



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ORIGINAL

Retraso del alta hospitalaria por motivos no médicos[☆]

D. Mendoza Giraldo^{a,*}, A. Navarro^a, A. Sánchez-Quijano^a, A. Villegas^b, R. Asencio^a
y E. Lissen^a

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Unidad de Trabajo Social, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 6 de diciembre de 2011; aceptado el 19 de diciembre de 2011

Disponible en Internet el 2 de marzo de 2012

PALABRAS CLAVE

Altas diferidas;
Adecuación de estancias;
Medicina interna

Resumen

Antecedentes: Un alta diferida es la que se produce cuando, desde el punto de vista clínico, un paciente es dado de alta del hospital, pero continúa ocupando la cama por un problema no médico. Esta circunstancia sobrecarga el sistema sanitario, pero la frecuencia real de la misma y la pérdida de días útiles de hospitalización que ocasiona no han sido evaluadas en nuestro país hasta la fecha.

Objetivo: Analizar la demora del alta efectiva por razones no médicas en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel y determinar los factores clínicos y sociofamiliares asociados a esta situación.

Pacientes y métodos: Estudio observacional y prospectivo, que analizó las características de los pacientes cuya alta se demoró por motivos no médicos durante 12 meses.

Resultados: De las 4.850 altas que se produjeron en el Servicio de Medicina Interna, 170 (3,5%) se demoraron por problemas no médicos. Ello supuso una pérdida de 1.603 días útiles para hospitalización de otros enfermos. La mediana de demora fue de 5 días (rango: 3-12 días). Los pacientes con altas diferidas tenían una edad más avanzada, mayor prevalencia de enfermedad cerebrovascular aguda y problemas relacionados con el consumo de alcohol o benzodiazepinas. Los motivos principales aducidos para no irse de alta fueron: la sobrecarga y/o incapacidad de los familiares para el cuidado del enfermo por imposibilidad de conciliar los cuidados que requería con la vida laboral (51,8%), y la carencia de familiares o red de apoyo social (21,8%).

Conclusiones: Las altas diferidas por motivos no médicos son frecuentes y están motivadas principalmente por dificultades sociofamiliares para hacerse cargo de los pacientes tras el ingreso hospitalario. Suponen una gran sobrecarga para los hospitales.

© 2011 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

[☆] Este trabajo ha sido galardonado con el premio «Dr. López-Laguna» 2011, otorgado por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianamendozagiraldo@hotmail.com (D. Mendoza Giraldo).

KEYWORDS

Delayed discharge;
Appropriateness of
stay;
Internal medicine

Impact of delayed discharge for nonmedical reasons in a tertiary hospital internal medicine department

Abstract

Background: Delayed discharge occurs from a clinical point of view when a patient is considered medically fit for discharge but continues occupying a bed due to a nonmedical problem. This circumstance overloads the care system, however, its real frequency and loss of useful days of hospitalization have not been evaluated in Spain up to date.

Objective: To analyze the frequency of hospital delayed discharges due to non-medical reasons in a tertiary hospital Internal Medicine Department and to determine the clinical and socio-familial factors related to this situation.

Patients and methods: An observational and prospective study was performed to analyze the characteristics of the patients whose discharge was delayed for nonmedical reason over a 12-month period.

Results: There were 4850 discharges in the Internal Medicine Department, 170 (3.5%) of which were delayed because of nonmedical problems. This accounted for a loss of 1603 useful days of hospitalization for other patients within one year. The median delay was 5 days (range: 3-12). Patients with delayed discharges were elder and had a higher prevalence of acute cerebrovascular disease as well as alcohol or benzodiazepines use related problems. The main causes were the overload or inability of the family to care for the patient and the impossibility to combine patient care with the family's working life (51.8%), and lack of family or social support network (21.8%).

Conclusions: Delayed discharges for nonmedical reasons are frequent and mainly motivated by social-familial problem to take charge of the patients after their hospitalization. This accounts for a significant overload for the hospitals.

