



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Planificación del alta

Discharge Planning

Marilú Budinich^{a,✉}, Jorge Sastre^b

^a Consultora independiente en geriatría y demencia. Chile

^b Jefe Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional de Coyhaique. Chile

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 08 05 2019.

Aceptado: 26 09 2019.

Palabras clave:

Planificación del alta, anciano frágil, hospitalización, alta del paciente, epicrisis, resumen de egreso.

Key words:

Discharge planning, frail elderly, hospitalization, discharge care planning, patient discharge summaries.

RESUMEN

El alta hospitalaria constituye una transición clave en salud, cuya importancia frecuentemente queda invisibilizada ante el apremio por hospitalizaciones más abreviadas y procesos que por años se han desarrollado de determinada forma. Un alta planificada y/o ejecutada de manera inadecuada puede significar reingresos y repercutir negativamente a nivel del usuario, sus familias y sistemas de atención.

Múltiples intervenciones, con distinto nivel de evidencia buscan optimizar el proceso, enfocándose en los equipos, dispositivos y/o usuarios involucrados. Dado que no existe una única estrategia efectiva, el presente artículo recorre aspectos que la literatura ha identificado como relevantes al momento de trabajar por altas planificadas.

SUMMARY

Hospital discharge is a key transition health process, whose relevance is often overshadowed by the urgency of shortened hospitalizations and health institutions routines that have been settled for many years. An unplanned and inappropriate discharge can lead to readmissions and negative implications for patients, caregivers and hospitals. Therefore, multiple interventions exist, with different levels of evidence that seek to improve the discharge process by focusing on health teams, institutions and patients. Given there is no single effective strategy, this article covers aspects that several authors have identified as relevant when working on discharge planning.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: marilubudinich@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.09.006>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

En Chile las hospitalizaciones de personas de 80 años y más fueron 115.433 en 2017 (10,9% del total de las de adultos de 20 años y más, excluyendo causas obstétricas), principalmente debidas a causas cardiovasculares y respiratorias¹. Las personas de edad avanzada con enfermedad aguda presentan mayor riesgo de estadía hospitalaria prolongada y de reingresar tras el alta que población más joven, lo que implica costos para usuarios y sistemas de salud². Así mismo, presentan mayor riesgo de iatrogenia, deterioro funcional y mortalidad³.

Se ha estimado que el 30% de todas las altas hospitalarias se retrasan por razones no médicas⁴. A pesar de los recientes avances en registros electrónicos y tecnologías de apoyo a las decisiones clínicas, tres factores identificados hace más de 20 años siguen siendo las principales causas del retraso en el alta, hospitalaria: escaso conocimiento de aspectos sociales del paciente, deficiente organización de los cuidados post-alta incluso desde la coordinación del transporte al domicilio, e inadecuada comunicación entre nivel hospitalario y servicios comunitarios^{5,6}.

La carencia de una adecuada planificación al alta y de un programa de transición aumenta el riesgo de reingreso y puede afectar negativamente la calidad de vida de pacientes y cuidadores. Para evitarlo, es necesaria una política hospitalaria de planificación y coordinación del alta de personas mayores frágiles, que considere, además de las variables clínicas, los aspectos funcionales, mentales y sociales⁷.

Según revisión Cochrane del año 2016, un plan de alta personalizado puede reducir discretamente la estadía hospitalaria y disminuir reingresos en personas mayores con condiciones médicas, así como también aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales. Sin embargo, no existe claridad en cuanto a reducción de costos⁸.

IMPLICANCIAS DE UN ALTA NO PLANIFICADA

Las personas mayores frágiles frecuentemente presentan necesidades complejas y dinámicas, requiriendo prestaciones de salud variadas y por períodos prolongados, por lo que se benefician de la coordinación e integración entre los distintos niveles asistenciales, incluyendo el proceso de alta⁹. En la lógica de optimización de recursos, es deseable buscar estadías hospitalarias abreviadas. Sin embargo, dicho escenario puede generar menor tiempo para que los equipos evalúen y planifiquen¹⁰, así como también para educar a pacientes y para que estos últimos avancen en su recuperación, lo que aumenta la probabilidad de egreso con problemas de salud o sociales no resueltos^{7,11}.

Una inadecuada planificación y/o ejecución del alta puede implicar instrucciones insuficientes sobre cuidados en domi-

cilio, terapia farmacológica y controles ambulatorios¹². Lo que resulta en pacientes y cuidadores mal preparados¹³, ingresos inadecuados a residencias o readmisiones¹⁴. Ejemplos de altas inapropiadas son aquellas sin participación de servicios sociales, sin aviso previo a familiares ni coordinación con el dispositivo al cual se deriva¹⁴. Durante el alta también pueden generarse situaciones como la necesidad de adecuación del domicilio o que existan disputas entre entidades aseguradoras y/o dispositivos sobre la responsabilidad y cobertura del apoyo continuo⁶. No es sorprendente, entonces, que los eventos adversos y los reingresos hospitalarios no planificados sean comunes, afectando aproximadamente al 20% de los pacientes durante las primeras semanas después del alta¹⁵. Cabe señalar que existen factores cuya presencia en los pacientes se asocia a mayor riesgo de reingreso: sexo masculino, edad mayor de 80 años, pobre autopercepción de salud, vivir solo, deterioro funcional moderado y severo, y multimorbilidad¹⁶.

