

Maestría en Gestión de
Servicios de Gerontología
Trabajo Final de Maestría

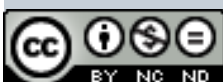
Autora: María Clara Perret

**EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN
TEMPRANA DEL ALTA EN UNA UNIDAD
GERIÁTRICA DE AGUDOS**

2014

Director: Dr. Hugo Catalano

Citar como: Perret, M. C. (2014). Efectividad de un programa de planificación temprana de alta en una unidad geriátrica de agudos. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.
<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/1/439>



Efectividad de un Programa de Planificación Temprana del Alta en una Unidad Geriátrica de Agudos

1. Introducción

1.1 Presentación

La internación de adultos mayores en hospitales de agudos frecuentemente conduce a una declinación funcional y cognitiva, y al requerimiento de nuevos cuidados médicos y sociales al egreso. Esto genera necesidades que deben organizarse con antelación para no prolongar innecesariamente la internación. En el presente trabajo se evaluará la efectividad y seguridad de un programa de planificación temprana del alta en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).

1.2 Descripción del problema

Los adultos mayores, cuyo número se encuentra en aumento en las últimas décadas, suelen ser pacientes vulnerables, con una reducida reserva funcional y capacidad de respuesta ante el estrés. El estrés que implica una enfermedad aguda o reagudización de una enfermedad crónica, y la internación hospitalaria secundaria, puede producir una declinación funcional y, en algunos casos cognitiva, que deriva en una mayor necesidad de cuidados con respecto a la situación previa a la internación. En muchas ocasiones, aún cuando la situación aguda del paciente está resuelta, el paciente continúa requiriendo asistencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, una rehabilitación intensiva para mejoría o recuperación de las funciones perdidas y/o asistencia médica frecuente para control de enfermedades crónicas o terminales. Si no se planifica tempranamente el alta se corre el riesgo de que el paciente deba permanecer internado de manera innecesaria y evitable, con el único fin de organizar los cuidados necesarios posteriores al alta. Por otra parte, un alta

Universidad ISALUD

con un planeamiento inadecuado puede derivar en necesidades insatisfechas y reinternaciones potencialmente prevenibles.

1.3 Contexto

El programa de planificación temprana del alta se implementó durante seis meses, de junio a noviembre de 2012, en la UGA del Hospital Alemán de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La UGA está destinada a pacientes mayores de 64 años, pertenecientes al plan de salud del hospital (Plan Médico del Hospital Alemán), internados en sala general. Está en funcionamiento desde octubre de 2010 y se caracteriza por el trabajo interdisciplinario, la realización de una valoración geriátrica integral (VGI) al ingreso, establecimiento de metas de cuidado acorde a la VGI y una programación temprana del alta y del seguimiento post-alta.

1.4 Utilidad

La planificación temprana del alta permitiría disminuir los días de internación, las altas después de las 12 hs y las reinternaciones. En el Hospital Alemán, cuando el paciente egresa luego de las 12 hs se factura otro día de internación.

1.5 Relevancia y Justificación

La reducción en la estadía hospitalaria y reinternaciones, a través de la planificación temprana del alta, redundaría en beneficios tanto para el sistema de salud como para el paciente.

Desde la perspectiva del sistema de salud, la mayor disponibilidad de camas de internación permitiría evitar la postergación del traslado de pacientes desde unidades de cuidados críticos o sala de emergencias a sala general, y de las internaciones programadas. Por otro

Universidad ISALUD

lado permitiría la obtención de un mayor rendimiento económico para el hospital dado que utilizaría de manera más efectiva su capacidad instalada, la reducción de la estadía hospitalaria y de las reinternaciones disminuyendo los costos hospitalarios.

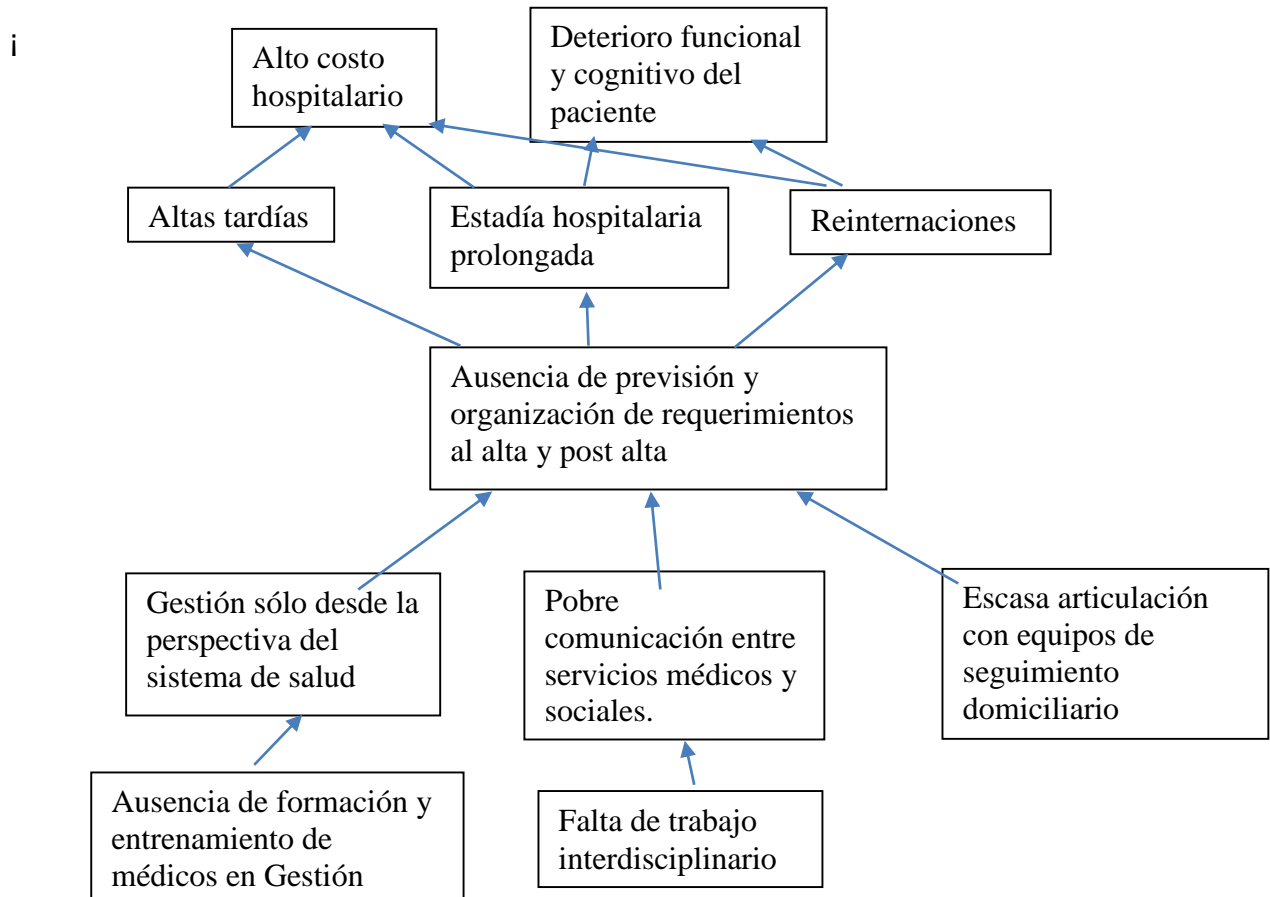
Desde la perspectiva del paciente adulto mayor, la menor hospitalización favorecería el mantenimiento o la recuperación de la autonomía y reduciría el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

2. Planteamiento del problema

2.1 Formulación del problema de la tesis

Para formular el problema de la tesis se utilizaron el árbol de problemas y la matriz FODA.

Árbol de Problemas. Causas y Efectos.



Matriz FODA. Fortalezas (factores críticos positivos con los que se cuenta), Oportunidades (aspectos positivos que se pueden aprovechar utilizando las fortalezas), Debilidades (factores críticos negativos que se deben eliminar o reducir) y Amenazas (aspectos negativos externos que podrían obstaculizar el logro de los objetivos).

<p><u>Fortalezas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Capacidad instalada. -Médicos especializados en Geriatría. -Comunicación fluida con Trabajo Social y Área Administrativa del Hospital. 	<p><u>Oportunidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Interés político de mejorar la calidad de atención y reducir costos. -Plan de acreditación del Hospital Alemán por parte de la Joint Commission International. -Proceso de informatización de la historia clínica.
<p><u>Debilidades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Falta de tiempo en caso de incremento de tarea asistencial. -Necesidad de imprimir planillas. 	<p><u>Amenazas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Pérdida de planillas de la historia clínica. -Falta de consenso de conductas con otras especialidades. -Falta de educación y compromiso con el paciente por parte de familiares o cuidadores.

2.2 Objetivos: General y Específicos

Objetivo general:

Evaluar la efectividad y seguridad de la implementación de un programa de planificación temprana del alta en un hospital de agudos.

Objetivos específicos:

- Determinar si un programa de planificación temprana del alta reduce la estadía hospitalaria, la cantidad de egresos después de las 12 hs y las reinternaciones dentro de los 45 días del egreso.
- Describir la adherencia al programa y analizar su impacto en la estadía hospitalaria, la cantidad de egresos después de las 12 hs y las reinternaciones dentro de los 45 días del egreso.
- Conocer las causas de postergación del alta.

Universidad ISALUD

Se definieron una Misión, Visión y Valores del programa.

La Misión del programa es Planificar Tempranamente el Alta, previendo los requerimientos particulares de cada paciente.

La Visión del programa es dar Altas Eficaces y Seguras.

Los Valores del programa son Previsión, Comunicación y Eficiencia.

Se elaboró un Marco Lógico que se expone a continuación.

