

|| JORNADA DE ENFERMERÍA GERONTO GERIÁTRICA

'Distintas Maneras de Envejecer'



Gestión del cuidado enfermero.

*Tarea de todos hoy,
para tener una vejez saludable mañana.*

EM. Mitzi Letelier V. Mg en Gerontología Social; © Doctora en Enfermería.
Prof. Investigador U. de los Andes.

Santiago de Chile – Julio, 23 - 2015



Hoja de ruta...

¿Que es la Gestión del cuidado en Enfermería?

Ámbito de la gestión del cuidado para la población adulta Mayor.

- Proceso de Gestión del cuidado

Desafíos para el colectivo profesional de Enfermería



 **redesam**
RED en Salud del Adulto Mayor - Filial Chile

II JORNADA DE ENFERMERÍA
GERONTO GERIÁTRICA

Gestión del cuidado en Enfermería.

- Conceptos generales
- Definiciones desde la profesión y la disciplina.

'Distintas Maneras de Envejecer'

5



Pilares para la Gestión del Cuidado de Enfermería

Enfermería



Pilares para la Gestión del Cuidado de Enfermería

Desde la profesión **GESTIÓN**

7



El **CIE (2000)**; plantea “A la enfermera incumbirá la función principal al **establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación** de Enfermería”

“Constituye un ejercicio de **competencias** personales, profesionales e instrumentales para **organizar, coordinar y articular los cuidados** en los **diferentes niveles de atención** asegurando con ello la **continuidad y eficacia** de los mismos”

(Colegio de Enfermeras)

Desde la disciplina.

Consiste en **ejecutar** una serie de **actividades y procesos** con y a través de las **personas y recursos materiales** para conseguir los **objetivos de la organización.**

Adaptado de
Hersey y Blanchard; (1988)

“ La **gestión de los cuidados** se ejerce **no solamente** con los recursos que ofrecen las **teorías de la administración**, sino también con las **relaciones y concepciones propias de la disciplina de Enfermería**; es el **cuidado de la persona**, el **centro** el **servicio** de Enfermería”
Meleis; (1989)

“**Proceso creativo**, dirigido a **movilizar** los recursos humanos y los del entorno con la intención de **mantener y favorecer el cuidado** de la **persona** que, en **interacción con su entorno**, vive **experiencias de salud**”

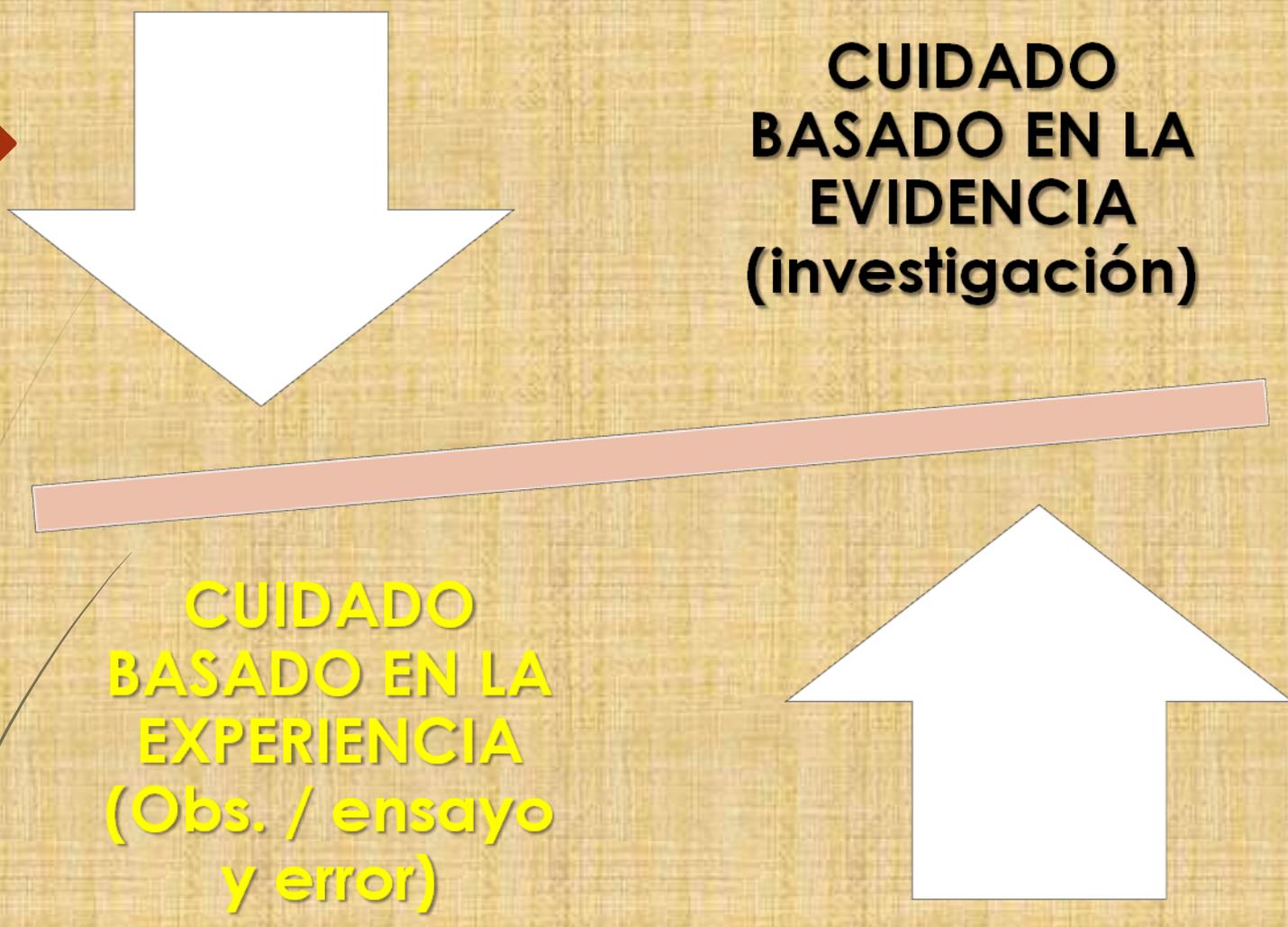
Susan Kérouac; (1996)