© 2011 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Un problema frecuente en los Servicios de Medicina Interna es cuando, desde el punto de vista clínico, un paciente ingresado se considera que puede ser dado de alta, pero continúa ocupando una cama. Este hecho tiene consecuencias negativas para el paciente y para el sistema sanitario¹. El problema del «alta diferida» escasamente tratado en la literatura médica española, ha sido objeto de numerosas investigaciones en el Reino Unido, Suecia o EE. UU.²⁻⁵: «delayed discharge», que en español podríamos traducir como «alta diferida»⁶.

Pese a que esta nueva problemática hospitalaria comienza a pesar de forma creciente en nuestro entorno, la frecuencia de la misma y la pérdida de días útiles de hospitalización que ocasiona no han sido evaluadas hasta la fecha. Dicho análisis proporcionaría información valiosa al inicio de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia⁷.

Para intentar dar respuesta a estos interrogantes se diseñó el presente proyecto cuyos objetivos han sido analizar la frecuencia con la que se producen altas con demora por razones no médicas en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel y evaluar la pérdida de días útiles de hospitalización que conlleva. Adicionalmente, analizar los motivos causantes, así como determinar posibles diferencias clínicas de estos pacientes con respecto al global de los pacientes que ingresan en Medicina Interna.

Pacientes y métodos

Estudio unicéntrico, observacional, abierto y prospectivo, en el que fueron incluidos todos los pacientes ingresados

en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR) cuya alta se demoró por motivos no médicos (alta diferida) a lo largo de un año natural (entre el 1 de febrero de 2008 y el 31 de enero de 2009). El HUVR es un hospital terciario de 1.205 camas, 130 de ellas correspondientes a Medicina Interna, que presta asistencia a una población de 550.500 habitantes y es hospital de referencia para un área de 1.434.000 habitantes.

El HUVR dispone de una unidad de trabajo social que atiende más de 4.000 pacientes cada año. El área sanitaria cuenta con un hospital de cuidados paliativos con 20 camas y con un hospital de cuidados mínimos con plazas concertadas. Dispone de servicio de hospitalización domiciliar que atiende unos 800 casos al año. En el área metropolitana de Sevilla existen 3.052 plazas en residencias públicas y concertadas y 258 plazas en unidades de respiro familiar.

Los datos se recabaron analizando semanalmente las historias clínicas de cada uno de los pacientes que había sido declarado por su médico responsable clínicamente listo para el alta pero que, por el contrario, permanecía ingresado en el hospital, a través de registro en la historia clínica realizado por el clínico responsable del paciente o de interconsultas escritas a la Unidad de Trabajo Social o a la Subdirección Médica.

Se recogieron las variables demográficas, motivo de ingreso y diagnóstico principal (CIE-9 modificado). Se registró la fecha del ingreso, la fecha del alta médica, establecida según criterio del clínico responsable, la fecha del alta hospitalaria real (momento en el que el paciente abandonaba efectivamente el hospital) y el tiempo transcurrido entre el alta médica y el alta real. Se recogieron la causa o causas determinantes de la estancia indebida generada,

¿Qué sabemos?

El «alta diferida» (un paciente es dado de alta del hospital, pero continúa ocupando la cama por un problema no médico) es frecuente en los Servicios de Medicina Interna. Desconocemos la relevancia de este problema asistencial en España.

Qué aporta este estudio?

En un Servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel se produjo un 3,5% de «altas diferidas» en 12 meses. La demora media fue de 5 días (rango: 3 a 12 días). Esta circunstancia se asoció a mayor edad, problemas relacionados con el alcohol o benzodiazepinas y enfermedad cerebrovascular aguda.

así como las medidas ejecutadas para paliar el problema y conseguir el alta real.