Descripción narrativa	Indicadores Verificables	Medios de verificación	Supuestos
<p>Fin</p> <p>Disminuir costos hospitalarios, y declinación funcional y cognitiva de los pacientes</p>	<p>-N de días cama por paciente</p> <p>-Diferencia en dependencia en ABVD y AIVD antes y después de la internación</p> <p>-Diferencia en Mini-Mental antes y después de la internación</p>	<p>Estadística hospitalaria</p> <p>Base de datos de la UGA</p>	<p>Interés de autoridades del hospital y miembros de la UGA en implementar procesos de mejora continua</p>
<p>Propósito</p> <p>Lograr altas efectivas y seguras mediante la implementación de un programa de planificación temprana del alta</p>	<p>-N de pacientes en los que se implementó el programa</p>	<p>Base de datos de la UGA</p>	<p>Puede implementarse el programa</p>
<p>Componentes</p> <p>C1-Adherencia al programa</p>	<p>-N de planillas completas</p>	<p>Estadística hospitalaria</p>	

Universidad ISALUD

<p>C2-Altas efectivas</p> <p>C3-Altas seguras</p> <p>C4-Causas de postergación del alta conocidas</p>	<p>-N de días de internación por paciente</p> <p>-N de altas después de las 12 hs</p> <p>-N de reinternaciones</p> <p>-N de cada una de las causas de postergación del alta en días y horas</p>	<p>Base de datos de la UGA</p> <p>Planillas</p>	<p>Están disponibles las planillas en los pisos de internación</p>
<p>Actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> • A1-Diseñar planilla de planificación temprana del alta y facilitar su disponibilidad en cada piso de internación • A2-Adjuntar una planilla en cada carpeta de internación de pacientes de la UGA • A3-Registrar y comunicar fecha estimada de alta • A4-Registrar y organizar requerimientos del paciente al alta • A5-Realizar un chequeo de los requerimientos al momento del egreso hospitalario 	<p>Planillas: \$ 700</p>	<p>Planillas</p> <p>Base de datos del estudio</p>	<p>Los miembros de la UGA mantienen su interés en completar las planillas</p>

<ul style="list-style-type: none"> • A6-Registrar causas de postergación del alta en días y para después de las 12 hs 			
--	--	--	--

Los indicadores verificables del fin fueron definidos pero no registrados ni analizados en este estudio.

3. Marco teórico

3.1 Marco teórico

Se estima que cerca del 30% de los egresos hospitalarios son retrasados por razones no evaluadas habitualmente por los médicos.^{1,2} Los factores involucrados suelen ser el escaso conocimiento de las circunstancias sociales del paciente por parte de los profesionales de la salud, la mala organización (como por ejemplo la reserva a última hora de los servicios de transporte para llevar un paciente a su casa) y la falta de comunicación entre el hospital y los proveedores de servicios en la comunidad. Las causas de un alta hospitalaria tardía o inadecuada podrían resumirse de la siguiente manera:

- ausencia de gestión desde la perspectiva del paciente o del cuidador
- falta de comunicación entre servicios médicos y sociales
- falta de articulación con servicios que brindan continuidad de cuidados en el domicilio
- retraso en la realización u obtención de resultados de pruebas diagnósticas
- falta de organización y gestión de la medicación
- limitada disponibilidad de centros de transición y/o rehabilitación.¹

En una encuesta a enfermeros, trabajadores sociales, médicos residentes y de planta acerca de las percepciones de las causas de retraso en el alta en un centro médico académico, las causas reportadas por enfermeros y trabajadores sociales fueron una comunicación

Universidad ISALUD

inadecuada con los cuidadores de los pacientes y la realización de rondas o conferencias por parte de los médicos; mientras que las causas reportadas por los médicos fueron, en general, el retraso en el alta por la realización de estudios y la falta de disponibilidad de camas en centros de subagudos. Mientras que los médicos percibían que las decisiones del alta se realizaban a la mañana y más del 60% opinaba que se firmaban antes del mediodía, ninguna de las enfermeras percibía que las altas se firmaban antes del mediodía. La conclusión de este estudio fue que, para facilitar el alta hospitalaria, deben resolverse problemas en la comunicación y las tradicionales rutinas matutinas deben ser reevaluadas.³

La estadía en el hospital más allá de lo medicamente necesario puede ser perjudicial para el paciente no sólo por el riesgo aumentado de infecciones intrahospitalarias o complicaciones como caídas, síndrome confusional agudo úlceras por presión, sino también por la declinación física y cognitiva producto de la inactividad. Por otra parte, cuando el paciente permanece en el hospital más de lo necesario, no sólo se prolonga la estadía hospitalaria sino que las camas no están disponibles para nuevos pacientes lo que puede producir cancelación de cirugías programadas y tiempos más prolongados para aquellos pacientes admitidos desde el centro de emergencias.⁴ Esto último deriva en mayores costos hospitalarios. Es ilustrativo el hecho de que el 50% del gasto hospitalario en Canadá y 45% del gasto hospitalario en Estados Unidos está destinado a la atención de adultos mayores mientras que dicho grupo etario representa el 14% y el 13% de la población de Canadá y Estados Unidos, respectivamente.⁵

El alta hospitalaria es un proceso y no un hecho aislado. La planificación del alta debería iniciarse durante los primeros días de internación y actualizarse día a día. El proceso debe estar a cargo de un responsable, denominado coordinador de alta, que habitualmente es un médico o enfermero.^{1,6,7} Deberá identificar en primer lugar si el paciente tiene necesidades de alta simples o complejas. Entre los factores de riesgo para un alta compleja están aquellos que determinan un cambio de vivienda al egreso, transitorio o permanente, como el hecho de que vivan solos, que tengan enfermedades psicológicas u orgánicas complejas,

Universidad ISALUD

o que no dispongan de cuidador.^{1,8} Por ejemplo, ciertos subgrupos como el de los pacientes con demencia podrían ser más beneficiados considerando que presentan el doble de riesgo de internación, con estadías hospitalarias 1.4 a 1.7 mayores que aquellos pacientes sin demencia.⁸ Además deberá evaluar las necesidades médicas y sociales del adulto mayor en base a su estado funcional al alta, educar al paciente y a sus familiares o cuidadores, revisar y ajustar la medicación, transferir la información a los médicos que continuarán con el cuidado del paciente ya fuera ambulatorio o domiciliario y, eventualmente, realizar visitas domiciliarias o llamados telefónicos posteriores al alta.^{5,9} Se desprende de lo anterior que el trabajo del coordinador del alta debe realizarse en un marco multidisciplinario. Es muy probable que cada uno de los profesionales del equipo de salud y del servicio social posea información que los otros no tienen por lo que es necesario el trabajo en equipo, por ejemplo, a través de reuniones regulares para acordar el plan de alta de cada paciente.^{4,8} Los integrantes del equipo multidisciplinario podrían ser no sólo médicos, enfermeros y trabajadores sociales sino también kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos y administrativos del hospital.⁷

Las personas afectadas y sus cuidadores deben participar en todas las actualizaciones periódicas del plan de alta dado que juegan un rol clave en su desarrollo exitoso. Se los debe mantener informados acerca de las opciones de cuidados al alta, en especial en el caso de aquellos pacientes que requieren rehabilitación. Además, debe tenerse en cuenta la capacidad del individuo para comprender la información y el tiempo que necesita para considerar sus opciones que a menudo implican cambios en su estilo de vida. Deben considerarse las redes de apoyo disponibles, las cuestiones financieras, y sus inquietudes, aspiraciones o preocupaciones. Las necesidades del cuidador también deberían ser valoradas.^{1,10} En un estudio cualitativo en Suecia se observó que los pacientes fueron raramente invitados a participar en el proceso de decisión acerca del alta. Generalmente dicho proceso de decisión se producía entre el médico y la enfermera, después de lo cual el paciente simplemente era notificado del alta. Se observó que la información generalmente fue dada en un modo indirecto como si otro, ausente, fuera el responsable de la decisión.

Universidad ISALUD

Las entrevistas con el personal de salud reveló su preocupación por la necesidad de liberar camas. Este enfoque no sólo fallaba en cumplir las necesidades complejas de los pacientes ancianos sino que generaba sentimientos de frustración y culpa en el personal y hacía que los pacientes se sintieran no bienvenidos.¹¹

Todo paciente que estuvo internado debe retirarse con una copia de un resumen de alta o epicrisis con instrucciones muy detalladas y específicas que garanticen la continuidad de cuidados como sitio, fecha y hora de próximo control; pautas de alarma; estudios con resultados pendientes y medicamentos con las dosis, frecuencia y tiempo de tratamiento.^{7,8} No sólo es importante la entrega a tiempo de una epicrisis completa sino también asegurarse de que el paciente o cuidador han comprendido correctamente todas las indicaciones.⁷ La reconciliación de la medicación al alta es un aspecto crucial de este proceso. Las discrepancias en la medicación son comunes en la transición de cuidados ocurriendo en cerca de 70% de los pacientes en la admisión o egreso hospitalario. Un tercio puede causar daño al paciente aumentando el riesgo de prolongación de la estadía hospitalaria y, luego del alta, de las visitas al departamento de emergencias, reinternaciones y uso de otros recursos de salud. Una revisión sistemática que incluyó 26 estudios que evaluaron la efectividad de la reconciliación de medicamentos hallaron que dicha intervención reduce las discrepancias en la medicación y los efectos adversos potenciales pero demostró resultados inconsistentes en cuanto a la reducción de la utilización de recursos de salud al alta. Aspectos clave de las intervenciones efectivas fueron el compromiso intenso del personal de farmacia y la aplicación de la intervención en pacientes de alto riesgo.¹²

Aunque la mayor parte de los pacientes hospitalizados vuelve a su domicilio al alta, cerca del 20% requieren algún tipo de soporte. En un relevamiento en hospitales de Ontario, Canadá durante el año 2009 se observó que, de los pacientes hospitalizados, el 74% volvió a su casa, 10% requirió seguimiento domiciliario, 4% derivación a instituciones de larga estadía, 2% a centros de rehabilitación. Mientras que la población mayor de 65 años representaba el 13% de la población, ocupaba el 60% de los días cama, correspondiendo un 16% a pacientes que tenían que esperar en el hospital para ser trasladados a un lugar

alternativo de cuidados. El 50% de dichos pacientes debían esperar un promedio de 6 días para la organización del seguimiento domiciliario, y de los destinados a una residencia de larga estadía, un promedio de 4 semanas. Fue notorio que una de las causas de prolongación de la estadía hospitalaria en dichos pacientes fue que los centros de rehabilitación o residencias de larga estadía se negaban a recibir pacientes nuevos durante los fines de semana, hallándose que menos del 10% de dichas altas se realizaban durante esos días.⁴