Profesión

Disciplina



Pilares para la Gestión del Cuidado de Enfermería



**CUIDADO
BASADO EN LA
EVIDENCIA
(investigación)**

**CUIDADO
BASADO EN LA
EXPERIENCIA
(Obs. / ensayo
y error)**

**Pilares para la Gestión del Cuidado de
Enfermería**

Lenguaje unificado



Pilares para la Gestión del Cuidado de Enfermería

Ámbito de la Gestión del Cuidado.

- Marco regulatorio
 - Meta paradigma Enfermero

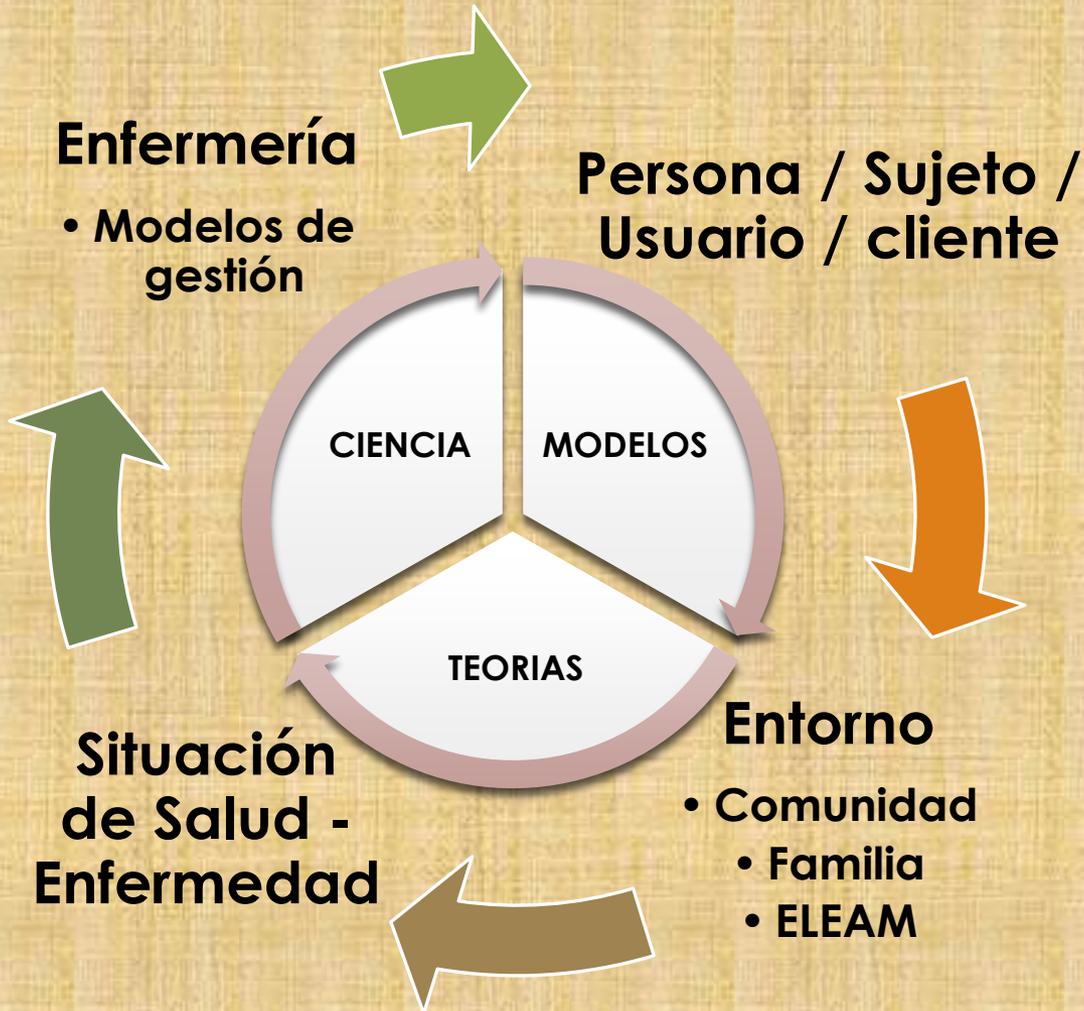
Marco regulatorio de la Gestión del cuidado