EL ALTA Y LOS CUIDADOS DE TRANSICIÓN

El alta es un proceso que involucra al ámbito médico y al quirúrgico, así como también a las hospitalizaciones programadas y de emergencia⁷, y debe ser entendida como un puente entre dos modalidades de atención, siendo estratégico entonces el que exista una adecuada comunicación y organización entre el hospital y la comunidad u otros dispositivos. No es posible aislarla del resto de la hospitalización ni de los cuidados comunitarios, correspondiendo ésta a un cuidado de transición⁷. Los cuidados de transición hacen referencia al conjunto de acciones diseñadas para asegurar la coordinación y continuidad de los cuidados de salud durante las transferencias de los pacientes entre distintos niveles de cuidados en una misma o distinta locación¹⁷, constituyéndose en nodos críticos de comunicación²¹, que requieren de planes integrales, equipos entrenados en el abordaje de personas con problemas de salud complejos e información actualizada acerca de metas, preferencias y estado clínico de los pacientes. Consideran además de ámbitos clínicos, aspectos logísticos, educación al paciente y a su familia, así como también coordinación entre los profesionales involucrados¹⁷.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Dado que los cuidados de transición son claves, existe un sinnúmero de experiencias que buscan optimizar el proceso de alta mediante intervenciones que pueden ser:

- Orientadas hacia los profesionales (capacitación y entrenamiento).
- Organizacionales o culturales (protocolos, gestores, herramientas electrónicas, formatos de epicrisis, conciliación de medicamentos).
- Orientadas al paciente y su entorno (empoderamiento, educación y soporte)²².

Por otra parte, pueden ser de planificación o de soporte, siendo las primeras de índole hospitalaria y las segundas prolongándose más allá del alta (seguimiento telefónico, visita domiciliaria, contacto desde atención primaria, etc.). En general, aquellas que son combinadas presentan mejores resultados, pero no existe reporte a la fecha de que una intervención sea mejor que otra²².

De la diversidad de experiencias existentes en la literatura, cabe destacar que en general las publicaciones no detallan las intervenciones ni el tratamiento habitual²³. Así como tampoco, discriminan a los pacientes en relación a su vulnerabilidad a complicaciones, lo que impide identificar impacto por subgrupos²⁴. Así mismo, se realizan en contextos diferentes en cuanto a normativa, prácticas habituales, recursos humanos y físicos, por tanto, para su replicación es fundamental conocer el ambiente propio, así como protocolos y procedimientos locales de modo de identificar probables brechas susceptibles de enmendar según características de los pacientes y sistemas²³. Debido a que varias estrategias que han demostrado efectividad involucran aspectos multimodales, es difícil identificar el componente que genera mayor impacto o cual es la combinación ideal. La figura 1 enuncia obstáculos vinculados al alta y características comunes de intervenciones exitosas en esta.

PLANIFICACIÓN DEL ALTA

La planificación del alta corresponde al proceso de identificar y prepararse de forma anticipada para las necesidades de cuidado de la salud del paciente al egreso de un establecimiento²⁵. Involucra a pacientes, sus familias, el equipo del hospital y el

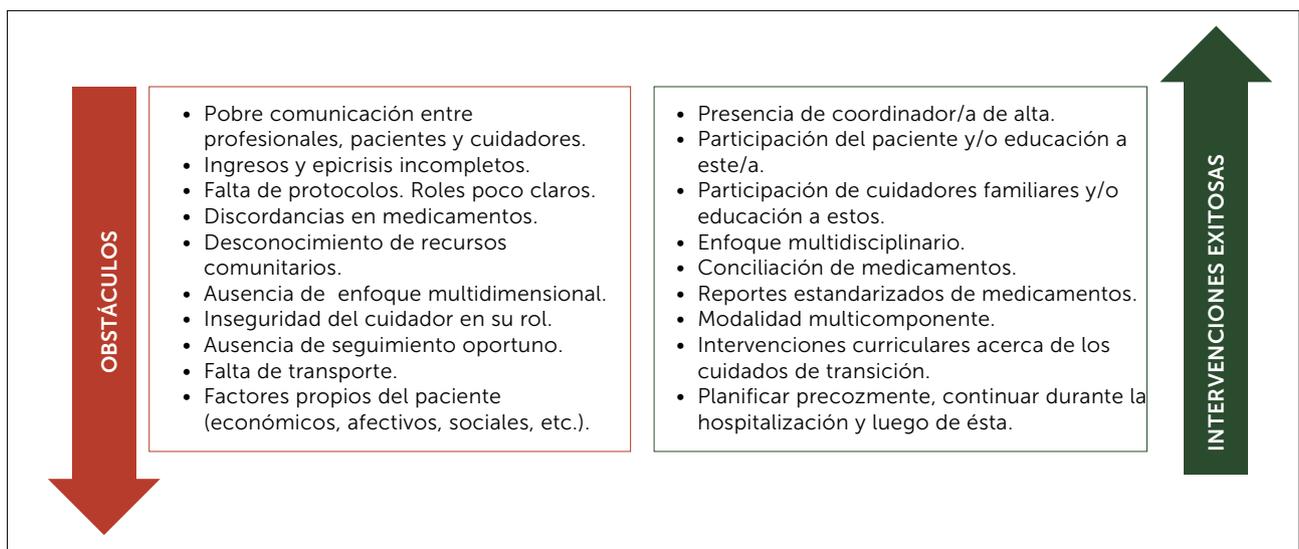
del destino de alta. Es un proceso dinámico y que requiere de preparación. No basta realizar una epicrisis o resumen de alta completo, que ciertamente es relevante, sino que se debe asegurar que lo planificado sea factible y para ello es fundamental conocer las metas y expectativas del paciente y de su entorno, así como también los recursos existentes en la red y las vías para acceder a ellos^{7,26,27}.

