

# Descripción de los pacientes mayores de 60 años ingresados al programa de hospitalización domiciliaria del complejo asistencial Dr. Sótero del Río, Santiago de Chile

Description of patients over 60 years admitted to home hospitalization program of Dr. Sótero del Río Care Complex, Santiago de Chile

ANDRÉS PAVLOVIC, ÓSCAR CALDERÓN, EDUARDO MUÑOZ, MARCELA CÁRCAMO, JENNY TRIANA, KAREN MORALES • SANTIAGO DE CHILE (CHILE)

## Resumen

**Introducción:** dado el aumento de la población del adulto mayor en Chile, se han incrementado también las tasas de hospitalización. En la búsqueda por disminuir las complicaciones asociadas a esto, en el complejo asistencial Dr. Sótero del Río, se ha desarrollado la unidad de hospitalización domiciliaria. Este trabajo tiene por objetivo describir las características de los pacientes mayores de 60 años ingresados en esta unidad durante el año 2014

**Material y métodos:** estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron a partir de los informes estadísticos mensuales de la unidad de hospitalización domiciliaria, datos de filiación, motivos de ingreso y estadía hospitalaria. Se excluyeron ingresos obstétricas. Se clasificaron los ingresos según su clasificación cie-10.

**Resultados:** se ingresaron 2953 pacientes a la unidad de hospitalización domiciliaria durante el año 2014. Mil seiscientos diez y siete pacientes corresponden a mayores de 60 años (52.8%) y de éstos, 571 eran pacientes de 80 años o más (35.3%). La mediana de edad fue de 63 años. Dentro de las causas más importantes se ubican: enfermedades del sistema respiratorio n=680 (42%), enfermedades del sistema circulatorio n=324 (20%), enfermedades genitourinarias n=313 (19.4%).

**Discusión:** La hospitalización domiciliaria podría ser un aporte al sistema de salud público chileno, dado que presenta beneficios probados en la literatura internacional a nivel clínico, satisfacción usuaria, organizativo y a nivel de costo efectividad. (*Acta Med Colomb 2016; 41: 187-190*).

**Palabras clave:** *hospitalización domiciliaria; adultos mayores; visita domiciliaria de salud.*

## Abstract

**Introduction:** Given the increase of elderly population in Chile, hospitalization rates have also increased. In the Health Care Complex Dr. Sotero del Río, a Home Hospitalization Unit has been developed searching to reduce the complications associated with this condition. This paper aims to describe the characteristics of patients older than 60 years admitted to this unit during 2014

**Material and Methods:** Descriptive retrospective study. Personal data, reasons for admission and hospital stay data were collected from monthly statistical reports of the Home Care Unit. Obstetric admissions were excluded. Admissions were classified according to ICD-10 classification.

**Results:** 2953 patients were admitted to the home care unit during 2014. One thousand six hundred and seventeen patients were older than 60 years (52.8%) and of these, 571 patients were 80 years or older (35.3%). The median age was 63 years. Among the most important causes found, were: respiratory diseases n = 680 (42%), circulatory system diseases n = 324 (20%), genitourinary diseases n = 313 (19.4%).

Dr. Andrés Pavlovic Jeldres: Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile. Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile; Dr. Óscar Calderón A.: Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile; Dr. Eduardo Muñoz LB.: Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile; Sra. Marcela Cárcamo I.: Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Universidad de los Andes. Santiago, Chile; Sra. Jenny Triana M.: Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago, Chile; Sra. Karen Morales K.: Unidad de Hospitalización Domiciliaria del Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. Santiago de Chile (Chile).  
Correspondencia. Dr. Andrés Pavlovic Jeldres. Santiago de Chile (Chile).  
E-mail: apavlovic@ojoclinico.cl  
Recibido: 27/X/2015 Aceptado: 25/VIII/2016

**Discussion:** Home hospitalization could be a contribution to the Chilean public health system, as it has proven benefits in the international literature at the clinical and organizational level, user satisfaction, and at cost-effectiveness level. (*Acta Med Colomb* 2016; 41: 187-190).