Se registraron por un lado los motivos de la imposibilidad para el alta por parte de los familiares y/o pacientes (asignados por el trabajador social y/o clínico responsable), englobándose en los siguientes grupos: carencia de familiares y/o red de apoyo social; sobrecarga y/o incapacidad de los familiares para cuidar o imposibilidad de conciliar cuidados y vida laboral; no preparación al alta (no estar adiestrados en el manejo de los cuidados, insuficiente rehabilitación o movilización del paciente en planta); domicilio inadecuado (barreras arquitectónicas, inhabitable, insalubre); carencia de domicilio; y otros, como problemas con el traslado. Por otro lado, se registró el motivo de la demora en sí: espera de respuesta o de plaza vacante tras demanda de traslado a un hospital concertado; búsqueda de recurso privado (residencia, cuidador); búsqueda de recurso público; espera de resolución de la situación familiar; espera de acondicionamiento del domicilio, y otros.

Se recogió el destino inicialmente previsto, definido como el destino idóneo dentro de las posibilidades locales existentes, acordado por el trabajador social y/o clínico responsable con la familia y/o paciente, así como el destino final al alta real. Ambos fueron registrados como: domicilio sin ayuda; domicilio con ayuda (Servicio de Ayuda a Domicilio [SAD] privado, SAD público, teleasistencia, ayudas técnicas, estancias diurnas); residencia privada; residencia pública o concertada; unidad de respiro familiar; centro de acogida; hospital de larga estancia y otros. Se registraron asimismo los pacientes que fueron éxitos durante la estancia hospitalaria y los motivos del mismo.

Por otro lado, se obtuvieron de los registros oficiales del hospital los datos estadísticos, demográficos y clínicos pertinentes de todos los pacientes ingresados en el Servicio de Medicina Interna cuya alta hospitalaria no generó conflicto extra-médico alguno durante el año en el que se llevó a cabo el estudio.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables del estudio. Para ello usamos frecuencias absolutas y relativas en el caso de variables cualitativas. Las variables cuantitativas se expresan mediante media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico (p25-p75) según proceda. La

comparación de proporciones se llevó a cabo mediante la prueba χ^2 de Pearson para variables cualitativas y para el análisis de variables cuantitativas se utilizó la t de Student. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Se utilizó el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 18.0.

Resultados

Entre el 1 de febrero de 2008 y el 31 de enero de 2009 se produjeron 4.850 altas en el Servicio de Medicina Interna, de las cuales 170 (3,5%) (correspondientes a 164 pacientes) se demoraron por problemas no médicos. La mediana de demora desde el alta clínica hasta el alta hospitalaria real fue de 5 días (rango: 3 a 12 días), lo que supuso un total de 1.603 días de estancia indebida o pérdida de días útiles de hospitalización. La mediana de la estancia fue de 16 días (rango: 10 a 22 días) a diferencia de la mediana de estancia del Servicio de Medicina Interna, de 7 días (rango: 4 a 12 días). Esto supuso un exceso de 1.530 días, que con la mediana de estancia referida habría proporcionado 218 altas más; una actividad global de 15 días del Servicio de Medicina Interna de este hospital.

El 50,3% eran varones y el 49,7% mujeres con una edad media de $75,74 \pm 12,65$ años, mayor que la del total de los pacientes ingresados en Medicina Interna ($70,33 \pm 15,74$) ($p < 0,05$).

Los motivos de ingreso más frecuentes de los enfermos con «alta diferida» fueron: disnea (24,4%), déficit neurológico motor (13,4%), disminución del nivel de conciencia (10,5%), deterioro del estado general (9,9%) y síndrome febril (9,3%). Destacar, que en un 1,2% (2 pacientes) el motivo de ingreso fue la claudicación familiar y la problemática social sin ningún desencadenante médico. La frecuencia de los diferentes diagnósticos principales difirió de la observada en el global de pacientes ingresados en Medicina Interna, siendo mayor la enfermedad cerebrovascular aguda y problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o benzodiazepinas y menor el síndrome coronario agudo. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el resto de diagnósticos (tabla 1).

