

Artículo original

# ANÁLISIS DEL RIESGO DE DETERIORO FUNCIONAL Y SOCIOFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

Luz Ángela Torres<sup>1</sup>, Sonia Milena Rivera<sup>2</sup>, Fredy Orlando Mendivelso<sup>3</sup>, Nancy Yomayusa González<sup>4</sup>, Héctor Mauricio Cárdenas<sup>5</sup>, Constanza Hernández Enciso<sup>6</sup>

*1 Trabajadora Social Sénior. Clínica Colsanitas*

*2 Trabajadora Social. Clínica Reina Sofía*

*3 MD. Cirujano. Epidemiólogo. MPH. MSc. FETP. Centro de Medicina Basada en la Evidencia. Vicepresidencia Global de Salud Keralty*

*4 MD. Internista. Nefróloga. Instituto Global de Excelencia Clínica. Vicepresidencia Global de Salud Keralty.*

*Grupo de Investigación Traslacional Sanitas*

*5 MD. Internista. Geriatra. Clínica Universitaria Colombia*

*6 Jefe Nacional del Departamento de Atención al Usuario. Clínica Colsanitas*

## RESUMEN

**Introducción:** El adulto mayor es una persona vulnerable clínicamente, biológica, emocional y socialmente. El objetivo de este trabajo es identificar la prevalencia de riesgo de deterioro funcional, pérdida de autonomía y vulnerabilidad sociofamiliar en personas mayores hospitalizadas en una institución de salud.

**Metodología:** Diseño de corte transversal con pacientes >65 años hospitalizados en institución de alta complejidad. Se excluyeron hospitalizados en unidad de cuidados intensivos, patología quirúrgica, oncológica y psiquiátrica. Los instrumentos de medición fueron aplicados mediante entrevista por trabajadoras sociales de la institución previo entrenamiento y estandarización en la técnica de entrevista. Se utilizó la escala de riesgo de deterioro funcional (HARP) y la versión abreviada y simplificada de la escala de valoración sociofamiliar de GIJÓN. **Resultados:** Evaluamos consecutivamente 981 pacientes durante un periodo de nueve meses en el servicio de hospitalización de adultos. Edad promedio del grupo 78 años, mayor prevalencia de mujeres (63%), alta frecuencia de casados (71%) y trabajadores jubilados o pensionados (82%). El 7,5% de los pacientes egresaron al programa de hospitalización domiciliaria. La prevalencia de riesgo deterioro funcional (HARP) fue del 50% con mayor compromiso en grupo de 85+ años (74%). La valoración de GIJÓN identificó limitación de recursos sociofamiliares en 4%. **Discusión:** La escala HARP y GIJÓN son instrumentos de fácil aplicación y complementan la valoración clínica del adulto mayor hospitalizado. Para los departamentos de atención al usuario y de asistencia social hospitalaria constituyen

Recibido: 4 de marzo de 2019

Aceptado: 19 de marzo de 2019

Correspondencia: fmendivelso@colsanitas.com

un estándar de calidad, dado que permiten conocer otras dimensiones como el entorno social, familiar, neuropsicológico y en algunos casos medio-ambientales en procura del cuidado integral.

**Palabras clave:** Envejecimiento; Anciano Frágil; Disfunción Cognitiva; Sistemas de Apoyo Psicosocial.

**DOI:** <https://doi.org/10.26852/01234250.30>

## ANALYSIS OF FUNCTIONAL RISK AND SOCIOFAMILY DETERIORATION IN HOSPITALIZED ELDERLY PATIENTS

### ABSTRACT

**Introduction:** The older adult is a vulnerable person clinically, biologically, emotionally and socially. The aim of this study is to identify prevalence of functional deterioration risk, loss of autonomy and socio-familial vulnerability in elderly people hospitalized in a healthcare institution. **Methodology:** A cross-sectional design with patients >65 years hospitalized in a healthcare institution was conducted. We excluded inpatients in the intensive care unit, surgical, oncological or psychiatric wards. Measurement instruments were applied through an interview by social workers previous training and standardization in the interview technique. We used the functional impairment risk scale (HARP) and simplified and abbreviated version of the socio-family assessment scale of GIJÓN. **Results:** We consecutively evaluated 981 patients during a period of nine months in the adult hospitalization service. The average age of the group was 78 years with higher prevalence of women (63%) and high frequency of married (71%) and retired workers or pensioners (82%). 7.5% of patients were discharge to home hospitalization program. The prevalence of functional impairment risk (HARP) was 50%, with greater commitment in the group of 85+ years (74%). The evaluation of GIJÓN scale identified limitation of social and family resources in 4%. **Discussion:** HARP and GIJÓN scales are instruments easy to apply and complement clinical assessment of hospitalized elderly. For users attention departments and social hospital assistance, they constitute a quality standard given that they allow knowing other dimensions such as the social, family, neuropsychological, and in some cases environmental, in pursuit of comprehensive care.

