

Análisis y desarrollo del proceso de alta a domicilio de las personas mayores frágiles: enfoque desde la perspectiva de los pacientes y los profesionales

Analysis and development of the home discharge process for frail elderly: a patient and professional perspective approach

DOI: S1134-928X2025000300003

Maite Franco Romero^{1,5,*}

Cristina Surís Palou²

Elena Moral López³

Carolina Vega López⁴

Pilar González Gálvez²

1. Hospital de Atención Intermèdia. Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona, España.
2. Facultat de Ciències de la Salut. Universitat Ramon Llull. Blanquerna. Barcelona, España.
3. EBA Vallcarca-Sant Gervasi. Centro de Atención Primaria Vallcarca. Barcelona, España.
4. Centro de Atención Primaria Larrard. Parc Sanitari Pere Virgili. Barcelona, España.
5. Instituto de Investigación Vall d'Hebrón. Grupo de investigación en envejecimiento, fragilidad y transiciones (ReFit). Barcelona, España.

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: mfranco@perevirgili.cat (Maite Franco Romero).

Recibido el 6 de agosto de 2024; aceptado el 24 de enero de 2025.

RESUMEN

Objetivo: Describir el proceso de alta hospitalaria a domicilio para personas mayores frágiles como base para diseñar un protocolo de atención al alta. **Metodología:** Estudio cualitativo exploratorio que utiliza entrevistas y grupos focales como técnica de recopilación de datos. Se llevaron a cabo 4 entrevistas a pacientes con algún ingreso durante el último año y 4 entrevistas a pacientes con alta programada para las siguientes 48 h, y 7 entrevistas a profesionales de atención primaria y 4 a profesionales de atención hospitalaria. También se realizaron 2 grupos focales con profesionales y pacientes, respectivamente. **Resultados:** Se identificaron aspectos y necesidades que durante el proceso de alta juegan un papel esencial, relacionados con el propio paciente, con el sistema sanitario y con los profesionales implicados, que permitieron definir las bases de actuación en el proceso de alta a domicilio de los pacientes frágiles. **Conclusión:** Basar la preparación al alta adaptándola sobre la base de la alfabetización en salud y considerando que la fase de incertidumbre de los pacientes frágiles deviene un punto clave en las intervenciones al alta de este grupo de población. Identificar puntos clave en el proceso de alta hospitalaria permitirá futuras investigaciones destinadas a mejorar dicho proceso para esta población, ya que durante las entrevistas se hizo evidente la necesidad de desarrollar protocolos con el objetivo de disminuir la variabilidad en la atención a este grupo de población.

PALABRAS CLAVE: Fragilidad, atención primaria de salud, PRO y PRE, alta del paciente, participación del paciente.

ABSTRACT

Objective: To describe the process of home hospital discharge for frail elderly people as a basis for designing a discharge care protocol. **Methodology:** Exploratory qualitative study using interviews and focus groups as data collection technique. 4 interviews were conducted with patients with some admission during the last year and 4 interviews with patients scheduled for discharge within the next 48 h, and 7 interviews with primary care professionals and 4 with hospital care professionals. Two focus groups were also conducted with professionals and patients respectively. **Results:** Aspects and needs that play an essential role during the discharge process were identified, related to the patient, the health system and the professionals involved. These made it possible to define the bases of action in discharge home of frail patients. **Conclusion:** Basing the intervention on the preparation for discharge by adapting it according to the health literacy and uncertainty phase of frail patients becomes a key point in the interventions at discharge process. Identifying key points in the hospital discharge process will allow future research aimed at improving this process for this population. During the interviews, it became evident the need to develop protocols with the objective of reducing variability in the care of this population group.

KEYWORDS: Frailty, primary health care, PRO and PRE, patient discharge, patient participation.

■ INTRODUCCIÓN

La idea de fragilidad está íntimamente vinculada al envejecimiento, y a pesar de que se trata de un concepto que aún requiere consenso en su definición, sobre todo en lo que se refiere a su evaluación, la comunidad

científica muestra acuerdo en identificar que las hospitalizaciones se destacan como uno de los principales eventos adversos en la población mayor frágil. Las hospitalizaciones son un punto de inflexión que puede afectar el nivel de fragilidad y provocar un consumo de recursos evitable¹⁻⁴.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la muestra

	Pacientes	Profesionales
Criterios de inclusión	Edad mayor de 65 años	Profesionales de la salud con más de 1 año de experiencia en el cuidado de la fragilidad
	Puntuación en escala de fragilidad > 2	Al menos una hospitalización o alta planificada a domicilio en < 48 h en los últimos 3 meses
Criterios de exclusión	Incapacidad para leer, escribir o comunicarse oralmente	Menos de 1 año de experiencia
	Deterioro cognitivo severo	

