



Dra. Balcázar y la perspectiva clínica frente a un problema no resuelto

“Permanecer hospitalizado más tiempo del necesario no es neutro: genera discapacidad”

Paola Balcázar Valdés es médica geriatra del Hospital Clínico de Magallanes y secretaria de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile. Oriunda de Punta Arenas, estudió medicina en la Universidad de Chile y se especializó en la Pontificia Universidad Católica. Desde 2022 dirige la Unidad Geriátrica Subaguda Móvil (Gesam) del principal recinto médico de la zona, el único programa de su tipo en la región. Ha participado en investigaciones publicadas en revistas internacionales especializadas y es una de las voces de referencia en envejecimiento y fragilidad en el extremo sur del país.

- ¿Cómo describe el día a día de un paciente que tiene alta médica pero no puede irse? ¿Qué ocurre con su salud mientras permanece hospitalizado?

- “En el caso de personas mayores -definidas por la OMS como toda aquella persona de 60 años o más-, la hospitalización es un evento de alto riesgo que puede ocasionar pérdida de autonomía. Es decir, que una persona previamente independiente en todas sus actividades de la vida diaria pierda su funcionalidad. Frecuentemente esto ocurre a pesar de la mejoría de la condición que provocó la hospitalización.

“Esta hospitalización puede llevar además a consecuencias como dependencia y discapacidad. Es lo que en Geriatría llamamos discapacidad asociada a la hospitalización”.

- ¿Hay un deterioro clínico concreto asociado a permanecer hospitalizado más tiempo del necesario?

- “En datos globales, 1 de cada 3 pacientes mayores de 70 años hospitalizados por enfermedades médicas es dado de alta con una nueva discapacidad en alguna de sus actividades de la vida diaria: caminar solo, comer, vestirse, ducharse, usar el baño, subir escaleras. El mayor riesgo está en pacientes mayores frágiles.

“Las personas mayores pasan entre el 73% y el 83% de su estadía hospitalaria en cama, lo que conlleva menos movilidad, pérdida de masa muscular de un 3 a 4% por día de inmovilidad, y mayor riesgo de caídas al incorporarse. A mayor estadía y menor movilidad, más cuesta arriba resulta el proceso de rehabilitación posterior”.



Gerardo López Mestelrechivo LPA

Dra. Paola Balcázar, médica geriatra y secretaria de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

- ¿Cuál es el impacto emocional y psicológico?

- “El principal riesgo a nivel mental es el delirium: un estado de confusión aguda en que el cerebro se confunde y puede perderse en el tiempo y el espacio. El paciente puede estar dormido la mayor parte del tiempo, o todo lo contrario, muy inquieto. El delirium es reversible, pero si no se resuelve a tiempo aumenta el riesgo de desarrollar demencia en el mediano plazo.

“A nivel psicológico, el sentimiento de soledad y aislamiento tiene efectos concretos en la salud: aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares, cardiopatías, deterioro cognitivo y muerte prematura. Las personas que están solas tienen el doble de probabilidades de deprimirse. La soledad también puede provocar ansiedad y pensamientos de autolesión”.

- El 70% de los casos en Magallanes tiene daño neurológico: ACV, demencias. ¿Por qué ese perfil es el que más se cronifica en hospitalización social?

- “Ciertas patologías como la fractura de cadera o el ACV tienen de por sí un alto riesgo de deterioro funcional. Pero en pacientes muy vulnerables, basta una injuria menor -como una infección urinaria- para precipitar ese deterioro. El diagnóstico de ingreso es solo parte del valor predictivo.

Lo relevante son los factores asociados a la hospitalización misma: estadía prolongada, inmovilización, dispositivos invasivos por tiempos prolongados”.

- ¿Ha visto casos en que la familia existe, pero simplemente no puede hacerse cargo?

- “Los casos que hemos evaluado en Geriatría corresponden principalmente a personas mayores que vivían solas antes del ingreso, sin red de apoyo. Son personas que fueron laboralmente activas, algunos con escolaridad completa, que no formaron familia en el contexto de tener pareja o hijos, cuyos pares fallecieron antes, y que al momento del ingreso presentaban un estado de fragilidad que imposibilita que puedan habitar solos.

“A veces aparece en la evaluación social un vecino o amigo que asume la responsabilidad de cuidador y se logra coordinar el alta. Pero cuando eso no sucede, el riesgo de enviar a una persona mayor a su domicilio sabiendo que necesitará supervisión y asistencia supera el beneficio”.

- Desde su perspectiva clínica, ¿qué le falta a Magallanes para resolver este problema?

- “Desde la Geriatría y la Gerontología, este problema no tiene una sola causa ni una única solución. Reducirlo solo

a falta de camas, o asumir que todas las personas mayores son dependientes, es un error. Son mitos que debemos derribar.

“Magallanes enfrenta además un escenario demográfico particular: es una de las regiones más envejecidas del país. Por cada 100 personas menores de 14 años, hay 87 personas de 65 años o más, superando el promedio nacional. Sin embargo, la mayoría de ellas no presenta dependencia en sus actividades de la vida diaria, pese a la percepción social.

“En los casos más complejos, como las estadías hospitalarias prolongadas, el foco debe estar en la rehabilitación. Modelos como las unidades de recuperación funcional permiten que personas que han perdido autonomía puedan recuperarla y, en lugar de ser institucionalizadas en un Eleam, acceder a alternativas como viviendas tuteladas. Este enfoque cuenta con evidencia internacional y ya se está desarrollando en otras regiones del país. A nivel local se presentó un proyecto similar que está en su curso natural.

“En síntesis, más que una sola medida, lo que Magallanes necesita es una estrategia integral que combine salud, apoyo social, rehabilitación y políticas públicas centradas en la autonomía y la dignidad de las personas mayores”.