

# PLANIFICACIÓN DE ALTAS

Dr. Fabián Vítolo  
Médico - NOBLE S.A.

>>> ■ Cuando las altas de internación se encuentran bien planificadas, los pacientes y sus familiares se retiran con la información y el apoyo que necesitan para mantener o mejorar su proceso de recuperación durante la atención posthospitalaria, ya sea esta en su domicilio o en instituciones con otro nivel de cuidados (centros de rehabilitación, geriátricos etc.). Una planificación efectiva previene también de readmisiones innecesarias. Este proceso puede ser en algunos casos complejo, requiriendo la cooperación del paciente y de sus familiares, del médico de cabecera si lo hubiere y de otros profesionales de la salud (enfermeros, terapeutas físicos, nutricionistas, farmacéuticos, trabajadores sociales, entre otros). Por otra parte, la creciente complejidad de las relaciones entre los hospitales y los prestadores de cuidados crónicos (en atención domiciliaria o en centros especializados) y la presión de los financiadores para acortar los días de internación pueden complicar el panorama, obligando a abordar temas conflictivos de cobertura, toma de decisiones, competencia, representación y confidencialidad de la información. La sombra del abandono del paciente y la discontinuidad en la atención suele estar presente en muchos casos especialmente difíciles.

La inadecuada planificación de las altas hospitalarias (ej: externación antes de finalizar los arreglos para un adecuado seguimiento post-hospital, la falta de comunicación al paciente o a sus familiares de las necesidades luego de la internación, la falta de reconciliación de la medicación, etc), atenta contra la seguridad de aquellos pacientes que pese a estar en condiciones de abandonar el hospital son

todavía muy vulnerables. Muchos de ellos tienen nuevas necesidades de control y de medicamentos y, si las instrucciones de alta no se cumplen, se encuentran más propensos a experimentar eventos adversos. En un estudio norteamericano del 2003 se entrevistó a 400 pacientes tres semanas después de su alta de internación y se encontró que cerca del 20% experimentaron al menos un evento adverso durante la transición del hospital a sus domicilios. De estos daños, el 33% era prevenible y el otro 33% que no lo eran, podrían haber sido menos severos con una adecuada planificación.(1) La mayoría de estos eventos se debieron a la inadecuada comunicación del plan de seguimiento entre el personal responsable de la internación y el paciente, sus familiares o los médicos de consultorios externos.

## Beneficios de una adecuada planificación de las altas

Además de mejorar la evolución de los pacientes, un adecuado proceso de planificación del alta permite: (2) (3)

- Reducir las probabilidades de que las estadías sean innecesariamente prolongadas o cortas.
- Reducir el número de readmisiones
- Reducir la incidencia de estudios repetidos.
- Garantizar la continuidad del servicio entre distintos niveles de atención.

- Reducir costos promoviendo los cuidados ambulatorios
- Reducir el riesgo de juicios por responsabilidad profesional
- Disminuir la presión que genera la necesidad de camas
- Que el paciente se sienta parte del proceso de atención, como un socio con voz y voto.

### Aspectos médico-legales

Una adecuada planificación del alta puede prevenir potenciales acciones legales por responsabilidad profesional o por defensa del consumidor. Algunos pacientes inician juicios alegando que sufrieron daños como resultado de un alta prematura motivada por razones financieras. Otros lo hacen quejándose de que no se les informó adecuadamente acerca de costos no cubiertos por su plan de salud, o porque al alta se los derivó a sabiendas a centros sin las condiciones necesarias para un adecuado proceso de seguimiento y recuperación.