Todas las organizaciones dependen de sus clientes y deben orientarse a ellos, por lo que es necesario que comprendan las necesidades actuales de estas personas y también las que se prevén para el futuro^{5,6}. Partiendo de esta perspectiva y centrándonos en el ámbito de la salud, no podemos determinar el valor concreto de una acción o un servicio si no incluimos la perspectiva del usuario en la evaluación de la atención sanitaria y, anticipadamente, en su diseño^{5,6}. Los resultados clínicos que son importantes para los profesionales de la salud pueden no tener la misma importancia para los usuarios. Ligado a ello, existe un interés creciente en incorporar la perspectiva del usuario en el manejo de enfermedades a través de los resultados reportados por el paciente (PRO, por sus siglas en inglés), que son resultados de salud identificados por los usuarios como importantes o necesarios. En esta línea, también es importante destacar la evaluación de la experiencia del paciente en un proceso o situación de enfermedad llamada experiencia reportada por el paciente (PRE, por sus siglas en inglés) para poder adaptar las intervenciones a las necesidades de las personas dentro del sistema sanitario⁷⁻¹⁰. La interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes debería traducirse en resultados clínicos que estuvieran realmente centrados en las necesidades de dichas personas^{5,7,11,12}.

Reconociendo la oportunidad de realizar estudios que incorporen la perspectiva del paciente, se propone la implementación de la atención centrada en el valor como herramienta de soporte y análisis para el proceso que el paciente sigue desde que es dado de alta hospitalaria hasta que es recibido en atención primaria (AP)^{4-6,10,13}.

■ OBJETIVOS

- *Objetivo principal.* Determinar las prioridades de los mayores frágiles respecto a su proceso de alta hospitalaria.
- *Objetivos específicos.* Identificar PRO relevantes para los pacientes frágiles durante el proceso de alta a domicilio. Identificar PRE relevantes para los profesionales implicados en el alta a domicilio de los pacientes frágiles.

■ METODOLOGÍA

Diseño del estudio

Se planteó un estudio de enfoque cualitativo, descriptivo con triangulación de las técnicas de recogida de datos, utilizando entrevistas en profundidad y grupos focales, con el objetivo de verificar las tendencias detectadas o quizás observar distintas visiones sobre el tema para su validación¹⁴.

Este diseño implicaba proporcionar un marco inicial de preguntas abiertas y permitir suficiente flexibilidad para que los participantes se expresaran libremente, profundizando en aspectos significativos¹⁴. Se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva para identificar los conceptos principales, se utilizó como base el sistema de DeCS (descriptores en ciencias de la salud), garantizando la estandarización terminológica y la inclusión de conceptos relevantes para el estudio. Los descriptores seleccionados incluyeron “Fragilidad”, “Autocuidado”, “Calidad de la Atención de Salud”, “Alta Hospitalaria”, “Atención Primaria de Salud” y “Actividades de la Vida Diaria”. Estos descriptores se combinaron mediante operadores booleanos (AND, OR) para estructurar ecuaciones de búsqueda específicas en bases de datos como PubMed y SciELO.

Se establecieron criterios de inclusión para garantizar la relevancia y calidad de los artículos seleccionados: población de estudio enfocada en personas mayores de 60 años, con énfasis en aquellos en situación de fragilidad o con necesidades de cuidado crónico; tipo de estudio abarcando investigaciones empíricas, revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica; ámbito asistencial centrado en AP, hospitales y hospitales de atención intermedia (AI); idioma de publicación en español o inglés, y fecha de publicación entre 2010 y 2022.

Adicionalmente se aplicaron filtros para identificar estudios que abordaran los procesos de alta hospitalaria, seguimiento en AP y el impacto de la fragilidad en la calidad de vida.

Participantes

La selección de los participantes se realizó mediante muestreo intencional, incluyendo pacientes con ingreso hospitalario en AI y pacientes de AP y profesionales de la salud:

- Pacientes frágiles dados de alta al domicilio después de ingreso hospitalario.
- Pacientes ingresados con alta a domicilio programada para las próximas 48 h.
- Profesionales de la salud (enfermeras, médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales) de centros de AP y de AI.

Criterios de inclusión y exclusión

En la tabla 1 se muestran los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Todos los participantes fueron informados previamente y firmaron el consentimiento.