Se recomienda que la preparación del alta comience junto con el ingreso, y aunque se han descrito algunos inconvenientes para esto (confusión del paciente, poca claridad en el pronóstico, etc.)^{28,29}, debe comenzar lo antes posible y requiere de proactividad en el acceso a la información, estableciendo contacto con los familiares y equipos comunitarios o de origen precozmente.

Para poder realizar un alta centrada en las necesidades y prioridades de la persona, es necesario un abordaje que involucre dichos conceptos a lo largo de toda la navegación de la persona en los distintos dispositivos de salud⁶. Ciertamente ello implica un cambio de paradigma, que algunos autores refieren como la inserción de la valoración geriátrica integral que considere aspectos sociales, psicológicos, funcionales y biomédicos a lo largo de toda la atención⁷.

Enfocarse en el cuidado actual del paciente, el nivel asistencial adecuado y las barreras al alta es sólo parte de las buenas prácticas necesarias. Considerar aspectos como nivel previo de funcionalidad, lugar de vivienda, soporte familiar, directrices anticipadas, bienestar psicosocial y necesidades médicas actuales y futuras es clave para optimizar la transición de

Figura 1. Obstáculos e intervenciones exitosas en relación al alta^{11,17,18,19,21}



cuidados³⁰. Será entonces importante comprender y conocer los recursos que tiene el paciente en casa, así como también cuál es su habilidad para comprender indicaciones y posibilidad de adquirir los medicamentos e insumos necesarios¹⁰. En cuanto al destino de alta, éste dependerá de la combinación apropiada entre lo que el paciente requiere en cuanto a funcionalidad y cuidados y lo que los diferentes dispositivos le pueden ofrecer²⁰.

EPICRISIS

Una información incompleta o inadecuada acerca de la hospitalización puede contribuir a toma de decisiones erróneas y/o fallas en el seguimiento del paciente. Reportes internacionales dan cuenta de falta de información en epicrisis tales como carencia de resultados de test diagnósticos (en 33-63% de los casos), tratamiento y evolución hospitalaria (7-22%), medicamentos al alta (2-40%), resultados pendientes (65%), consejería familiar (90-92%) y planes de seguimiento (2-43%)¹⁸.

La tabla 1 señala aspectos mínimos a considerar en una epicrisis o resumen de alta. En cuanto a su forma, se recomienda un formato ordenado con títulos y subtítulos, destacando la información más relevante. Usar lenguaje claro y preciso, evitando tecnicismos especialmente en las indicaciones (ver tabla 2). Se debe poner atención al nivel de conocimiento en temas de salud de las personas de modo que los contenidos sean acordes a su nivel de comprensión y cultura, y estar atentos a diferencias de idioma utilizando intérpretes para comunicación verbal y escrita si es necesario²⁷.

Se debe entregar un ejemplar de la epicrisis al paciente y/o al familiar, la cual debe ser leída en conjunto con el profesional, aclarando dudas y explicitando que es fundamental que lleven dicho documento a sus controles o atenciones de salud⁶.

El momento del control debe quedar definido y, para ello, puede ser de utilidad tener presente ventanas de 24-72 hrs en pacientes de alto riesgo y 14 a 21 días en aquellos de bajo riesgo³⁴. El intervalo dependerá de las necesidades clínicas, sociales y funcionales identificadas.

PROFESIONALES INVOLUCRADOS

Diversas experiencias se basan en la existencia de un gestor o coordinador para los procesos de alta, figura que busca servir de articulación entre paciente, familia y equipos, tanto de nivel hospitalario como ambulatorio^{7,6}.

La presencia de un coordinador ha sido asociada a una mejora en la comunicación de los procesos²², no existiendo claro consenso acerca de quién debe ser ese coordinador y si debe estar a nivel hospitalario, comunitario o ambos^{25,35}. Su

Tabla 1. Contenidos mínimos a incluir en epicrisis o resumen de alta^{17, 30, 31}

-
- Datos de identificación y contacto de paciente y familiar de referencia.
 - Fechas de hospitalización.
 - Diagnósticos principales y secundarios. Problemas actuales. Alergias.
 - Historia clínica, exámenes complementarios, tratamiento efectuado.
 - Resultados de procedimientos y exámenes de laboratorio.
 - Recomendaciones de especialistas.
 - Condición clínica, cognitiva y funcional del paciente al alta (Incluyendo examen físico).
 - Lista de medicamentos conciliada.
 - Información entregada al paciente y a su familia.
 - Detalles para el seguimiento. Horas y profesionales ya agendados, trámites a realizar.
 - Cuidados: nivel de actividad, alimentación, asistencia, acompañamiento, procedimientos, rehabilitación, etc.
 - Síntomas de alerta y conducta a seguir en caso de aparición.
 - Nombre y datos de contacto del profesional a cargo del seguimiento, así como del equipo tratante hospitalario.
-

presencia también se ha relacionado a una mayor satisfacción por parte de familiares y pacientes³⁶. En cuanto a los profesionales involucrados, las experiencias existentes recaen principalmente en enfermería y trabajo social. Lo anterior dado el poco tiempo de los profesionales médicos tanto a nivel hospitalario como comunitario²⁷, así como también a los aspectos sociales y de salud necesarios de trabajar⁷.

