

A. MORALES

Hospitalización domiciliaria en ancianos

Elderly home care

El envejecimiento poblacional, al cual Colombia no es ajeno, ha obligado a los profesionales de la salud de diferentes áreas a profundizar en las particularidades de la medicina del adulto mayor y los retos que su atención plantea.

La capacidad de recuperación y el pronóstico de un adulto mayor ante una noxa aguda que obliga a hospitalizarlo, depende de la interacción entre su reserva funcional basal y la severidad de la enfermedad, tal como se ha demostrado en estudios clínicos (1, 2) (Figura 1).

Las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes a medida que se produce la transición epidemiológica, se caracterizan por descompensaciones que obligan a ingresos hospitalarios frecuentes, y no obstante estabilizarse la patología descontrolada, el anciano no recupera la funcionalidad previa al ingreso, de tal forma que después de muchos ingresos evoluciona hacia la discapacidad y postración, vía final común de entidades como la falla cardíaca, el EPOC, la diabetes, demencia, etc. (Figura 2).

Los hospitales son medios agrestes para el adulto mayor, sobre todo si no cuentan con servicios específicos dirigidos a esta población; como consecuencia de la estancia hospitalaria se genera desacondicionamiento físico, declinación funcional, perturbaciones

cognitivas y emocionales, infecciones nosocomiales, caídas, broncoaspiración, inmovilidad, etc; consecuencias de las cuales difícilmente un anciano frágil se puede recuperar. No miente el argot popular al afirmar: “sale peor de lo que ingresó”. De hecho se ha demostrado que el número de admisiones hospitalarias previas actúa de forma significativa como factor de riesgo independiente de mortalidad en ancianos (3).

La estancia hospitalaria suele ser estresante y agotadora, de forma física y emocional para el paciente y la familia. Además el costo de la hospitalización para el sistema de salud es muy alto, sin mencionar que estas consecuencias nocivas se multiplican cuando se trata de estancias hospitalarias prolongadas.

Ante este funesto panorama surge una pregunta puntual: ¿Cuál es el mejor modelo de atención para el adulto mayor enfermo de forma aguda?

Como parte del análisis para responder este interrogante, el artículo del Dr. Andrés Pavlovic presenta la experiencia de su grupo en la unidad de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sotero del Río, en Santiago de Chile (4).

Los modelos de hospitalización domiciliaria se basan en adaptar las condiciones idóneas de atención a la vivienda habitual del paciente, prestando una atención similar

Ver artículo: página 187

Dr. Alexander Morales Erazo:
Internista – Geriatra. Universidad de Caldas. Ms. Epidemiología. Universidad CES. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Departamental de Nariño, Pasto (Colombia).
Correspondencia: Dr. Alexander Morales. Pasto (Colombia).
E-mail: alexandermoraleserazo@gmail.com

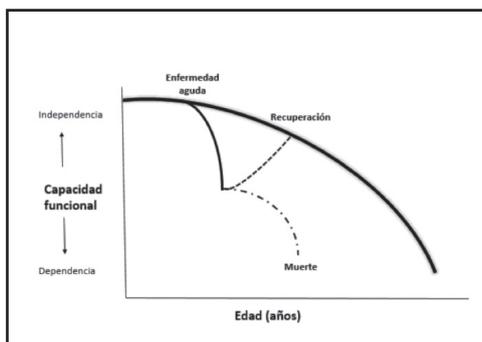


Figura 1. Relación enfermedad aguda y capacidad funcional en el adulto mayor. (Modificada de: Freedman V, Hodgson N. A framework for identifying high-impact interventions to promote reductions in late-life disability. U.S. department of health and human services. 2006).

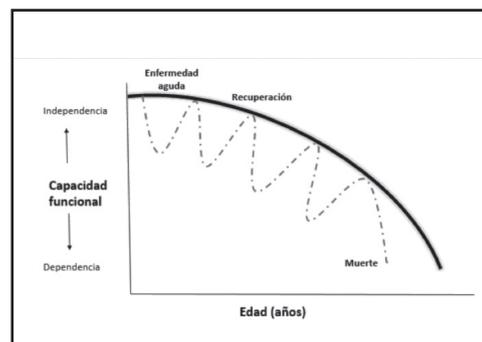


Figura 2. Relación descompensaciones de enfermedad crónica y deterioro funcional en el adulto mayor. (Modificada de: Freedman V, Hodgson N. A framework for identifying high-impact interventions to promote reductions in late-life disability. U.S. department of health and human services. 2006).

a la que se le podría brindar en una institución hospitalaria.

