

# INTERVENCIONES SANITARIAS

## ACOMPañAMIENTO AL ALTA DE INTERNACIÓN EN ADULTOS MAYORES

### *Accompaniment after Hospital Discharge in elderly*

El Grupo de Trabajo en Gerontología del Departamento Área Programática de Salud del Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía se propone favorecer la atención longitudinal e integral del adulto mayor con patologías crónicas, con el objetivo de disminuir las reinternaciones frecuentes y promover la independencia, la autonomía y la participación activa de esta población en su salud.

**PALABRAS CLAVE:** Adulto Mayor; Atención Primaria de Salud; Alta Hospitalaria; Derechos del Adulto Mayor

**KEY WORDS:** Elderly; Primary Health Care; Hospital Discharge; Rights of the Elderly

Teresa Fernández<sup>1</sup>, Celeste Goedelmann<sup>1</sup>, Valeria López<sup>1</sup>, Santiago López<sup>1</sup>, Juan Osuna<sup>1</sup>, Andrea Gianninoto<sup>1</sup>, Estefanía Romero<sup>1</sup>, Carla Mango<sup>1</sup>, Fabiula De Bastiani<sup>1</sup>, María Teresa Saggio<sup>1</sup>, Celeste Armano<sup>1</sup>, Ana Milanino<sup>1</sup>, María Macarena Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

### INTRODUCCIÓN

En los adultos mayores (AM), las elevadas tasas de internación y de altas hospitalarias suelen ir acompañadas de un alto número de reingresos<sup>1</sup>, lo que genera pérdida de capacidad funcional, disminución de calidad de vida, aumento de morbimortalidad y altos costos al sistema de salud<sup>2</sup>.

Las intervenciones fundamentadas en la continuidad asistencial parecen ser las más efectivas para prevenir las reinternaciones y lograr una mejor calidad de vida, con menos ingresos en dispositivos de larga estancia y mayor probabilidad de permanecer en el hogar<sup>3</sup>.

Estas intervenciones cuentan con componentes educativos, que previenen y reducen factores de riesgo modificables y combinan intervenciones previas y posteriores al alta, mediante el fortalecimiento de los sistemas de derivación de casos y la relación entre los niveles de atención<sup>4</sup>.

El equipo a cargo de la experiencia expuesta se propuso favorecer la atención longitudinal e integral de la salud al momento del alta de los AM

que residían en el Área Programática (AP) del Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía (HGARM). La finalidad de esta intervención consiste en demorar o evitar la reinternación, articulando el momento de egreso hospitalario y la llegada al hogar, manteniendo la independencia y autonomía del AM, teniendo en cuenta sus necesidades, las de su familia y otras formas de cuidados, y promoviendo la participación activa en su salud integral.

Esta experiencia está en consonancia con los principios de la Convención de Derechos de los AM, que —entre otros— incluyen: “La responsabilidad del Estado y la participación de la familia y la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como su cuidado y atención”<sup>5</sup>. Un abordaje intersectorial resulta indispensable para garantizar los derechos mencionados en la Convención.

El objetivo de este estudio fue describir los resultados de la intervención que lleva adelante el Grupo de Trabajo en Gerontología del HGARM.

### MÉTODOS

La población objetivo de la intervención fueron AM de 65 años internados en las salas de Clínica Médica o de Cardiología, que pertenecían al AP del HGARM y tenían insuficiencia cardíaca (IC) o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Se excluyó a los pacientes con patología oncológica terminal, demencia avanzada o derivación al tercer nivel de atención.

El operador interviniente fue el Grupo de Trabajo en Gerontología del Departamento AP de Salud del HGARM (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), conformado por las siguientes disciplinas: Psicología, Nutrición, Kinesiología, Geriatría y Trabajo Social.

El plan de intervención consistió en:

1) Difusión del proyecto:

- Dictado de dos charlas al año, una en marzo y otra en noviembre, con los médicos residentes de las salas de Clínica Médica y Cardiología y los jefes de sala, con el objetivo de fortalecer la articulación entre el primer y el segundo nivel dentro de la

estrategia de atención primaria de la salud (APS).

- Exposición del proyecto en jornadas y encuentros del campo sanitario con trabajadores del HGARM y sus Centros de Salud y Acción Comunitaria N° 11 y N° 45, y en otros hospitales (Durand, Penna), con el objetivo de dar a conocer la intervención y articular con dichos efectores.

- Colocación de carteles en salas de internación y en los pasillos con información acerca de la intervención y datos de contacto para la población blanco.

### 2) Acompañamiento pre-alta:

- Registro de ingresos semanales a las salas de Clínica Médica y de Cardiología de personas que cumplen los criterios de inclusión.

- Primer contacto con el AM para ofrecer el dispositivo. En caso de aceptación, se ingresa en el proyecto y queda establecido el contacto con la persona, su familiar y/o cuidador. En esta instancia se realiza el consentimiento informado de acuerdo con lo establecido en el artículo 5 de la ley 26742/2012.