En 168 casos (98,8%), el motivo del alta diferida fue algún problema relacionado con el ámbito sociofamiliar, mientras que en los 2 restantes (1,17%) se debió a problemas con el servicio encargado del traslado de los pacientes. El 92,4% de los casos fue valorado por la unidad de trabajo social del HUVR. Los motivos principales por los que el alta no se efectuó el día establecido por el médico responsable se recogen en la figura 1.

Las razones de la demora en sí, desde la identificación del problema hasta el alta real se recogen en la tabla 2.

En la figura 2 se representan gráficamente los destinos inicialmente previstos y los destinos finales al alta.

Veintisiete (15,7%) pacientes cuya alta se vio demorada fallecieron en espera del recurso solicitado, siendo una complicación nosocomial la causa del éxitus en 5 (18%) de ellos (4 pacientes por neumonía y uno por infección urinaria).

Discusión

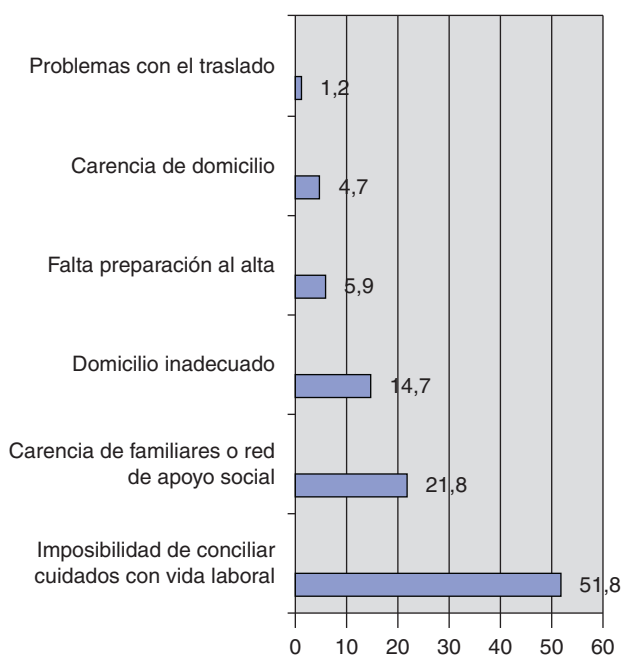
Los resultados evidencian la existencia de un considerable porcentaje de «altas diferidas» por razones no médicas en

Tabla 1 Diferencias comparativas en el diagnóstico principal del ingreso (se reflejan los diagnósticos más frecuentes)

Diagnóstico principal	Altas diferidas (%) N = 170	Altas no diferidas (%) N = 4.680	p
Enfermedad cerebrovascular aguda	29 (17%)	167 (3,6%)	< 0,01
Neoplasia	27 (15,8%)	517 (11%)	0,06
Infección respiratoria	19 (11,1%)	523 (11,2%)	0,9
Insuficiencia cardiaca	18 (10,5%)	493 (10,5%)	0,9
Problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o benzodiacepinas	11 (6,4%)	123 (2,6%)	0,003
Síndrome coronario agudo	8 (4,7%)	473 (10,1%)	0,01
Reagudización de la enfermedad pulmonary obstructive crónica	8 (4,7%)	315 (6,7%)	0,2
Complicaciones secundarias a hepatopatía crónica	5 (2,9%)	115 (2,5%)	0,7

Prueba χ^2 de Pearson.**Tabla 2** Motivos y mediana de la demora por grupos en las altas diferidas por motivos no médicos

Motivo de la demora	Número de casos (%) N = 170	Mediana de la demora en días (rango)
Realización de gestiones para obtener un recurso público ^a	68 (40%)	7 (1-66)
Realización de gestiones para obtener un recurso privado ^a	55 (32,3%)	5 (1-13)
Espera de respuesta o de plaza vacante en hospital concertado	23 (13,5%)	5 (1-81)
Espera de resolución de la situación familiar	12 (7%)	2 (1-42)
Acondicionamiento del domicilio	8 (4,7%)	8 (1-44)
Aprendizaje de los cuidados necesarios	2 (1,1%)	2 (1-3)
Espera de traslado en ambulancia	2 (1,1%)	1 (1)

^a Plaza en residencia o cuidador profesional.**Figura 1** Motivo principal que ocasionó el «alta diferida» (porcentajes).

el Servicio de Medicina Interna donde se realizó el estudio, lo que implica un uso poco eficiente de camas hospitalarias y una pérdida de días útiles de hospitalización.