El estudio se realizó con la aprobación del Comité Ético de Investigación con Medicamentos (CEIm) del Grupo Hospitalario Quirónsa-

lud-Catalunya. En todo momento se garantizó la confidencialidad de los participantes y se aseguró su anonimato.

Recogida de datos

La recogida de datos tuvo lugar entre septiembre de 2022 y febrero de 2023.

- *Entrevistas en profundidad*: se plantearon entrevistas semiestructuradas para las que previamente se elaboraron guiones sobre la base de los ejes temáticos planteados en los objetivos. Las preguntas se formularon teniendo en cuenta las definiciones teóricas precisas de los conceptos clave, identificadas en una exhaustiva revisión bibliográfica, que permitió alinear los conceptos clave con los objetivos de la investigación.
- *Entrevistas a pacientes*: constituidas por 17 preguntas abiertas que exploran los 7 indicadores resultantes de la revisión bibliográfica: concepto de fragilidad; actitudes y creencias respecto a la enfermedad crónica; profesionales de referencia; necesidad de asistencia y frecuentación de esta; adherencia al tratamiento; necesidad de cuidados y la ayuda en las actividades de la vida diaria; autocuidado, y finalmente proceso de alta y atención en AP.
- *Entrevistas a profesionales*: 13 preguntas abiertas que exploran los 8 indicadores resultantes de la revisión bibliográfica: diferencias en el concepto de fragilidad; nivel de conocimiento sobre la fragilidad; experiencia vivencial de la complejidad; capacidad de respuesta; experiencia en atención; incertidumbre; trabajo multidisciplinar, y autocuidado.

En las entrevistas se identificaron también los PRO y PRE relevantes durante el proceso de alta a domicilio basado en los definidos por los organismos¹⁵.

Las entrevistas, tanto a pacientes como a profesionales, se realizaron en un entorno respetuoso y cómodo para los participantes, asegurando la confidencialidad. Se llevó a cabo la transcripción de todo el material recopilado.

Grupos focales: se llevaron a cabo 2 grupos focales, uno a pacientes dados de alta al domicilio y otro a profesionales de AI y de AP con el objeto de definir la cadena de valor del proceso de alta.

■ RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados de las entrevistas, primero las realizadas a pacientes y en segundo lugar las realizadas a profesionales.

Para cada uno de los grupos de participantes se muestran los conceptos que han surgido y una breve explicación fruto de las entrevistas.

Pacientes

Se realizaron un total de 8 entrevistas entre septiembre de 2022 y febrero de 2023. Cuatro entrevistas se llevaron a cabo a pacientes que ya habían sido dados de alta, habiendo sido hospitalizados en el último año, y otras 4 a pacientes con alta programada para las próximas 48 h.

De los 8 pacientes, 3 eran mujeres y 5 hombres; sus edades estaban comprendidas entre los 65 y los 79 años, con una edad promedio de 71,8 años.

Respecto a su nivel de estudios, 1 no tenía estudios, 1 con educación primaria, 3 con educación secundaria y 3 universitarios. Vivían solos 4 de ellos, 3 en pareja y 1 vivía con un hijo. Su hospitalización se había alargado durante 5 meses para 1 de los entrevistados, 4 meses para 3 de ellos, 3 habían estado ingresados durante 3 meses y 2 durante 2 meses.

Respecto a su nivel de fragilidad, 3 de las personas entrevistadas tenían un nivel 5, 2 de ellos un nivel 4, 1 estaba en el nivel 3 y 2 de ellos en nivel 2.

Los conceptos explorados durante las entrevistas a pacientes y profesionales fueron los que se identificaron en la revisión bibliográfica previamente realizada (tabla 2)^{1,2,16-24}.

En la tabla 3^{7,15} se muestran los PRO y PRE identificados en las entrevistas.

Profesionales

Se realizaron un total de 11 entrevistas entre septiembre de 2022 y febrero de 2023, 7 de ellas a profesionales de AP y 4 a profesionales de AI, de las que 4 son enfermeras, 2 médicos y 1 trabajadora social.

Los conceptos explorados se muestran en la tabla 4^{2,3,10,23,25-28}.

Resultados de los grupos focales

PACIENTES

En el grupo de pacientes se desarrolló una matriz de priorización de los conceptos extraídos en las entrevistas y la revisión bibliográfica, en la que puntuaban en una escala Likert del 1 al 5 la importancia de estos (tabla 5).

Los resultados no difirieron de los encontrados durante las entrevistas, aunque las puntuaciones fueron elevadas dado que los aspectos analizados son realmente importantes en el proceso de alta, obteniendo mayor puntuación los conceptos relacionados con la información clara y comprensible y el nivel de conocimientos en salud, así como el soporte emocional. Los conceptos menos priorizados fueron los relacionados con la capacitación del cuidador, los aspectos relativos a la medicación y la participación en la toma de decisiones.