**Keywords:** Aging; Fragile Elderly; Cognitive Dysfunction; Psychosocial Support Systems.

### INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población es un desafío y reto global; por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta más allá de los 60 años. Esto tiene profundas consecuencias para la salud de las personas, sus familias y para los sistemas de salud (1, 2). Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se dupli-

cará, pasando del 12% al 22%. Según estas proyecciones, el número absoluto de personas de 60 años y más aumentará de 901 millones en 2015, a 1.400 millones para 2030 y podría ascender a 3.200 millones para 2050. Para 2050, la población de más de 60 años representará un 34% en Europa, un 25% en América Latina y el Caribe y el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos (3). En Colombia la tendencia es similar, ya en 2015 se registraban 5,2

millones de personas mayores de 60 años (el 10,8% de la población) y se calcula que para el 2050 serán 14,1 millones (el 23% de la población) (4).

La progresión de la longevidad va de la mano con el incremento de la prevalencia de las Enfermedades crónicas No Transmisibles (ENT), enfermedades mentales, discapacidad, pluripatología o multimorbilidad y riesgo de hospitalización, lo cual tiene un fuerte impacto en términos sociales, políticos y económicos para todos los países (5). Es indudable que uno de los principales objetivos de las personas mayores es mantener su capacidad funcional. Los mayores costos para la sociedad no son los gastos que se hacen para promover esa capacidad funcional, sino los beneficios que podrían perderse si no realizamos las adaptaciones necesarias y las inversiones apropiadas. El enfoque recomendado ante el envejecimiento de la población implica transformar los sistemas de salud del modelo asistencial centrado en la enfermedad a la prestación y planeación de cuidados holísticos, integrales, centrados en las necesidades de las personas mayores con calidad y humanización (1).

Los cambios fisiológicos usuales durante el envejecimiento, generan mayor susceptibilidad a eventos adversos durante la hospitalización, incremento de la estancia, deterioro funcional y mayores índices de morbimortalidad (6, 7). La enfermedad aguda en el paciente adulto mayor incrementa su vulnerabilidad debido a la disminución de la reserva fisiológica funcional, descompensación de ENT basales, poli medicación, trastornos afectivos y mayor riesgo de apoyo social y familiar (7). Cerca del 30 al 60% de los pacientes mayores hospitalizados presentan deterioro funcional, el cual incluso puede preceder la admisión hospitalaria y ser empeorado de manera sustancial con la misma hospitalización (8).

El deterioro funcional es un término que se utiliza para reflejar la pérdida de la capacidad de un individuo para llevar a cabo de forma independiente y segura las actividades de la vida diaria en el hogar o en la comunidad (5). Durante la hospitalización, el paciente de edad avanzada experimenta a menudo reducidos niveles de movilidad y actividad. El deterioro funcional, incluyendo cambios en el estado físico y la movilidad, se ha identifi-

cado como la principal complicación de hospitalización de los ancianos (9). Múltiples factores de riesgo tales como la edad avanzada, los cambios normales relacionados con la edad, enfermedad aguda y los efectos de ser hospitalizado contribuyen a este declive funcional (10). En este escenario, la hospitalización se convierte en una situación de riesgo para el estado de salud y funcional del adulto mayor, en consideración a que el cuidado en el hospital suele orientarse al diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas, sin reflexionar la trascendencia del estado cognitivo, social, familiar o funcional del adulto mayor (11). La identificación de pacientes en riesgo de desarrollar nuevas discapacidades funcionales durante el ingreso al hospital puede facilitar la derivación de intervenciones específicas para prevenir la decadencia y la institucionalización recurrente (7, 12).

En el ámbito de la atención aguda, la escala HARP (por sus siglas en inglés: Hospital Admission Risk Profile) es una herramienta fácil y practica que identifica personas en riesgo de deterioro funcional durante y después de una hospitalización de agudos (13). Otro aspecto fundamental es trascender al enfoque de intervención sustentado principalmente en la enfermedad, para ampliar el análisis de aspectos sociales y familiares que se correlacionan de manera directa con la funcionalidad física y cognitiva de las personas mayores, donde la valoración sociofamiliar permite a los equipos médicos y de asistencia social, identificar la calidad de apoyo y las estrategias con el fin de establecer medidas de intervención oportunas. En este sentido, la escala de valoración sociofamiliar de GIJÓN constituye un instrumento que ha permitido la detección de situaciones de riesgo o problemática social con un grado de fiabilidad alto y validez aceptable, con experiencias favorables en su implementación en servicios asistenciales de salud para orientar la identificación oportuna de necesidades socio familiares en el paciente mayor hospitalizado (14).

