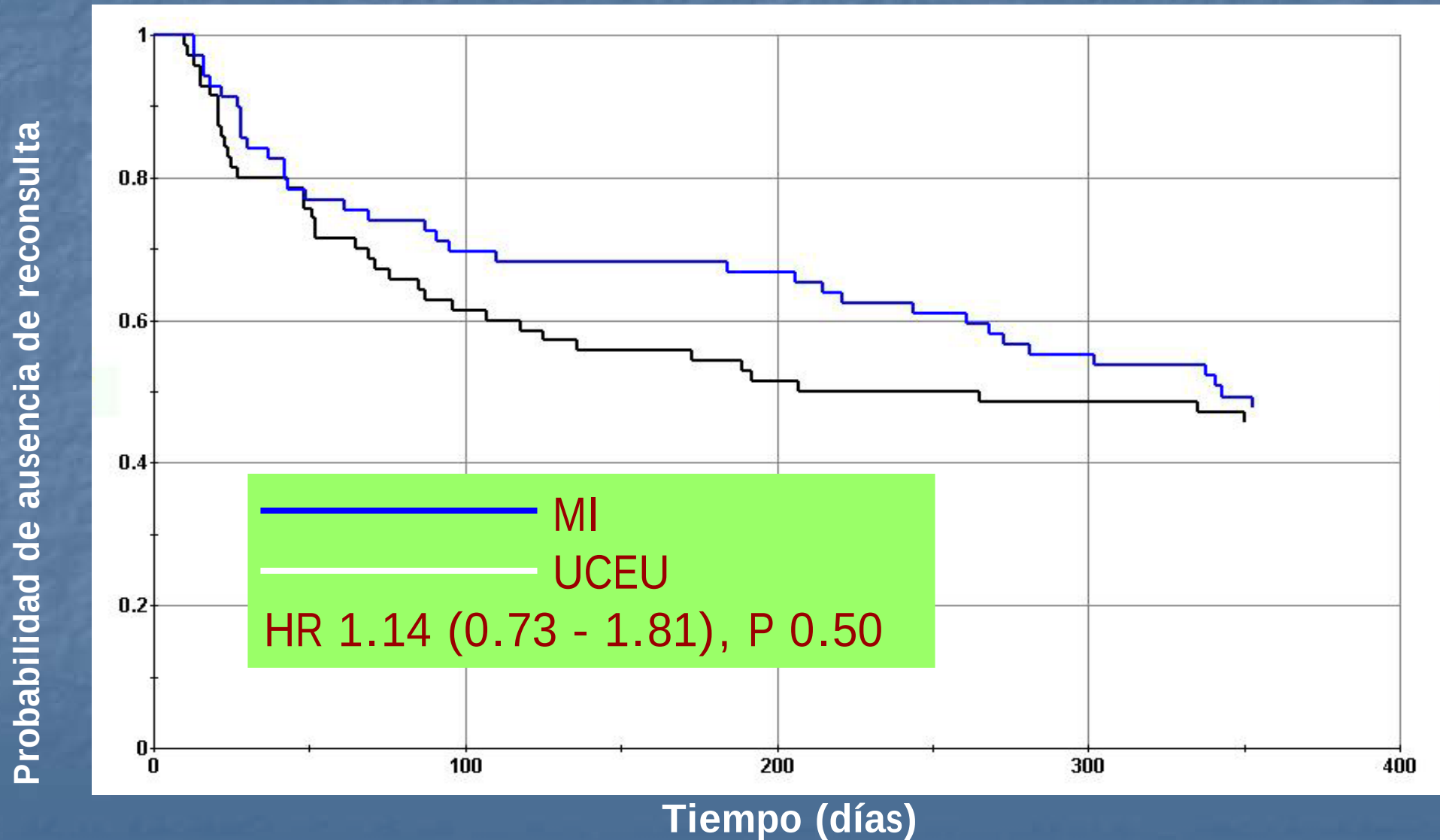


Ajustado por factores asociados a reingreso precoz: edad, función renal, Barthel, ingresos previos, evolución IC, HTA, ECO previo, uso de sondaje vesical, recomendaciones al alta