Nuestro estudio, sin embargo, muestra ciertas limitaciones. No fueron registradas inicialmente las características sociofamiliares de los pacientes, por lo que no podemos afirmar que exista un perfil sociofamiliar previo predictor de un alta demorada. Tampoco se registró el status funcional basal, por lo que no es posible asegurar una relación de causalidad entre la disminución del mismo y el problema al alta. Además, el fenómeno de las altas diferidas está condicionado por los recursos sociosanitarios locales, por lo que los resultados y su comparabilidad se ven limitados².

Otro aspecto debatible es la propia definición de alta diferida. Existen múltiples herramientas que pretenden establecer la adecuación de una estancia hospitalaria y determinar consiguientemente si un alta es adecuada o está siendo indebidamente prolongada. Se han creado modelos matemáticos que otorgan un peso a cada paciente en función de sus características adjudicándole una estancia media previsible⁸. Otros autores han tratado de establecer escalas con criterios de fácil aplicación para los clínicos, siendo el más validado el *Appropriateness Evaluation Protocol*⁹⁻¹⁴. El criterio del clínico se ha considerado clásicamente el *gold standard*. Sin embargo, este puede verse influenciado por la experiencia del médico, por su especialidad¹⁵, o por un

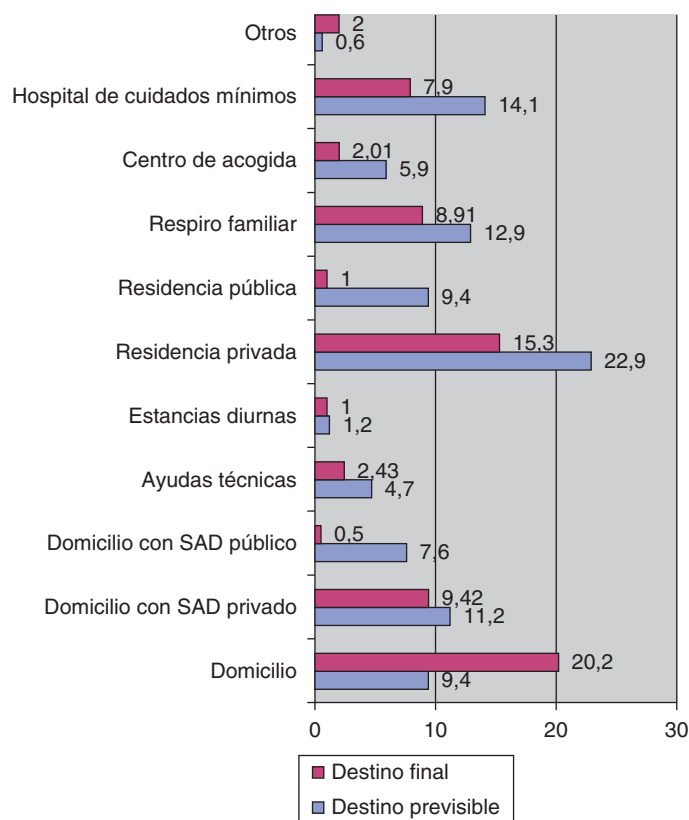


Figura 2 Destino inicialmente previsto y destino al alta de los enfermos con «alta diferida» por motivos no médicos (porcentajes).

mayor o menor grado de colaboración, lo que podría suponer una infraestimación del número de altas diferidas. A pesar de ello, ha sido el refrendado por el Departamento de Sanidad Británico en el año 2001 en un comunicado en el que se establece además dicho término «delayed discharge» como el idóneo para denominar este fenómeno, que hasta la fecha había recibido denominaciones tan diversas como «blocked-bed», «backup», «backlogs», «long-stays» o «outliers»⁶.