- ▶ “Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la **GESTIÓN DEL CUIDADO** en lo relativo a **promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución** de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el **velar** por la mejor **administración de los recursos** de asistencia para el paciente ”

Art. 113 Código Sanitario (1997)

Meta paradigma enfermero

14





 **redesam**
RED en Salud del Adulto Mayor - Filial Chile

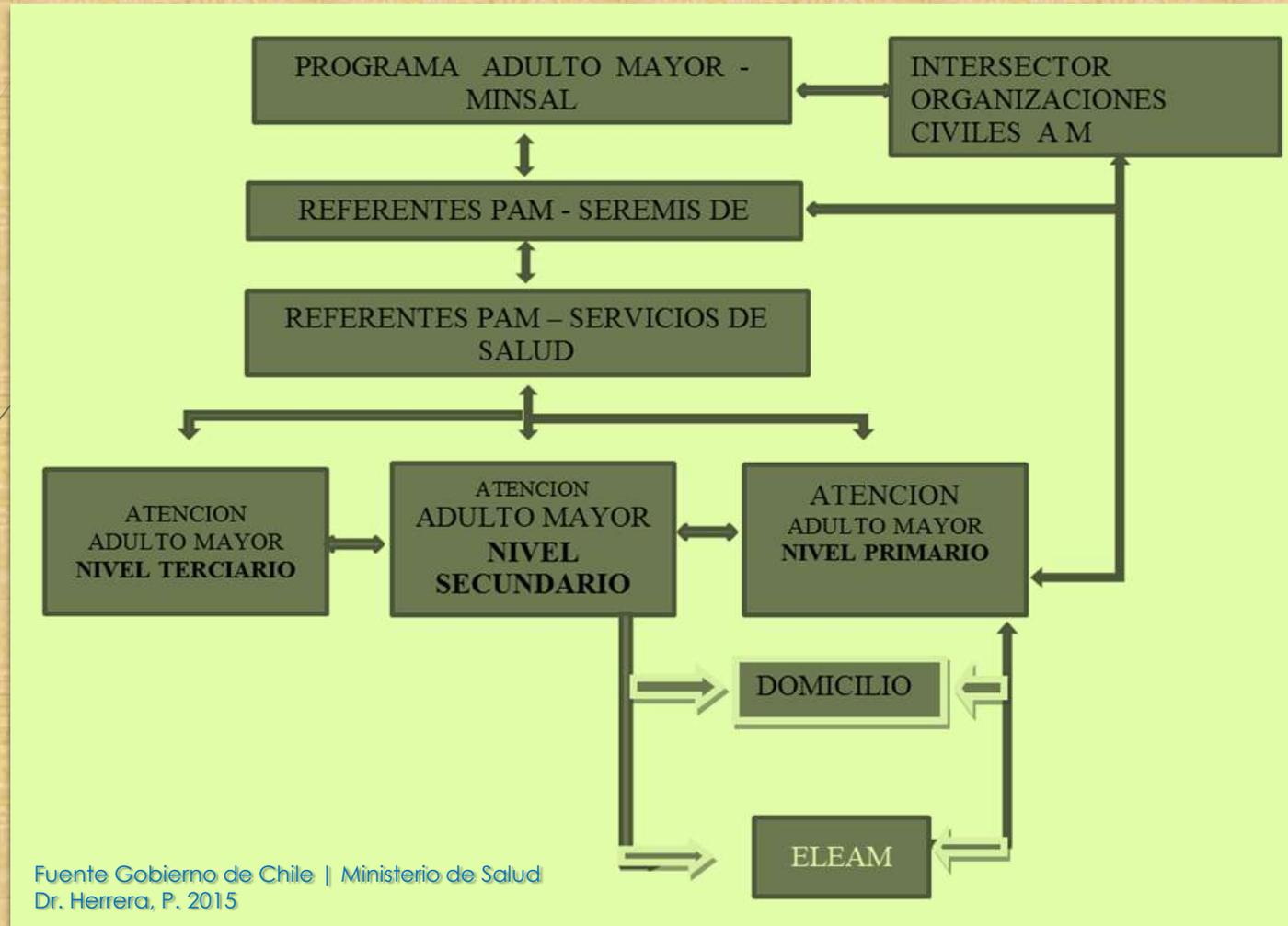
II JORNADA DE ENFERMERÍA
GERONTO GERIÁTRICA

El contexto del cuidado

- Situación de salud del AM y su familia
- Red Nacional de asistencia al AM y su familia

'Distintas Maneras de Envejecer'

Programa Nacional del Adulto Mayor



Distintos escenarios

Comunidad en general

Estrategias Nacionales para afrontar el envejecimiento

18



EJES ESTRATÉGICOS SENAMA

19

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, es un servicio público creado el año 2002 mediante la ley N° 19.828.

Los ejes estratégicos de SENAMA son:

- Proteger y garantizar los derechos de las personas mayores.
- Fomentar la participación social de quienes pertenecen a este grupo etario.