PROFESIONALES

Para el grupo focal con profesionales, se elaboró un mapa del proceso de alta, desde su inicio hasta el seguimiento por AP, con el paciente ya en el domicilio, para la identificación de las tareas importantes, los puntos de mejora y la descripción de la coordinación entre diferentes niveles asistenciales (fig. 1).

■ DISCUSIÓN

Los ingresos hospitalarios representan situaciones estresantes para las personas mayores y pueden aumentar la probabilidad de que ocurran eventos adversos, afectando así el nivel de fragilidad¹³. En el presente estudio, a partir de los conceptos explorados en las entrevistas y los grupos focales, la adaptación a la nueva situación después de un ingreso hospitalario se experimenta como un proceso de resiliencia por parte de los pacientes, siendo la enfermedad un punto de inflexión en el que estos toman un papel pasivo ante la enfermedad, trasladando la responsabilidad a terceras personas, ya sean cuidadores o profesionales sanitarios.

En relación con los conceptos anteriores, la teoría de Mishel explica que, ante la incertidumbre inherente al proceso de enfermedad, algunos aspectos adquieren gran relevancia. Entre ellos disponer de una información clara, realizar una valoración del apoyo social y emocional y ser capaces de dar respuesta a la fase de afrontamiento en la que se encuentre la persona (miedo, rabia, tristeza, etc.). En consonancia con esta teoría, los participantes del estudio identificaron estos elementos como factores clave en su proceso de adaptación^{10,29}.

Tabla 2. Principales conceptos extraídos de las entrevistas a pacientes

Fragilidad¹⁶	Los pacientes no se identificaron a sí mismos como individuos frágiles y el proceso de enfermedad fue más determinante que el proceso de envejecimiento para su percepción de la calidad de vida. Un concepto constante que surgió fue el de resiliencia y aceptación de la nueva situación
Necesidad de cuidado¹⁷	La experiencia de necesidad de cuidado de los pacientes en el domicilio es parcialmente aceptada o se afronta con resignación
Asistencia a las actividades de la vida diaria¹⁷	La autonomía y la asistencia a las actividades de la vida diaria se muestran como conceptos algo distantes, aunque los pacientes reconocen su importancia. No expresan ninguna planificación de metas o anticipación con respecto a este aspecto
Necesidad de asistencia²	No ha habido una planificación previa ante posibles necesidades o directivas anticipadas, y tampoco lo identifican como algo necesario hasta que la situación empeore
Frecuentación¹	Es importante tanto para los pacientes como para los profesionales comprender la adecuación terapéutica correspondiente a la situación individual
Calidad del cuidado recibido¹⁸	Los pacientes a menudo asumen un papel pasivo respecto a su atención y actúan como receptores de las instrucciones proporcionadas por los profesionales de la salud. Hay una percepción de problemas de coordinación entre diferentes niveles de atención y se percibe sensación de desinformación
Adherencia al tratamiento^{19,20}	Ninguno de los participantes expresó proactividad respecto a su medicación. Acerca de la información recibida sobre el tratamiento, en todos los casos la responsabilidad fue transferida al profesional de la salud
Autocuidado^{21,22}	No surgió durante las entrevistas, incluso cuando se buscó activamente. Al abordar el tema, la conversación a menudo derivaba hacia otros temas, o la responsabilidad era transferida a los profesionales
Proceso de alta hospitalaria^{23,24}	La planificación del alta y la gestión de la transición al domicilio surgieron de manera constante para los pacientes con alta programada En cuanto a los pacientes que ya se encuentran en el domicilio, constatan una falta de información sobre su proceso o incluso información poco clarificadora
Proceso de seguimiento en atención primaria²³	Los profesionales de referencia de atención primaria se perciben como claros en todas las visitas. Sin embargo, al abordar la atención especializada, las referencias, las pautas y los procesos de atención no se perciben como tan claros

Tabla 3. PRO (resultados reportados por el paciente) y PRE (experiencia reportada por el paciente) identificados en las entrevistas