- En la reunión semanal de equipo se evalúa el caso y se elabora una estrategia de abordaje singular, que es consensuada con el paciente y la familia y/o cuidador, si lo hubiera. Dicha estrategia es dinámica, en función de la variabilidad de los recursos de la persona, y se comunica al equipo tratante en sala.

### 3) Acompañamiento post-alta:

- El acompañamiento se realiza durante 12 meses. A lo largo de dicho período se administra mensualmente un protocolo elaborado por el equipo para el presente proyecto. Es un instrumento estructurado, que sirve como punto de partida para elaborar una estrategia particular de abordaje e incluye los siguientes ítems: datos personales, evolución de síntomas característicos de IC y EPOC, medicación, controles de salud, evaluación de la independencia funcional y la autonomía, autopercepción de salud, estado de salud mental, situación nutricional y red continente. Este instrumento puede ser administrado en su totalidad

por todas las disciplinas del equipo. En caso de necesidad, existe la posibilidad de profundizar la evaluación.

- Implementación de la estrategia de abordaje elaborada en el equipo, de acuerdo con las incumbencias profesionales de sus integrantes y las necesidades que presenta el AM: visitas domiciliarias; llamadas telefónicas; orientación sobre prácticas de cuidado y barreras arquitectónicas; consultas y articulaciones con servicios del HGARM e instituciones ubicadas dentro del AP (centros de jubilados, polideportivos, centros culturales, entre otros); orientación en las prestaciones en salud según su cobertura (por ejemplo, respecto de la obtención de medicación, la gestión de internación domiciliaria o de cuidadores formales, entre otras); orientación para el trámite del certificado único de discapacidad, a partir de la articulación con el Equipo de Asesoría en Problemáticas de la Discapacidad del HGARM; articulación con otras instituciones, como Programa Proteger, Defensoría del Pueblo, etc.

- Monitoreo de evolución de cada caso en reunión semanal de equipo.

## RESULTADOS

Las tareas de difusión llevadas adelante de forma continua permitieron dar a conocer el proyecto en las salas de internación seleccionadas y fortalecer la articulación entre el primer y segundo nivel de atención en salud. Se logró que los profesionales tuvieran como referencia al equipo al momento de planificar el alta de un AM.

Se realizaron encuentros con diferentes efectores de salud, que permitieron dar a conocer el proyecto, intercambiar experiencias y fortalecer el vínculo.

En el período 2014-2016 se abordaron previo al alta 79 situaciones de externación de AM, que recibieron la presentación del proyecto y aceptaron el acompañamiento. Un 59% eran mujeres y un 41%, varones.

En cuanto a su distribución por grupos de edad, predominaron los mayores de 80 años (43%), seguidos en frecuencia por 70-79 años (37%)

y, por último, el grupo etario de 60-69 (20%).

Se constató que el 65% presentaba cuidadores informales, entendidos como aquellos familiares, amigos o vecinos que realizan la tarea de cuidados, pero no poseen formación específica ni reciben remuneración por ese trabajo. El 6% tenía asistentes formales, con capacitación teórico-práctica en la temática, y un 29% no contaba con cuidadores.

Con respecto a la cobertura de salud, 58% tenía PAMI, 34% sólo cobertura estatal y una minoría, obra social.

Entre las 69 personas acompañadas en 2014-2015, hubo un 51% con patologías cardíacas de base, un 10% con patologías respiratorias y un 12% con ambas. Esto significa que el 73% de los AM ingresados al proyecto durante esos años presentaba en sus antecedentes alguna patología respiratoria y/o cardíaca.

El porcentaje de reinternación fue del 13% en 2014 y del 29% en 2015. Del total de los reingresos hospitalarios de esos dos años, el 82% presentaba de base una patología respiratoria o cardíaca (el 100% de los reingresos de 2015 y el 71% de los de 2014). Es por ello que en 2016 se decidió acotar el seguimiento a pacientes con IC y EPOC, como patologías cardíacas y respiratorias de mayor prevalencia en AM<sup>6,7</sup>. Si se tienen en cuenta los 10 casos abordados en 2016, la reinternación fue del 50%. Si se considera el número total de casos del período 2014-2016, el porcentaje fue del 20%.

Dentro de las intervenciones post-alta realizadas en el período 2014-2016, prevaleció como estrategia para el acompañamiento el seguimiento telefónico con el 59%; el 23% fueron consultas en el AP y el 18% restante, visitas al domicilio.

## DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos, y conforme a las características sociodemográficas para este grupo etario, se observa que el sexo femenino predomina por sobre el mascu-

lino. Por otro lado, la franja de más de 80 años es la que presenta más internaciones.