Los hospitales, clínicas y sanatorios tienen la responsabilidad de brindar asesoramiento con respecto al proceso de alta. En los Estados Unidos, esta planificación es obligatoria por ley federal y un requisito de acreditación de la Joint Commission (4). Los Servicios de Medicare y Medicaid, por su parte, la ponen como una condición para la participación en sus programas. Desde el año 2007, los beneficiarios de estos sistemas deben ser notificados de sus derechos y planes de alta dentro de los dos días de la admisión y deben ser provistos de una advertencia escrita del día de alta con, por lo menos, dos días de antelación.(5) (6)

Las instituciones de salud tienen la obligación de no dar el alta si la condición médica del paciente no lo permite y es el médico en definitiva el último responsable de determinar cuándo un paciente no necesita seguir internado y no requiere más servicios agudos. Esto no libera a las instituciones, las cuales tienen un deber de seguridad por el accionar de los médicos que allí ejercen. Las

decisiones de pago o las políticas de los financiadores no liberan al hospital de su deber de dar el alta sólo cuando se encuentra médicamente indicada. Un médico no puede ni debe basar su decisión de externar a un paciente en la negativa de un tercer pagador a cubrir los costos de una permanencia más prolongada. En todo caso deberá planificar su derivación a una institución pública si ésta recibe al paciente. Aquel profesional que cumple sin apelar con las limitaciones impuestas por un prepago u obra social, cuando su juicio clínico indica otra cosa, no podrá evadir su responsabilidad por la atención y el bienestar del paciente. Tampoco podrá apuntar al financiador como chivo expiatorio por las consecuencias negativas de su propia decisión médica. Los financiadores deberán responder cuando las inapropiadas decisiones clínicas resultan de defectos en el diseño o en la implementación de mecanismos de control de costos cuando, por ejemplo, las apelaciones realizadas en representación del paciente para continuar con la atención en internación son arbitrariamente ignoradas sin fundamentos. Las implicancias de numerosa jurisprudencia al respecto son claras: las clínicas, sanatorios y hospitales privados deben estar preparados para desafiar decisiones de terceros pagadores respecto a la estadía del paciente en la institución cuando las mismas se contraponen con el buen juicio clínico. No hacerlo los expone a terminar en tribunales tratando de explicar a un juez por qué se antepusieron razones económicas al bienestar del paciente.

### El proceso de planificación del alta

El alta de internación es un proceso y no un evento aislado. Debería involucrar siempre el desarrollo y la implementación de un plan que facilite la transferencia de los pacientes desde el hospital hacia un ámbito apropiado. Este plan debe contemplar la participación del paciente y de su familia en todas las etapas, quienes deben ser informados acerca del mismo como así también de cualquier modificación sobre el plan de atención original.

El proceso debería comenzar antes de la admisión para las internaciones programadas y lo antes

posible para todas las otras admisiones. Un alta efectiva y apropiada requiere la disponibilidad de opciones de atención alternativas que garanticen que las necesidades de rehabilitación, de recuperación o sociales sean satisfechas.

Existen algunos elementos que son comunes a todos los planes de externación, y que aplican tanto para pacientes que han ingresado en forma programada como para aquellos que han ingresado por una emergencia. Entre estas acciones comunes podemos mencionar: (7)

- Especificar la fecha y/u hora probable del alta lo antes posible.
- Identificar si un paciente tiene necesidades de alta simples (80% de las personas) o complejas.
- Identificar cuáles son estas necesidades y cómo pueden ser satisfechas.
- Definir los criterios clínicos objetivos que se deben cumplir para que el paciente esté en condiciones de alta hospitalaria

### Identificación temprana de pacientes con altas hospitalarias complejas

La planificación del alta debe iniciarse tempranamente. No todos los médicos suelen preguntar a los pacientes acerca de cómo y con quién viven y cuál es el apoyo que tienen en sus hogares. Las enfermeras, que suelen estar más cerca del paciente, frecuentemente reconocen problemas potenciales y ayudan a poner en marcha el proceso de planificación de la externación. Pero las clínicas y sanatorios no deberían cargar todo el peso de esta identificación sobre los hombros del personal de enfermería. Siempre debe recordarse que los planes de alta que se inician tarde suele forzar a que el paciente permanezca internado hasta que se hagan los arreglos necesarios, con las implicancias económicas que esto conlleva.