PRO^{7,15}	Con respecto a los PRO, el objetivo era identificar a los que no están estandarizados por los cuestionarios propuestos por los organismos pertinentes dentro de las escalas propuestas. Se muestran seguidamente los PRO identificados, señalando que la resiliencia y la adaptación al cambio son cruciales en el proceso de alta. 1. Resiliencia 2. Nivel de alfabetización y adquisición de conocimientos 3. Nivel de autonomía 4. Información clara 5. Capacidades del cuidador relacionado con la alfabetización en salud
PRE^{7,15}	Centrando el enfoque en los PRE, los participantes señalaron las siguientes áreas de mejora: 1. Claridad de la información 2. Sensación de sobrecarga profesional 3. Falta de planificación de alta debido a la presión para cumplir con los plazos de alta 4. Educación sobre signos de alarma y reagudizaciones de la enfermedad

La falta de conocimiento produce sentimientos de ansiedad, comunes durante las transiciones, que disminuye con información sólida y educación de calidad proporcionada por un profesional de referencia, lo que también puede mejorar la identificación de síntomas y la comprensión de la situación^{29,30}. Alineado a lo anterior, los puntos de mejora identificados fueron coincidentes entre profesionales y pacientes. Entre estos destaca el disponer de una información clara y comprensible y la educación sanitaria sobre signos de alarma y reagudizaciones, así como la coordinación entre niveles asistenciales.

Desde la perspectiva de los profesionales entrevistados, se observa que es crucial adaptar los procesos de atención para satisfacer las cambiantes necesidades de los pacientes crónicos, tal y como se muestra en la bibliografía consultada. Es necesario evolucionar de un sistema de salud centrado principalmente en enfermedades agudas a uno centrado en condiciones crónicas y su progresión incierta^{6,31}. Este cambio emergió como un aspecto significativo durante las entrevistas, aunque se destacó que los sistemas de salud están experimentando transformaciones, tanto los pacientes como los profesionales perciben este cambio como lento, destacando la rigidez del sistema y su inadecuada adaptación a los nuevos perfiles de pacientes^{9,32}.

Tanto los grupos focales como las entrevistas revelan que las necesidades identificadas por los profesionales no difieren significativamente entre los diferentes niveles de atención, destacando el gran beneficio que podría ofrecer la coordinación directa entre diferentes niveles y profesionales.

Tabla 4. Principales conceptos extraídos en las entrevistas a profesionales

Concepto de fragilidad^{3,25}	Los profesionales identifican que la fragilidad está presente en su práctica diaria, pero su identificación se realiza a través de criterios clínicos subjetivos sin utilizar ninguna escala objetiva. Perciben la fragilidad como un buen indicador de un mal criterio pronóstico, siendo los casos susceptibles de inestabilidad, una vez que los pacientes están en el domicilio. Expresan que la fragilidad no está relacionada con la edad porque los pacientes más jóvenes también podrían ser frágiles y no se considera en algunos protocolos clínicos. En todos los casos, la fragilidad se asocia con la multimorbilidad y/o polifarmacia
Conocimiento sobre el cuidado de la fragilidad⁹	La variabilidad y subjetividad en la identificación de la fragilidad en los pacientes es resultado de criterios no homogéneos en la detección o intervención con estos pacientes
Comprensión experiencial de la complejidad²⁶	Los profesionales experimentan una incapacidad para satisfacer necesidades específicas debido a la estructura de las instituciones. También se identifica la falta de recursos disponibles en la comunidad como un problema crítico
Trabajo multidisciplinario²⁷	Se identifica que este enfoque se lleva a cabo, pero carece de objetivos claros con respecto a la fragilidad, destacando que los criterios médicos prevalecen en la planificación del alta. Los profesionales identificaron la comunicación directa entre los niveles de atención y los profesionales de la salud como una necesidad prioritaria para mejorar la atención en casos específicos, con el fin de establecer una comunicación fluida y directa sobre el estado de salud y la situación del paciente tanto en el hospital como en el domicilio
Incertidumbre²⁶	Respecto al cuidado de casos complejos, los puntos de mejora incluyen la capacidad de seguimiento postalta por parte de los servicios hospitalarios, en coordinación con la atención primaria. La incertidumbre ante la enfermedad es un punto clave en el proceso de alta
Capacidad de respuesta^{2,10}	Tanto los profesionales de atención comunitaria como los del hospital proponen, como acción de mejora, la disponibilidad de un mapa de recursos en ambos niveles
Experiencia en cuidado²⁸	Destaca la incapacidad para proporcionar prácticas excelentes debido a la estructura del sistema de salud, que a menudo es rígido y está sobrecargado. En algunas entrevistas se detecta la necesidad de formación específica
Papel del autocuidado^{23,28}	Se identificó a los pacientes frágiles sin apoyo de cuidadores como casos de alto riesgo. Los profesionales de atención primaria identificaron como prioridad la necesidad de disponer de información sobre la capacidad del paciente o del cuidador al alta