**Keywords:** *hospital home care services; older adults; home health visit.*

---

## Introducción

El incremento de población de personas mayores en Chile ha hecho que la pirámide poblacional sea cada vez más similar a la de países desarrollados. A esto se le adicionan otros factores como la mayor prevalencia de enfermedades crónicas con múltiples descompensaciones agudas y necesidades de salud cada vez más complejas, entre otras, lo que ha producido un aumento en las tasas de hospitalizaciones en este grupo etario (1).

En los últimos 30 años, la población de Chile ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaba 8% de la población y en el censo del año 2002 aumentaron a 11.4%. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento será de 3.7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta para el año 2025, una población de 3 825 000 personas mayores, representando 20% de la población del país (2). Además en Chile se hace evidente la falta de recursos coordinados enfocados específicamente a la población adulto mayor (AM) a nivel hospitalario (unidades de recuperación funcional específicas, unidades de hospitalización domiciliaria, unidades geriátricas de hospitalización diurna, unidades de mediana estancia, unidades de asistencia geriátrica domiciliaria, unidades geriátricas agudas, residencias de larga estancia, etc.).

Existe vasta evidencia, de los efectos negativos de la hospitalización prolongada en las personas mayores, en especial en aquellos pacientes frágiles; sin embargo, cuando éstos sufren procesos intercurrentes severos (infecciosos o descompensaciones agudas de una patología crónica), el tradicional manejo hospitalario es considerado todavía por muchos, como el único sistema adecuado. Aunque esto conlleve asumir como inevitables algunos inconvenientes derivados de la poca adaptación funcional y organizativa que han sufrido nuestros hospitales (3), incluso aunque estos pacientes sean manejados en salas acondicionadas especialmente para su necesidad, como las unidades geriátricas de agudos (4). Dentro de lo que podemos describir: disminución de la funcionalidad (5), cuadros depresivos (6), caídas, delirium, alteraciones nutricionales, iatrogenia derivada de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, infecciones nosocomiales (3, 7).

Dentro de los desafíos de la medicina moderna se encuentra ser capaz de adaptarse a los cambios demográficos manteniendo niveles de atención de calidad, es en este escenario donde el manejo hospitalizado de pacientes en su domicilio aparece como una alternativa atractiva, tanto por los beneficios clínicos, familiares y de costos para el siste-

ma de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluye a la hospitalización domiciliaria dentro del concepto más general de “servicios domiciliarios” definidos como: “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte. Los servicios domiciliarios pueden ser clasificados por categorías en: promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos”(7). Su objetivo: “es la modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional en donde el usuario recibe los mismos cuidados que en el hospital, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital. Es de carácter integral y continuado, fomenta la participación y el autocuidado; depende de la atención especializada y es llevada a cabo por un equipo multidisciplinario de salud del hospital” (7, 8).

En la experiencia internacional, los diagnósticos más recurrentes varían de país a país, dependiendo de las características propias del concepto de hospitalización domiciliaria, dando cuenta de los múltiples enfoques que se pueden tener de ella, por ejemplo en España, los tres principales diagnósticos son en orden: enfermedades del aparato respiratorio, enfermedades del aparato digestivo y enfermedades del aparato circulatorio; mientras en Estados Unidos son: enfermedades del aparato circulatorio, enfermedades endocrinas metabólicas y enfermedades tumorales (9). En Chile no hay estudios publicados que describan las características tanto sociodemográficas como clínicas de los pacientes ingresados a los programas de hospitalización domiciliaria, dificultando por lo tanto la evaluación y la difusión de los probables beneficios de estos mismos.