Las instituciones con internación deberían establecer procesos de planificación de altas basados en necesidades identificadas. Debe

tenerse, por ejemplo, un método para identificar a pacientes que tienen un riesgo elevado de sufrir algún evento adverso si no se planifica adecuadamente la continuidad de su atención. Dentro de los factores de riesgo se pueden mencionar: (8)

- Edad: Pacientes de más de 70 años y menores de 18.
- Arreglos de vivienda: pacientes que viven solos, pacientes sin un domicilio fijo, pacientes sin techo, pacientes que deben regresar al lugar del que fueron derivados, etc.
- Problemas de conducta: pacientes con problemas de alcohol o drogas, tendencias suicidas, agresividad, historia de readmisiones recientes o falta de cumplimiento de las indicaciones, confusión mental significativa.
- Factores sociales/familiares: víctimas de abuso o abandono, pacientes sin familiar o amigo identificable, pacientes con problemas de lenguaje, visuales o hipoacúsicos. Pacientes que necesitan continuar un tratamiento, falta de recursos financieros, etc.
- Factores médicos: pacientes con enfermedades crónicas progresivas, politraumatizados, lesiones cerebrales o medulares, discapacitados, pacientes psiquiátricos, reemplazos articulares, problemas nutricionales. Pacientes cuyo tratamiento requiere de equipamientos de alta tecnología o múltiples medicamentos.

Los hospitales deberían también desarrollar un proceso que obligue a sus profesionales a evaluar las necesidades de medicación del paciente lo antes posible luego de la admisión, determinando a su vez si el mismo va a poder manejar esta medicación en su casa.

Resulta interesante describir la política con respecto a este tema de un centro médico universitario de los EE.UU. La misma requiere que una enfermera profesional evalúe las necesidades de alta de cada paciente internado y comience un plan de alta dentro de las 8 hs. de la admisión. El

personal de enfermería debe reevaluar estas necesidades y eventualmente realizar cambios cada 24 hs. durante toda la internación. Si bien enfermería lidera este proceso, un grupo multidisciplinario del profesionales del staff contribuye con el mismo basándose en las necesidades del paciente. Todos los miembros del equipo deben documentar cualquier cambio y enfermería debe mantener informados a todos acerca del status del plan. (9)

El proceso de planificación del alta generalmente comienza con un análisis de la hoja de admisión y la identificación de cualquier factor de riesgo. Si esta primera evaluación revela la necesidad de prever arreglos para el momento del alta, el siguiente paso es una entrevista con el paciente y su familia. Durante la misma, el personal de la salud a cargo trata de establecer la naturaleza de las relaciones del paciente con los miembros de su familia y su comunidad, tratando de determinar cómo han sido afectadas por la actual condición médica del paciente. El planificador del alta también debe tratar de determinar si el paciente comprende y si tiene interés en participar de este proceso. Utilizando esta información, se puede desarrollar un plan de atención post hospitalización en conjunto con el paciente y sus familiares. Esto incluirá, cuando sea necesario, los arreglos para la derivación a un tercer nivel, para una internación domiciliaria o para recibir la ayuda del servicio social.

### Participación temprana del paciente y su familia en el proceso

El personal sanitario debe involucrar al paciente y a su familia tempranamente en el proceso, para que la planificación del alta se realice a la medida de las necesidades particulares de cada internado. Debería estimularse a los mismos también a realizar preguntas y a participar de las discusiones acerca del alta o de las eventuales derivaciones previstas a otros niveles de atención.

La capacitación del paciente y/o de sus familias es un componente central de cualquier plan de alta,

siendo su objetivo primordial que al momento de retirarse de la institución se cumpla con el tratamiento prescripto y con las instrucciones brindadas para evitar el riesgo de eventos adversos o de readmisiones evitables.

Se le puede también preguntar al paciente si tiene preferencia por algún miembro de su familia para que se lo involucre más en los planes e instrucciones de alta. En el caso de menores, los planes deberían ser discutidos con ambos padres siempre que sea posible, independientemente de la patria potestad. Muchos pacientes mayores o discapacitados que son internados tenían previo a la internación cuidadores o acompañantes terapéuticos en sus domicilios previo al ingreso. Con la autorización del paciente, los mismos también deberían ser contactados para participar de las instrucciones de alta.