Tabla 5. Matriz de priorización de conceptos dirigidos a los pacientes

	Pac 1	Pac 2	Pac 3	Pac 4	Pac 5	Total
Resiliencia	4	5	5	5	4	4,6
Capacidad funcional	5	5	5	3	5	4,6
Nivel de conocimientos en salud	5	5	5	5	5	5
Capacitación del cuidador	5	5	5	0	5	4
Información comprensible	5	5	5	5	5	5
Medicación	5	5	5	2	3	4
Control del dolor	4	5	5	5	3	4,4
Estado de ánimo	4	5	5	5	5	4,8
Incertidumbre	3	5	5	5	5	4,6
Atención en el momento adecuado	4	5	5	5	5	4,8
Continuidad en la atención	4	5	5	5	5	4,8
Participación en la toma de decisiones	4	4	5	2	5	4
Soporte emocional	5	5	5	5	5	5
Necesidades físicas y del entorno	4	5	5	5	5	4,8

Sin embargo, se detecta que no están establecidos ni son práctica común en las rutinas diarias. Esta ocurre principalmente de forma escrita y, en casos complejos, los profesionales la consideran insuficiente para proporcionar

una respuesta satisfactoria a las necesidades de los pacientes. Desde la AP, los profesionales enfatizan la necesidad de establecer canales de comunicación directa entre niveles asistenciales para garantizar la continuidad asistencial