En la búsqueda por disminuir las complicaciones asociadas a esto y junto a la necesidad de realizar en forma constante medidas costo-efectivas, el complejo asistencial Dr. Sótero del Río (CASR) ha desarrollado el programa de hospitalización domiciliaria, desde el año 2007. El CASR es parte del servicio de salud metropolitano sur oriente de la región metropolitana de Santiago, que atiende población beneficiaria del sistema público de salud chileno. El programa de la unidad de hospitalización domiciliaria (UHD) de dicho complejo asistencial está circunscrito a las comunas de Puente Alto y Pirque. Entre ambas comunas abarcan una población de 640 317 habitantes basados en las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile para el año 2016; Puente Alto (617 914) y Pirque (22 403) (10).

La unidad de hospitalización domiciliaria del CASR ofrece atención domiciliaria a pacientes adultos, pediátricos y con necesidades en cuidados obstétricos; cuenta con un equipo multidisciplinario: médicos, kinesiólogos, enfermeras, trabajadora social, técnicos social, técnicos paramédicos y personal administrativo (8). Para que un paciente pueda acceder al programa de hospitalización domiciliaria debe cumplir con los criterios de elegibilidad tanto clínicos como sociales. Dentro de los criterios de elegibilidad clínicos se encuentran tener una patología cuyo tratamiento pueda ser llevado a cabo por la unidad de hospitalización domiciliaria y no presentar alteraciones hemodinámicas que requieran monitorización continua. Desde el punto de vista social el paciente debe: entender y aceptar los términos y condiciones que incluyen la hospitalización domiciliaria, tener un tutor mayor de 18 años responsable que entienda y acepte los términos y condiciones que incluyen la hospitalización domiciliaria, tener una red de apoyo en su entorno capaz de apoyar a la unidad de hospitalización domiciliaria, estar inscrito en el sistema de salud público, tener domicilio dentro de las comunas ya descritas, tener condiciones de vivienda mínimas para el desarrollo de una atención de salud (lugar físico apto, agua potable, electricidad y alcantarillado).

Este trabajo describe las características de los pacientes mayores de 60 años ingresados en esta unidad durante el año 2014.

### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo. Se recogieron a partir de los informes estadísticos mensuales de la unidad de hospitalización domiciliaria del CADSR, todos aquellos pacientes mayores de 60 años ingresados a la unidad durante el año 2014, pudiendo un mismo paciente tener más de un ingreso durante el año. Se revisaron las fichas de ingreso y de alta recopilando información sobre edad, género, motivo de ingreso, duración de la hospitalización y estado al alta. Se excluyeron ingresos obstétricos. Se catalogaron los ingresos según su clasificación CIE-10 (11) del diagnóstico de ingreso más importante. Para determinar si la edad y la cantidad de

días de hospitalización presentan una distribución normal, se utilizó el test de Shapiro Wilk. Las variables cualitativas se reportaron mediante cifras absolutas y relativas.

Para el análisis estadístico se utilizaron los programas Microsoft Excel y el programa Stata 12.0.

Este trabajo fue realizado siguiendo los requerimientos para estudios indicados por el comité de ética del CADSR. La revisión de datos clínicos se realizó guardando de forma absoluta la confidencialidad de éstos.

### Resultados

De un total de 2953 pacientes hospitalizados en la UHD durante el año 2014, 1617 pacientes corresponden a mayores de 60 años (52.8%) y de éstos, 571 tenían 80 años o más (35.3%). La mediana de edad fue de 63 años (la edad no presenta una distribución normal, con un test de Shapiro Wilk con un  $p > 0.005$ ). Ciento cincuenta y ocho de los pacientes mayores de 60 años ingresados fallecieron, de los cuales 155 fueron fallecimientos esperados (98.1%). La mediana de estadía hospitalaria fue de ocho días, tanto para la población total como para aquellos mayores de 60 años. La distribución de los diagnósticos de ingreso por categoría CIE-10 se muestran en la Figura 1, la distribución de la cantidad de pacientes ingresados en la UHD según edad se presentan en la Figura 2.