- Fortalecer el sistema de protección social dirigido a los mayores.
- Avanzar hacia un cambio cultural que reconozca a las personas mayores como sujeto de derechos.
- Fortalecer la gestión territorial y descentralización de SENAMA.

Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM),

- Forma de entregar servicios de cuidado a las personas mayores, regidos por el Reglamento D.S. N°14 de agosto del 2010 del Ministerio de Salud (MINSAL), y son fiscalizados por los Servicios de Salud del correspondiente territorio.

➤ ELEAM SON LUGARES

“EN QUE RESIDEN ADULTOS MAYORES QUE, POR MOTIVOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS O SOCIALES, REQUIEREN DE UN MEDIO AMBIENTE PROTEGIDO Y CUIDADOS DIFERENCIADOS PARA LA MANTENCIÓN DE SU SALUD Y FUNCIONALIDAD”.

ELEAM

21

DE UN TOTAL DE 13 ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA A NIVEL NACIONAL, 10 DE ELLOS SE ENCUENTRAN EN FUNCIONAMIENTO Y 2 EN PROCESO DE MARCHA BLANCA.

✓ARICA (1)

✓SANTIAGO

•PUENTE ALTO (1)

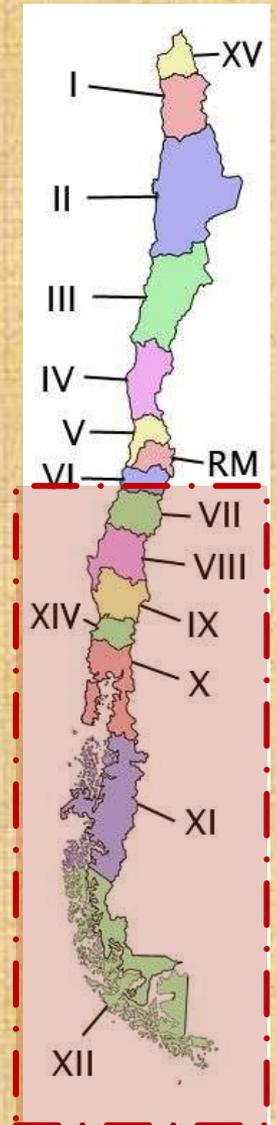
✓MAULE (3)

✓BIO – BIO (2)

✓ARAUCANÍA (3)