Un amplio porcentaje (65%) de los AM incluidos en la investigación tienen cuidadores informales, que realizan la tarea pero no cuentan con capacitación específica en la temática. Este dato resulta relevante para pensar cómo otorgarles una capacitación adecuada, capaz de lograr mejoras en la calidad de los cuidados proporcionados y evitar las posibles sobrecargas o el malestar psicológico asociado. Muchas de las intervenciones del equipo están destinadas a los cuidadores.

Más de la mitad de las personas están afiliadas a PAMI, lo cual señala la importancia de mejorar la articulación a tiempo con los recursos disponibles.

El incremento al 50% de reinternaciones durante 2016 puede explicarse principalmente por el cambio de patologías en seguimiento, ya que tanto la IC como el EPOC presentan gran porcentaje de reinternación<sup>6,7</sup>.

Entre los obstáculos hallados en esta intervención, cabe mencionar la falta de dispositivos para las distintas problemáticas a afrontar, la escasez de recursos humanos y materiales, y la ausencia o dificultad de acceso a recursos sociosanitarios que favorezcan la inserción del AM en su medio comunitario.

Tomando el concepto de Stolkner en relación con la accesibilidad a la salud, entendida como “el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”<sup>8</sup>, en la práctica se observa que a menudo este lazo está alterado. Las personas no comprenden claramente el motivo de su internación; a veces conocen su diagnóstico, pero no qué significa ni cuáles son las posibilidades de tratamiento, por lo cual no pueden decidir con claridad y ven afectada su autonomía. Este vínculo se construye de manera constante, y es importante que cada persona participe activamente de su construcción, poniendo en juego sus

motivaciones y recursos.

Hay que seguir fortaleciendo las articulaciones intra e interinstitucionales y afianzar los recursos comunitarios disponibles para poder realizar derivaciones protegidas y contar con diversos espacios intersectoriales, que den respuesta a las problemáticas de salud de los AM desde una perspectiva integral.

El disparador del proyecto de acompañamiento al alta fue generar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires un dispositivo que respondiera a las propuestas de los lineamientos en gerontología respecto a prácticas alternativas a la institucionalización de los AM. Es una propuesta basada en el trabajo interdisciplinario, lo que permite tener una visión integral del paciente por medio de las distintas áreas que actúan en conjunto. Resulta necesario profundizar dicha línea de trabajo e incrementar la oferta de estos espacios, fortaleciendo redes de cuidado institucionales para AM.

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

**Cómo citar este artículo:** Fernández T, Goedelmann C, López V, López S, Osuna J, Gianninoto A, Romero E, Mango C, De Bastiani F, Saggio MT, Armando C, Milanino A, Fernández MM. Rev. Argent Salud Pública. 2017; Dic;8(33):41-43.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

<sup>1</sup> Martín R, Martínez J, Losa J, Lebrato J, Canteli S, Zapatero G. Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp.* 2009;209(10):459-466.

<sup>2</sup> Pérez-Castejón Garrote J. La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. *Rev Mult Gerontol.* 2005;15(1):16-22.

<sup>3</sup> Grandes G, Sánchez A, Cortada J, Calderón C, Balague L, Millán E, et al. Useful Strategies for the Promotion of Healthy Lifestyles in Primary Health Care. Informe Osteba. *Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.* 2008.

<sup>4</sup> García Pérez L, Linertová R, Lorenzo Riera A, Vázquez Díaz JR, Duque González B, López Hijazo A, Barreto Cruz S, Lorenzo Prozzo N, Guiote Partido I, Sarria Santamera A. Factores predictivos e intervenciones efectivas para la reducción del riesgo de reingreso hospitalario en pacientes de edad avanzada. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2009. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2007/20.

<sup>5</sup> Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos

de las Personas Mayores. *Organización de Estados Americanos.* 2015. [Disponible en: [http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_A-70\\_derechos\\_humanos\\_personas\\_mayores.pdf](http://www.oas.org/es/sla/ddi/docs/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.pdf)] [Último acceso: 15/01/2018]

<sup>6</sup> Suárez G, Tomassi L, Lorenzo M, Valicenti P. ¿Por qué se reinterna la insuficiencia cardíaca? *Revista del Hospital J. M. Ramos Mejía.* 2007;XII;N°3. [Disponible en: <https://onedrive.live.com/?cid=7343C1A96494FC07&id=7343C1A96494FC07%21519&parId=7343C1A96494FC07%21447&o=OneUp>] [Último acceso: 15/01/2018]

<sup>7</sup> Sivori M. Rehabilitación respiratoria y exacerbaciones de EPOC: ¿Una utopía hecha realidad? *Rev Am Med Resp.* 2016; 16: 46-55. [Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1852-236X2016000100006](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-236X2016000100006)

] [Último acceso: 15/01/2018]

<sup>8</sup> Stolkner A, et al. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: *Editorial Dunken*; 2000.



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.