Los servicios de transición o cuidados intermedios ofrecen una continuidad de servicios sanitarios y sociales y, de esta manera, facilitan la externación del hospital de agudos de los pacientes que presentan una declinación funcional durante la internación. Tienen como objetivo proporcionar servicios integrados para promover la recuperación más rápida de la enfermedad, impedir la admisión innecesaria en el hospital de agudos, promover una vida independiente y evitar, en lo posible, la admisión a centros de cuidados de larga estancia.¹ En una revisión sistemática, que incluyó 18 estudios con 3304 pacientes, se evaluó la efectividad de un plan de alta integral seguido de un seguimiento domiciliario en comparación con los cuidados usuales en pacientes mayores con insuficiencia cardíaca. Durante un seguimiento promedio de 8 meses se reinternó una menor cantidad de pacientes del grupo intervención comparado con los controles (RR 0.75 IC 95% 0.64-0.88). También se halló una tendencia a la disminución de la mortalidad de todas las causas (RR 0.87 IC 95% 0.73-1.03), a un mayor porcentaje de mejoría en las escalas de calidad de vida (25.7% vs 13.5%, $P=.01$) y a costos por paciente similares o más bajos en el grupo intervención.¹³ En otros trabajos se hallaron resultados similares. En Australia, la intensidad del Programa de Cuidados Transicionales consistente en soporte médico y de enfermería, servicios de rehabilitación y cuidados domésticos y personales por un máximo de 12 semanas luego del alta, ha demostrado estar correlacionada con una mejor calidad de vida de los pacientes.¹⁴ En un estudio piloto sobre 40 pacientes en el que se randomizó a pacientes mayores de 60 años, medicamente complejos, a un programa de cuidados transicionales en domicilio y a cuidados habituales se observó una tendencia a la disminución de las reinternaciones y de las visitas a emergencias y en scores de calidad de vida en la dimensión física.¹⁵ En un

estudio randomizado de 610 pacientes en Hong Kong se observó que las visitas domiciliarias sumadas a llamados telefónicos serían más efectivas que las visitas solas o ninguna intervención.¹⁶ Por otra parte, en un estudio observacional sobre una cohorte de 380 pacientes mayores de 65 años internados en un hospital de Turín, Italia, se observó que el alta seguida por un seguimiento domiciliario a largo plazo disminuía la mortalidad (HR 0.36, IC95% 0.20-0.66) luego de ajustar los resultados por factores sociodemográficos, enfermedad subyacente y discapacidad. Sin embargo, no se observó ningún efecto del seguimiento domiciliario sobre las readmisiones hospitalarias.¹⁷

Asimismo, es importante evitar el alta prematura dado que, por lo general, deja al paciente con algunas de las necesidades no satisfechas, aumentando el riesgo de consultas a emergencias y reinternaciones¹ En una cohorte que incluyó 5 millones de hospitalizaciones en tres estados de Estados Unidos a lo largo de un año se observó que cerca del 18% consultó a un centro de agudos en el transcurso de los 30 días posteriores al alta. Por cada 1000 altas hubieron 97.5 consultas a emergencias sin internación y 147.6 reinternaciones dentro de los 30 días posteriores al egreso. El motivo más común por el que los pacientes retornaron al centro de emergencias estuvo en la mayor parte de los casos relacionado con la internación anterior. Esto sucedió especialmente en los casos de neumonía complicada, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, angioplastia con stent y cirugía de cadera u otra articulación mayor.¹⁸

La planificación temprana del alta es una estrategia para mejorar el proceso del alta. En una revisión sistemática de Cochrane del año 2009 se analizó la efectividad de un plan de alta individualizado en comparación con el alta de rutina. Se incluyeron 21 estudios randomizados controlados (7234 pacientes). Catorce ensayos reclutaron pacientes con una enfermedad médica (4509 pacientes), 4 ensayos, pacientes con una combinación de enfermedades médicas y quirúrgicas (2225 pacientes), 2 ensayos, pacientes psiquiátricos (440 pacientes) y 1 ensayo, pacientes internados después de una caída (60 pacientes). La edad media de los pacientes reclutados en ocho de los ensayos fue de 75 años. En los

pacientes asignados a planificación del alta hospitalaria se observó una reducción significativa en la duración de la estancia hospitalaria (diferencia media -0.91, IC 95% -1.55 - -0.27, 10 ensayos) y de las reinternaciones (RR 0.85, IC 95% 0.74 – 0.97, 11 ensayos). En el grupo de pacientes de edad avanzada con una condición médica (por lo general insuficiencia cardíaca), se observó una tendencia a la reducción en la mortalidad (RR 1.04, IC 95% 0.74 – 1.46, 4 ensayos) y a ser trasladado a la casa luego del egreso hospitalario (RR 1.03, IC 95% 0.93 – 1.14, 2 ensayos). En tres ensayos, los pacientes asignados a un plan de alta individualizado informaron una mayor satisfacción. Sin embargo, hubo pocas pruebas de que un plan de alta individualizado redujera los costos de atención médica general.¹⁹ En otra revisión sistemática (Fox et al, 2013) en la que se evaluó la planificación temprana del alta durante la fase aguda de enfermedad o traumatismo en adultos mayores, se incluyeron 9 ensayos con 1736 participantes. La edad media fue de 79 años, 60% de sexo femenino, la mayor parte sin deterioro cognitivo. El 76% había sido internado por enfermedad cardiovascular y el 18% para manejo quirúrgico de una fractura de cadera. Comparado con los cuidados usuales, la planificación temprana del alta estuvo asociada con un menor porcentaje de reinternaciones hospitalarias uno a doce meses después del alta (RR 0.78, IC 95% 0.69 – 0.90) y menor estadía hospitalaria durante las reinternaciones (Diferencia media -2.47, IC 95% -4.13 – -0.81). No se hallaron diferencias en cuanto a la estadía hospitalaria índice, mortalidad o satisfacción con la planificación del alta. El análisis narrativo de cuatro estudios indicó que la planificación temprana del alta estuvo asociada con una mejor calidad de vida global y mejor puntuación en el dominio de salud general de la calidad de vida dos semanas después del alta.⁵

Aunque un plan de alta estructurado y adaptado a cada paciente probablemente produce pequeñas reducciones en la duración de la estancia hospitalaria y las reinternaciones por una condición médica, esta pequeña reducción contribuiría a liberar capacidad para la internación de otros pacientes, en un sistema donde hay escasez de camas en hospitales de agudos o se intenta reducir el número de las mismas para trasladar la atención a centros de tercer nivel o el domicilio.²⁰ La liberación de camas permite evitar estadías prolongadas

de pacientes agudos en el sistema de emergencias y la realización de cirugías programadas.¹⁴ Sin embargo, el impacto en la mortalidad y en los costos es aún incierto, no quedando claro, por ejemplo, si los costos se reducen o se traspasan a los servicios de continuidad de cuidados.¹⁹ Por otro lado existen escasos estudios que hayan evaluado el impacto de la planificación temprana del alta en la satisfacción del paciente, cuidador o profesionales de la salud involucrados y/o en la calidad de vida. En un estudio australiano en el que se randomizaron 189 pacientes a un programa de planificación del alta liderado por enfermeros y a cuidados usuales se observó que el alta fue más satisfactoria en el grupo intervención tanto de desde la perspectiva del médico de atención primaria como de los pacientes. Los pacientes refirieron además una mejor calidad de vida en lo que respecta a bienestar mental en el contexto de una mayor participación en el proceso del alta y confianza en la separación del hospital y cuidados posteriores al egreso.²¹

3.2 Marco Referencial

Según datos del censo de 2011 la población mayor de 65 años constituye el 10,2% en la Argentina y 16,4% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El envejecimiento poblacional constituye un desafío para los sistemas de salud que deben diseñar modelos de atención que respondan a las necesidades específicas de este grupo etario, y que permitan moderar los elevados costos generados por la alta prevalencia de enfermedades crónicas, muchas veces discapacitantes.

La población geronte se caracteriza por una marcada vulnerabilidad física y social. La vulnerabilidad física es debida a los cambios fisiopatológicos que se producen con la edad y la frecuente presencia de enfermedades crónicas. La vulnerabilidad social está determinada por una reducida red de soporte social o bajos ingresos económicos. Lo expuesto da cuenta de la necesidad de un abordaje especializado y multidisciplinario, basado en una visión integral del adulto mayor.

Entre las posibilidades de con patología aguda se habituales (como al especiales (ortogeriatría, cerebrovascular), la UGA multidisciplinarios. La atención por un equipo

[Capte la atención de los lectores mediante una cita importante extraída del documento o utilice este espacio para resaltar un punto clave. Para colocar el cuadro de texto en cualquier lugar de la página, solo tiene que arrastrarlo.]

asistencia a los ancianos encuentran los cuidados adulto joven), unidades accidente y los equipos consultores UGA se caracteriza por la multidisciplinario, una

VGI al ingreso, establecimiento de metas de cuidado acordes a la VGI y una programación temprana del alta y seguimiento post-alta.^{22,23} La VGI realizada en la internación consiste en la evaluación mediante diversas escalas del estado funcional, cognitivo, nutricional y social, y del registro de los síndromes geriátricos presentes, de la comorbilidad y la polifarmacia.

Bazán y colaboradores realizaron una revisión sistemática sobre la eficacia de las UGA comparada con los cuidados habituales. Se identificaron 11 estudios, 4 no aleatorizados, 5 aleatorizados y dos estudios de casos y controles. En el análisis de los estudios aleatorizados se observó que los pacientes admitidos en una UGA tenían menor riesgo de declive funcional al alta (OR 0.82, IC 95% 0.68 a 0.69) y mayor posibilidad de vivir en su domicilio luego del egreso hospitalario (OR 1,30, IC95% 1.11 a 1.52), sin diferencias en la mortalidad (OR 0.83, IC95% 0.60 a 1.40). El análisis global, que incluyó estudios no aleatorizados, mostró resultados similares.¹ Por otra parte, se observó que los pacientes admitidos en una UGA tuvieron una reducción estadísticamente significativa de la estancia hospitalaria (diferencia de medias de - 1,01 días; IC 95%, -1,66 a -0,36) y de los costos de atención hospitalarios (diferencia de medias de -330 dólares; IC 95%, -540 a -120).²⁴

En otra revisión sistemática en la que se incluyeron 21 estudios, no sólo controlados sino también bases de datos y series de casos, todos los trabajos, excepto uno, mostraron una consistente reducción de la estancia media en las UGA respecto a la hospitalización en otros servicios.²⁵