El propósito de la investigación fue analizar el riesgo de deterioro funcional, pérdida de autonomía y vulnerabilidad sociofamiliar en personas mayores hospitalizadas en una institución de salud, mediante la implementación simultánea de dos escalas validadas para tamizaje de

riesgo funcional (HARP) y sociofamiliar (GIJÓN) y de esta forma, generar evidencia que permita apoyar las acciones de atención integral desarrolladas en el marco de la misión de humanización de la atención en salud para nuestra población adulta mayor.

## METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional con diseño de corte transversal mediante la aplicación consecutiva de las escalas HARP (13) y GIJÓN (versión abreviada y simplificada de la escala de valoración sociofamiliar) (14). Las escalas fueron aplicadas por profesionales de Trabajo Social del Departamento de Atención al Usuario (DAU) de la institución, en la totalidad de pacientes ingresados a los servicios de hospitalización de la clínica durante las primeras 24 horas de su ingreso. La unidad de análisis la constituyeron pacientes adultos mayores (edad  $\geq 65$  años) hospitalizados en los servicios médicos de la clínica. Se excluyeron pacientes cuyo destino de hospitalización fueran las áreas de cirugía y trauma, unidad de cuidados intensivos, psiquiatría y oncología. La información fue recolectada sistemáticamente durante el periodo comprendido entre el primero de diciembre de 2015 hasta el siete de agosto de 2016 (9 meses). Los datos fueron sistematizados en una hoja de cálculo para su análisis posterior.

## Instrumentos

La escala HARP pondera tres dominios relacionados con: edad cronológica, nivel cognitivo y la dependencia para ejecutar actividades instrumentales rutinarias. La puntuación final (Mínimo 0 y máximo 5 puntos) define el riesgo de autonomía como: bajo riesgo (0 a 1), riesgo intermedio (2 a 3) y alto riesgo (4 a 5 puntos). A mayor puntuación global en el HARP se estima que mayor será la fragilidad o el riesgo de declive funcional. El instrumento fue desarrollado y validado en 1996 por Sager et al., (13) con el propósito de crear una herramienta que permita identificar e intervenir pacientes mayores con riesgo de pérdida de funcionalidad después de la hospitalización (15-17).

La escala de valoración sociofamiliar (abreviada y modificada de GIJÓN) evalúa tres dominios: relaciones y contactos sociales, situación familiar y apoyos red social, mediante la formulación de 15 preguntas. La puntuación final de la escala (mínimo 3 y máximo 15 puntos) clasifica el paciente en una de tres categorías: situación social buena ( $< 7$  puntos: bajo riesgo de institucionalización), situación intermedia (8-9 puntos) y deterioro social severo ( $> 10$  puntos: alto riesgo institucionalización) (14).

## Análisis estadístico

El análisis de los datos incluyó medidas de frecuencia y de tendencia central. La distribución de normalidad de las variables de interés se evaluó mediante los gráficos P-P y Q-Q, y la prueba de Shapiro-Wilks. Los datos categóricos y las puntuaciones de las escalas HARP y GIJÓN se analizaron mediante las pruebas no paramétricas de Mann-Whitney, Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher. Los valores de p para el contraste de hipótesis se consideraron significativos cuando  $p < 0,05$ . Los datos se analizaron con el software licenciado Stata V.15.0.

## Aspectos éticos

Este estudio correspondió a una investigación sin riesgo de acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. El protocolo de investigación fue presentado y aprobado por los comités de investigación y ética de la Fundación Universitaria Sanitas.

## RESULTADOS

Se aplicaron las escalas HARP y GIJÓN para identificación de riesgo social a un total de 981 pacientes mayores hospitalizados durante el periodo comprendido entre el 1 de diciembre de 2015 hasta el 31 de agosto de 2016. Las mujeres fueron más hospitalizadas que los hombres ( $n = 617$ ; 62,9%) y la edad promedio de los pacientes fue de 78 años. La mayoría de los pacientes estaban casados al momento de su hospitalización (71%) y la ocupación o actividad laboral más reportada fue la de pensionado