### Discusión

La hospitalización domiciliaria ha demostrado ser una herramienta útil y económicamente eficiente a la hora de optimizar los recursos económicos en salud, un metaanálisis realizado el año 2012 demostró que la hospitalización domiciliaria es más económica que la hospitalización tradicional (diferencia de media -1567.11; 95% IC, - 2069.53 A 1064.69;  $P < 0.001$ ; 11 Rcts con 1215 pacientes) (aunque con alto nivel de heterogeneidad entre los estudios). Además de disminuir la mortalidad (OR 0.81; 95% IC, 0.69 a 0.95;  $P = 0.008$ ; 42 Rcts con 6992 pacientes), y los reingresos hospitalarios (OR 0.75; 95% IC, 0.59 A 0.95;  $P = 0.02$ ; 41 Rcts con 5372 pacientes). Además mostró mayor satisfacción por parte

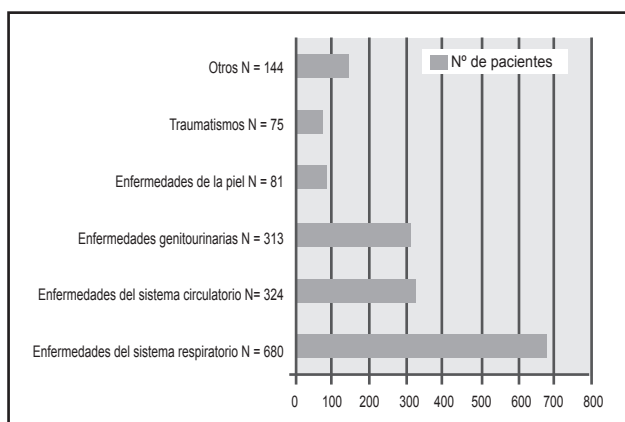


Figura 1. Distribución de los pacientes ingresados a la UHD, según diagnóstico.

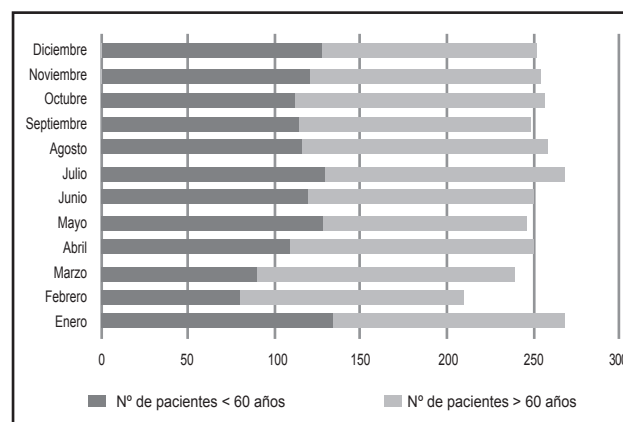


Figura 2. Distribución de los pacientes ingresados a la UHD mensualmente según edad.

del paciente, mayor satisfacción por parte del cuidador y menor sobrecarga del cuidador pero ninguno de éstos con significancia estadística (8). La experiencia en Chile ha sido escasa, con experiencias locales a nivel hospitalario enfocados en subsanar la falta de camas. Dado el nuevo perfil epidemiológico ya descrito es necesario el desarrollo y difusión de las experiencias de hospitalización domiciliaria tanto a nivel público como privado.

La hospitalización domiciliaria podría ser un aporte al sistema de salud público chileno, dado que presenta beneficios probados en la literatura internacional a nivel clínico (disminuyendo las complicaciones clásicas asociadas a la hospitalización de este segmento etéreo), satisfacción usuaria, organizativo (contribuyendo a descongestionar los recintos asistenciales) y a nivel de costo efectividad. La unidad de hospitalización domiciliaria presentó durante el año 2014 más de 3000 pacientes, siendo más de la mitad de estos adultos sobre los 60 años, mostrando la importancia que tiene este segmento etéreo en relación al consumo de servicios hospitalarios y la utilidad que un servicio como este puede representar. La distribución de los diagnósticos más importantes es similar a los descritos en España (enfermedades del sistema respiratorio y circulatorio), pero en el tercer lugar se diferencian, al aparecer las enfermedades del sistema genitourinario. Esta información es muy relevante ya que los diagnósticos respiratorios (en especial la neumonía) son de las causas más importantes de morbimortalidad en la población chilena adulto mayor (13) por lo que ofrecer un manejo hospitalario en el domicilio podría ser una herramienta para el control de dichas patologías.