Como premisa debe establecerse un equilibrio entre los resultados clínicos, funcionales, calidad de vida, rehabilitación, con unos costos razonables para el sistema. Es entonces en la atención domiciliaria en donde más se evidencia la eficacia de un equipo de salud interdisciplinario con recursos técnicos de actualidad.

Ventajas de la atención domiciliaria

- Disminución de complicaciones ligadas a la hospitalización: caídas, iatrogenia, inmovilidad, descondicionamiento.
- El afecto familiar disminuye la presentación de delirium, depresión y facilita la rehabilitación.
- No hay exposición a gérmenes nosocomiales.
- Propicia la participación activa del paciente y la familia en el modelo terapéutico.
- Costo efectiva, si se compara con la hospitalización tradicional.

Es importante mencionar que hay evidencia de estudios controlados en cuanto a que la hospitalización domiciliaria en adulto mayor no aumenta la sobrevida, pero sí mejora los resultados funcionales y reduce las rehospitalizaciones (5).

También el domicilio se puede utilizar para proveer cuidados paliativos a los pacientes en estadios avanzados de enfermedades oncológicas y no oncológicas. En la población estudiada por el Dr. Pavlovic se menciona una proporción de 98.1% de “fallecimientos esperados” (4), lo cual deja entrever que la población destinataria del servicio fue bien elegida, ya que estaba establecido el pronóstico *a priori* y la expectativa sobre la evolución del paciente. No es raro el caso del paciente en que dado lo avanzado de su deterioro, ya no hay respuesta a las medidas terapéuticas hospitalarias, la evolución es estacionaria, se sobrepasa el límite de la futilidad y que se beneficiaría más de continuar el tratamiento en su domicilio.

Sobre los costos de la atención domiciliaria, tanto si se utiliza en pacientes con buenas

expectativas de recuperación, como en cuidados paliativos, se ha demostrado disminución de costos directos e indirectos, si se compara con el modelo de atención tradicional. A nivel nacional, en Medellín en el año 2007, un estudio demostró que el promedio de costos de atención por diferentes patologías, es menor en el ámbito de la hospitalización domiciliaria (6).

En Colombia se desarrollan algunos programas de atención domiciliaria con características diferenciales individuales, pero con la mira común de impactar los resultados en salud y contribuir a la contención de costos. Sin embargo el modelo aún está lejos de ser acogido por los prestadores de salud; los mismos familiares de los pacientes tienen resistencia a este servicio por desconocimiento de sus bondades, y muchos profesionales de la salud, también fueron formados sin la cultura y sin los conocimientos técnicos del cuidado domiciliario.

Para finalizar en su artículo el Dr. Pavlovic destaca dos aspectos claves en el funcionamiento de su unidad, los cuales garantizan el éxito del programa:

- El equipo interdisciplinario que orientado por un buen líder, coordina de forma armoniosa los esfuerzos de los integrantes del grupo con una meta común.
- Tener claro los criterios de elegibilidad, clínicos y sociales para identificar quienes realmente se benefician de la estrategia domiciliaria.

Referencias.

1. **Asberg K H.** Disability as a predictor of outcome for the elderly in a department of internal medicine. *Scand J Soc Med* 1987;15:261-5.
2. **Pompei P, Charlson M.** Clinical assessments as predictors of one year survival after hospitalization: Implications for prognostic stratification. *J Clin Epidemiol* 1988;41(3):275-84.
3. **Badia J G, Borrás A.** Predictors of mortality among elderly dependent home care patients. *BMC Health Serv Res* 2013;13:1-9.
4. **Pavlovic J A.** Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sotero del Río, Santiago de Chile. *Acta Med Colomb* 2016; 41: 187-190.
5. **De Jonge E, Jamshed N.** Effects of Home-Based Primary Care on Medicare Costs in High-Risk Elders. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:1825-31.
6. **Restrepo C, Echavarría J.** Costo de un servicio de atención domiciliaria en Medellín. [Internet]. [Medellín]: CES; 2009. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/374/1/Costo_servicio_hospitalizacion_domicilia