Otra revisión sistemática analizó la efectividad de las UGA en desenlaces de funcionalidad. Se incluyeron estudios en los que se compararan cuidados usuales con la UGA, en los que la UGA presentara una o más de las siguientes características: cuidados centrados en el paciente, revisión médica frecuente, rehabilitación temprana y/o planificación temprana del alta. El total de pacientes fue de 6.839, con un promedio de 81 años. Las UGAs estuvieron asociadas con un menor riesgo de caídas (RR 0.51, IC 95% 0.29–0.88), menos delirium (RR 0.73, IC 95% 0.61–0.88), menos declinación funcional al alta comparado con el basal dos semanas previas a la admisión (RR 0.87, IC 95% 0.78–0.97), menor estadía hospitalaria (diferencia media 0.61, IC 95% 1.16 - 0.05), menor institucionalización (RR 0.82, IC 95% 0.68–0.99), menores costos (diferencia media \$245.80, IC 95% \$446.23 - \$45.38), y más regreso al domicilio al alta (RR 1.05, IC 95% 1.01–1.10). Se observó una tendencia no significativa a la reducción de úlceras por presión. No se hallaron diferencias significativas en la declinación funcional al momento del alta comparado con el basal dos semanas previas al ingreso, en la mortalidad o en las reinternaciones.²⁶

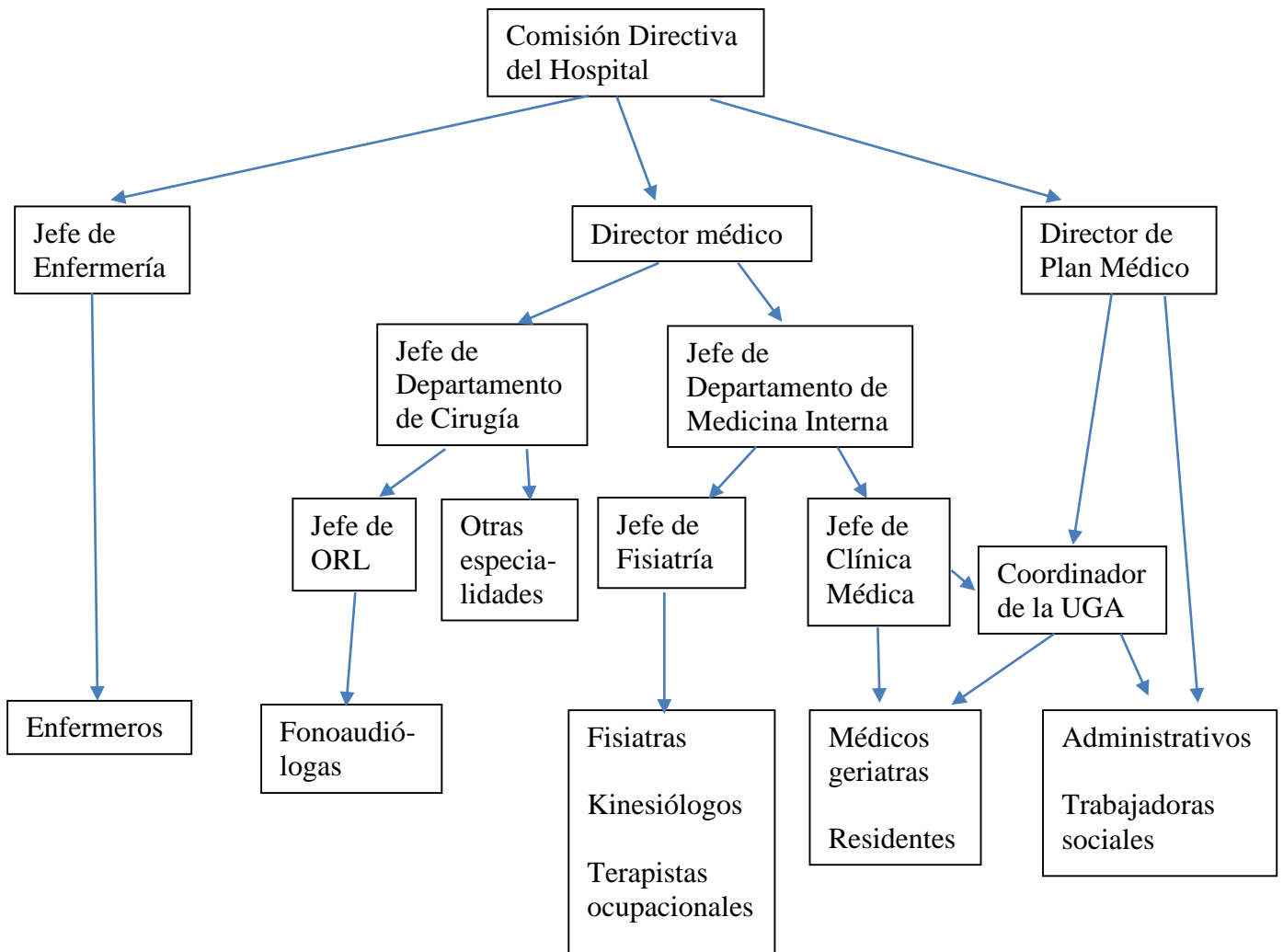
El presente trabajo se desarrolló en el marco de la UGA del Hospital Alemán, unidad creada en octubre de 2010 y que está destinada a los pacientes mayores de 65 años asociados al PMHA. La UGA está conformada por dos geriatras que hacen una visita por la mañana y una tercer geriatra que hace una segunda visita por la tarde, en la cual completa la al (VGI) de los pacientes. Los geriatras coordinan la atención multidisciplinaria haciendo intervenir a trabajadoras sociales, fisiatras, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos y/o enfermeros según necesidad. En base a la VGI se establecen las metas de cuidado y se organizan los cuidados al alta. Las alternativas de seguimiento post-alta incluyen seguimiento ambulatorio o la inclusión en programas de seguimiento domiciliario como el programa de vigilancia preventiva (seguimiento domiciliario de pacientes ancianos frágiles o dependientes), internación domiciliaria (cuando se requiere administración de drogas endovenosas o curación de heridas profundas) o cuidados paliativos (en el caso de pacientes con expectativa de vida menor a 6 meses).

Como antecedente, en un estudio, con un diseño antes-después realizado en el Hospital Alemán, se compararon 500 internaciones de pacientes mayores de 65 años atendidos de manera convencional, de Junio a Noviembre del 2009, con 751 internaciones de pacientes atendidos en la UGA desde octubre de 2010 a julio de 2011. La media de días de internación en la UGA fue de 7,13 días vs 10,3 días en los pacientes con internación convencional, teniendo los pacientes de la UGA un menor riesgo de internación prolongada (mayor a 10 días), RR 0.4 (IC 95% 0.37-0.47). Las reinternaciones fueron más frecuentes en los pacientes de la UGA (26.5% vs 20.4%, RR 1.13 (IC95% 1.03-1.25)). No hubo diferencias significativas en cuanto a la mortalidad (7% UGA vs 8% internación convencional, $p < 0.5$). En cuanto a la condición al alta, los pacientes internados en la UGA fueron derivados en una mayor proporción a programas de seguimiento domiciliario RR 1.3 (IC95% 1.10-1.42) comprobándose una menor derivación a centros de rehabilitación, RR 0.75 (IC95% 0.61-0.93).

Otro antecedente consta en un estudio prospectivo observacional sobre 2298 internaciones en la UGA del Hospital Alemán; desde octubre de 2010 a abril de 2013, se observó que la edad media fue de 81 años, 31% tenía deterioro cognitivo, 36% deterioro funcional y 53% tenía al menos un síndrome geriátrico. El 20% tuvo una estadía prolongada (>10 días), siendo predictores independientes: internación en unidad cerrada OR 6.19 (IC 95% 4.34-8.8.4), neumonía asociada a cuidados de salud OR 4.41 (IC 95% 1.60-12.16), interurrencias como trastornos hidroelectrolíticos OR 3.71 (IC 95% 2.13-6.46); sepsis OR 2.95 (IC 95% 1-8.64); síndrome confusional OR 2.89 (IC 95% 1.52-5.48); infección urinaria OR 2.82 (1.51-5.28); insuficiencia cardíaca OR 2.48 (IC 95% 1.38-4.45), comorbilidades severas OR 1.33 (IC 95% 1.03-1.71) y el antecedente de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) OR 1.67 (IC95% 1.18-2.92). La tasa de reinternaciones fue del 40%, siendo predictores independientes: las comorbilidades severas OR 1.72 (IC95% 1.34-2.20), EPOC OR 1.48 (IC95% 1.11-1.96), enfermedad oncológica OR 1.60 (IC95% 1.24-2.06), ICC OR 2.00 (IC95%1.54-2.61) y diabetes OR 1.45 (IC95% 1.13-1.87). La presencia de deterioro cognitivo OR 1.61 (IC95% 1.21-2.14), de deterioro funcional OR1.77 (IC95% 1.37-2.28) y

de al menos un síndrome geriátrico OR 1.72 (IC95% 1.34-2.20) también se asociaron a la reinternación. La mortalidad fue del 7.5%, siendo predictores independientes: la enfermedad oncológica OR 1.87 (IC95% 1.20-2.92), las comorbilidades severas OR 2.53 (IC95% 1.61-3.97), la estadía prolongada OR 3.33 (IC95% 1.81-6.11), el deterioro cognitivo OR 2.10 (IC95% 1.36-3.26) y la inmovilidad OR 2.0 (IC95% 1.56-3.68).

A continuación se presenta la estructura orgánica de la UGA del Hospital Alemán.



3.3 Hipótesis

La protocolización de la planificación temprana del alta permitirá altas más eficaces y seguras, entendiendo por esto que permitirá acortar los días de internación, favorecer las altas antes de las 12 hs, y reducir las reinternaciones.

