



G-019 - CAUSAS DE RETRASO DEL ALTA HOSPITALARIA POR PROBLEMAS NO MÉDICOS EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

R. Carrillo Gómez, J. Pascual Pareja, C. García Cerrada, E. Monteoliva, J. Nieto Guerrero, M. Martínez Prieto, M. Jaras Hernández, A. Noguero Asensio

Hospital Cantoblanco-La Paz. Madrid.

Resumen

Objetivos: Cada vez es más frecuente que algunos pacientes permanezcan más tiempo ingresados por motivos no médicos y se llama alta retrasada o diferida, "delayed discharge". Nuestro objetivo es determinar el porcentaje de paciente con alta retrasada y la pérdida de días útiles de hospitalización que ocasionan y analizar las causas no médicas que lo retrasan, así como su relación con las características socio-familiares y con el estado basal previo de los pacientes.

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de los pacientes del servicio de Medicina Interna del hospital de Cantoblanco-La Paz de enero a diciembre de 2014. Se incluyeron 895 pacientes de 1417 altas hospitalarias. Se consideraron pérdidas de días útiles de hospitalización al exceso de días de ingreso sin causa médica que lo justificase.

Resultados: El 61,3% fueron mujeres y la mediana de la edad fue de 85,7 (RIQ: 79-90). El 5,1% de los pacientes no tenía familia; el 33,9% vivían en residencia y 39,8% tenía un cuidador próximo. En cuanto a sus características previas al ingreso, el 48,1% de los pacientes presentaban deterioro cognitivo, siendo de moderado a grave en un 36,5% (test de Pfeiffer). El 78,8% presentaba un grado de dependencia de moderada a total (Índice de Barthel modificado). El grado de co-morbilidad se evaluó con el Índice de Charlson y tuvo una mediana de 6 (RIQ: 5-8). De las altas que se produjeron, un 11,3% (IC95%: 10,03-12,54) se demoraron por problemas no médicos, con el resultado de pérdida de 1.113 días útiles de hospitalización. La mediana de demora fue de 7 días (RIQ: 3-12 días). Un 0,9% de los pacientes ingresaron directamente por problemática social. Las causas relacionadas con el retraso fueron: la gestión de plaza en residencia o hospital de media estancia o centro de acogida: 65,3%; la espera de resolución familiar: 28,7%; el acondicionamiento del domicilio: 7,9%; falta de preparación física al alta: 11,9%; espera resolución pruebas médicas: 7,9%; problemas psiquiátricos: 5%; otros 2%. No tener una residencia previa al ingreso se asociaba estadísticamente con la presencia de alta retrasada ($p < 0,001$). El sexo, estado civil, tener familia o cuidador y los ingresos económicos no se asociaba con la presencia o ausencia de retraso. La mediana y RIQ de test de Pfeiffer en los pacientes con retraso al alta respecto a lo que no fue 5 (1-10) vs 2 (0-7), $p = 0,001$. La mediana y RIQ de índice de Barthel en los pacientes con retraso al alta respecto a los que no fue 40 (20-70) vs 60 (25-90), $p = 0,002$. El grado de co-morbilidad (I. de Charlson) anterior al ingreso no se asoció con retraso al alta de forma estadísticamente significativa ($p = 0,087$).

Discusión: Los resultados de nuestro estudio muestran una importante pérdida de días útiles de hospitalización en nuestro centro. Muchas veces se trataba de pacientes con deterioro cognitivo y grado de dependencia alto, lo que obligaba a solicitar otros recursos para el alta que tardaban en resolverse. Este retraso no apareció en los pacientes que venían ya de residencia. Todo ello refleja la falta de coordinación entre los recursos sociales y los sanitarios, y supone una gran sobrecarga para los servicios de Medicina interna que los atienden.

Conclusiones: Un 11% de los pacientes ingresados tuvieron alta retrasada, ocasionando pérdida de 1.113 días útiles de hospitalización. La presencia de alta retrasada se asociaba con el hecho de no vivir en residencia y con el grado de deterioro cognitivo y funcional.