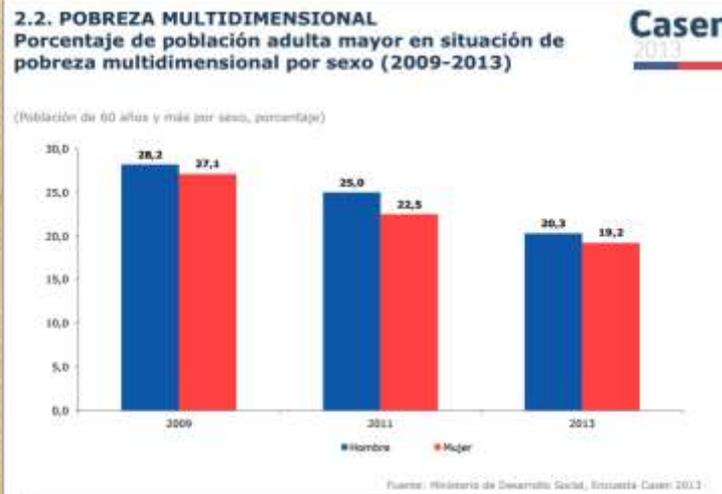
✓LOS LAGOS (1)

✓MAGALLANES (1)



Situación de vulnerabilidad

En los mayores de 60 años se ubica bajo el nivel nacional 20,4%; siendo mayor en los tramos de 60-64 25,6% y 65 -69 20,6% años.



2.3. INGRESOS
Composición del ingreso de la población adulta mayor, por sexo y quintil de ingreso autónomo per cápita (2013)

(Población de 60 y más años por sexo y quintil, porcentaje)

Sexo	Ingresos	Quintil de ingreso autónomo nacional per cápita					Total
		I	II	III	IV	V	
Hombre	Ingreso del Trabajo	23,7	39,4	47,7	52,9	64,6	54,3
	Otro Ingreso Autónomo	39,2	49,9	47,0	44,6	34,9	40,4
	Ingreso autónomo	62,9	89,3	94,7	97,5	99,5	94,7
	Subsidios monetarios	37,1	10,7	5,3	2,5	0,5	5,3
	Ingreso total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Mujer	Ingreso del Trabajo	8,9	11,9	16,7	25,5	41,3	27,4
	Otro Ingreso Autónomo	28,5	60,6	68,3	67,6	57,0	58,7
	Ingreso autónomo	37,4	72,5	85,0	93,1	98,3	86,1
	Subsidios monetarios	62,6	27,5	15,0	6,9	1,7	13,9
	Ingreso total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Total	Ingreso del Trabajo	16,7	26,8	33,9	41,6	55,8	43,3
	Otro Ingreso Autónomo	34,1	54,8	56,5	54,0	43,2	47,5
	Ingreso autónomo	50,8	81,6	90,4	95,7	99,0	91,1
	Subsidios monetarios	49,1	18,4	9,6	4,3	0,8	8,9
	Ingreso total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2013.

Nota: “Otro Ingreso Autónomo” incluye jubilación o pensión de vejez, montepío o pensión de viudez, otro tipo de pensión. “Subsidios monetarios” incluye Pensión Básica Solidaria (PBS) y Aporte Previsional Solidario (APS).