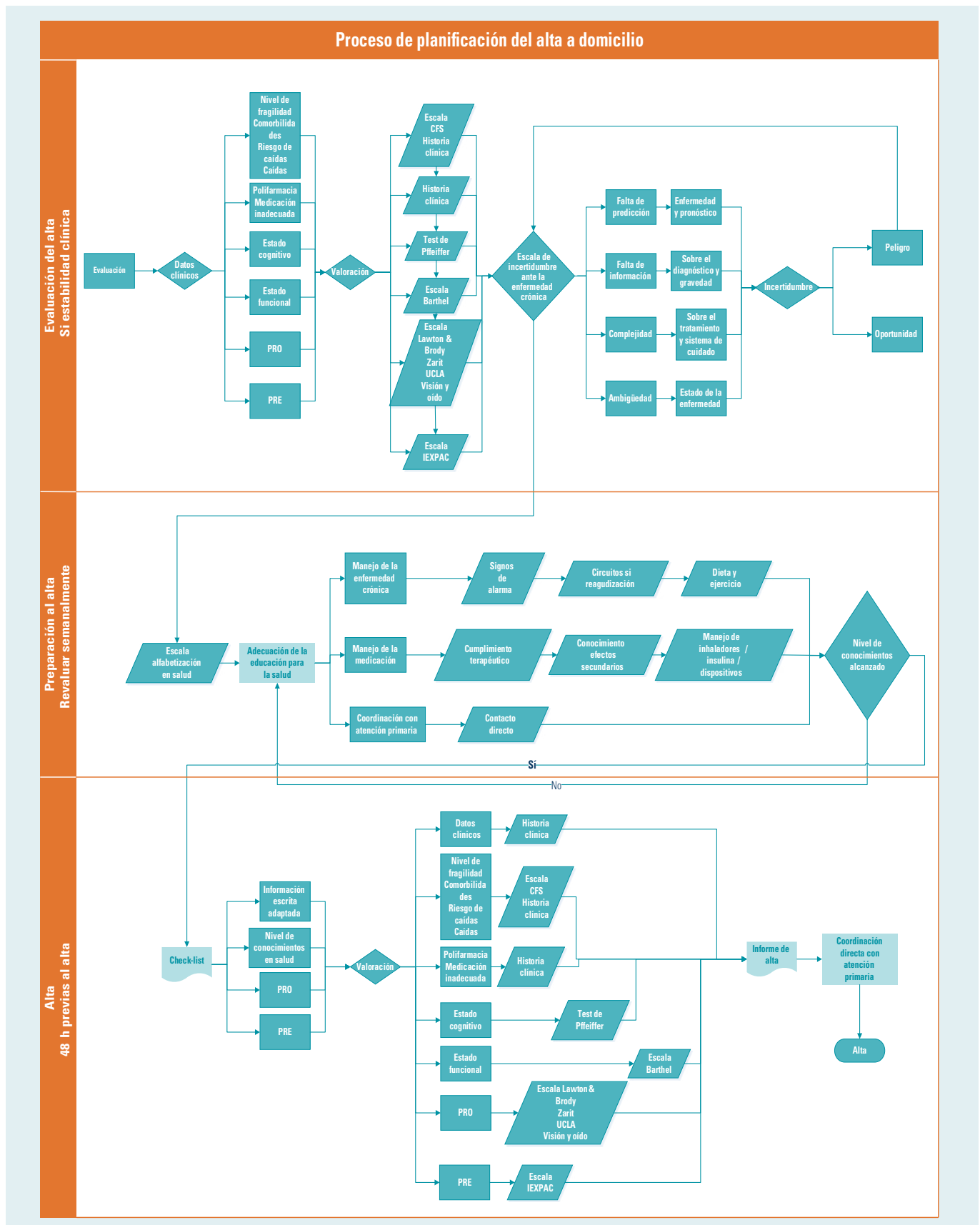


Figura 1. Algoritmo de proceso de atención al alta diseñado durante los grupos focales.

y comprender las capacidades de la persona o del cuidador ante la nueva situación de salud, desde el inicio del ingreso. En este punto, los profesionales destacaron la importancia de la educación terapéutica estructurada para dar respuesta a las necesidades que puedan aparecer una vez en el domicilio.

La preparación del alta en los pacientes frágiles debe incluir unos puntos clave como la adaptación del proceso de atención a la alfabetización de estas personas y también considerar su período de incertidumbre³³. Al mismo tiempo, se precisan canales de comunicación efectivos entre los distintos niveles asistenciales para garantizar la continuidad de la atención a estas personas frágiles.

■ CONCLUSIONES

El estudio realizado, a partir de los conceptos explorados en las entrevistas y los grupos focales, permite determinar las prioridades de los pacientes mayores frágiles respecto a su proceso de alta hospitalaria. Se destaca el hecho de disponer de una información comprensible, un soporte emocional suficiente y adaptado a la situación individual, y un nivel adecuado de conocimientos en salud. Asimismo, asegurar la continuidad de la atención, adecuar las necesidades del entorno y recibir la atención en el momento adecuado emergen como elementos esenciales. Otros aspectos clave incluyen la capacidad funcional, la resiliencia y el manejo de la

incertidumbre. Finalmente se sitúan la capacitación de la persona cuidadora, el conocimiento de la medicación y la participación en la toma de decisiones como factores relevantes.

Se requiere la necesidad de seguir trabajando en esta línea de investigación, ampliando la muestra de participantes y profundizando en el estudio de los aspectos destacados como prioritarios y se hace evidente la necesidad de desarrollar intervenciones para disminuir la variabilidad en la atención dirigida a este grupo de población y pretende ser un punto de partida para futuras investigaciones destinadas a la mejora del proceso de alta. No obstante, aunque se han identificado aspectos clave en la preparación para el alta hospitalaria, no se han evaluado intervenciones específicas para abordar estas necesidades. Futuros estudios podrían centrarse en el diseño e implementación de estrategias concretas para mejorar la transición hospitalaria de los pacientes mayores frágiles y evaluar su impacto en los resultados de salud y calidad de vida.

La información obtenida en el estudio ayuda a plantear las bases de un protocolo de intervención de preparación al alta de persona mayores frágiles en el que se incorporan PRO y PRE como herramientas de evaluación de dicho proceso, hecho que ayudará a disminuir la variabilidad en la atención y mejorar su calidad^{23,34} ■

Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

■ BIBLIOGRAFÍA

- Bleijenberg N, Drubbel I, Neslo RE, Schuurmans MJ, Ten Dam VH, Numans ME, et al. Cost-effectiveness of a proactive primary care program for frail older people: A cluster-randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18:1029-36. e3.
- Dostálová V, Bártová A, Bláhová H, Holmerová I. The experiences and needs of frail older people receiving home health care: A qualitative study. *Int J Older People Nurs*. 2022;17:e12418.
- Amblàs-Novellas J, Espauella-Panico J, Inzitari M, Rexach L, Fontecha B, Romero-Ortuno R. The challenge of clinical complexity in the 21st century: Could frailty indexes be the answer? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52:159-66.
- Al-Jabri FYM, Turunen H, Kvist T. Patients' perceptions of healthcare quality at hospitals measured by the Revised Humane Caring Scale. *J Patient Exp*. 2021;8:23743735211065265.
- Porter ME, Nabi J, Lee TH. Value chain management to implement Post-Covid-19 Health Care Strategy. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*. 2021;2.
- Hoedemakers M, Karimi M, Leijten F, Goossens L, Islam K, Tsiachristas A, et al. Value-based person-centred integrated care for frail elderly living at home: A quasi-experimental evaluation using multicriteria decision analysis. *BMJ Open*. 2022;12:1-12.
- Vankova D. Presenting PROMs and PREMs as pillars of person-centred healthcare. *Scr Sci Salut Publicae*. 2021;7.
- Kalroft MK, Dowie J. PROMs need PRIMs: Standardised outcome measures lack the preference-sensitivity needed in person-centred care. *Stud Health Technol Inform*. 2019;262:118-21.
- Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. The uses of patient reported experience measures in health systems: A systematic narrative review. *Health Policy*. 2023;128:1-10.
- Allen J, Hutchinson AM, Brown R, Livingston PM. User experience and care integration in transitional care for older people from hospital to home. *Qual Health Res*. 2017;27:24-36.
- Baumhauer JF, Bozic KJ. Value-based healthcare: Patient-reported outcomes in clinical decision making. *Clin Orthop*. 2016;474:1375-8.
- Rikkert MGMO, van der Wees PJ, Schoon Y, Westert GP. Using patient reported outcomes measures to promote integrated care. *Int J Integr Care*. 2018;18:8.
- Fraenkel A, Lee GA, Vincent SJ, Vincent RA, Bourne RRA, Shah P. Lessons learned from the development and implementation of a patient-reported outcome and experience measure (POEM) in an Australian glaucoma practice. *BMC Ophthalmol*. 2019;19:192.
- Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investig En Educ Médica*. 2013;2:162-7.
- Patient centered outcomes for health measures. ICHOM; 2016. Available: <https://www.ichom.org/patient-centered-outcome-measures/>
- Tello-Rodríguez T, Varela-Pinedo L. Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33:328.
- Miguel Barbero CD. Estandarización del diagnóstico y plan de cuidados enfermero ante el "Riesgo del síndrome de la fragilidad del anciano". *Revista Ene de Enfermería*. 2020;14:14209.
- Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. *J Gen Intern Med*. 2010;25:235-42.
- Modig S, Kristensson J, Troein M, Brorsson A, Midlov P. Frail elderly patients' experiences of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatr*. 2012;12:46.
- Van der Linden L, Decoutere L, Walgraef K, Milisen K, Flamaing J, Spriet I, et al. Combined Use of the Rationalization of Home Medication by an Adjusted STOPP in Older Patients (RASP) list and a pharmacist-led medication review in very old inpatients: Impact on quality of prescribing and clinical outcome. *Drugs Aging*. 2017;34:123-33.
- Cesari M, Demougeot L, Bocalon H, Guyonnet S, Abellan Van Kan G, Vellas B, et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: The FIND questionnaire. *PLoS One*. 2014;9:1-7.
- Peters LL, Boter H, Slaets JJP, Buskens E. Development and measurement properties of the self-assessment version of the INTERMED for the elderly to assess case complexity. *J Psychosom Res*. 2013;74:518-2.
- Zurlo A, Zuliani G. Management of care transition and hospital discharge. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30:263-70.
- Braet A, Welkens C, Smeets W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBI Database Syst Rev Implement Rep*. 2016;14:106-73.
- Acosta Benito MA. Frailty in the elderly: from the syndrome to social, health and legal planification. *Rev EspMed Leg*. 2015;41:58-64.
- Amblàs-Novellas J. La fragilitat com a base del diagnòstic situacional davant el repte de la complexitat clínica al final de la vida. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Central de Catalunya; 2016.
- Gowing A, Dickinson C, Gorman T, Robinson L, Duncan R. Patients' experiences of a multidisciplinary team-led community case management programme: A qualitative study. *BMJ Open*. 2016;6:1-7.
- Gwyther H, Shaw R, Jaime Dauden EA, D'Avanzo B, Kurpas D, Bujnowska-Fedak M, et al. Understanding frailty: A qualitative study of European healthcare policy-makers' approaches to frailty screening and management. *BMJ Open*. 2018;8:1-10.
- Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm*. 2013;22:60-4.
- Conti AA, Conti A. Frailty and resilience from physics to medicine. *Med Hypotheses*. 2010;74:1090.
- Generalitat de Catalunya. Bases conceptuals i model d'atenció per a les persones fràgils, amb cronicitat complexa (PCC) o avançada (MACA). Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7007>
- Patterson L. Making our health and care systems fit for an ageing population: David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. *King's Fund Mar* 2014. Age Ageing. 2014;43:731.
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155:97.
- Alvarez-Nebreda ML, Heng M, Rosner B, McTague M, Javedan H, Harris MB, et al. Reliability of proxy-reported patient-reported outcomes measurement information system physical function and pain interference responses for elderly patients with musculoskeletal injury. *J Am Acad Orthop Surg*. 2019;27:e156-65.