

La transición del hospital a la casa y la atención domiciliaria en el paciente de edad avanzada

Jorge H. López · Bogotá D.C.

Introducción

Aunque una gran proporción de las personas de edad actualmente envejece con menos problemas de salud que hace algunos años, un porcentaje considerable presenta alguna enfermedad crónica. La probabilidad de padecerla aumenta con el envejecimiento y se calcula que el riesgo de sufrir uno de estas enfermedades se duplica cada cinco años después de los 50 años. Aunque raras veces ponen en peligro la vida, sí interfieren de manera importante con la independencia funcional y por esto alteran de manera considerable la calidad de vida del individuo que las padece.

En el mundo actual donde el envejecimiento poblacional es una realidad no sólo en los países desarrollados sino también en aquéllos en vías de desarrollo como Colombia, se hace evidente que el problema de la enfermedad crónica y debilitante irá también en aumento. Este hecho representa una situación especial por lo que algunos sistemas de salud especialmente privados han implementado programas de atención domiciliaria. Sin embargo, estos cambios de los sistemas de salud no van a la par con la enseñanza de la medicina. El presente artículo procura brindar algunos conceptos generales básicos sobre los problemas que se presentan durante la hospitalización del paciente anciano, su retorno al hogar y las opciones de manejo en su propio hogar.

Del hospital a la casa

A pesar del innegable avance tecnológico al alcance de la mayoría de los hospitales y de los vastos conocimientos científicos de los profesionales de la salud que en ellos laboran, el medio hospitalario sigue siendo un entorno inadecuado y en muchas ocasiones peligroso para el paciente geriátrico. El principal problema y desdichadamente uno de los más comunes es la pérdida de la función y de la independencia en el paciente (1). Esto se debe en parte a que la mayoría de los internistas y cirujanos no están bien familiarizados con el concepto de independencia funcional, elemento pronóstico determinante en el paciente anciano.

Cuando se hizo una evaluación de 404 ancianos antes y después de ser hospitalizados por alguna patología aguda se encontró una pérdida significativa en la independencia funcional. Por ejemplo, antes de la hospitalización 73% de los ancianos podía bañarse por sus propios medios, pero

una vez dados de alta sólo el 19% podía hacerlo. Para vestirse y movilizarse de manera independiente las cifras descendieron de 84 y 93% antes de la admisión a 36 y 46% respectivamente después de la alta. En este mismo estudio también se encontró que a los tres meses de haber salido del hospital, uno de cada cinco ancianos tenía una nueva alteración en su capacidad funcional (2).

Otra investigación documentó que en mayores de 75 años la incidencia de complicaciones sufridas en el curso de la hospitalización fue de 38%. Se ha visto que las reacciones adversas a medicamentos y el desacondicionamiento físico secundario al reposo en cama y a la inmovilidad son las principales causas de morbilidad y mortalidad en ancianos hospitalizados (1). En realidad se acepta que la presencia de una alteración en la independencia funcional durante el curso de la hospitalización puede ser el presagio o el anuncio de eventos adversos posteriores a la salida del hospital, tales como muerte, rehospitalización o posterior institucionalización en ancianatos (1).

El uso común de restricciones y dispositivos arcaicos en los centros asistenciales para inmovilizar, antes que brindar beneficios como evitar caídas suelen traer serias consecuencias como agitación, *delirium*, laceraciones y contracturas (1).

Solamente son necesarios unos cuantos días de hospitalización en el paciente de edad avanzada para que se presenten alteraciones fisiológicas importantes relacionadas con el reposo obligado como son la disminución de la masa muscular, la inestabilidad vasomotora, la disminución en la densidad ósea, el déficit sensorial, lo cual predispone a una serie de eventos que pueden ser catastróficos como incontinencia urinaria y úlceras de decúbito, neumonía, tromboembolismo pulmonar, *delirium* y caídas, entre otras (3).

Se desprende de lo anterior que se debe restringir al máximo la hospitalización en los ancianos y procurar que estén el menor tiempo posible internados.

Cuando se planea la transición del hospital al hogar es fundamental que el médico tratante tenga información confiable sobre el estado funcional y la calidad de vida de su paciente previos a la admisión. También es necesario

Dr. Jorge H. López R.: Profesor Asistente. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina. Universidad Nacional. Bogotá, D.C.

que se valore el estado funcional en diferentes momentos durante la hospitalización. En geriatría es indispensable que el médico no trabaje solo sino siempre orquestando un equipo interdisciplinario con enfermeras, terapeutas físicas y ocupacionales, trabajadoras sociales, etcétera.