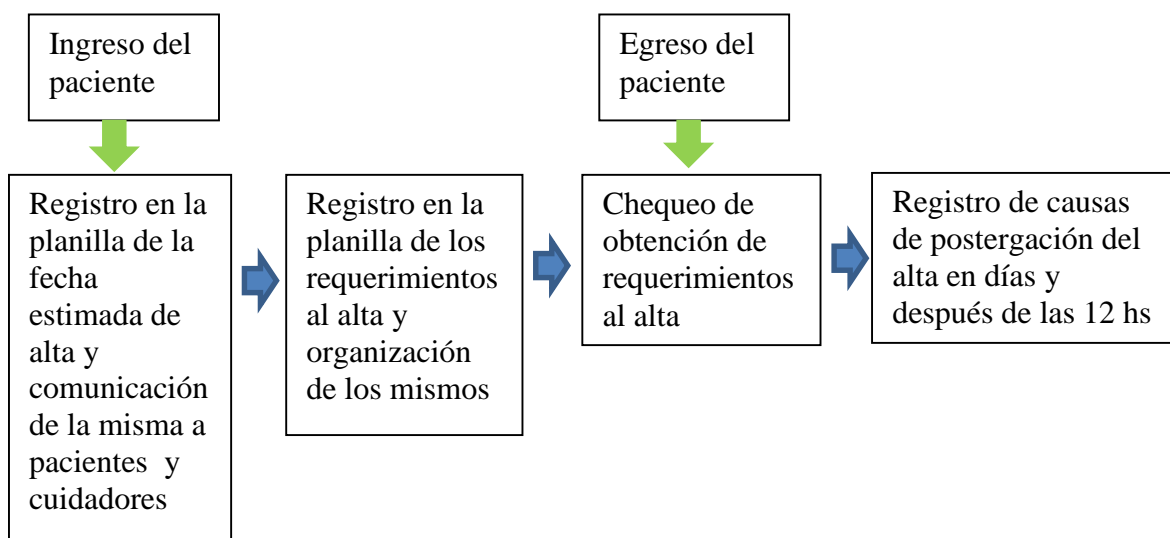
4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

El diseño del estudio fue de tipo cuasi-experimental. Se compararon las internaciones en la UGA 6 meses previos (diciembre de 2011 a mayo de 2012) y 6 meses posteriores (junio a noviembre de 2012) a la implementación del programa de planificación temprana del alta.

El programa consistió en el registro en una planilla de la fecha estimada de egreso y los requerimientos del paciente al alta: alojamiento (cambio de residencia); seguimiento domiciliario; personal auxiliar; rehabilitación; implementos en domicilio; entrenamiento del cuidador para la aplicación de medicación subcutánea; acceso endovenoso para medicación al alta; alimentación enteral; dieta de alta; aislamiento de contacto; indicaciones por especialidad; epicrisis con indicaciones y recetas; traslado en ambulancia; aviso a médico de cabecera; pautas de alarma y controles posteriores al egreso (Anexo 1). Dicha tarea estuvo a cargo de los geriatras, coordinadores del alta.

El proceso del programa se ilustra a continuación:



Los beneficiarios directos del programa fueron los pacientes y sus familiares, y el plan de salud del hospital, los indirectos otros pacientes del hospital.

4.2 Fuentes de datos/ Herramientas de recolección utilizadas

Las características de base evaluadas fueron los datos demográficos, de VGI, motivos de ingreso y condición al egreso, y fueron extraídas de la base de datos de la UGA.

Los datos demográficos analizados fueron edad mayor de 80 años, sexo, residencia en hogar unipersonal, residencia en geriátrico, e inclusión previa en algún programa de seguimiento domiciliario.

Con respecto a la VGI se registraron el estado funcional, el estado cognitivo, la presencia de síndromes geriátricos y de comorbilidades severas. En referencia al estado funcional se definió como dependencia en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a la dependencia en más de dos actividades. Se

Universidad ISALUD

consideró que el paciente tenía deterioro cognitivo cuando el puntaje en el "Mini Mental Test" era menor a 24/30. Los síndromes geriátricos registrados fueron inmovilidad, incontinencia, deterioro cognitivo, inestabilidad en la marcha, úlceras por presión y polifarmacia. Las comorbilidades de cada paciente fueron clasificadas por gravedad según la "*Cumulative Illness Rating Scale- Geriatrics*", definiéndose como severas a aquellas Grado 3 y 4.

Los motivos de ingreso fueron agrupados en patología infecciosa, cardiovascular (incluyéndose en este ítem insuficiencia cardíaca, síncope y accidente cerebrovascular), oncológica, traumatológica, hematológica y otras.

Se registró además la presencia de interurrencias infecciosas, mayormente neumonía o infección urinaria intrahospitalarias.

En cuanto a la condición al egreso se consignó la inclusión a programas de seguimiento domiciliario, derivación a centro de rehabilitación e institucionalización. Entre los programas de seguimiento domiciliario se incluyeron los tres programas existentes en el Hospital Alemán: Programa de Vigilancia Preventiva destinado a los adultos mayores frágiles o dependientes, Internación Domiciliaria destinada a pacientes con heridas profundas o requerimiento de medicación endovenosa y Cuidados Paliativos destinado a pacientes con una expectativa de vida menor a 6 meses.

Las altas otorgadas después del mediodía (12 hs) fueron definidas como "Altas tardías", la estadía hospitalaria mayor a 10 días como "Estadía prolongada" y las reinternaciones dentro de los 45 días del egreso como "Reinternaciones".

El grupo de internaciones en la UGA 6 meses antes (diciembre de 2011 a mayo de 2012) y 6 meses después (junio a noviembre de 2012) de la implementación del programa de planificación temprana del alta fueron denominados grupos "Antes" y "Después",

respectivamente. Las internaciones en las que se completó la planilla, dentro del grupo después, se llamó grupo "Adherente".

La postergación del egreso en días y para después de las 12 hs y las causas de las mismas fueron consignadas en una tabla de Excell (Office) diseñada a tal efecto. Las altas después de las 12 hs fueron cotejadas con la base de datos de estadística hospitalaria.

Se analizaron como variables independientes a las variables demográficas, las de la valoración geriátrica integral, los motivos de ingreso e interurrencias infecciosas, las variables relacionadas con la condición al ingreso y la falta de adherencia al programa. Se analizaron como variables dependientes las altas tardías, la estadía hospitalaria prolongada y las reinternaciones. Todas las variables fueron analizadas como variables dicotómicas.

Se efectuaron los siguientes análisis de datos:

- Comparación de las variables independientes entre los grupos Antes y Después, y entre el grupo Antes y Adherente, a través del test de Chi Cuadrado, considerando significativo una $p < 0.05$.

- Comparación de las variables dependientes entre los grupos Antes y Después y entre los grupos Antes y Adherente mediante el test de Chi Cuadrado. La magnitud y precisión del efecto se reportó como chance de ocurrencia a través del odds ratio (OR) y sus respectivos intervalos de confianza de 95% (IC 95%), considerando como estadísticamente significativo $IC\ 95\ \% = 1 < OR < 1$.

- Descripción de las causas de postergación del alta en días y horas a través de porcentajes.

✚ Análisis de regresión logística dentro del grupo Después, agregando entre las variables independientes a la falta de adherencia al programa. Se efectuó un análisis univariado y multivariado, considerando como variables predictoras estadísticamente significativas a aquellas cuyo OR tuviera IC 95 % = $1 < OR < 1$.

✚ Análisis de regresión logística dentro del grupo Después, tomando como variable dependiente a la adherencia al programa. Se efectuó un análisis univariado y multivariado, considerando como variables predictoras estadísticamente significativas a aquellas cuyo OR tuviera IC 95 % = $1 < OR < 1$.

4.3 Universo, muestra y unidad de análisis

El universo fueron los pacientes mayores de 65 años internados en la sala general del Hospital Alemán. La muestra seleccionada fue la de aquellos pacientes incluidos en la UGA desde diciembre de 2011 a junio de 2012. La unidad de análisis fue cada internación.

5. Desarrollo

Se incluyeron 391 internaciones antes y 552 después del programa. Dentro del grupo después, en 116 (21%) internaciones hubo adherencia al programa, completándose la planilla.

Cuando se compararon las características de base del grupo Antes, Después y Adherente, no se observaron diferencias estadísticamente significativas, a excepción de la variable residencia en hogar unipersonal, que fue de 26%, 19% y 16%, respectivamente (tabla 1, 2, 3 y 4). En la comparación entre el grupo antes y después el porcentaje de pacientes mayores de 80 años fue mayor en el grupo antes, 71% vs 52%, $p = 0.06$, así como la presencia de síndromes geriátricos, 78% vs 72%, $p = 0.06$. (diferencias no estadísticamente significativas, tabla 1,2,3,4)

Las altas tardías en los grupos Antes, Después y Adherente fueron similares (28%, 28%, 31%, respectivamente). La estadía hospitalaria prolongada fue de 16%, 19% y 28%, respectivamente, siendo mayor en el grupo Adherente. La estadía hospitalaria media fue de 7,14, 7,75 y 9,18 días, y la estadía hospitalaria media en la UGA de 5,85, 5,91 y 6,84 días, respectivamente. Las reinternaciones sucedieron en 14%, 17%, 10%, respectivamente (siendo menor en el grupo Adherente).

Dentro del grupo Después, en 357 (65%) internaciones se registraron causas de postergación del egreso en horas y en días. Dentro de los mismos, 79 internaciones sufrieron postergación del egreso en días y 88 en horas. Entre las causas de postergación del alta en días, las interurrencias clínicas (32%) y la conveniencia de familiares (30%) fueron las más frecuentes (Figura 1). El promedio de días postergados fue 2.4. Entre las causas de egreso después de las 12 hs, el traslado en ambulancia (24%) y la conveniencia de familiares (18%) fueron las más frecuentes (Figura 2).

En cuanto a la efectividad del programa, cuando se analizó la probabilidad de que la implementación del programa modificara alguno de los desenlaces de interés se observó que al comparar el grupo Antes con el grupo Después no hubo un efecto estadísticamente significativo pero al comparar el grupo Antes con el grupo Adherente, se halló un aumento en el riesgo de estadía hospitalaria prolongada de forma estadísticamente significativa (OR 1.94, IC 95% 1.19-3.16 tabla 5).

En el análisis de regresión logística dentro del grupo después, no se hallaron variables predictoras independientes, estadísticamente significativas, de altas tardías. En el caso de estadía hospitalaria prolongada, las variables predictoras independientes fueron comorbilidades severas (OR 1.77, IC 95% 1.05-2.98), interurrencias infecciosas (OR 3.24, IC 95% 1.62-6.47) y derivación a centro de rehabilitación (OR 3.43, IC 95% 1.47-8.02). Las variables predictoras independientes de reinternaciones fueron residencia en geriátrico (OR

2.16, IC 95% 1.26-3.71), comorbilidades severas (OR 2.57, IC 95% 1.30-5.07), falta de adherencia al programa (OR 1.96, IC 95% 1.02-3.78). Tabla 6.

Ninguna variable fue predictora de adherencia al programa en el análisis univariado y multivariado.

Tabla 1. Datos demográficos. Comparación entre el grupo Antes y los grupos Después y Adherente, respectivamente.