También ha sido descrita la participación de químicos farmacéuticos en la planificación del alta mediante la revisión de medicación, consejería y seguimiento telefónico, con resultados favorables para pacientes, especialmente aquellos con menor grado de conocimientos en salud³⁷. Personas mayores, con baja escolaridad, que usan 5 o más medicamentos, o medicamentos de alto riesgo como insulina, warfarina, inhaladores o inmunosupresores, entre otros, pueden beneficiarse mayormente de la participación de un químico farmacéutico en su conciliación de medicamentos y consejería³¹.

Se ha puesto énfasis en el rol que tiene el equipo hospitalario en una transición segura, pero el rol que adquiere el equipo comunitario o de atención primaria no es menos importante y

Tabla 2. Consideraciones para indicaciones y educación previa al alta^{16, 19, 27, 31, 33}

ACTIVIDAD	<p>Precisar: Levantarse, vestirse, deambular asistido, permanecer en casa. Si existe limitación o recomendación específica referente a actividades (subir escaleras, salir solo, conducir, actividad sexual, etc.).</p> <p>Evitar: Indicaciones genéricas como "reposo absoluto o relativo".</p>
ALIMENTACIÓN	<p>Precisar: Alimentos a ingerir, consistencia, cantidad y vía.</p> <p>Evitar: Indicaciones genéricas como "Régimen hiposódico, 1800 kcal". Si se entrega pauta, revisar contenidos de esta.</p>
FÁRMACOS	<p>Precisar: Nombre, presentación, posología, horario, vía, motivo y duración del tratamiento. Fármacos suspendidos y modificados.</p> <p>Entregar: Receta para todos los medicamentos. Especificar si deben ser comprados o retirados en determinado lugar y fecha.</p> <p>Evitar: Abreviaciones como "VO" e indicaciones inespecíficas como "mantener el resto de sus medicamentos".</p>
CUIDADOS	<p>Precisar: Necesidad de modificaciones arquitectónicas. Insumos y técnicas requeridas, así como gestiones necesarias para acceder a éstas.</p> <p>Informar: Características y alcance de los servicios del destino al alta.</p>
SEGUIMIENTO	<p>Precisar: Necesidad de asistir acompañado a control y/o de coordinar transporte. Controles siguientes (día, hora y lugar) y trámites a realizar (coordinar horas, retirar o realizar exámenes, etc.).</p> <p>Entregar: Interconsultas, órdenes de exámenes, datos de contacto en caso de urgencia, etc.</p>

cobra relevancia tanto al egreso como al ingreso de un paciente (Figura 2)³⁸.

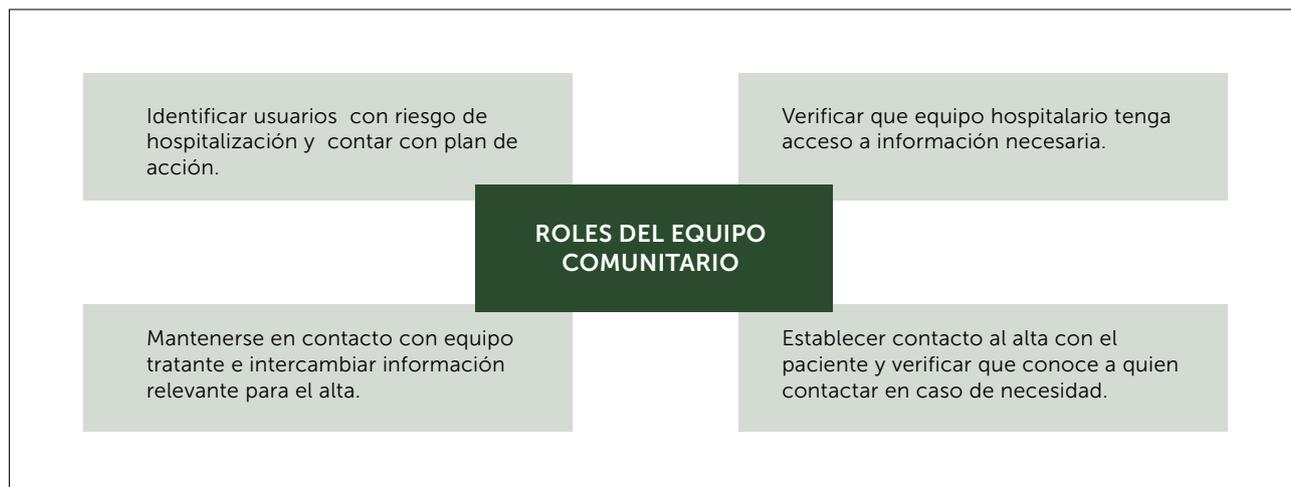
PARTICIPACIÓN Y EDUCACIÓN AL PACIENTE

Ser involucrados en decisiones relativas al alta y recibir información referente a su autocuidado son aspectos considerados relevantes por los pacientes. A la vez, una clara comprensión de su condición de salud y sentirse preparados para retornar al hogar son factores asociados a un mayor nivel de satisfacción usuaria³⁹. Son puntos de interés para estos: diagnósticos principales, cambios en medicación, fechas de controles, instrucciones para el cuidado de la salud y a quien contactar en caso de necesidad¹⁸.