Escenario: red de Salud

COMUNIDAD-FAMILIA-USUARIO

ATENCION AMBULATORIA

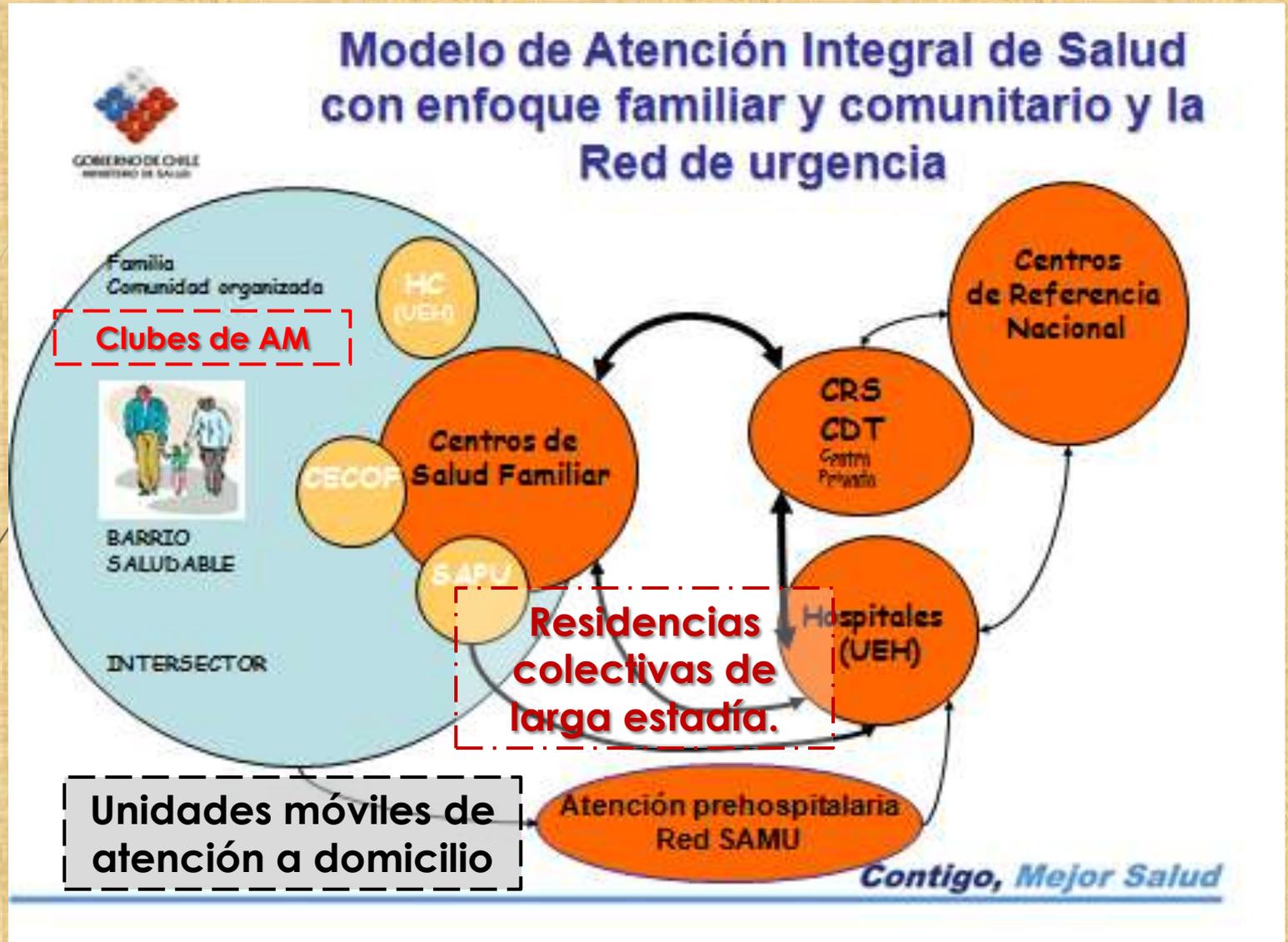
ATENCION CERRADA



Adaptado Rojas, V. Minsal.

Nuevos escenarios de cuidado

24





II JORNADA DE ENFERMERÍA GERONTO GERIÁTRICA

Gestión del Cuidado. Enfoque Gerontológico

- ❑ Datos relevantes para promover fomentar un envejecimiento saludable.
 - Perfil del AM
 - Perfil del cuidador principal del AM

'Distintas Maneras de Envejecer'

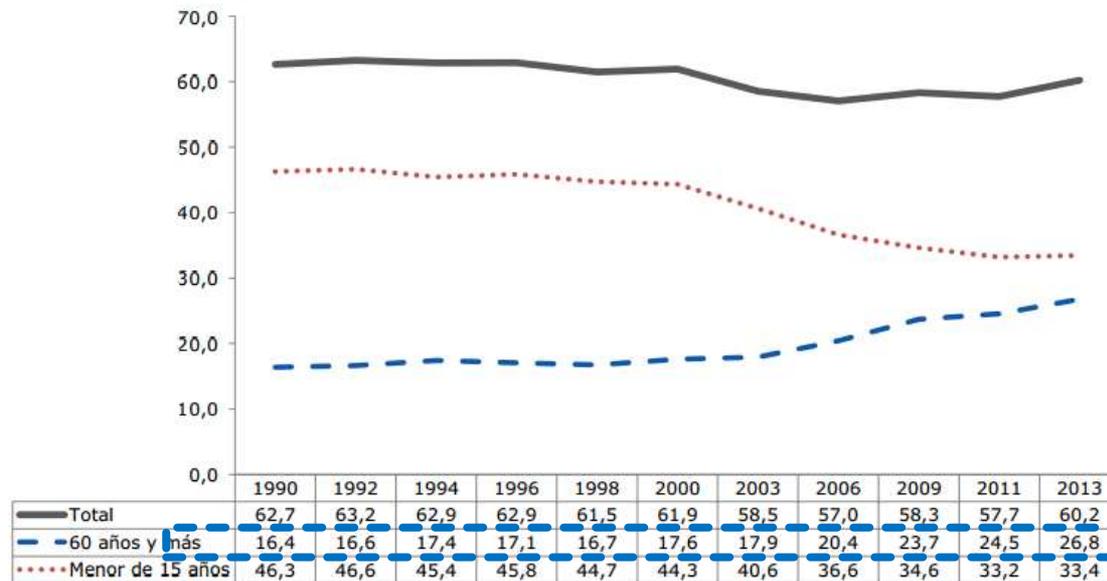
Cambio perfil demográfico

26

1.1. ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA Índice de dependencia demográfica* (2013)