	Antes n = 391	Después n = 552	p	Adherente n = 116	p
Edad >80 años, n (%)	227 (71)	286 (52)	0.06	66 (57)	0.82
Sexo femenino, n (%)	230 (59)	331 (60)	0.72	67 (58)	0.83
Residencia en hogar unipersonal, n (%)	103 (26)	105 (19)	0.008	19 (16)	0.03
Residencia en geriátrico, n (%)	45 (11)	72 (13)	0.48	13 (11)	0.92
Atención domiciliaria, n (%)	102 (26)	142 (26)	0.75	35 (30)	0.38

Tabla 2. Valoración geriátrica. Comparación entre el grupo Antes y los grupos Después y Adherente, respectivamente.

	Antes n = 391	Después n = 552	p	Adherente n = 116	p
Dependencia en ABVD, n (%)	186 (48)	278 (50)	0.39	62 (53)	0.26
Dependencia en AIVD, n (%)	205 (52)	319 (58)	0.1	66 (57)	0.39
Deterioro cognitivo, n (%)	171 (44)	258 (47)	0.36	54 (47)	0.59
Síndromes geriátricos, n (%)	304 (78)	399 (72)	0.06	85 (73)	0.31
Comorbilidades severas, n (%)	292 (75)	407 (74)	0.74	79 (68)	0.16

Tabla 3. Motivos de ingreso e interurrencias infecciosas. Comparación entre el grupo Antes y los grupos Después y Adherente, respectivamente.

	Antes n = 391	Después n = 552	p	Adherente n = 116	p
Ingreso por patología infecciosa, n (%)	137 (35)	202 (37)	0.62	38 (33)	0.65
Ingreso por patología traumatológica, n (%)	87 (22)	108 (19)	0.31	27 (23)	0.81
Ingreso por patología cardiovascular, n (%)	58 (15)	105 (19)	0.09	24 (21)	0.13
Ingreso por patología oncológica, n (%)	25 (6)	30 (5)	0.53	6 (5)	0.63
Ingreso por patología hematológica, n (%)	21 (5)	19 (3)	0.15	4 (3)	0.40
Ingreso por otras patologías, n (%)	63 (16)	88 (16)	0.94	17 (15)	0.48
Intercurrencia infecciosa (Neumonía o infección urinaria), n (%)	18 (5)	39 (7)	0.12	10 (9)	0.10

Tabla 4. Condición al egreso. Comparación entre el grupo Antes y los grupos Después y Adherente, respectivamente.

	Antes n = 391	Después n = 552	p	Adherente n = 116	p
Inclusión a programas de seguimiento domiciliario, n (%)	61 (16)	75 (14)	0.38	21 (18)	0.52
Derivación a centro de rehabilitación, n (%)	20 (5)	26 (5)	0.77	5 (4)	0.72
Institucionalización, n (%)	2 (0.5)	7 (1.3)	0.25	1 (0.8)	0.66

Tabla 5. Comparación de variables dependientes entre el grupo Antes y los grupos Después y Adherente, respectivamente.

	Antes n = 391	Después n = 552	OR (IC 95%)	Adherente n = 116	OR (IC 95%)
Altas tardías, n (%)	112 (28)	156 (28)	0.98 (0.73-1.31)	36 (31)	1.12 (0.71-1.75)
Estadía hospitalaria prolongada, n (%)	64 (16)	106 (19)	1.21 (0.86-1.70)	32 (28)	1.94 (1.19-3.16)
Reinternaciones, n (%)	54 (14)	95 (17)	1.29 (0.9-1.86)	12 (10)	0.72 (0.37-1.39)

Tabla 6. Análisis de regresión logística dentro del grupo Después. Análisis univariado.

Variables dependientes	Análisis univariado	Análisis multivariado
Altas tardías	Edad >80 años, OR 0.87 (0.67-1.40) Sexo femenino, OR 0.94 (0.64-1.37) Residencia en hogar unipersonal, OR 0.82 (0.51-1.33) Residencia en geriátrico, OR 1.04 (0.63-1.74) Atención domiciliaria, OR 1.19 (0.78-1.81) Dependencia en ABVD, OR 1.54 (1.06-2.25) Dependencia en AIVD, OR 1.47 (1-2.16) Deterioro cognitivo, OR 1.46 (0.99-2.17) Síndromes geriátricos, OR 1.7 (1.09-2.65) Comorbilidades severas, OR 1.33 (0.86-2.05) Ingreso por patología infecciosa, OR 0.97 (0.66-1.42) Ingreso por patología traumatológica, OR 0.79 (0.48-1.28) Ingreso por patología cardiovascular, OR 1.29 (0.82-2.05) Ingreso por patología oncológica, OR 1.09 (0.49-2.44) Ingreso por patología hematológica, OR 1.4 (0.51-3.85)	Ninguna

	<p>Ingreso por otras patologías, OR 0.94 (0.56-1.57)</p> <p>Intercurrencia infecciosa, OR 0.86 (0.41-1.82)</p> <p>Inclusión a programas de seguimiento domiciliario, OR 1.23 (0.72-2.07)</p> <p>Derivación a centro de rehabilitación, OR 1.13 (0.48-2.66)</p> <p>Institucionalización, OR 1.92 (0.42-8.68)</p> <p>Falta de adherencia, OR 0.84 (0.54-1.31)</p>	
<p>Estadía hospitalaria prolongada</p>	<p>Edad >80 años, OR 1.06 (0.72-1.58)</p> <p>Sexo femenino, OR 0.78 (0.52-1.16)</p> <p>Residencia en hogar unipersonal, OR 1.05 (0.64-1.72)</p> <p>Residencia en geriátrico, OR 1.05 (0.61-1.81)</p> <p>Atención domiciliaria, OR 1.08 (0.69-1.69)</p> <p>Dependencia en ABVD, OR 1.34 (0.90-1.99)</p> <p>Dependencia en AIVD, OR 1.36 (0.9-2.03)</p> <p>Deterioro cognitivo, OR 1.08 (0.71-1.65)</p> <p>Síndromes geriátricos, OR 1.16 (0.74-1.83)</p> <p>Comorbilidades severas, OR 1.89 (1.15-3.11)</p> <p>Ingreso por patología infecciosa, OR 0.69 (0.45-1.05)</p> <p>Ingreso por patología traumatológica, OR 0.71 (0.42-1.21)</p>	<p>Comorbilidades severas, OR 1.77 (1.05-2.98)</p> <p>Intercurrencias infecciosas, OR 3.24 (1.62-6.47)</p> <p>Derivación a centro de rehabilitación, OR 3.43 (1.47-8.02)</p>

	<p>Patología cardiovascular, OR 1.68 (1.05-2.69)</p> <p>Ingreso por patología oncológica, OR 1.42 (0.63-3.18)</p> <p>Ingreso por patología hematológica, OR 0.99 (0.32-3.12)</p> <p>Ingreso por otras patologías, OR 1.35 (0.81-2.26)</p> <p>Intercurrencias infecciosas, OR 4.32 (2.22-8.4)</p> <p>Inclusión a programas de seguimiento domiciliario, OR 1.42 (0.82-2.44)</p> <p>Derivación a centro de rehabilitación, OR 4.12 (1.85-9.15)</p> <p>Institucionalización, OR 2.47 (0.54-11.17)</p> <p>Falta de adherencia, OR 0.68 (0.43-1.08)</p>	
Reinternaciones	<p>Edad >80 años, OR 1.09 (0.70-1.70)</p> <p>Sexo femenino, OR 0.81 (0.52-1.27)</p> <p>Residencia en hogar unipersonal, OR 0.38 (0.18-0.78)</p> <p>Residencia en geriátrico, OR 2.67 (1.58-4.52)</p> <p>Atención domiciliaria, OR 1.91 (1.19-3.05)</p> <p>Dependencia en ABVD, OR 2.19 (1.38-3.49)</p> <p>Dependencia en AIVD, OR 2.53 (1.54-4.17)</p> <p>Deterioro cognitivo, OR 2.03 (1.29-3.19)</p> <p>Síndromes geriátricos, OR 2.11 (1.19-3.75)</p>	<p>Residencia en geriátrico, OR 2.78 (1.25-3.66)</p> <p>Comorbilidades severas, OR 2.82 (1.34-5.21)</p> <p>Falta de adherencia al programa, OR 1.96 (1.02-3.78)</p>

	<p>Comorbilidades severas, OR 3.16 (1.63-6.12)</p> <p>Ingreso por patología infecciosa, OR 1.48 (0.95-2.32)</p> <p>Patología traumatológica, OR 0.38 (0.18-0.79)</p> <p>Ingreso por patología cardiovascular, OR 1.27 (0.74-2.19)</p> <p>Ingreso por patología oncológica, OR 1.81 (0.78-4.22)</p> <p>Ingreso por patología hematológica, OR 0.63 (1.42-2.81)</p> <p>Ingreso por otras patologías, OR 0.81 (0.43-1.52)</p> <p>Intercurrencia infecciosa, OR 2.01 (0.96-4.18)</p> <p>Inclusión a programas de seguimiento domiciliario, OR 1.49 (0.83-2.7)</p> <p>Institucionalización, OR 0.79 (0.09-6.72)</p> <p>Falta de adherencia, OR 2.03 (1.07-3.87)</p>	
--	--	--

Figura 1. Causas de postergación del alta en días. N=79.