Un bajo nivel de alfabetización en salud impacta negativamente en la tasa de rehospitalización y uso de los servicios preventivos de salud⁴⁰. En Chile el 18,9% de las personas mayores de 60 años vive solo y un 8,2% son analfabetos⁴¹, lo que supone un desafío mayor al momento de entregar las indicaciones de alta¹⁰, y se debe tener presente en instancias donde la educación descansa en la entrega de folletos³⁰.

Es labor del equipo conocer el nivel de comprensión del paciente en cuanto a aspectos de salud y adecuar los contenidos y formas para lograr que pueda participar y contribuir a su propio cuidado. El lenguaje tanto escrito como verbal debe ser simple y se recomienda sea equivalente al de quinto u octavo año básico según corresponda³¹. Ayudas visuales pueden ser de

Figura 2. Roles equipo comunitario en cuanto a hospitalización y alta^{6,37}



utilidad para situaciones concretas en determinadas patologías y se debe instar a que el paciente demuestre lo aprendido, por ejemplo, la técnica de un inhalador o una inyección subcutánea, además de utilizar la estrategia de “enseñar de vuelta” en el caso de contenidos teóricos³¹.

PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA Y CUIDADORES

La familia y entorno próximo son actores fundamentales para la continuidad de cuidados, dependiendo su participación del grado de independencia física y desempeño cognitivo de la persona mayor, así como también de sus historias de vida. La falta de preparación de los cuidadores constituye un factor de riesgo de reingreso; y la participación de cuidadores y familiares en la planificación del alta ha mostrado reducir estos en más de un 20%⁴⁴.

La participación de la familia debe ser guiada en concordancia con las preferencias del paciente y el respeto por su autonomía⁶. Para identificar el nivel de preparación del familiar se debe considerar la voluntad de asumir el rol de cuidador, el conocimiento de indicaciones entregadas y la comprensión acerca de cuándo contactar a los profesionales de salud²⁵. Es clave otorgar relevancia a sus necesidades y requerimientos específicos para cumplir el rol, así como vincular a recursos comunitarios, grupos de apoyo, etc., teniendo presente el dinamismo de las condiciones⁶. Intervenciones enfocadas a las necesidades y satisfacción del cuidador, sumadas a la preparación del cuidado, pueden incidir de forma positiva en la calidad de éste más allá de la transición misma⁴⁵. La educación y entrenamiento tanto al paciente como a su familia deben ser realizadas tempranamente durante la hospitalización y no sólo como parte del egreso.

COMUNICACIÓN

Son conocidas las dificultades de intercambio de información y de colaboración al alta hospitalaria, existiendo reportes acerca de atraso o no recepción de la epicrisis por parte de médicos de atención primaria^{18, 46}. A menudo lo único común entre un dispositivo de un nivel asistencial y el de otro, serán el paciente y su entorno familiar, recayendo sobre ellos el facilitar la transición²⁰. Por otra parte, en la medida que se carece de una vía formal de comunicación entre distintos dispositivos, existe mayor riesgo de fragmentar los cuidados y de duplicar u omitir acciones. Aspectos de la tecnología, como las fichas electrónicas, constituyen una fuente de mitigación para las dificultades de comunicación y coordinación²³, sin embargo, estas no actúan por sí solas, sino que se requiere que los profesionales accedan a la información, la revisen y actúen de acuerdo a esta²⁰.

La comunicación frecuente y clara entre profesionales y con usuarios y familia es la base para una adecuada transición, por lo que es necesario promover el intercambio de información bidireccional en reemplazo de los tradicionales monólogos unidireccionales⁴⁷. En cuanto a la comunicación con pacientes y familiares se deben privilegiar preguntas abiertas como “¿Qué preguntas tiene usted?” en vez de “¿No tiene ninguna pregunta?” o “¿Tiene preguntas?”³¹.

CONCILIACIÓN DE MEDICAMENTOS

Existe evidencia en cuanto a desconocimiento por parte de los equipos médicos en relación a la terapia previa a la hospitalización, lo que repercute sobre la pertinencia de las indicaciones post alta⁴⁸. Por ello la conciliación de medicamentos, es un proceso que busca identificar y resolver eventuales discrepancias, comparando lo que el paciente está recibiendo o debiese estar recibiendo con las nuevas medicaciones; es fundamental en las transiciones y busca evaluar duplicación de principios, omisiones, interacciones y la necesidad de continuación de fármacos³². Como resultado, se debe realizar nuevo listado donde se precise nombre, presentación, dosis, frecuencia, vía, duración y propósito de lo prescrito y explicitar motivo de suspensiones, modificaciones y adiciones. El proceso debe considerar distintas fuentes de información como son: bolsa con todos los medicamentos de uso habitual u ocasional en domicilio, listas, recetas, registros de farmacia, etc.³¹.