En nuestro estudio la proporción y la duración de las altas diferidas es menor que en estudios previos, que encuentran una proporción de altas diferidas del 4,8 al 66% de las altas con una demora media de entre 6,5 y 29 días^{2-5,16}. Estas diferencias podrían atribuirse a diferencias metodológicas y a las diversas circunstancias locales reseñadas.

Los motivos principales que desencadenan un alta diferida en nuestro medio son muy similares a los hallados en otros países¹⁶, así como las características clínicas de los pacientes, que son mayoritariamente de edad avanzada^{2-5,16} y con afecciones que suponen un brusco deterioro de la situación funcional y aumentan ostensiblemente la fragilidad y la dependencia como la enfermedad cerebrovascular aguda¹⁷.

Probablemente debido a diferencias económicas, organizativas y socioculturales, en los países anglosajones y nórdicos este fenómeno ha aparecido con anterioridad, existiendo múltiples publicaciones al respecto, las primeras de las cuales datan de la década de 1950^{18,19}. En las últimas décadas se han implementado reformas políticas que tratan de reducir las altas diferidas en los hospitales públicos. Todas ellas siguen un modelo similar: transferir las costas

de la estancia hospitalaria de estos pacientes a los servicios sociales. De este modo, países como Suecia, Escocia o el Reino Unido han conseguido reducir las altas diferidas, aunque no tan sustancialmente como cabría esperar^{5,20-23}. En España se aprobó en 2006 la «Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia», un proyecto del gobierno para financiar las necesidades de las personas dependientes⁷. Se trata de un paso favorable, pero el proceso para su adjudicación resulta demasiado lento como para modificar notablemente el problema de las altas diferidas.

A pesar de los problemas previamente reseñados, la existencia de altas diferidas puede ser también reflejo de un fracaso en el proceso de planificación del alta⁶, que se ha mostrado como una herramienta crucial para disminuir la aparición de un alta diferida o al menos reducir la demora. La planificación del alta debe ser llevada a cabo desde que el paciente ingresa en el hospital, siendo crucial realizar una valoración integral del paciente que incluya la situación sociofamiliar y económica²⁴⁻²⁶. En este sentido, en algunos hospitales se han puesto en marcha programas de detección precoz de pacientes en riesgo social con resultados alentadores²⁷, si bien hasta la fecha no se incluyen afecciones médicas como posibles factores predictores de un problema al alta, y es posible que la enfermedad cerebrovascular aguda sea una de ellas.

La existencia de altas diferidas en un sistema sanitario es un fenómeno con múltiples aristas que refleja varias circunstancias complejamente entrelazadas. Por un lado, el envejecimiento progresivo de la población, con una

proporción creciente de personas dependientes. Por otro, los cambios sociales experimentados en las últimas décadas que han modificado las estructuras sociofamiliares. Revelan también la necesidad de hacer una valoración integral del paciente. Pero, por encima de todo, reflejan las deficiencias de nuestro sistema sociosanitario para responder a las demandas de la sociedad actual y la descoordinación existente entre las estructuras sociales y las sanitarias²⁸.

Es previsible que nos encontremos ante un problema emergente en nuestro país y probablemente en otros países mediterráneos. Esperamos generar estudios similares que analicen esta problemática cada vez con mayor profundidad. De este modo, conoceríamos su distribución a nivel nacional y podríamos evaluar la influencia de las distintas políticas sociales en curso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores expresan su gratitud a Antonio Bocanegra, por su inestimable colaboración en la recogida de datos y el análisis de los mismos, y a Manuel García-Gutiérrez, por su gran ayuda en la búsqueda bibliográfica.