Como parte del proceso de planificación del alta, los pacientes y sus familias deberían ser informados acerca de las alternativas de cuidados post-hospitalarios de acuerdo a su plan de salud (ej: centros de rehabilitación, internación domiciliaria, médicos y centros de diagnóstico de acuerdo a su domicilio, etc). Estas alternativas sólo deben ser presentadas cuando se encuentran médicamente indicadas de acuerdo a lo que se ha planificado. Cuando se brinda esta información a los pacientes, se debe ser cauteloso y no recomendar un proveedor específico si no se sabe a ciencia cierta si se encuentra realmente preparado para dar una respuesta eficaz a las necesidades del paciente. La cautela se justifica por el riesgo de ser responsabilizados por una derivación negligente en el caso de que el paciente tenga una mala experiencia o mala evolución con ese nuevo prestador. El paciente al cual se le recomienda una institución específica razonablemente asume que quien lo deriva tiene un conocimiento superior al de él respecto a la calidad de atención del servicio que allí se brinda. Por esta razón muchas instituciones y profesionales han establecido normas y procedimientos para informar objetivamente acerca de las distintas opciones sin recomendar o respaldar ninguna en particular. En el caso de que se decida lo contrario, el conocimiento de la institución recomendada

debe ser profundo. Por ejemplo, no basta con chequear que un geriátrico se encuentra habilitado para recomendarlo.

### La necesidad de un abordaje interdisciplinario

Si bien la planificación del alta en el hospital debería centralizarse en una sola persona o departamento (ej: internista, médico responsable, enfermería, trabajador/a social, case manager etc.), son muchas las personas que deben involucrarse en el proceso. Es muy probable que cada uno de los profesionales del equipo de salud y del servicio social posea información que los otros no tienen. La enfermera, por ejemplo, puede conocer de primera mano cuál es la situación familiar del paciente. De manera similar, el médico es probablemente la única persona con una clara comprensión de la probable evolución y el pronóstico a mediano y largo plazo. Será muy difícil hacer una transición de calidad si las contribuciones de cada uno de estos individuos no son cuidadosamente consideradas durante el proceso de planificación del alta.

Para garantizar que el plan de alta refleje la sabiduría colectiva de todos los profesionales involucrados en la atención del paciente, algunos hospitales norteamericanos han establecido reuniones especiales de planificación de externalizaciones. Suelen participar de las mismas el médico y las enfermeras a cargo del paciente, trabajadores sociales, nutricionistas, kinesiólogos y toda aquella persona de la institución que haya tenido protagonismo en la atención. En caso de pacientes terminales, pueden participar especialistas en medicina paliativa y tratamiento de dolor.

Luego de consensuar el plan de alta hospitalaria y de obtener la aprobación del paciente para el mismo, cada uno de los profesionales participantes de la junta de alta debería reunirse con el paciente para discutir aspectos específicos de su área. Por ejemplo, el profesional de servicio social tal vez quiera discutir aspectos vinculados a la cobertura de su obra social, mientras que el nutricionista puede querer enfatizar la importancia de una dieta sin sal. De manera similar, pacientes terminales

religiosos pueden querer recibir asistencia espiritual de un sacerdote, etc.

Si bien esto parece requerir un gran gasto de tiempo y de recursos por parte del hospital, los beneficios de programas de esta naturaleza terminan beneficiando a tanto al paciente como a la institución: el primero recibirá una adecuada atención posthospitalaria, disminuyendo la probabilidad de una reinternación, y el hospital hará un uso más efectivo de sus recursos, disminuyendo además la posibilidad de juicios por responsabilidad profesional.

### El resumen de alta o epicrisis

Es relativamente frecuente encontrar en las historias clínicas que llegan a NOBLE para la defensa de casos de responsabilidad profesional la ausencia o la mala confección de esta importante herramienta de comunicación y documentación médica. La misma no debe ser considerada sólo como un "cierre" de lo realizado en la institución, sino que debe servir como primer eslabón de la cadena de seguimiento del paciente. Aún en los casos en los cuales los médicos escriben la epicrisis, el énfasis suele estar puesto en el motivo de internación, el diagnóstico las comorbilidades, los procedimientos realizados y sus complicaciones, etc, con muy poco detalle del plan de alta, que suele limitarse a "control por consultorios externos".