Algunos programas de cuidado especial para los pacientes en el momento de la salida del hospital, con ayuda de un equipo interdisciplinario, lograron disminuir la tasa de rehospitalizaciones. Un estudio en pacientes hospitalizados por patología médica o quirúrgica de origen cardíaco demostró que en las dos semanas posteriores a la salida el porcentaje de readmisiones fue de 4% en los pacientes valorados con un protocolo especial y de 16% en el grupo control. El protocolo consiste en una valoración completa realizada generalmente por una enfermera especializada, la cual hace un seguimiento del paciente y de las personas encargadas de cuidarlo desde que se admite al hospital y durante las dos semanas posteriores a la salida manteniendo estrecho contacto telefónico con ellos (4).

También es importante que el médico y su equipo conozcan el entorno familiar, social y cultural que rodea a su paciente con el fin de garantizar el éxito terapéutico posterior a la hospitalización (5).

Atención en el hogar

En 1930 40% de todas las consultas médicas en los Estados Unidos se hacían en el hogar del enfermo. Veinte años después esta cifra se redujo al 10% (6) y a principios de los 90 a 1% (7).

Los motivos por los cuales los médicos practican pocas visitas domiciliarias son múltiples y variados y van desde pobre remuneración hasta falta de experiencia, dificultades para el transporte, excesivo consumo de tiempo etc. Lo anterior suele tener origen en la propia facultad. En Norteamérica se documentó que más de la mitad de las escuelas médicas no dedicaban ni una sola hora durante todo el *curriculum* al entrenamiento en atención domiciliaria y sólo tres de 123 escuelas exigían que sus estudiantes realizaran cinco o más visitas (6).

Sin embargo, con el aumento de la población anciana en todo el mundo y con las políticas destinadas a reducir los costos en salud, recientemente se ha notado un aumento en los programas de atención domiciliaria especialmente para pacientes de edad avanzada y en el cuidado de pacientes con patologías crónicas y terminales (8, 9).

En el Reino Unido es rutinaria la visita domiciliaria practicada por personal paramédico, por ejemplo antes de dar la salida a un anciano hospitalizado. En este caso un miembro del equipo tratante como la terapeuta ocupacional en la mayoría de los casos o en su defecto la trabajadora social o la enfermera realizan una visita al hogar del paciente al cual se le va a dar de alta, con el fin de detectar riesgos potenciales y garantizar que la recuperación posterior no se vea entorpecida por dificultades en la movilización o en la toma de los medicamentos prescritos.

Un estudio reciente encontró que las readmisiones hospitalarias fueron más frecuentes en ancianos que recibieron manejo convencional posterior a la hospitalización, comparados con los ancianos que recibieron manejo domiciliario (23% vs 12%) (10). En este mismo estudio también se documentó menor mortalidad en el grupo de atención en casa que en el grupo manejado intrahospitalariamente. Los autores de esta investigación concluyen que en pacientes de alto riesgo dados de alta de hospitales de cuidado agudo, el manejo ambulatorio es benéfico en limitar readmisiones no planeadas y reduce el riesgo de mortalidad fuera del hospital.

En otro estudio similar se buscó el efecto de un equipo interdisciplinario manejado por una enfermera en casa de pacientes ancianos a los cuales se les dio alta con diagnóstico de falla cardíaca. Los puntos finales fueron mortalidad a 90 días, readmisión y calidad de vida. Al final del estudio se encontró que en el grupo de pacientes a los cuales se les aplicó el protocolo de atención domiciliaria la mortalidad fue de 9% comparada con 12% en el grupo control. Las readmisiones también fueron menos frecuentes en el grupo de atención domiciliaria que en el de manejo convencional (29% vs 42%), lo cual significó una reducción del 44% de nuevas hospitalizaciones (11).

Fried estudió 71 ancianos que recibieron atención en casa y encontró que los principales motivos de visita médica por patología aguda fueron:

Infecciones: 25 pacientes (35%) principalmente bronquitis y neumonía.

Patología cardiopulmonar 21 (30%) principalmente falla cardíaca.

Problemas de la piel: 14 (20%) especialmente úlceras de decúbito que no cicatrizan y úlceras vasculares.

Problemas neurológicos 11 (14%) especialmente caídas.

Los pacientes mayores de 75 años recibían en promedio 5,3 visitas año, lo cual se compara con un promedio nacional de seis visitas a la consulta externa en este grupo en 1991.

A 13 pacientes (18%) se les practicó hemogramas y rayos X en su casa. Algunas úlceras requirieron desbridamiento el cual también se realizó allí (12).

Diferentes estudios han demostrado cómo ciertas patologías como trombosis venosa profunda (12), neumonía (13), insuficiencia cardíaca (11), infección urinaria, eventos cerebro vasculares, cuadros diarreicos, déficits cognitivos (12), entre otros, son susceptibles de manejo en el hogar.