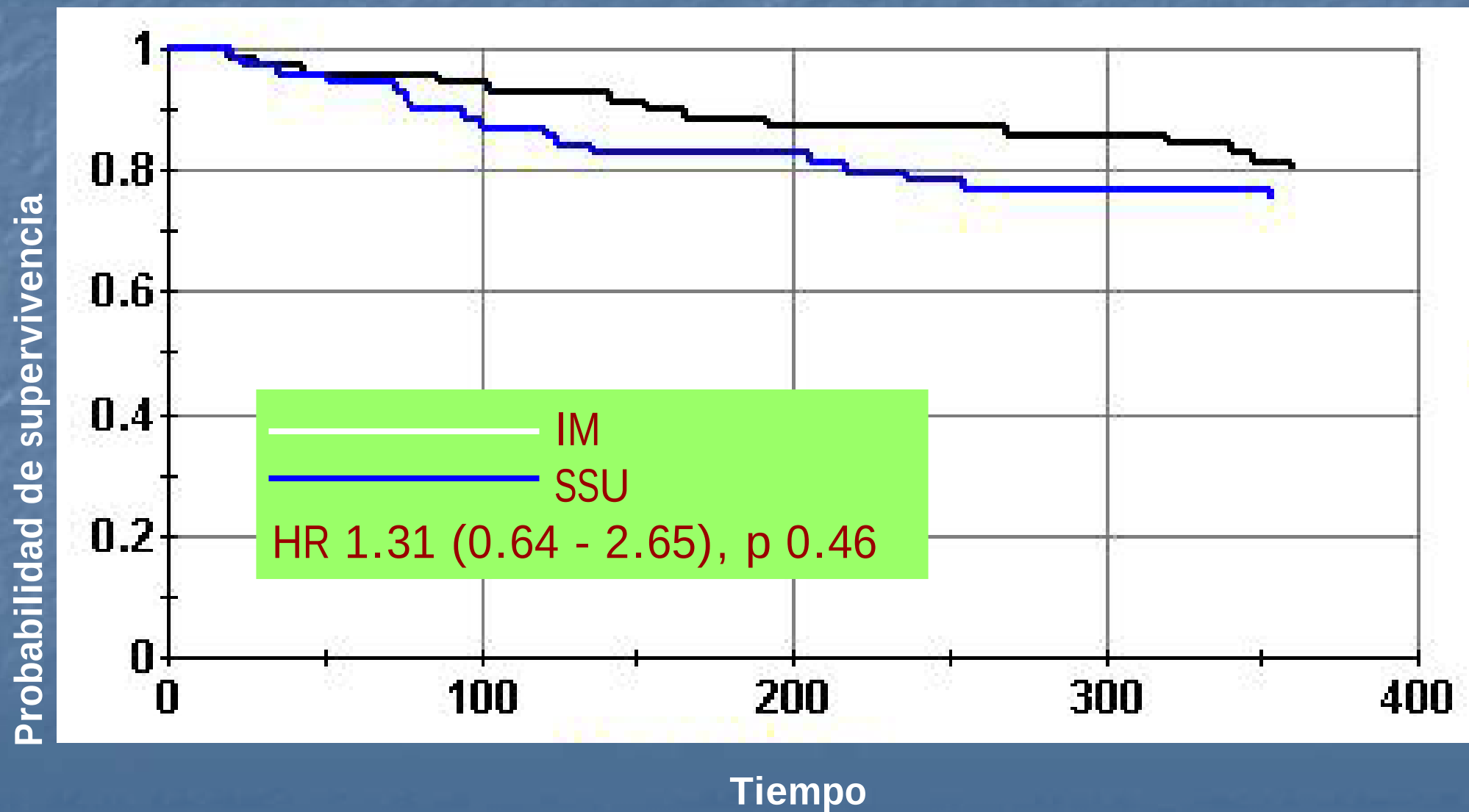
REINGRESO POR IC (II)

	MI	UCE	p
Tiempo hasta el 1r reingreso (mediana)	102.5	102.7	NS
Días totales de reingreso/año	363	521	
Días totales de reingreso/año/paciente	5.3 ± 11	7.6 ± 12.5	NS