Todo paciente que estuvo internado debe retirarse con una copia de su resumen de alta o epicrisis con instrucciones muy detalladas y específicas que garanticen la continuidad de cuidados. Entre las mismas podemos mencionar:

- Sitio, fecha y hora del próximo control y profesional responsable del mismo
- Signos de alerta que indiquen un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, así como también las acciones que debe llevar a cabo si se presentan.
- Medicamentos

- Dieta
- Qué actividades diarias puede retomar y cuáles no.

En la historia clínica deberá quedar una copia del resumen entregado al paciente firmado por el médico a cargo y eventualmente por el paciente como acuse de recibo, manifestando que recibió y comprendió estas instrucciones y que comprende el programa de posthospitalización recomendado. De esta forma, el hospital se protege de juicios por cualquier daño que el paciente pueda tener a partir del incumplimiento de estas indicaciones. En el caso de derivaciones a un tercer nivel, si el paciente o sus representantes legales lo autorizan, puede enviarse una copia de este resumen.

### Reconciliación de la medicación

Los aspectos vinculados al manejo de la medicación luego del alta de internación deben ser considerados cuando se planifica la externación. Luego de la misma, puede ser que el paciente requiera alguno pero no todos los medicamentos prescritos cuando estaba internado, puede no necesitar más alguno de los remedios que tomaba en su casa antes de ser admitido, o bien puede tener que retomar medicación que fue temporalmente discontinuada durante su estadía hospitalaria. Sin instrucciones precisas, el paciente puede llegar a pensar que debe tomar todos los medicamentos que le daban durante la internación además de los que tomaba habitualmente antes de la misma. Estos factores pueden contribuir a la confusión del paciente acerca de cuáles son los requisitos de medicamentos, aumentando el riesgo de eventos adversos a drogas.

La reconciliación de la medicación del paciente resulta fundamental no sólo en las altas con destino al domicilio sino también en las transferencias entre instituciones con distinto nivel de cuidado. De hecho, de los más de 2.000 errores de reconciliación reportados ante la Farmacopea de los EE.UU (US Pharmacopeia) entre septiembre de 2004 y julio de 2005, el 66% ocurrieron durante transferencias entre distintos niveles de atención, mientras que 22% ocurrieron en la admisión y el

12% al momento del alta hospitalaria.(10) Las instituciones de salud deberían implementar procesos para la reconciliación de la medicación y garantizar que los mismos se lleven a cabo de manera oportuna. Los pacientes, médicos, enfermeras y farmacéuticos deberían participar del proceso.

Entre las recomendaciones para implementar una adecuada reconciliación de la medicación se pueden mencionar las siguientes:

- Desarrolle un formulario que contenga una planilla para la reconciliación de la medicación. El personal que utiliza esta planilla debería ser capaz de comprobar que la medicación ha sido reconciliada.
- Brinde una muy breve explicación por escrito de la razón del cambio de cualquier medicamento, de forma tal que el próximo prestador comprenda el por qué de la modificación.
- Involucre al farmacéutico de la institución en el proceso de reconciliación cuando la lista de medicación alcanza un determinado límite. Generalmente es conveniente hacerlo cuando la lista supera los 10 medicamentos.
- Considere asignar la tarea de reconciliación de la medicación al médico que realizará las indicaciones de alta, de forma tal que no ordene nuevas drogas hasta no haber recibido y revisado el listado actualizado.
- Incluya actividades de reconciliación de la medicación durante los pases de guardia.
- Para recopilar una minuciosa lista de los remedios que toma el paciente en el momento de la admisión, más que pedirle al paciente que recite la lista de los medicamentos que toma, utilice preguntas más abiertas referidas a su condición de salud, a su condición y a los actuales tratamientos.