Se debe hacer mención al importante número de fallecimientos esperados, es decir, aquellos paciente en los cuales el objetivo de la hospitalización domiciliaria eran los cuidados al final de la vida por tanto acompañar al paciente y a sus familias, brindando tratamientos enfocados específicamente en la condición del paciente (hidratación parenteral, uso de opiáceos, oxígeno, acompañamiento profesional), este tipo de pacientes, al igual que los pacientes adultos mayores con patología aguda, representan un desafío al sistema de salud chileno ya que presentan (tanto los pacientes como sus familias) cuidados y tratamientos que difícilmente pueden entregarse en un ambiente que no sea el hospitalario.

Se hace necesario ante este panorama de búsqueda de nuevas formas de manejo de los pacientes que requieren

hospitalización estudios que sustenten la hospitalización domiciliaria en la realidad local tanto a nivel de costo efectividad, reingresos, beneficio clínico y social. Además resulta fundamental realizar estudios que midan la costo efectividad de esta forma de hospitalización en el medio local, ya que los ambientes donde la mayoría de los estudios se han llevado a cabo son países desarrollados lo cual hace que la extrapolación de los resultados obtenidos no sea fidedigna.

## Conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene conflicto de intereses.

## Referencias

1. **González-Ramallo VJ, Valdivieso B, Ruiz-García V.** Hospitalización a domicilio. *Med Clin (Barc)*. 2002; **118**: 654-64.
2. **Olivares-Tirado P.** Perfil Epidemiológico del Adulto Mayor en Chile. Gobierno de Chile. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo 2006; 1-20.
3. **Fernández-Miera MF.** Hospitalización a domicilio en el anciano con enfermedad aguda. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; **44**(S1): 39-50
4. **Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, et al.** Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012; **60**: 2237-45. [PMID: 23176020]
5. **Gillick M.** When frail elderly adults get sick: alternatives to hospitalization. *Annals Of Internal Medicine*. 2014; **160**(3): 201-202.
6. **T. P. Haines, C. M. Williams, A.-M. Hill, et al.** "Depressive symptoms and adverse outcomes from hospitalization in older adults: secondary outcomes of a trial of falls prevention education," *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2014.
7. **Shepperd S, Iliffe S.** Hospital domiciliario versus atención hospitalaria estándar (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
8. **Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO)**, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Hospitalización domiciliaria: "Orientaciones técnicas: Hospitalización Domiciliaria". Santiago de Chile. 2011
9. **Cotta Rosângela Minardi Mitre, Suárez-Varela María Morales, Llopis González Agustín, Cotta Filho José Sette, Real Enrique Ramón, Ricós José Antonio Días.** La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica*. 2001 July; **10**(1): 45-55.
10. **Instituto Nacional de Estadística (INE).** "Proyecciones poblacionales por comuna 2013-2020". [base de datos en línea], Santiago de Chile, [http://www.ine.cl/canales/chile\\_estadistico/familias/demograficas\\_vitales.php](http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php) [fecha de consulta: 30 de septiembre de 2015]
11. **Organización Mundial de la Salud (OMS): CIE-10.** Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
12. **Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L.** 'A meta-analysis of "hospital in the home"'. *Medical Journal of Australia*, 197; **9**: 512-19.
13. **Valdivia C. Gonzalo.** Epidemiología de la neumonía del adulto adquirida en la comunidad. *Rev Chil Infectol* 2005; **22** (Suppl 1): s11-s17.