Casen
2013

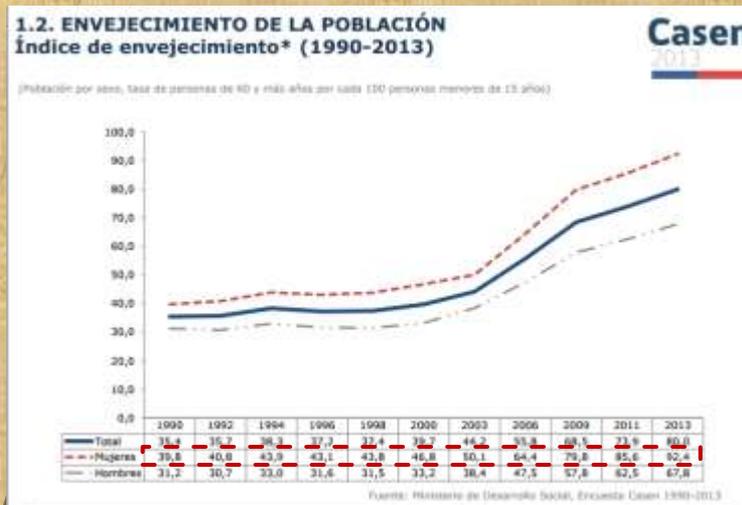
(Población respectiva, tasa por cada 100 personas de 15 a 59 años)



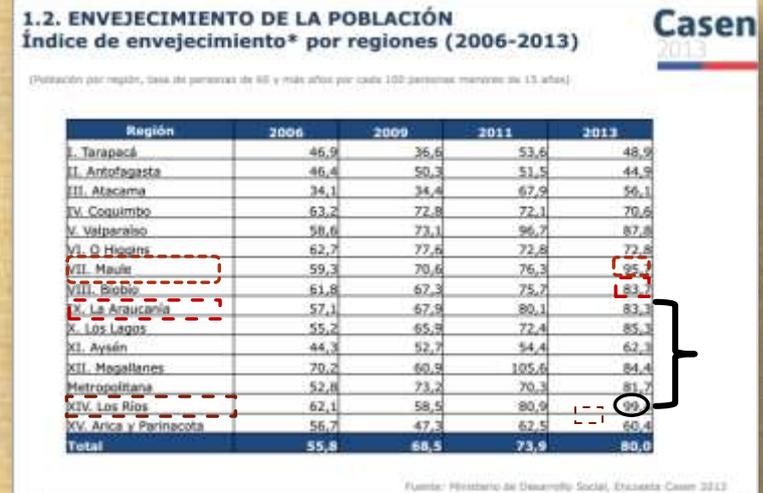
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2013

- ***NOTA: EL ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA MIDE LA RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN EN EDADES POTENCIALMENTE INACTIVAS O DEPENDIENTES (MENOR DE 15 AÑOS O DE 60 Y MÁS AÑOS) RESPECTO DE LA POBLACIÓN EN EDADES ACTIVAS O NO DEPENDIENTES (COMPREDIDA ENTRE 15 Y 59 AÑOS) Y SE DEFINE COMO EL COCIENTE ENTRE AMBAS POBLACIONES MULTIPLICADO POR 100.**
- **EL VALOR DEL ÍNDICE DE DEPENDENCIA OBSERVADO PARA EL AÑO 2013 INDICA QUE ESE AÑO EXISTÍA UNA RELACIÓN DE 60.2 PERSONAS DEPENDIENTES POR CADA 100 NO DEPENDIENTES. COMPLEMENTARIAMENTE, SE INFORMAN ÍNDICES ESPECÍFICOS DE DEPENDENCIA PARA LA POBLACIÓN DE 60 Y MÁS AÑOS Y PARA LA POBLACIÓN MENOR DE 15 AÑOS (QUE CONSIDERA LA RELACIÓN ENTRE LA POBLACIÓN DEPENDIENTE DE CADA UNO DE DICHO GRUPOS RESPECTO DE LA POBLACIÓN INDEPENDIENTE).**

- El valor de 80,0 observado para el año 2013, señala que existe una relación de 80 adultos mayores (personas de 60 y más años) por cada 100 niños (personas menores de 15 años).
- Siendo mayor en la zona rural 98,5%, con relación a la urbana 77,4% para el 2013 y mayor en las mujeres.