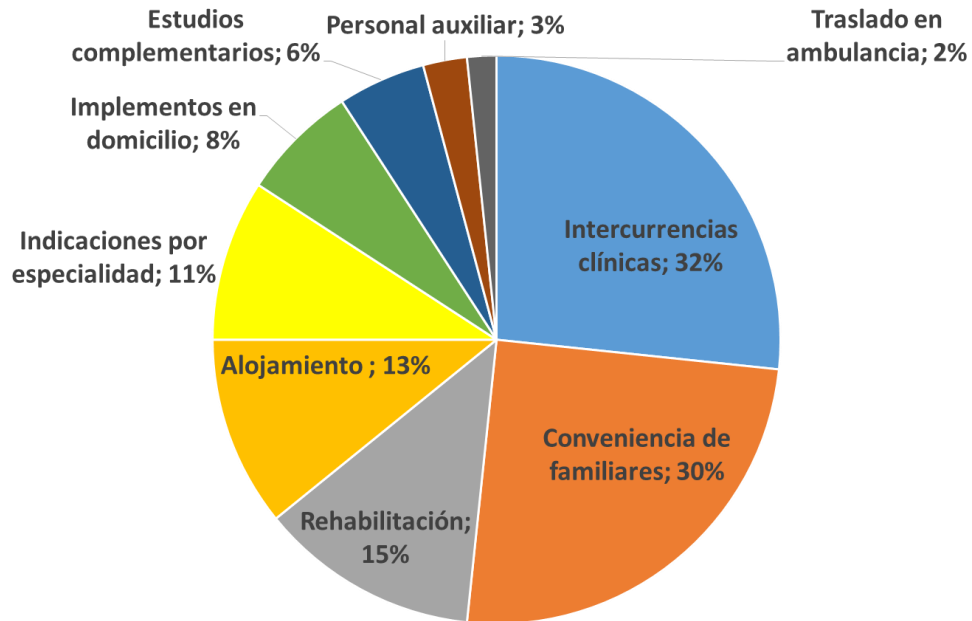
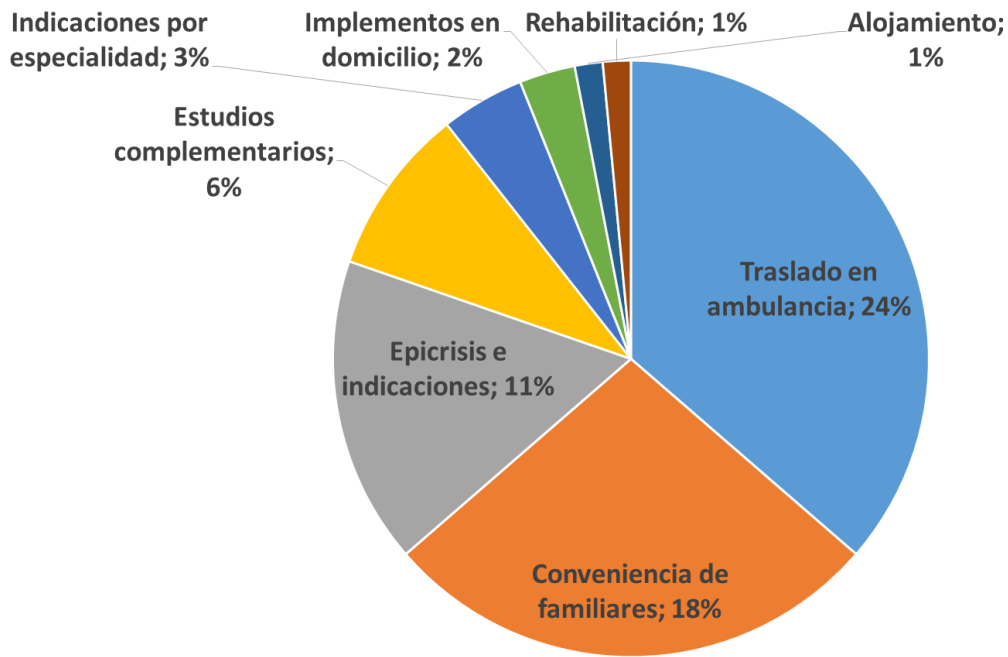


Figura 2. Causas de postergación del alta en horas. N= 88.



6. Conclusiones

La chance de reducir las altas tardías mediante la aplicación del programa de planificación temprana del alta fue del 2%, con una imprecisión tal que podría reducirlas un 27% y aumentarlas un 31%. Por otra parte, la adherencia al programa mostró una chance de aumentar las altas tardías del 12 %, con una imprecisión tal que podría reducirlas un 29% y aumentarlas un 75%. El efecto de la aplicación del programa es de baja magnitud, inconsistente e impreciso, por lo que la confianza en su efectividad es baja. Los daños y molestias para el paciente son nulos y los costos para el sistema de salud, insignificantes. Por lo expuesto, la recomendación para aplicar el programa de planificación temprana del alta con el fin de reducir las altas después de las 12 hs es débil, a favor.

Cerca de un tercio de las internaciones presentaron altas después de las 12 hs en ambos grupos. El traslado en ambulancia fue la causa en una de cada cuatro internaciones, la conveniencia de familiares en una de cada cinco y la entrega de epicrisis e indicaciones en una de cada diez internaciones. El traslado en ambulancia es una causa frecuente de retraso en las altas porque habitualmente se tramita la misma mañana en que se decide el egreso y esta tarda aproximadamente dos horas en llegar. Por otra parte los pacientes adultos mayores con frecuencia requieren de asistencia de familiares o cuidadores para realizar los trámites de alta y trasladarse hacia su residencia. Los familiares a cargo suelen ser hijos o sobrinos de edad media, que trabajan formal o informalmente, cuidando a otras personas por ejemplo, por lo que muchas veces sólo pueden buscar a sus familiares adultos mayores por la tarde. La confección y entrega de epicrisis e indicaciones es otra causa frecuente de retraso en el alta; está a cargo de residentes de primer año que con frecuencia o no las hacen de manera anticipada o no llegan a entregarlas por la mañana porque tienen otras obligaciones como actividades académicas matutinas. En una de cada 20 internaciones los pacientes egresaron después de las 12 hs porque debieron aguardar la realización de estudios complementarios, indicaciones de especialistas o el envío de implementos a domicilio. Cuando se analizaron otras variables como las características demográficas, de

Universidad ISALUD

la valoración geriátrica integral, comorbilidades, motivos de internación, interurrencias o falta de adherencia al programa, no se halló asociación significativa entre ninguna de ellas y las altas tardías.

La chance de aumentar la estadía hospitalaria prolongada mediante la aplicación del programa fue del 21%, pudiendo llegar a reducirla un 14% y aumentarla un 70%. La chance de aumentar la estadía hospitalaria mediante la adherencia al programa fue de casi el doble (estimación imprecisa pudiendo aumentar hasta casi tres veces el basal estimado). El efecto de la aplicación del programa es de una magnitud considerable y consistente aunque impreciso por lo que la confianza en su efectividad es moderada. Por otra parte los daños y molestias para el paciente son nulos y los costos para el sistema de salud, insignificantes. Por lo expuesto, se podría realizar una recomendación débil en contra de aplicar el programa de planificación temprana del alta con el fin de reducir la estadía hospitalaria. Una hipótesis para explicar el mayor riesgo de estadías hospitalarias prolongadas en el grupo Después y Adherente podría ser que los pacientes incluídos presentaban condiciones de riesgo de internaciones prolongadas tales como la edad avanzada o la presencia de síndromes geriátricos, comorbilidades severas o interurrencias. Sin embargo, el grupo Antes, en lugar del grupo Después, presentaba una mayor proporción de residencia en hogar unipersonal (26% vs 19%, $p < 0.05$), de pacientes mayores de 80 años (71% vs 52%, $p = 0.06$) y síndromes geriátricos (78% vs 72%, $p = 0.06$). Tampoco se encontraron variables asociadas de manera estadísticamente significativa a la adherencia o falta de adherencia al programa dentro del grupo Después.

La estadía hospitalaria promedio fue de 8 días, aunque en una de cada cinco internaciones la estadía hospitalaria fue prolongada, mayor a 10 días. Las variables predictoras de estadía hospitalaria prolongada fueron las comorbilidades severas, con una probabilidad de aumentar la estadía hospitalaria del 77%, resultado impreciso pero siempre generando un aumento de la estadía y pudiendo duplicarla; las interurrencias infecciosas, con una probabilidad de aumentar a más del doble la estadía hospitalaria pudiendo llegar a ser hasta

cinco veces mayor; y la derivación a centro de rehabilitación, duplicando la probabilidad y hasta siete veces más en el extremo superior del intervalo de confianza. Las interurrencias clínicas como las infecciones intrahospitalarias y la descompensación de enfermedades crónicas serían razones médicas, muchas veces imprevisibles e inevitables, que justificarían la estancia hospitalaria. Sin embargo, la estadía hospitalaria para organización de la derivación a centros de rehabilitación podría ser prevista y evitable constituyéndose en una estadía hospitalaria innecesaria. Con respecto a este tema debe destacarse que los centros de rehabilitación no aceptan, en general, pacientes durante los fines de semana lo que suele retrasar el alta especialmente cuando se trata de fines de semana largos. Por otra parte, se halló que el alta fue postergada un promedio de 2.4 días en 22% de las internaciones. En una de cada tres internaciones las causas fueron las interurrencias clínicas y la conveniencia de familiares, mientras en una de cada seis internaciones las causas fueron la rehabilitación y el alojamiento. Este análisis coincide con el anterior en el sentido de que las interurrencias clínicas son una de las causas más importantes de postergación del alta y estadía prolongada. También se observó que, entre las causas más frecuentes de postergación del alta, figuran causas previsibles y modificables como son la conveniencia de familiares, la rehabilitación, la búsqueda de alojamiento mayormente residencia geriátrica. Con respecto a la conveniencia de familiares sería importante educar a los familiares acerca de la importancia de evitar la estancia hospitalaria innecesaria y comprometerse con el cuidado del adulto mayor a cargo. La rehabilitación, de planearse adecuadamente en los casos de necesidad, podría ser organizada en otro ámbito como el domiciliario o un centro de rehabilitación, más apropiado para este fin. En cuanto a la necesidad de búsqueda de residencia geriátrica que, en reiteradas ocasiones surge en el contexto de la internación y declinación funcional del paciente, lleva en general mucho tiempo a los familiares. Deben no sólo seleccionar la residencia más apropiada por zona, atención y costos sino procesar la idea y tomar la decisión de institucionalizar a su ser querido. En estos casos el coordinador del alta no sólo debería identificar precozmente los casos en que se requerirá institucionalizar al paciente sino hacer intervenir a tiempo a las trabajadoras sociales para que asesoren y asistan a los familiares en este proceso. En una de cada diez internaciones

Universidad ISALUD

las causas fueron las indicaciones por especialidad, los implementos en domicilio y la realización de estudios complementarios, causas también evitables, requiriéndose una ágil coordinación con otras especialidades médicas y con el personal administrativo del plan de salud para que estos ítems no constituyan motivos de postergación del alta.

La chance de aumentar las reinternaciones mediante la aplicación del programa de planificación temprana del alta fue de uno cada tres pacientes, con una imprecisión tal que podría reducirla a uno cada diez ó aumentarla a casi el doble. La chance de disminuir las reinternaciones mediante la adherencia al programa fue también de uno cada tres pacientes pudiendo llegar a reducirlas un máximo de uno cada dos o correr el riesgo de aumentarla a uno cada dos pacientes. En el análisis multivariado dentro del grupo Después se observó que la adherencia al programa disminuiría la probabilidad de reinternaciones un 50% pudiendo llegar a reducirla tanto un 74% como solamente el 3%. El efecto de la aplicación del programa es de escasa magnitud, inconsistente e impreciso por lo que la confianza en su efectividad es baja. Sin embargo, el efecto de la adherencia al programa, completándose la planilla de planificación temprana del alta, aunque de escasa magnitud e impreciso, es consistente, generando una confianza moderada en su efectividad en cuanto a reducción de reinternaciones. Por otra parte los daños y molestias para el paciente son nulos y los costos para el sistema de salud, insignificantes. Se desprende de lo antedicho una recomendación débil a favor de adherir a al programa de planificación temprana del alta con el fin de reducir las reinternaciones.