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS

CARACTERÍSTICAS	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	P
Edad, media (± D.E)	78,0 (6,9)	77,6 (7,2)	78,2 (6,7)	0,1012 <sup>a</sup>
Sexo, n (%)	981 (100)	364 (37,1)	617 (62,9)	
Estado civil, n (%)				
Casado(a)	697 (71,0)	305 (43,7)	392 (56,2)	
Divorciado(a)	3 (0,3)	2 (66,6)	1 (33,3)	
Separado(a)	39 (3,9)	13 (33,3)	26 (66,6)	
Soltero(a)	70 (7,1)	17 (24,2)	53 (75,7)	
Unión libre	5 (0,5)	3 (60,0)	2 (40,0)	
Viuado(a)	140 (14,2)	13 (9,2)	127 (90,7)	
Sin información	27 (2,7)	11 (40,7)	16 (59,2)	
Nivel educativo, n (%)				
Profesional	57 (5,8)	26 (45,6)	31 (54,3)	0,183 <sup>b</sup>
Técnico	3 (0,3)	-	3 (100,0)	
Sin información	921 (93,8)	338 (36,7)	583 (63,3)	
Ocupación, n (%)				
Pensionado(a)	804 (81,9)	297 (36,9)	507 (63,0)	
Hogar	24 (2,4)	1 (4,1)	23 (95,8)	
Abogado (a)	15 (1,5)	1 (6,6)	14 (93,3)	
Médico (a)	1 (0,1)	1 (100)	-	
Administración y gerencia	32 (3,2)	14 (43,7)	18 (56,2)	
Economista	1 (0,1)	1 (100)	-	
Trabajador independiente	52 (5,3)	22 (42,3)	30 (57,6)	
Sin ocupación	12 (1,2)	7 (58,3)	5 (41,6)	
Sin información	26 (2,6)	11 (42,3)	15 (57,6)	
Otras actividades	14 (1,4)	9 (64,2)	5 (35,7)	
Egresar con programa PHD				
Si	75 (7,6)	22 (29,3)	53 (70,6)	0,147 <sup>c</sup>
No	906 (92,3)	342 (37,7)	564 (62,2)	
Programa PHD				
PHD Agudos	55 (5,6)	16 (29,0)	39 (70,9)	0,545 <sup>b</sup>
PHD Crónicos	3 (0,3)	1 (33,3)	2 (66,6)	
PHD Cuidados paliativos	17 (1,7)	5 (29,4)	12 (70,5)	
No requiere PHD	906 (92,3)	344 (37,6)	570 (62,3)	

<sup>a</sup> Prueba U de Mann-Whitney<sup>b</sup> Prueba exacta de Fisher<sup>c</sup> Prueba  $\chi^2$ 