CAPACITACIÓN

Mejorar las transiciones requiere de un esfuerzo multisectorial, y parte de ello es la capacitación a equipos y a población general, ya sea como pacientes o cuidadores, así como también mejorar la normativa y protocolos de modo que la implementación de buenas prácticas no descansa en esfuerzos individuales⁶.

Médicos y enfermeras requieren entrenamiento formal en cuidados de transición como una competencia clave en la atención a personas mayores, ya que aún en presencia de un coordinador, el equipo tratante no se ve eximido del proceso y tiene responsabilidad en él²². Dichos contenidos, deben reflejar las habilidades necesarias para la colaboración entre distintos dispositivos. En Chile, ni la planificación del alta ni las transiciones en salud aparecen de forma explícita dentro de los contenidos que el médico general deba conocer⁴⁹. A nivel internacional existen reportes de experiencias de capacitación en la temática tanto en pre como posgrado. Algunos tópicos a considerar son: evaluación funcional y social, pesquisa de perfiles y situaciones de riesgo, conciliación de medicamentos, trabajo interdisciplinario, comunicación efectiva, gestión de servicios, planes integrales, entre otros^{6,50}.

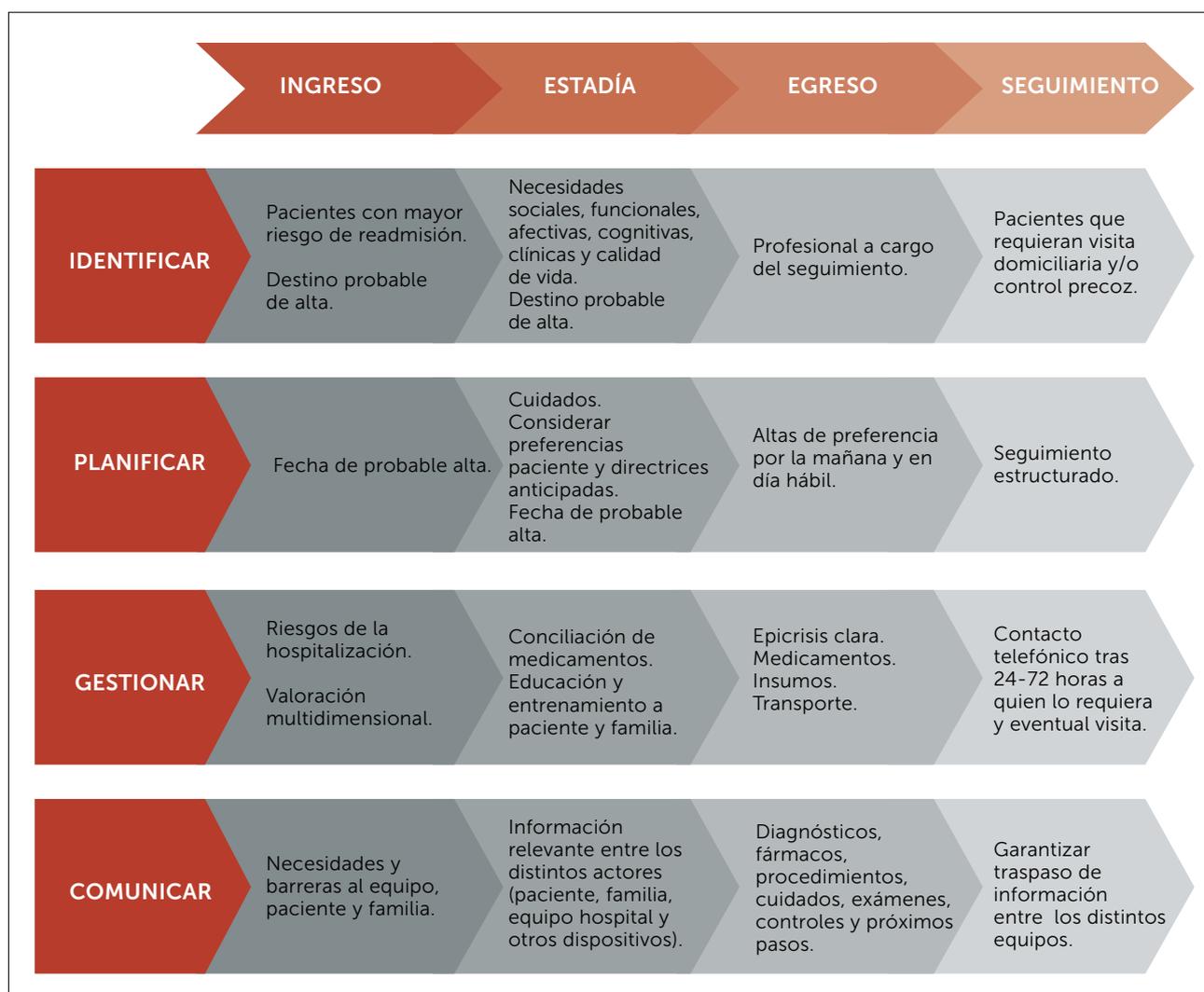
CONCLUSIONES

El alta es un proceso crítico de las atenciones de salud y aunque los resultados no sean homogéneos ni se haya identificado aquella combinación “perfecta” para optimizarla, existen múltiples estrategias prácticas (Figura 3) factibles de implementar para llenar las brechas de atención que cada equipo o dispositivo identifique.