Al analizar quienes realizan visitas domiciliarias un estudio documentó que los médicos especialistas en medicina familiar hicieron en promedio 21,2 visitas por año vs 15,7 hechas por internistas (diferencia no significativa estadísticamente). Sin embargo, se encontró que 65% de los médicos familiares y 44% de los internistas realizan visitas al hogar. La mayoría de las visitas se hicieron a pacientes de edad avanzada (15). En igual forma la visita domiciliaria es un elemento fundamental en la formación y en la práctica del médico geriatra.

En contraste con una disminución en el porcentaje de médicos que hacen visitas domiciliarias el cuidado domiciliario por otros profesionales de la salud es el sector de mayor crecimiento en la actualidad. En 1996 10% de la población afiliada al sistema Medicare en los Estados Unidos, recibió servicio domiciliario, de los cuales 75% eran mayores de 65 años (16).

Actualmente existen programas tan bien estructurados que permiten hacer en el hogar del enfermo casi todo lo que se hace en un ambiente hospitalario. Avances en automatización y reducción en el tamaño de los equipos dan la oportunidad al médico de tener acceso *in situ* al análisis de muestras de orina, sangre, estudios radiológicos, oximetría, EKGs (17), telecomunicación con consultores (18, 19), ultrasonografía y doppler. Algunas modalidades terapéuticas incluyen hipodermoclastia (20), es decir, la infusión de líquidos en el tejido celular subcutáneo, infusiones intravenosas, dispositivos de infusión enteral y parenteral (21), oxígeno, ventiladores (8), equipos para diálisis peritoneal y sanguínea, superficies de soporte para manejo de heridas, etcétera (12).

Algunos estudios demuestran que un programa bien organizado de atención domiciliaria especialmente en personas de edad avanzada puede ser costo-efectivo y en algunos casos la mejor alternativa (10-12, 22, 23).

La visita domiciliaria es algo muy apreciado por el paciente y su familia ya que evitan la incomodidad y los inconvenientes de desplazar a una persona enferma; para algún tipo de pacientes del transporte puede ser laborioso además de costoso, las salas de espera de clínicas y consultorios suelen generar estrés e incomodidad; para el paciente que vive solo y postrado en el lecho, la visita de un profesional de la salud disminuye la sensación de aislamiento, para el enfermo terminal, puede representar una parte esencial de un cuidado eficaz y a la vez humano en sus últimos días de vida (24).

Una de las mayores ventajas de la atención en casa es la oportunidad de ver al paciente en su propio entorno, lo cual le permite al equipo de salud obtener una información más precisa sobre algunos problemas que pasarían inadvertidos en el consultorio, esto a su vez permite que el plan terapéutico trazado sea más acorde con la realidad y los recursos de este y su familia. Lo anterior lo corroboró un trabajo sobre atención domiciliaria realizada por una enfermera especializada. En este estudio se comparó la valoración de internistas en el consultorio con la hecha por enfermeras gerontólogas en la casa del paciente. 75% de los enfermos tenían problemas identificados por la enfermera y no por el médico; 8% de ellos tenían graves trastornos identificados por la enfermera y no por el médico (8).

Idealmente la visita no debe limitarse a tratar un problema médico específico como suele hacerse, sino que se propone la Valoración Geriátrica Multidimensional (Comprehensive Geriatric Assessment). Esta valoración debe realizarla el equipo interdisciplinario encargado y consta de seis ítems (25).

1. **Salud física:** valora el estado de salud general, se revisa el estado nutricional, uso de medicamentos recetados y autoformulados, etcétera.
2. **Salud mental:** dirigido a detectar alteraciones cognitivas, depresión y ansiedad, entre otras.
3. **Capacidad funcional:** determina el grado de independencia del individuo.
4. **Medio ambiente:** valora los peligros potenciales en el entorno como pobre iluminación, barreras arquitectónicas, etcétera.
5. **Aspecto social:** se aprecia la manera como se interrelaciona el anciano con su familia y con las personas que lo rodean y se revisan las costumbres y el uso del tiempo libre.
6. **Interacción:** valora la manera como interactúa el anciano y tiene en cuenta todas las cinco condiciones previamente estudiadas.

Un estudio que aplicó este tipo de valoración documentó que luego de tres años de seguimiento los ancianos enrolados tuvieron menor declinación funcional e institucionalización en albergues geriátricos que el grupo al cual no se le aplicó el protocolo (26).

Como puede deducirse, este tipo de valoración demanda mucho tiempo y requiere experiencia para su ejecución y aunque su uso no está ampliamente difundido, representa la propuesta más completa e interesante al respecto.

Recomendamos que el médico o la enfermera que realicen una visita domiciliaria apliquen de acuerdo con su experiencia y habilidades un esquema similar al anterior para que la visita sea más benéfica para el paciente y para el propio profesional de la salud.