PHD: Programa de hospitalización domiciliaria

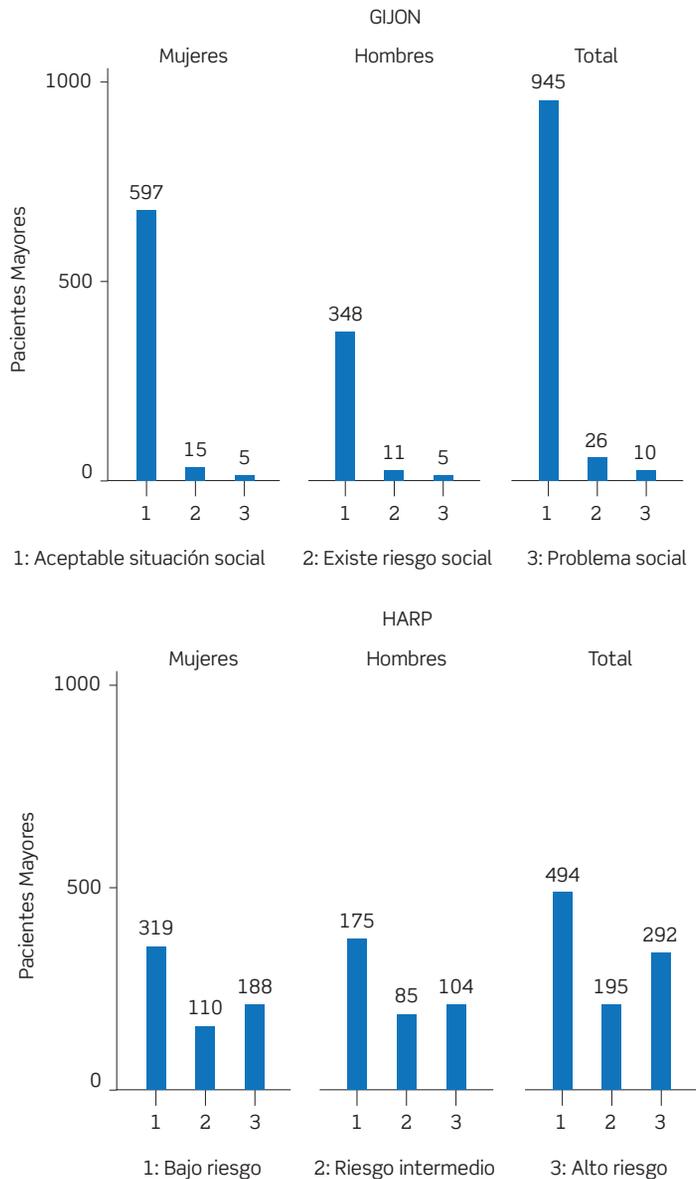
D.E: Desviación Estándar

(81,9%) y tan solo el 7,6% de los pacientes al egreso, continuaron su tratamiento en un programa de cuidados médicos y seguimiento en el domicilio (Tabla 1).

En el total de la población del estudio, el riesgo de pérdida de autonomía (Escala HARP) fue moderado ( $n = 494$ ; 50,3%). Entre las mujeres, el bajo riesgo fue más prevalente ( $n = 319$ ; 51,7%) seguido por alto riesgo ( $n = 188$ ; 30,4%). Entre los pacientes hospitalizados del

género masculino, los niveles de riesgo presentaron un comportamiento similar al de las mujeres, encontrando que el bajo riesgo ( $n = 175$ ; 48,1%) fue el nivel más prevalente seguido por el alto riesgo ( $n = 104$ ; 28,6%). Con la escala de GIJÓN, la mayoría de los pacientes presentaban una adecuada situación social ( $n = 945$ ; 96,3%) y en un bajo porcentaje de los pacientes se identificó un problema social ( $n = 10$ ; 1%) (Figura 1).

FIGURA 1. Tamizaje de riesgo sociofamiliar (Escala GIJÓN) y riesgo de deterioro funcional (HARP) en pacientes mayores hospitalizados



**TABLA 2. RESULTADOS DE LA ESCALA DE TAMIZAJE DE RIESGO SOCIOFAMILIAR (GIJÓN) Y DETERIORO FUNCIONAL (HARP) DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD**

Instrumento	Grupos de edad en años	Bajo riesgo	Riesgo intermedio	Alto riesgo	Total
		n (%)			
Instrumento HARP	65 a 74	255 (78,2)	71 (21,7)	-	326
	75 a 84	226 (49,7)	85 (18,7)	143 (31,5)	454
	85 a 100	13 (6,47)	39 (19,4)	149 (74,1)	201
	Total	494 (50,3)	195 (19,8)	292 (29,7)	981
Instrumento GIJÓN	Grupos de edad en años	Aceptable situación social	Existe riesgo social	Problema social	Total
		n (%)			
Instrumento GIJÓN	65 a 74	316 (96,9)	8 (2,4)	2 (0,6)	326
	75 a 84	437 (96,2)	11 (2,4)	6 (1,3)	454
	85 a 100	192 (95,5)	7 (3,4)	2 (1,0)	201
	Total	945 (96,3)	26 (2,6)	10 (1,0)	981

Los pacientes con mayor edad dentro del grupo (85 + años) fueron identificados por la escala HARP como los de mayor riesgo (74,1%); sin embargo, para el total de la población evaluada (n = 981 pacientes) el hallazgo más frecuente fue el bajo riesgo (50,4%). Con la implementación de la escala de GIJÓN fue posible identificar que la mayoría de los pacientes adultos hospitalizados referían una aceptable condición social (96,3%) sin importar el grupo de edad al que pertenecen (Tabla 2).

## DISCUSIÓN

Es indudable que el progresivo envejecimiento de la población también se acompaña de un deterioro funcional y en muchos casos acelerado por la incidencia de estados patológicos que requieren en buena parte, manejo en hospitalización, situación que pone en riesgo la salud y genera múltiples complicaciones y desafíos para las personas mayores. Por este y otros motivos tales como la calidad, integralidad y humanización en la atención, es clara la necesidad de detectar con rapidez y precisión los pacientes de alto riesgo de deterioro funcional y sociofamiliar. La capacidad de evaluar con precisión estos dos aspectos en un entorno hospitalario indudablemente orientará acciones que tendrán un

impacto notorio en la estancia hospitalaria, reducción de los reingresos hospitalarios innecesarios y el mantenimiento de la independencia funcional en el paciente adulto (18).