La reconciliación de la medicación cada vez que las órdenes se escriben o cuando cambia el ámbito o

nivel de atención dentro o fuera de la institución es uno de los Objetivos Nacionales para la Seguridad del Paciente establecidos por la Joint Commission de los EE.UU para todas las instituciones acreditadas. Las mismas deben además entregar al paciente al momento del alta el listado de la medicación que deben tomar, incluyendo las instrucciones de cómo deben hacerlo y por cuánto tiempo. Se les pide a su vez a los pacientes que lleve siempre la lista consigo y que se la presente a cualquier prestador que requiera durante su seguimiento ambulatorio. (ej: clínicos, especialistas, enfermeras, farmacéuticos, etc.). En general, la Joint Commission recomienda que los profesionales comiencen el proceso haciendo dos listas: una con los medicamentos que toma el paciente y otra con los que van a ser indicados. Ambas listas deben ser luego comparadas y luego de desarrollar el plan de atención basándose en toda esta información se debe llegar a una nueva lista única completa la cual debe ser entregada al paciente y eventualmente a quienes continuarán con la atención ambulatoria.

### **Pacientes que se niegan a abandonar la institución**

Ocasionalmente, algunos pacientes que se encuentran en condiciones de alta hospitalaria se niegan a abandonar la institución. Algunos pueden ser incapaces, mientras que otros pueden tener un genuino temor a este momento y considerar que no se encuentran preparados para irse, y que requieren más tiempo o mayor planificación. Por otro lado, no es infrecuente que algunos pacientes quieran manipular el proceso de alta para evitar irse del hospital hacia un lugar que consideran mucho menos deseable, como un geriátrico.

Cuando se trata con pacientes que se niegan a dejar el hospital, la documentación debe ser muy meticulosa. Debe quedar claro en la historia clínica que el paciente se encuentra en condiciones clínicas de alta y que se le ha dado la misma, brindándole instrucciones para el seguimiento post-internación.

Los pacientes competentes que se encuentran en condiciones de alta de internación pero que aún así

se niegan a abandonar la clínica o el sanatorio deberían ser informados de que deberán afrontar los costos que demanden los días que permanece de más. Si esto falla, a la institución puede no quedarle más recurso que recurrir a la vía judicial para desalojarlos como intrusos.

Algunos especialistas legales consideran que es sin embargo más prudente abordar la situación reflexionando sobre los pros y los contras de judicializar este problema, por la potencial propaganda adversa que podría resultar de una mala interpretación de la decisión de alta. Algunos caminos alternativos para la resolución de estas disputas incluyen la participación del Comité de Ética Institucional, la consulta con servicio social, con los auditores de las obras sociales y prepagas, etc. Otros asesores legales son partidarios de una postura más dura con los pacientes competentes. Por ejemplo, dándoles dos semanas de plazo antes de llamar a la policía o dejándole claro que iniciarán acciones para recuperar el dinero que demanden los días agregados de internación.

### **Pacientes que se retiran en contra del consejo médico sin haber sido dados de alta**

Algunos investigadores estiman que entre el 0,8% y el 2,2% de los pacientes que se retiran de las instituciones de agudos los hacen en contra del consejo médico y sin encontrarse en condiciones clínicas de alta de internación. En zonas urbanas grandes, este porcentaje podría llegar al 6%. Los pacientes que más probablemente quieran abandonar el hospital en contra del consejo médico son aquellos con problemas mentales, emocionales o de abuso de drogas, aquellos que no tienen cobertura médica y aquellos que previamente lo han hecho. Durante la admisión, el personal de salud debería tratar de identificar a los pacientes que presentan este riesgo e inmediatamente notificar a las personas que corresponda (médico a cargo, personal de vigilancia, trabajadores sociales, etc.)