La valoración geriátrica integral cobra relevancia al aportar la mirada multidimensional que incorpora factores sociales, funcionales, cognitivos y afectivos que, al no ser considerados, generan vacíos en la atención y en el consecuente alcance de metas de los usuarios y cobertura de riesgos. Una comunicación efectiva y colaboración entre los distintos equipos y niveles de atención es fundamental, así como también el reconocer y formalizar el rol de la familia y cuidadores en la sustentabilidad de las acciones realizadas e iniciadas a nivel hospitalario.

Un cuidado de transición estandarizado, coordinado y con un enfoque centrado en las características y necesidades de los usuarios que incorpore sus preferencias y participación, es fundamental para lograr una continuidad de cuidados y optimizar el trabajo invertido en cada dispositivo. Ello requiere de sensibilización, capacitación y entrenamiento tanto en pre y posgrado de las carreras de la salud y ciencias sociales, así como también el realizar un esfuerzo adicional y explícito por parte de las instituciones y los equipos tratantes en investigar localmente cómo se están llevado a cabo los procesos, resultados a la fecha y qué espacios de mejoras existen con los recursos disponibles. El ocuparse de optimizar el proceso de alta y las transiciones en salud, constituye una oportunidad única y concreta para los equipos, las instituciones y el sistema de salud para mejorar de forma objetiva la atención socio-sanitaria de personas mayores frágiles hospitalizadas.

Figura 3. Aspectos clave para un alta exitosa y segura^{6, 11, 19, 29, 31, 45, 50}



Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

La presente publicación no ha recibido ayudas económicas ni financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Chile. Departamento de Estadística e Información en Salud. 2017. Chile. Disponible en: www.deis.cl. Visitado 1 de Abril 2019
2. Gruneir A, Dhalla IA, Walraven C, Fischer HD, Camacho X, Rochon PA, Anderson GM: *Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm*. *Open Med*. 2011;5(2):e104-11.
3. Walsh KA, Bruza JM. Review: hospitalization of the elderly. *Ann Longterm Care*. 2007; 15(11):18-23.
4. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. *Med Care*. 1989;27(2):112-29.
5. Barker WH, Williams TF, Zimmer JG, Van Buren C, Vincent SJ, Pickrel SG. Geriatric consultation teams in acute hospitals: impact on back-up of elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1985;33(6):422-8.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Transition between inpatient hospital settings and community or care home settings for adults with social care needs NICE social care guideline 2015[NG27]*. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng27/resources/transition-between-inpatient-hospital-settings-and-community-or-care-home-settings-for-adults-with-social-care-needs-pdf-1837336935877>. Visitado el 1 de Abril 2019.
7. Zurlo A, Zuliani G. Management of care transition and hospital discharge. *Aging Clin Exp Res*. 2018; 30(3):263-270.
8. Gonçalves-Bradley DC, Lannin NA, Clemson LM, Cameron ID, Shepperd S. Discharge planning from hospital. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016, (1).CD000313.
9. Janse B, Huijsman R, de Kuyper RD et al. Do integrated care structures foster processes of integration? A quasi-experimental study in frail elderly care from the professional perspective. *Int J Qual Health Care* 2016;28:376-83.
10. Elliott B, DeAngelis M. Improving patient transitions from hospital to home: Practical advice from nurses. *Nursing*. 2017;47(11):58-62.
11. Bauer M, Fitzgerald L, Haesler E, Manfrin M. Hospital discharge planning for frail older people and their family. Are we delivering best practice? A review of the evidence. *J Clin Nurs*. 2009;18(18):2539-46.
12. Greenwald JL, Denham CR, Jack BW. The hospital discharge: A review of a high risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *J Patient Saf*. 2007;3:97-106.
13. Graumlich J F, Novotny N L, Aldag J C. Brief scale measuring patient preparedness for hospital discharge to home: Psychometric properties. *J Hosp Med*. 2008 Nov-Dec;3(6):446-54.
14. Mockford C. A review of family carers' experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research. *J Healthc Leadersh*. 2015;7:21-28.
15. Jencks S F, Williams M V, Coleman E A. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. *N Engl J Med*. 360(14):1418-28.
16. Katikireddi SV, Cloud GC. Planning a patient's discharge from hospital. *BMJ*. 2008;337:a2694.
17. Coleman EA, Boulton C. The American Geriatrics Society Health Care Systems Committee. Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003;51:556-557.
18. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians - Implications for patient safety and continuity of care. *J Am Med Assoc* 2007;297:831-841.
19. Strunin L, Stone M, Jack BW. Understanding rehospitalization risk: can the hospital discharge be modified to impact recurrent hospitalization. *J Hosp Med*. 2007;2:297-304.
20. Coleman E. *Falling Through the Cracks: Challenges and Opportunities for Improving Transitional Care for Persons with Continuous Complex Care Needs*. *J Am Geriatr Soc* 51:549-555, 2003.
21. Bodenheimer, T. Coordinating care a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008;358(10):1064-71.
22. Laugaland K, Aase K, Barach P. Interventions to improve patient safety in transitional care—a review of the evidence. *Work*. 2012;41 Suppl 1:2915-24.
23. Kansagara D, Chiovaro JC, Kagen D, Jencks S4, Rhyne K, O'Neil M, et al. So many options, where do we start? An overview of the care transitions literature. *J Hosp Med*. 2016;11(3):221-30.
24. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Meta-analysis of the effectiveness of nursing discharge planning interventions for older inpatients discharged home. *J Adv Nurs*. 2018;74(4):788-799.
25. Maramba PJ, Richards S, Myers AL, Larrabee JH. Discharge Planning Process. Applying a Model for Evidence-based Practice. *J Nurs Care Qual*. 2004;19(2):123-9.
26. Cumbler E, Carter J, Kutner J. Failure at the transition of care: challenges in the discharge of the vulnerable elderly patient. *J Hosp Med*. 2008;3(4):349-52.
27. Balaban RB, Weissman JS, Samuel PA, Woolhandler S. Redefining and redesigning hospital discharge to enhance patient care: a randomized controlled study. *J Gen Intern Med*. 2008;23(8) 1228-33.
28. Merriman ML. Pre-hospital discharge planning: empowering elderly patients through choice. *Crit Care Nurs Q*. 2008;31(1):52-8.
29. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(9):217-260.
30. Gupta S, Perry JA, Kozar R. Transitions of Care in Geriatric Medicine. *Clin Geriatr Med*. 2019;35(1):45-52.
31. Kripalani S, Jackson A T, Schnipper J. L, Coleman E A. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: A review of key issues for hospitalists. *J Hosp Med*. 2007;2(5):314-23.
32. Gilmore-Bykovskiy AL, Kennelly KA, DuGoff E, Kind AJH. Hospital discharge documentation of a designated clinician for follow-up care and 30-day outcomes in hip fracture and stroke patients discharged to sub-acute care. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):103.
33. Joint Commission. *National Patient Safety Goals Effective January 2019 Hospital Accreditation program*. 2019. Estados Unidos. Disponible en: https://www.jointcommission.org/assets/1/6/NPSG_Chapter_HAP_Jan2019.pdf. Visitado el 1 de Abril 2019.
34. Coleman EA, Williams MV. Executing high-quality care transitions: a call to do it right. *J Hosp Med*. 2007;2(5):287-90.
35. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag*. 2007;12(6):330-6.
36. Payne S, Kerr C, Hawker S, Hardey M, Powell J. The communication of