Los pacientes mayores en el estudio, presentaban características socio demográficas similares a las descritas por otros autores (19), donde las diferencias de mayor expectativa de vida en mujeres son evidentes y se reflejan en el rápido crecimiento del envejecimiento poblacional. La mayoría de las personas mayores estaban casadas o habían enviudado, reflejando una fuerte tendencia al patrón cultural clásico de la formalización de las unidades maritales de este grupo poblacional. Las actividades laborales al momento de la hospitalización eran referidas por los pacientes como pensionados, que formalmente corresponden a un trabajador jubilado quien recibe prestaciones de acuerdo con el régimen normativo laboral local, pero no necesariamente reflejan el desarrollo de actividades específicas o de mayor dedicación en esta etapa del ciclo de vida. Finalmente, el nivel de instrucción o educación no fue reportado en la mayor parte de las personas mayores lo que genera interrogantes o hipótesis de investigación sobre conocer el verdadero porcentaje de alfabetización para esta generación de pacientes (20). Al egreso de su periodo

de hospitalización, llama la atención un porcentaje de pacientes (7,6%) que egresaron y continuaron su cuidado con un Programa de Hospitalización Domiciliara (PHD), lo que tan solo es una muestra de diferentes realidades en la oferta de servicios de cuidado en poblaciones de riesgo como los adultos mayores (21) y ante los cuales, es necesario que futuras investigaciones evalúen el grado de aceptación, estrategias, resultados y empoderamiento del paciente mayor, frente a estos modelos de cuidado (22, 23).

Los resultados de la escala HARP revelaron que el 50% de pacientes mayores tenían riesgo medio y alto de deterioro funcional, o dicho de otra forma, uno de cada dos pacientes mayores tenía este riesgo, principalmente en el grupo de edad de 85 y más años (93,5%). Esta situación refleja de forma indirecta el incremento en los índices de fragilidad del paciente mayor (15), pero al igual que describen otros autores, no es la herramienta para predecir de buena forma la evolución del deterioro funcional según condición de salud física o mental a tal punto, que es catalogado como pobre predictor de calidad de vida por algunos autores (24). Aunque en el proceso metodológico para el desarrollo y validación de la escala HARP se utilizó una cohorte prospectiva en un estudio multicéntrico realizado en dos hospitales privados y cuatro hospitales universitarios, incluyendo una cohorte de desarrollo ( $n = 448$ ) y otra de validación ( $n = 379$ ), el análisis de regresión logística reveló tres factores predictivos independientes para deterioro funcional: edad avanzada, deterioro cognitivo y un score de actividades instrumentales de la vida diaria. Los pacientes con puntuaciones de riesgo altas tenían tres veces más probabilidad de presentar una pérdida en actividades de la vida diaria que aquellas del grupo de bajo riesgo y los pacientes del grupo de bajo riesgo tuvieron una mayor probabilidad de recuperar funcionalidad y evitar traslado a unidades de cuidado crónico (13). Sin embargo, la escala debe ser utilizada en entornos hospitalarios como una herramienta de clasificación de riesgo entendiendo las limitaciones como predictor de desenlaces específicos en salud y calidad de vida. Varios estudios han demostrado la validez y confiabilidad de la escala HARP (7, 25-28) y en una revisión sistemática

reciente se comparó la exactitud diagnóstica y utilidad clínica de ocho herramientas de detección de riesgo en adultos mayores; todas demostraron validez y fiabilidad similar, siendo HARP una herramienta robusta para diferenciar pacientes con alto y bajo riesgo (12, 29). Dent y Pérez-Cepeda, en un estudio prospectivo evaluaron la capacidad de cinco índices de riesgo para predecir declive funcional y prolongación de la estancia hospitalaria en pacientes adultos mayores hospitalizados en México, evidenciando que tanto HARP como SHERPA tienen una efectiva capacidad para predecir el riesgo de declive funcional (30). Por su parte Liu y colaboradores, evidenciaron que la escala de HARP demostró rendimiento para identificar pacientes adultos mayores hospitalizados en riesgo mayor de requerir un centro de enfermería especializada o centro de rehabilitación aguda al egreso. Los participantes con las puntuaciones altas en la escala de HARP tuvieron mayor probabilidad a ser egresados en un centro especializado (55%) en comparación con aquellos con puntuaciones bajas de la escala de HARP (20%) ( $p = < 0,001$ ). Un aspecto no evaluado en el estudio fue determinar si el porcentaje de pacientes que al egreso continuaron su cuidado en PHD obedeció a razones de riesgo de deterioro funcional, riesgo sociofamiliar o ambas. Establecer mapas de riesgo en las cohortes de pacientes mayores permitirá desde el ingreso, realizar de manera coherente planes tempranos de alta ajustada a las necesidades y características de los pacientes, permitiendo la racionalización de recursos y reduciendo la estancia. (30-34). En este sentido, Guerrero y colaboradores evaluaron las variables que influyen en el aumento de la duración de la estancia hospitalaria en una valoración geriátrica integral a 81 personas mayores de 65 años de edad que ingresaron en un hospital de agudos de tercer nivel, evidenciando un aumento de la duración de la estancia entre los mayores de 80 años, las personas que vivían solas o en una residencia geriátrica, los pacientes que presentaban gran dependencia física y también, entre quienes tenían un riesgo o problema de exclusión social (35).