Las reinternaciones dentro de los 45 días del egreso se produjeron en cerca de una de cada seis internaciones. Las variables predictoras de reinternaciones fueron residencia en geriátrico (podría aumentar al doble las reinternaciones); las comorbilidades severas, con una probabilidad de aumentar las reinternaciones hasta cuatro veces más y la falta de adherencia al programa que mostró una tendencia a triplicar las reinternaciones. Uno de los factores que podría explicar por qué la residencia en geriátrico aumento el riesgo de reinternaciones podría ser que, generalmente en estas instituciones, hay poco personal en

Universidad ISALUD

relación a la cantidad de pacientes lo que dificulta una atención personalizada. Los asistentes gerontológicos y/o enfermeros muchas veces desconocen a los médicos de cabecera de sus pacientes y, ante una situación problema, llaman al sistema de emergencias en lugar de comunicarse con los médicos de cabecera o de seguimiento domiciliario. Los médicos de emergencia, en un primer encuentro con el paciente, sin conocimiento del contexto sociofamiliar o directivas anticipadas de los pacientes, por ejemplo, suelen decidir fácilmente la derivación a la guardia externa del hospital. La falta de adherencia al programa fue un predictor de reinternaciones, deduciéndose entonces que la adherencia, completándose la planilla de planificación de egreso hospitalario, podría disminuir el riesgo de reinternaciones.

La adherencia al programa fue del 21%. Esta adherencia podría explicarse, en parte, por la falta de tiempo para completar la planilla debido a una mayor carga asistencial durante los seis meses posteriores al inicio del programa. Hubo 41% más pacientes durante dicho período, en comparación con los seis meses previos, con un promedio de 92 internaciones por mes durante los seis meses posteriores y un promedio de 65 internaciones por mes durante los seis meses previos a la implementación del programa. Otro factor que podría haber influido en la adherencia al programa es que los médicos geriatras ya estaban entrenados en realizar la planificación temprana del alta mentalmente, sin necesidad de chequear los requerimientos al alta en papel. Por otra parte, la falta de disponibilidad de la planilla impresa en las diferentes salas de internación podría haber explicar la adherencia al programa.

7. Reflexiones finales

La planificación temprana del alta a través del llenado de una planilla con la fecha estimada de alta y los requerimientos al alta podría ser una estrategia para dar altas seguras, con menor riesgo de reinternaciones; la imprecisión de los resultados no nos permite tener confianza en que permita reducir el número de estadías hospitalarias prolongadas o altas después de las 12 hs. La adherencia al programa fue llamativa así como el hecho de que

Universidad ISALUD

la conveniencia de familiares fue una de las causas frecuentes de postergación del alta. Entre las propuestas que surgen de este estudio para optimizar el proceso del alta se pueden mencionar: aplicar la planilla de planificación temprana del alta sólo en los pacientes de mayor riesgo de retraso en el alta; incorporar en la historia clínica informatizada el registro de la fecha estimada y los requerimientos al alta, y el chequeo de los requerimientos al momento del egreso; realizar reuniones regulares con trabajadoras sociales y/o administrativos del hospital para organizar el alta en conjunto; efectuar las actividades académicas de los médicos por la tarde; concientizar a los familiares y cuidadores de los pacientes acerca de la importancia de evitar la postergación innecesaria de la internación de un paciente. Podría ser de interés valorar en estudios futuros la efectividad de estas intervenciones.

8. Bibliografía

1 Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team of United Kingdom. Discharge from hospital: pathway, process and practice. 2003.

2 Lim SC, Doshi V, Castasus B, Lim JKH. Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital. *Ann Acad Med Singapore* 2006; 35: 27-32.

3 Minichiello H, Auerbach AD, Wachter RM. Caregiver Perceptions of the Reasons for Delayed Hospital Discharge. *Eff Clin Pract.* 2001;4:250–255.

4 Ministry of Health and Long Term Care. Canada. Discharge of Hospital Patients. 2010. Chapter 3, Section 3.02.

5 Fox, MT, Persaud M, Maimets I, Brooks D, O`Brien K, Tregunoo D. Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics* 2013, 13:70.

6 Vargas B., Fernández C. Programa de alta hospitalaria programada para preparar el egreso del paciente y familia. *Rev. Enfermería Actual Enfermería Actual en Costa Rica.* 2011: 21, 1-20.

7 Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists *Journal of Hospital Medicine* 2007;2:314–323.

8 Vítolo F. Cómo planificar las altas en un centro de salud. *Temas Hospitalarios* 2013, Año 7, n° 26, pág. 6-10.

9 Zea MC, Torres BP. Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. *Invest Educ Enferm.* 2007; (25)1: 40-49.

10 Bragstad LK, Kirkervold M, Hofoss D, Voss C. Factors predicting a successful post-discharge outcome for individuals aged 80 years and over. *International Journal of Integrated Care – Volume 12*, 1-10.

11 Wissendorff Ekdahl A, Linderholm M, Hellström I, Andersson L, Friedrichsen M. Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?': A qualitative observational study, 2012, *BMJ. British Medical Journal*, (2), 6, 1-9.

12 Mueller SK, Sponsler KC, Kripalani S, Schnipper JL. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices. A Systematic Review. *Arch Intern Med*, June 25, 2012.

13 Phillips CO, Wright SM, Kern DE, Singa RM, Shepperd S, Rubin HR. Comprehensive Discharge Planning With Postdischarge Support for Older Patients With Congestive Heart Failure A Meta-analysis. *JAMA.* 2004;291:1358-1367.

14 Comans TA, Peel NM, Gray LC, Scuffham PA. Quality of life of older frail persons receiving a post-discharge program. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013, 11:58.

15 Takahashi PY, Haas LR, Quigg SM, Crogan IT, Naessens JM, Shah ND, Hanson GJ. 30-day hospital readmission of older adults using care transitions after hospitalization: a pilot prospective cohort study. *Clinical Interventions in Aging* 2013;8 729–736.

16 Yuetwong FK, Chow SKY, Chan TMF, Tam SKF. Comparison of effects between home visits with telephone calls and telephone calls only for transitional discharge support: a randomised controlled trial. *Age and Ageing* 2014; 43: 91–97.

17 Damiani G, Federico B, Venditti A, Sicuro L, Rinaldi S, Cirio F, Pregno C, Ricciardi W. Hospital discharge planning and continuity of care for aged people in an Italian local health unit: does the care-home model reduce hospital readmission and mortality rates? BMC Health Services Research 2009, 9:22.

18 Vashi AA, Fox JP, Carr BG, D'Onofrio G, Pines JM, Ross JS, Gross CP. Hospital-based, acute care utilization among patients recently discharged from the hospital. JAMA. 2013 January 23; 309(4): 364–371.

19 Shepperd S, McClaran J, Phillips C et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 05, 2009.

20 McKee M. Reducing hospital beds What are the lessons to be learned? European Observatory on Health Systems and Policies. No 6, 2004.

21 Preen DB, Bailey BES, Wright A, Kendall P, Phillips M, Hung J, Hendriks R, Mather A, Williams E. Effects of a multidisciplinary, post-discharge continuance of care intervention on quality of life, discharge satisfaction, and hospital length of stay: a randomized controlled trial. International Journal for Quality in Health Care 2005; 17, 1: 43–51 10.

22 González-Montalvoa JI, Baztán Cortésb JJ, Alarcón Alarcón T, Bárcena Álvarez A. Resultados asistenciales de las unidades geriátricas de agudos. Revisión sistemática. Rev. Esp de Gerontol.2007; 42:240-50.

23 Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. British Medical Bulletin 2005; 71: 45–59.

24 Baztán, JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46:186-92.

25 Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: metaanalysis. *BMJ* 2009;338:b50.

26 Fox MT, Persaud M, Maimets I, O`Brien K, Brooks D, Tregunno D, Schraa E. Effectiveness of Acute Geriatric Unit Care Using Acute Care for Elders Components: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:2237–2245.

9. Anexos

Anexo 1

Planilla de Planificación de Egresos Hospitalarios Hospitalarios

Apellido y Nombre del paciente:.....

Equipo y médico responsable durante la internación:.....

Fecha estimada de alta:.....

Fecha de anticipación del alta:.....

Persona a quien se anticipó el alta:.....

Anticipación de Requerimientos SI (√) / NO (x)		Chequeo al alta SI (√) / NO (x)
1__	Alojamiento: domicilio__ centro de rehabilitación__ geriátrico__	
2__	Seguimiento domiciliario: PVP__ Intern.domic__ Cuidados Paliativos__	
3__	Personal auxiliar: Asistente gerontológico__ Otro_____	
4__	Rehabilitación: Knt motora__ Knt respiratoria__ Terapia ocupacional__ Fonoaudiología__	

Universidad ISALUD

Venezuela 925/31 - C1095AAS - Bs. As. Argentina - Tel +54 11 5239-4000
web: www.isalud.edu.ar - mail: informes@isalud.edu.ar

5__	Implementos en domicilio: Cama ortopédica__ Colchón de aire__ Bastón__ Andador__ Silla de ruedas__ Elevador de inodoro__ Asiento de baño__ Nebulizador__ Aspirador__ Concentrador de oxígeno__ Otros_____	
6__	Entrenamiento del cuidador para la aplicación de medicación subcutánea	
7__	Acceso endovenoso para medicación al alta	
8__	Alimentación enteral	
9__	Dieta de alta: Tipo de dieta:.....	
10__	Aislamiento de contacto: Portación de: KPC__SAMR__Enteroc. vancoR__	
11__	Indicaciones por especialidad (cuales):.....	
12__	Epicrisis con indicaciones y recetas	
13__	Traslado en ambulancia: Sin médico__ Con médico____ UTIM____	
14__	Aviso a médico de cabecera	
15__	Pautas de alarma y controles posteriores al egreso	

16__ Intercurrencia clínica

17__ **Conveniencia de familiares**

18__ **Estudios complementarios**

Causas de postergación del alta después de las 12 hs: _____

Causas de postergación del alta después de la fecha estimada: _____

Observaciones: _____