- information about older people and social care practitioners. *Age and Ageing*. 2002;31(2):107-17.
37. Cawthon C, Walia S, Osborn CY, Niesner KJ, Schnipper JL, Kripalani S. Improving care transitions: the patient perspective. *J Health Commun*. 2012;17 Suppl 3:312-24.
 38. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Moving between hospital and home, including care homes. A quick guide for registered managers of care homes and home care* 2015. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/social-care/quick-guides/moving-between-hospital-and-home-including-care-homes>. Visitado 1 de Abril 2019.
 39. Clare J, Hofmeyer A. Discharge planning and continuity of care for aged people: indicators of satisfaction and implications for practice. *Aust J Adv Nurs*. 1998;16(1):7-13.
 40. United States Department of Health & Human Services. Office of Disease Prevention and Health Promotion Health Communications Activities. *America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information*. <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/>. Visitado 29 de Abril 2019
 41. Ministerio de Desarrollo Social Chile. Encuesta CASEN Adulto Mayor. 2017. Chile. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php>. Visitado 1 de abril 2019
 42. Henke RM, Karaca Z, Jackson P, Marder WD, Wong HS. Discharge Planning and Hospital Readmissions. *Med Care Res Rev*. 2017;74(3):345-368.
 43. Goodman DM, Burke AE, Livingston EH. Discharge Planning. *JAMA*. 2013;309(4):406.
 44. Rodakowski J, Rocco PB, Ortiz M, Folb B, Schulz R, Morton SC, et al. Caregiver Integration During Discharge Planning for Older Adults to Reduce Resource Use: A Metaanalysis. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(8):1748-1755.
 45. Shyu YI, Kuo LM, Chen MC, Chen ST. A clinical trial of an individualised intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2010;19(11-12):1675-85.
 46. Le Berre M, Maimon G, Sourial N, Guériton M, Vedel I. Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *J Am Geriatr Soc*. 2017;65(7):1597-1608.
 47. Lee RG, Garvin T. Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med*. 2003 Feb;56(3):449-64.
 47. J.L Schnipper, J.L Kirwin, M.C Cotugno, Wahlstrom SA, Brown BA, Tarvin E, et al. Role of a pharmacist Counseling in preventing Adverse Drug Events After Hospitalization. *Arch Intern Med*. 2006;166(5):565-71.
 49. EUNACOM. Perfil de conocimientos EUNACOM-ST. 2010. Chile. Disponible en <http://www.eunacom.cl/contenidos/contenidos.html>. Visitado 1 de Abril 2019
 50. Ouchida, M. LoFaso VM, Capello CF, Ramsaroop S, Reid MC. Fast Forward Rounds: An Effective Method for Teaching Medical Students to Transition Patients Safely Across Care Settings. *JAGS* (2009) 57, 910-917.