Los resultados de la escala GIJÓN fueron favorables en este grupo de pacientes, destacando que, a pesar del amplio rango de edad, el 96% referían una aceptable

situación social y familiar. Por todo lo anterior, es claro que la red social y familiar es vital para el soporte del adulto mayor y existe suficiente evidencia que las personas sin soporte familiar o con una red sociofamiliar inadecuada tienen mayor mortalidad, depresión, alteraciones cognitivas y una percepción de un peor estado de salud que aquellos con mejor soporte (36, 37). Un estudio realizado en Colombia por Villareal y colaboradores aplicando la escala de valoración de GIJÓN en adultos > 65 años y residentes en zonas periféricas menos favorecidas de la ciudad de Sincelejo, mostró que el detrimento en los recursos sociofamiliares como activo en salud, es un determinante directo del incremento en la morbilidad, aun en ambientes no hospitalarios (38). La interpretación y análisis de las condiciones y recursos sociofamiliares depende mucho, del contexto y las realidades de los grupos poblacionales evaluados. En nuestro caso, la mayoría de los pacientes mayores incluidos en el estudio, tienen una condición social y económica favorable lo cual se reflejó en los resultados; sin embargo, el instrumento de valoración de GIJÓN ha sido empleada en otros escenarios menos favorables como un instrumento que identifica de forma adecuada la brecha de necesidades o dificultades socio familiares en población mayor (38, 39).

## CONCLUSIÓN

Las valoraciones del riesgo de deterioro funcional o estado sociofamiliar al ingreso de los pacientes adultos mayores en servicios de hospitalización deben ser considerada un estándar de calidad en el cuidado; pero con un enfoque prospectivo, es una actividad determinante para la implementación de modelos enfocados en la generación de salud y bienestar, reconociendo que no sólo las condiciones médicas, sino también las condiciones sociales, familiares, neuropsicológica y ambientales son cruciales para la adecuada evolución clínica y de resultados con valor en salud en el adulto mayor, logrando crear un mapa de priorización que permite la intervención temprana por parte del equipo de trabajo social, psicología y geriatría.

## CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno por declarar

## FINANCIACIÓN

Recursos propios del equipo de investigadores

## REFERENCIAS

1. World report on ageing and health. World Health Organization. 2015. [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en:
2. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel JP, et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* (London, England). 2016;387(10033):2145-54.
3. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: Draft global strategy and plan of action on ageing and health. World Health Organization. 2016. [citado 1 de marzo de 2019]. Disponible en:
4. Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones. Editorial Fundación Saldarriaga Concha. Bogotá, D.C. Colombia. 2015. 706 p.
5. Colon-Emeric CS, Whitson HE, Pavon J, Hoenig H. Functional decline in older adults. *American family physician*. 2013;88(6):388-94.
6. Gill TM, Allore HG, Holford TR, Guo Z. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons. *Jama*. 2004;292(17):2115-24.
7. Avelino-Silva TJ, Farfel JM, Curiati JA, Amaral JR, Campora F, Jacob-Filho W. Comprehensive geriatric assessment predicts mortality and adverse outcomes in hospitalized older adults. *BMC geriatrics*. 2014;14:129.