Bibliografía

- Kydd A. The patient experience of being a delayed discharge. *J Nurs Manag.* 2008;16:121-6.
- Falcone D, Bolda E, Crawford Leak S. Waiting for placement: an exploratory analysis of determinants of delayed discharges of elderly hospital patients. *Health Serv Res.* 1991;26:339-74.
- Glasby J, Littlechild R, Pryce K. Show me the way to go home: a narrative review of the literature on delayed hospital discharges and older people. *Br J Soc Work.* 2004;34:1189-97.
- Glasby J, Littlechild R, Pryce K. All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people. *J Health Serv Res Policy.* 2006;11:52-8.
- Styrborn K, Thorslund M. 'Bed-blockers': delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health Policy.* 1993;26:155-70.
- Manzano-Santaella A. From bed blocking to delayed discharges: precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Res.* 2010;23:121-7.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299/2006.
- Harrison G, Ivatts S, Millard P. Mathematical modeling: how and why. *Br J Health Care Manag.* 2003;9:144-50.
- Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care.* 1981;19:855-71.
- San Román Terán C, Guil García M, Fernández Sepúlveda S, Lorca Gómez J. Ingresos y estancias inadecuadas en medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2002;118:57.
- Rodríguez Vera FJ, Marín Fernández Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol de la Llave E. Adecuación de los ingresos y estancias en un Servicio de Medicina Interna de un hospital de segundo nivel utilizando la versión concurrente del AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). *An Med Interna (Madrid).* 2003;20:297-300.
- Zambrana García JL, Delgado Fernández M, Cruz Caparros G, Martín D, Escalante M, Díez García F, Ruiz Bailén M. Factores predictivos de estancias no adecuadas en un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc).* 2001;117:90-2.
- Suárez García F, Oterino de la Fuente D, Peiro S, Libroero J, Barrero, Raya C, et al. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:237-48.
- Ollero Baturone M. Adecuación y utilidad del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc).* 2001;116:655-7.
- Mc Donagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. *Health Policy.* 2000;53:157-84.
- Bryan K, Gage H, Gilbert K. Delayed transfers of older people from hospitals: causes and policy implications. *Health Policy.* 2006;76:194-201.
- Tan WS, Chong AF, Chua K, Heng BH, Chan KF. Factors associated with delayed discharges after inpatient stroke rehabilitation in Singapore. *Ann Acad Med Singapore.* 2009;39:435-41.
- Rosenfeld LS, Goldman F, Kaprio LA. Reasons for prolonged hospital stay. *J Chronic Dis.* 1957;6:141-52.
- Rubin SG, Davies GH. Bed blocking by elderly patients in general hospital wards. *Age Ageing.* 1975;4:142-7.
- Godden S, McCoy D, Pollock AM. Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. *J R Soc Med.* 2009;102:22-8.
- Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull.* 2010;95:33-46.
- Manzano-Santaella A. Disentangling the impact of multiple innovations to reduce delayed hospital discharges. *J Health Serv Res Policy.* 2010;15:41-6.
- McCoy D, Godden S, Pollock AM, Bianchessi C. Carrot and sticks? The Community Care Act (2003) and the effect of financial incentives on delays in discharge from hospitals in England. *J Pub Health.* 2007;29:281-7.
- Pearson P, Procter S, Wilcockson J, Allgar V. The process of hospital discharge for medical patients: a model. *J Adv Nurs.* 2004;46:496-505.
- Dainty P, Jimmy E. Timely discharge of older patients from hospital: improving the process. *Clin Med.* 2009;9:311-4.
- Zapatero Gaviria A. ¿Por qué es importante el informe médico de alta? *Rev Clin Esp.* 2010;210:355-8.
- Planificación del alta social sanitaria en situaciones de riesgo social. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias [consultado 11 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.pdf>.
- Gómez Pavón J, Martín Lesende I, Baztán Cortés JJ, Regato Pajares P, Formiga Pérez F, Segura Benedito A, et al. Prevención de la dependencia en las personas mayores. *Rev Clin Esp.* 2008;208:361, e1-e39.