Si el paciente es legalmente capaz y desea retirarse, la ley protege su derecho a rechazar el tratamiento. Sin embargo, el personal de salud debe tomar todos

los recaudos que sean necesarios para minimizar los riesgos de dicha decisión. Como el personal de enfermería es generalmente el primero en advertir el deseo del paciente de retirarse a pesar del consejo médico, resulta crucial que el mismo sea capacitado en forma continua sobre el protocolo institucional para manejar dicha situación. Los miembros del personal de salud deberían acercarse al paciente abogando por su seguridad y entablando un diálogo que busque determinar las razones por las que se quiere ir, preguntándole si comprende por qué es necesario que permanezca internado y si está advertido de las posibles consecuencias negativas de su decisión (empeoramiento de su condición, necesidad de reinternarlo de urgencia, etc.). Si el paciente insiste en retirarse, se deberían seguir los siguientes pasos para proteger su seguridad y para disminuir la posibilidad de acciones por responsabilidad profesional:

- Notifique al médico a cargo del paciente o en su defecto al médico de guardia la intención del paciente de abandonar la institución y solicite que le hable personalmente.
- Reitérele y destaque las instrucciones médicas en forma verbal y por escrito para garantizar que el paciente las comprende.
- Informe al paciente sobre las consecuencias que la negativa a permanecer internado puede tener sobre su salud y déjele en claro que su retirada no impide que pueda volver a consultar a la institución cuando quiera. Documente esta discusión en la historia clínica estableciendo que no se le negó al paciente atención y que el mismo comprendía que al abandonar la institución en contra del consejo médico se exponía a sufrir una evolución adversa.

Documente minuciosamente los eventos relacionados con la partida del paciente. Incluya en la documentación las palabras textuales del mismo que motivan su deseo de retirarse y haga que este último firme su decisión en la historia clínica (lo mejor es desarrollar un formulario especial para estos casos -ver un modelo en [www.nobleseguros/blog](http://www.nobleseguros/blog) -Sección "Boletines" Riesgos en Guardia).

## Evaluación del programa de planificación de altas

Las instituciones médicas deben evaluar periódicamente cómo está funcionando su proceso de planificación de altas, examinando las derivaciones, el giro cama, las tasas de transferencia a instituciones de tercer nivel, a otros hospitales, a internación domiciliaria etc. También sirve a este propósito el análisis de las quejas y las encuestas de satisfacción. Además, las instituciones pueden evaluar si los pacientes externados debieron consultar en la guardia o ser nuevamente admitidos y si esto se debió a una pobre planificación del alta. Desde el área de calidad pueden a su vez realizarse estudios para identificar problemas con la comunicación y la documentación entre los participantes del proceso, o problemas con los centros a los que fueron derivados para continuar su recuperación. Los hallazgos de estas evaluaciones pueden ser utilizados para realizar cambios en el proceso de planificación de altas. ■ <<<



## BIBLIOGRAFÍA

1. Forster Aj, Murff HJ, Peterson JF et al. The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Ann Intern Med* 2003 Feb 4; 138(3):161-7
2. Department of Health. UK Health & Social Care Joint Unit and Change Agents Team. Discharge from hospital: pathways, process and practice. 28. Jan 2003
3. ECRI Institute. Healthcare Risk Control. Discharge Planning. Risk Analysis Patient Support Services 3. Vol 2. May 2007
4. Joint Commission. Comprehensive accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission 2006.
5. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): Medicare program: notification of hospital appeal rights; final rule. *Fed Regist* 2006 Nov 27; 71(227): 68707-25
6. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS): Medicare programs: Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): program revisions; final rule. *Fed Regist* 2006 Dec. 8 71(236); 71243-337
7. NHS Institute for Innovation and Improvement. Discharge Planning. 2008
8. Zwicker D, Picariello G. Discharge planning for the older adult. In: Mezey M, Fulmer T, Abraham I, et al. eds. *Geriatric nursing protocols for best practice*, 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, Inc; 2003:292-316
9. Vanderbilt University Medical Center (VUMC). Discharge planning process guidelines, CL 30-03-03 (Online) 2002 vumcpolicies.mc.vanderbilt.edu
10. Joint Commission. Using medication reconciliation to prevent errors. Sentinel Event Alert.
11. Joint Commission Reconciliation handbook.- Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission 2006.
12. Leech Ee. When your patient threatens to walk RN WEB 2005. Sept. 1.