8. Buurman BM, van Munster BC, Korevaar JC, de Haan RJ, de Rooij SE. Variability in measuring (instrumental) activities of daily living functioning and functional decline in hospitalized older medical patients: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. 2011;64(6):619-27.
9. Kleinpell RM, Fletcher K, Jennings BM. Chapter 11. Reducing Functional Decline in Hospitalized Elderly. En: Hughes RG. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville MD; 2008:251-265.
10. Fitzpatrick JJ, Stier L, Eichorn A, Dlugacz YD, O'Connor LJ, Salinas TK, et al. Hospitalized elders: changes in functional and mental status. *Outcomes management*. 2004;8(1):52-6.
11. Thomas DR. Focus on functional decline in hospitalized older adults. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences*. 2002;57(9):M567-8.
12. Beaton K, Grimmer K. Tools that assess functional decline: systematic literature review update. *Clinical interventions in aging*. 2013;8:485-94.
13. Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996;44(3):251-7.
14. González JG, Palacios E, García AS, González DC, Caicoya AM, Sánchez AF, et al. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria*. 1999;23:434-40.
15. Liu SK, Montgomery J, Yan Y, Mecchella JN, Bartels SJ, Masutani R, et al. Association Between Hospital Admission Risk Profile Score and Skilled Nursing or Acute Rehabilitation Facility Discharges in Hospitalized Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2016;64(10):2095-100.
16. Graf CL. The hospital admission risk profile: the HARP helps to determine a patient's risk of functional decline. *The American journal of nursing*. 2008;108(8):62-71.
17. Graf C. The Hospital Admission Risk Profile (HARP). *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2010;19(2):133-4.
18. Mehta KM, Yaffe K, Covinsky KE. Cognitive impairment, depressive symptoms, and functional decline in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(6):1045-50.
19. Corrales D, Palomo L, Magarino Bravo MJ, Alonso G, Torrico P, Barroso A, et al. [Functional ability and social-care problems of the elderly in the Caceres health area]. *Aten Primaria*. 2004;33(8):426-33.
20. Ashby-Mitchell K, Jagger C, Fouweather T, Anstey KJ. Life expectancy with and without cognitive impairment in seven Latin American and Caribbean countries. *PloS one*. 2015;10(3):e0121867.
21. Johnson S, Bacsu J, Abeykoon H, McIntosh T, Jeffery B, Novik N. No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*. 2018:1-20.
22. Lenaghan NA. Transitional care and empowerment of the older adult. *Geriatric nursing*. 2018; 1-6.
23. Braet A, Weltens C, Sermeus W. Effectiveness of discharge interventions from hospital to home on hospital readmissions: a systematic review. *JBHI database of systematic reviews and implementation reports*. 2016;14(2):106-73.
24. Grimmer K, Milanese S, Beaton K, Atlas A. Additional measures do not improve the diagnostic accuracy of the Hospital Admission Risk Profile for detecting downstream quality of life in community-dwelling older people presenting to a hospital emergency department. *Clinical interventions in aging*. 2014;9:233.
25. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Duijnste MS, de Rooij SE, Grypdonck MF. A systematic review of predictors and screening instruments to identify older hospitalized patients at risk for functional decline. *Journal of clinical nursing*. 2007;16(1):46-57.
26. De Saint-Hubert M, Schoevaerds D, Cornette P, D'Hoore W, Boland B, Swine C. Predicting functional adverse outcomes in hospitalized older patients: a systematic review of screening tools. *The journal of nutrition, health & aging*. 2010;14(5):394-9.
27. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Korevaar JC, Buurman BM, de Rooij SE. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *Journal of clinical nursing*. 2010;19(9-10):1219-25.
28. de Saint-Hubert M, Jamart J, Boland B, Swine C, Cornette P. Comparison of three tools predicting functional decline after hospitalization of older patients. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(5):1003-5.
29. Gregorevic K, Peel NM, Lim WK, Hubbard RE. Do Health Assets have a Protective Effect for Hospitalised Frail Older Adults?. *QJM:monthly journal of the Association of Physicians*. 2018;111(11):785-789.

30. Dent E, Perez-Zepeda M. Comparison of five indices for prediction of adverse outcomes in hospitalised Mexican older adults: a cohort study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2015;60(1):89-95.
31. Fox MT, Sidani S, Persaud M, Tregunno D, Maimets I, Brooks D, et al. Acute care for elders components of acute geriatric unit care: systematic descriptive review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013;61(6):939-46.
32. Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM, Fortinsky RH, Kowal J. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patients. *The New England journal of medicine*. 1995;332(20):1338-44.
33. Hung WW, Ross JS, Farber J, Siu AL. Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) service. *JAMA internal medicine*. 2013;173(11):990-6.
34. Miralles R, Esperanza A, Vázquez O, Basseda RM. Valoración geriátrica en el hospital: unidades de postagudos. *Rev Mult Gerontol*. 2005;15(1):30-5.
35. Loren Guerrero L, Gascon Catalan A. Biopsychosocial factors related to the length of hospital stay in older people. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2011;19(6):1377-84.
36. Bowling A, Browne PD. Social networks, health, and emotional well-being among the oldest old in London. *Journal of gerontology*. 1991;46(1):S20-32.
37. Bernabeu-Wittel M, Baron-Franco B, Murcia-Zaragoza J, Fuertes-Martin A, Ramos-Cantos C, Fernandez-Moyano A, et al. A multi-institutional, hospital-based assessment of clinical, functional, sociofamiliar and health-care characteristics of polypathological patients (PP). *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;53(3):284-91.
38. Villarreal Amarís G, Month Arrieta E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*. 2012;28(1):75-87.
39. Ruiz-Dioses L, Campos-León M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*. 2008;25(4):374-9