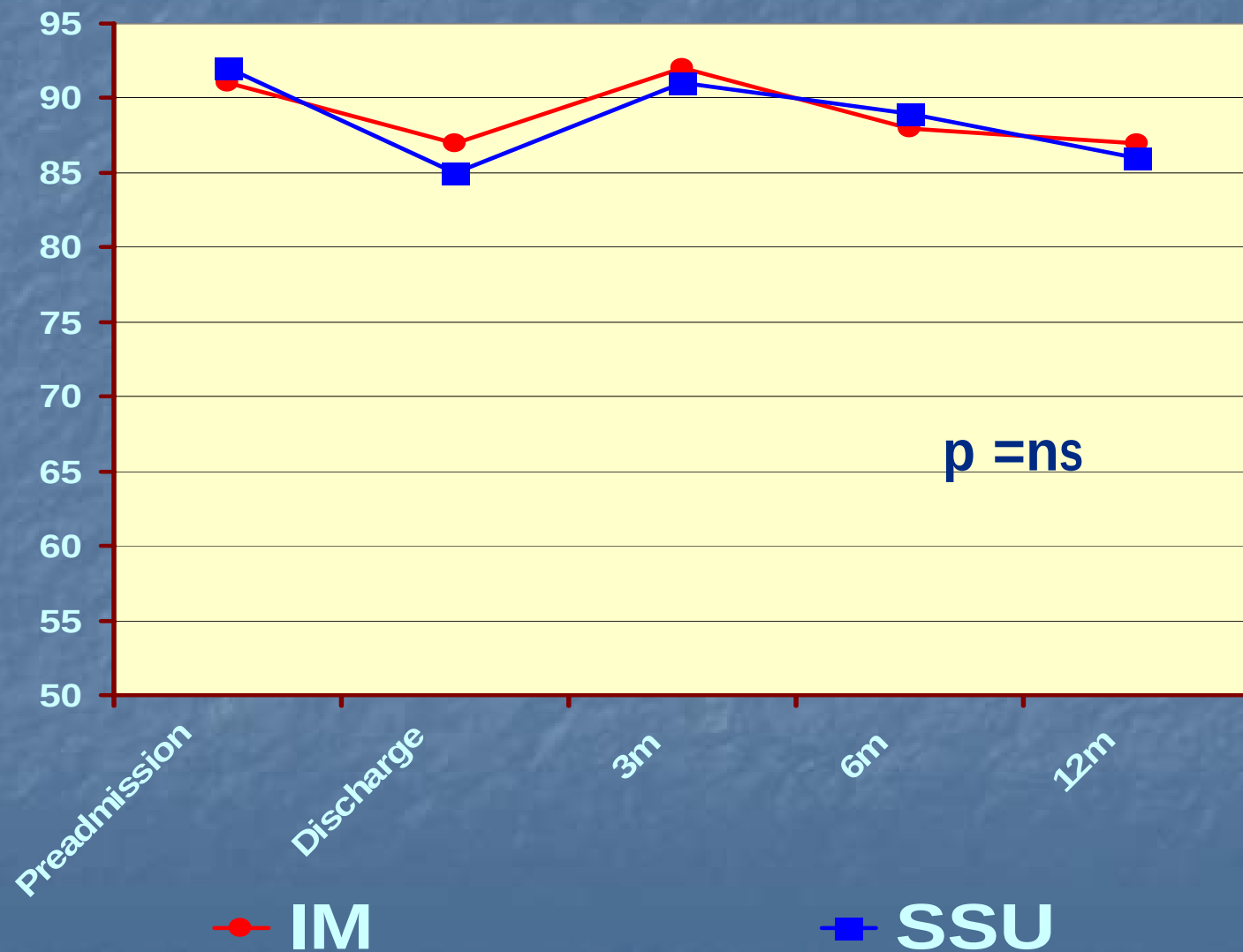
RECONSULTA POR IC AGUDA



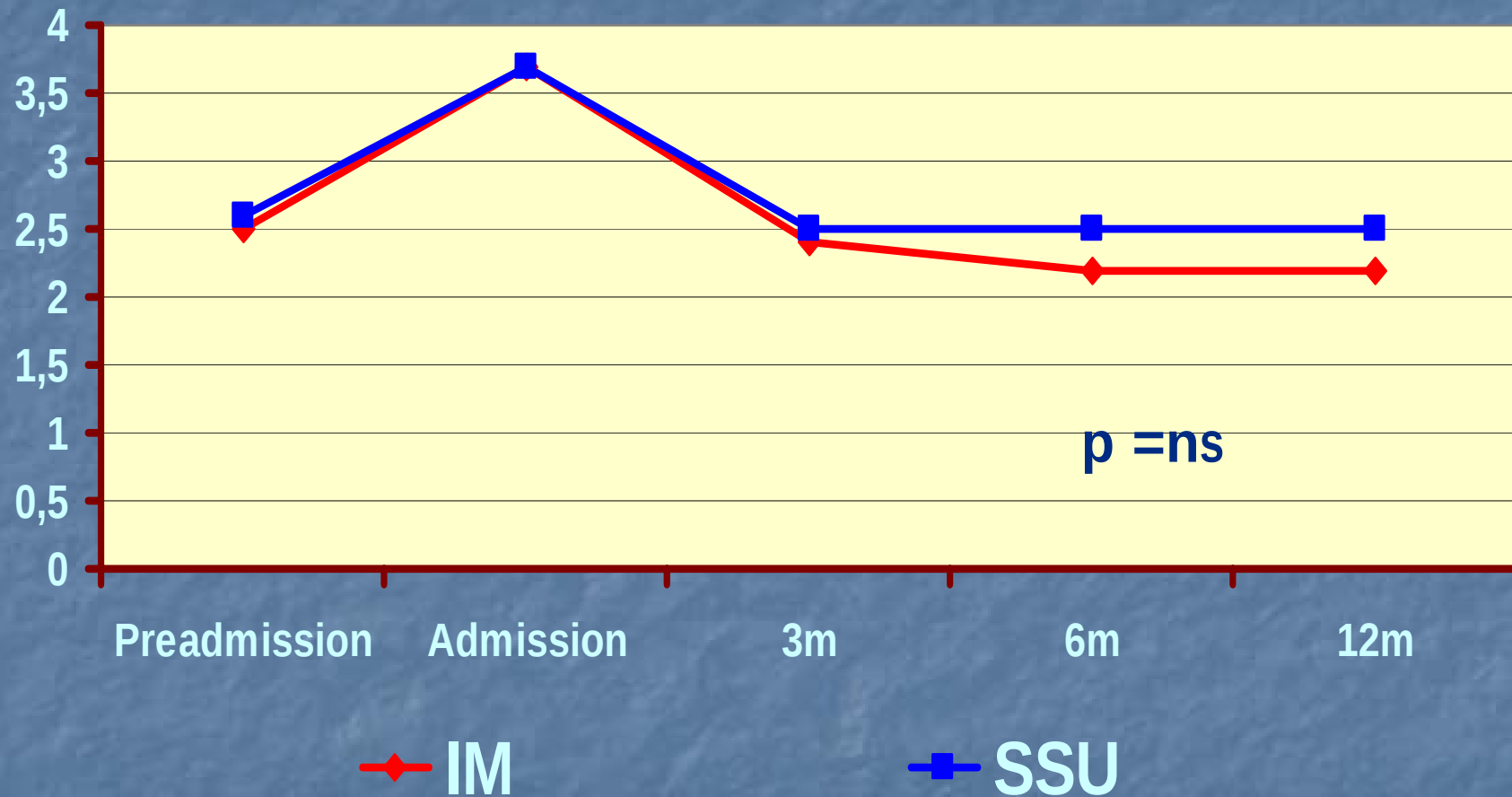
MORTALIDAD



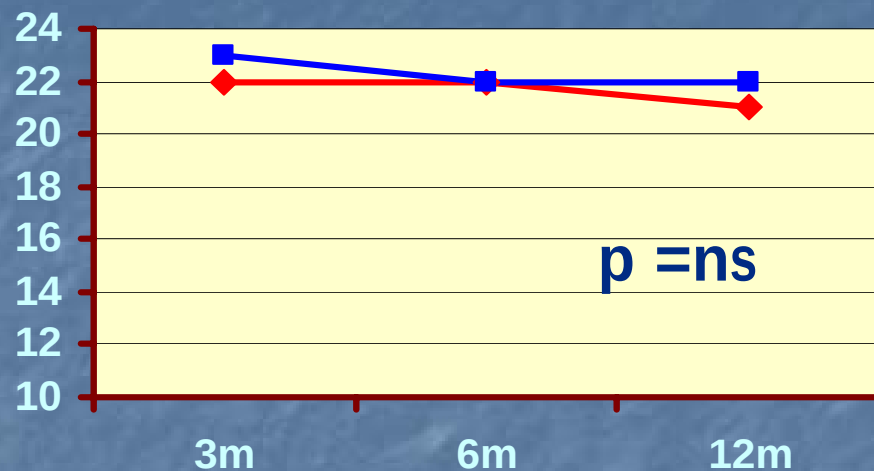
INDICE DE BARTHEL



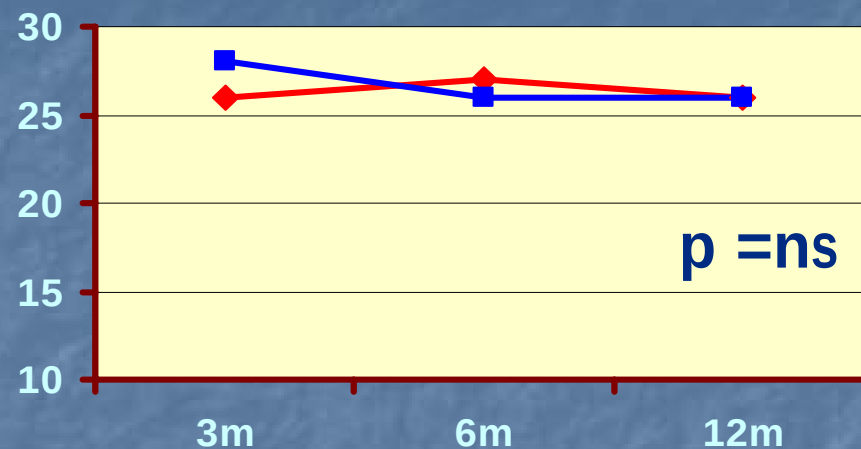
NYHA



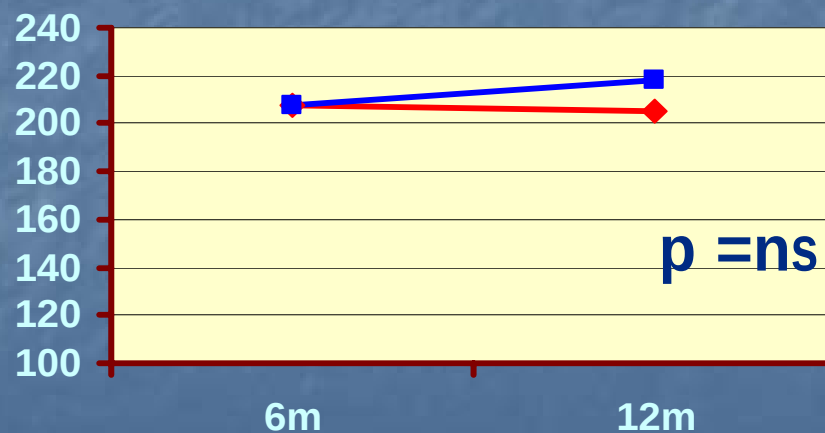
MLWHFS



EHFS-CBS



6-MWT



IM

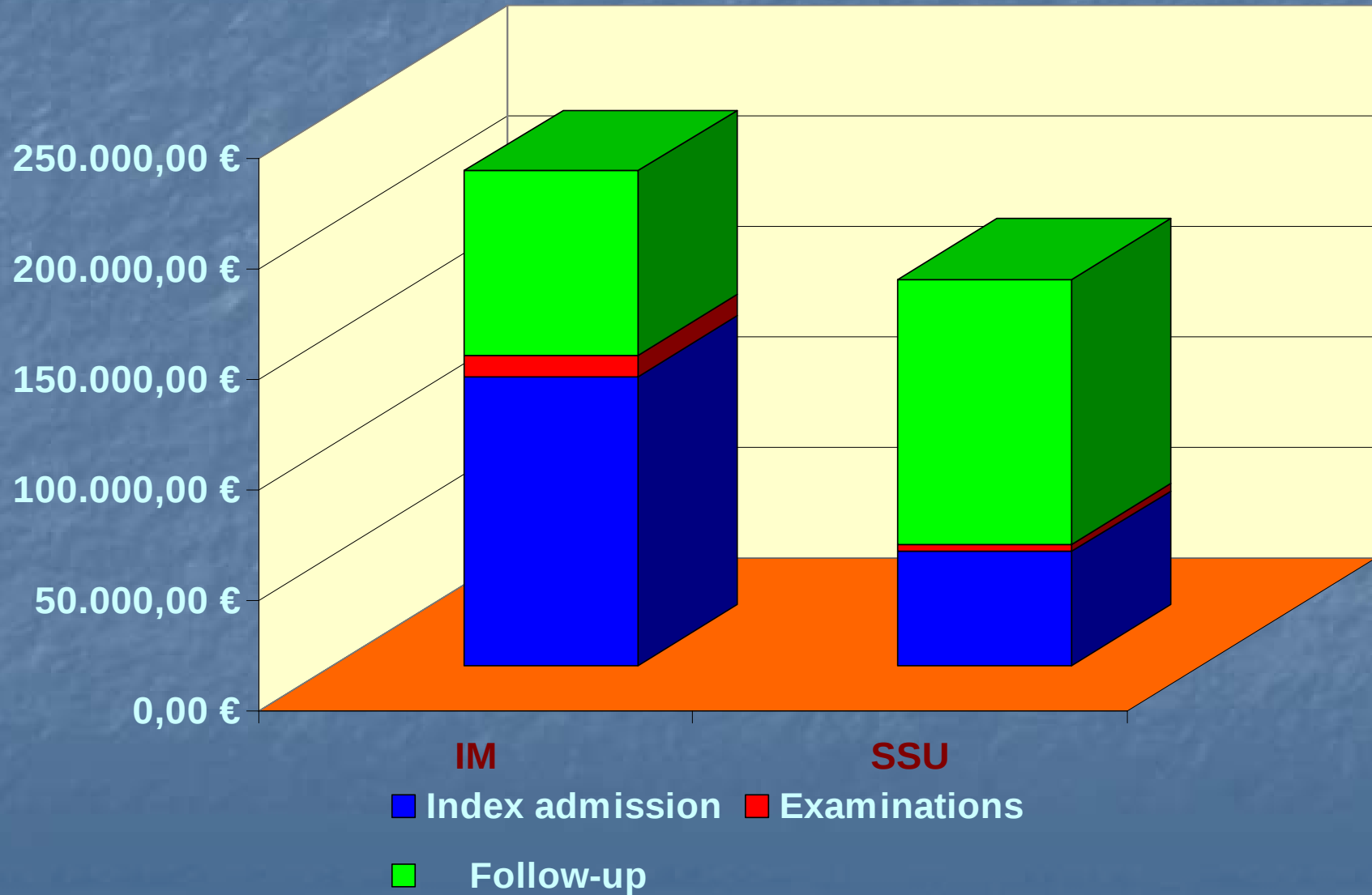
SSU

COSTE (I)

	MI*	UCE	p
Ingreso índice	152.533,97	54.559,77	