En los años venideros los servicios de atención domiciliaria aumentarán en complejidad y cantidad como resultado de varios factores: una población envejeciente con mayor carga de enfermedades crónicas; preferencias de los pacientes por cuidado no hospitalario; la tendencia de brindar atención en salud lejos de los hospitales; mejoría en la tecnología médica y la necesidad de controlar costos en salud. Tanto la introducción de la telemedicina como múltiples tecnologías para el cuidado domiciliario están en el horizonte pero poco se ha publicado al respecto en la literatura médica.

Pocos centros ofrecen oportunidades académicas y entrenamiento sobre cuándo y cómo utilizar la atención domiciliaria pero se espera que con la experiencia poco a poco obtenida se logren disminuir estos obstáculos y se brinden alternativas de atención médica que sean económicamente aceptables, científicamente competentes y más cálidas en el sentido humano.

Referencias

1. Sager M, Rudberg M. Functional decline associated with hospitalization for acute illness. *Clin Geriatr Med* 1998;14:669-679.
2. Sager M, Frankie T, Inouye S, et al. Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Arch Intern Med* 1996;156:645-652.
3. Creditor M. Hazards of hospitalization of the elderly. *Ann Intern Med* 1993;118:219-223.

4. **Naylor M, Brooten D, Jones R, et al.** Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly: A randomized clinical trial. *Ann Intern Med* 1994;**120**:999-1006.
5. **Hall W, Oskvig R.** Transitional Care: Hospital to home. *Clin Geriatr Med* 1998;**14**:799-812.
6. **Steel RK, et al.** Medical schools and home care. *N Engl J Med* 1994;**331**:1098-1099.
7. **Meyer GS, Gibbons RV.** House call to the elderly- A vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997;**337**:1815-1820.
8. **Steel RK, Leff B, Vaitovas B.** A home care annotated bibliography. *J Am Geriatr Soc* 1998;**46**:898-909.
9. **Campion E.** New hope for home care. *N Engl J Med* 1995; **333**: 1213-1214 .
10. **Stewart S, Pearson S, Luke C, et al.** Effects of Home-based intervention on unplanned readmissions and out of hospital deaths. *J Am Geriatr Soc* 1998;**46**: 174-180.
11. **Rich M, Beckham V, Wittenberg Cat, et al.** A Multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995;**333**: 1190-1195.
12. **Fried T, Wachtel T, Tinetti M.** When the patient cannot come to the doctor: A medical housecalls program. *J Am Geriatr Soc* 1998;**46**: 226-231.
13. **Levine M, Gent M, Hirsh J, et al.** A comparison of low molecular weight heparin administered primarily at home with unfractionated heparin administered in the hospital for proximal deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 1996;**334**:677-681.
14. **Coley CM, Yi - Hwei L, Medsger AR, et al.** Preferences for home vs hospital care among low-risk patients with community acquired pneumonia. *Arch Intern Med* 1996; **156**:1565-1571.
15. **Keenan JM, Boling P, Schwartzberg J, et al.** A national survey of home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med* 1992; **152**:2025-2032.
16. **Taler G.** House calls for the 21st century. *J Am Geriatr Soc* 1998;**46**:246-247.
17. **Corrado O.** Caring for older hospital at home patients. *Age and Ageing* 1998;**29**:97-98.
18. **Rooney EM, Studenski SA, Roman LL, et al.** A model for nurse case - managed home care using televideo. *J Am Geriatr Soc* 1997;**45**:1523-1528.
19. **Tangalos EG.** High tech comes to high touch. *J Am Geriatr Soc* 1997;**45**:1532-1533.
20. **Frisoli A, De Paula A, Feldman D, et al.** Subcutaneous hydration by hypodermoclysis. *Drugs and Aging* 2000;**16**:313-320.
21. **Howard L.** Home parenteral and enteral nutrition in cancer patients. *Cancer* 1993;**72**:3531-3541.
22. **Stessman J, Gingsber G, Hammerman-Rozenberg R, et al.** Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *J Am Geriatr Soc* 1996;**44**:591-598.
23. **Pathy MSJ, Bayer A, Harding K, et al.** Randomised trial of case finding and surveillance of elderly people at home. *Lancet* 1992;**340**:890-893.
24. **Campion EW.** Can House calls survive?. *N Engl J Med* 1997;**337**: 1840-1841.
25. **Gómez JF, Curcio CL, Gómez DE.** Evaluación de la salud de los ancianos. Editorial Información y Publicaciones. Manizales, 1995.
26. **Stuck A, Aronow H, Steiner A, et al.** A trial of annual in-home comprehensive geriatric assessments for elderly people living in the community. *N Engl J Med* 1995;**333**:1184-1189.