Ingreso índice/paciente	2.311,12 ± 1.847,46	779.43 ± 573,09	< 0.001
Todo el seguimiento	235.893,29	174.202,21	
Todo el seguimiento/paciente	3.574,14 ± 1.018,95	2.488,60 ± 956,62	< 0.001

* n=66

COSTE (II)



LIMITACIONES

- Estudio circunscrito a un único Hospital
- Selección de pacientes expuesta a sesgos (diagnóstico clínico sin confirmación previa de IC)
- Diseño “naturalístico” (no se evalúan protocolos asistenciales)
- Escasa potencia estadística para evaluar objetivos combinados de mortalidad + reingreso

CONCLUSIONES (I)

- El ingreso en UCE de pacientes ancianos con **formas no complejas** de IC aguda (*en nuestra experiencia el 30% del total*) puede ser, a corto – medio plazo, **al menos tan seguro y efectivo** como el ingreso en una Unidad de Medicina Interna
- La UCE puede ser más **eficiente** (coste – efectiva) que el ingreso convencional

CONCLUSIONES (II)

- Quedan muchos elementos por evaluar:
 - Estudios multicéntricos con suficiente potencia estadística
 - Subgrupos de IC (IC con FEVE reducida – disfunción diastólica)
 - Evaluación prospectiva aleatorizada de protocolos asistenciales
 - Evaluación de manejo combinado UCE – consulta IC vs MIR – consulta IC vs manejo convencional



MUCHAS GRACIAS POR VUESTRA ATENCIÓN