Situación Nacional



Situación por regiones

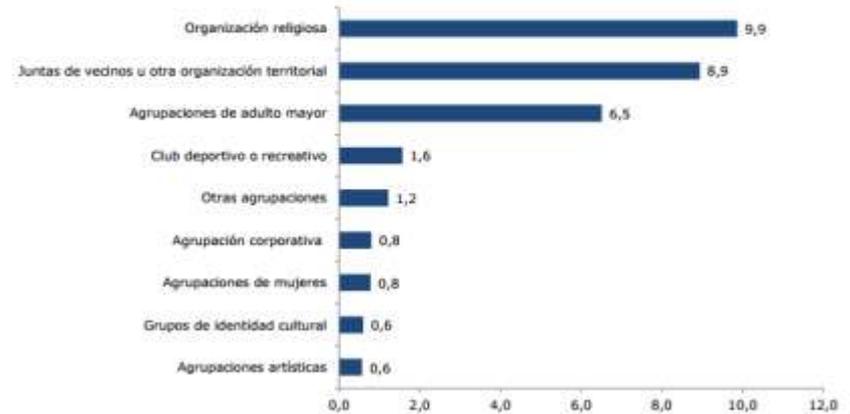
***Nota: el índice de envejecimiento se define como el cociente entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años, multiplicado por 100.**

Situación familiar y social

5.4. PARTICIPACIÓN Porcentaje de adultos/as mayores que participan en organizaciones o grupos organizados por tipo de organización (2013)

Casen
2013

(Población de 60 y más años, que participan ,porcentaje)



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2013

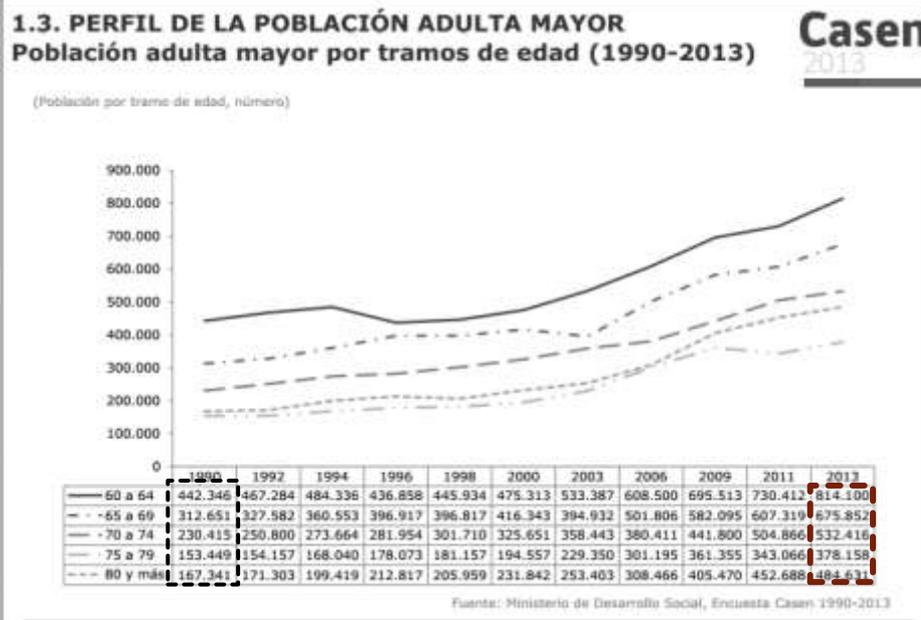
- ✓ Predominio casados **65,4%** , viudas **31,4%** y solteras **14,5%**
- ✓ Hacinamiento medio a alto menor al general **3,9%** se corresponde con el nivel de habitabilidad como tenencia de vivienda **81,8%**
- ✓ Participación social predominio femenino **69%** el doble en relación a los varones.
- ✓ Principalmente en el ámbito religioso, juntas de vecino y agrupaciones de A.M.

Envejecimiento y situación de pobreza

29

Población sobre los 60 años se ha duplicado en todos los tramos

Ha disminuido 15,3% & 7,5% en un 50%, siendo levemente mayor en los hombres 6,6%. Promedio país, 6,0% no extrema y 2% extrema pobreza.



POR REGIONES POBREZA NO EXTREMA SUPERA LOS DOS DÍGITOS EN LAS REGIONES DE LA ARAUCANÍA, EL MAULE, LOS RÍOS Y BIO-BÍO, RESPECTIVAMENTE.

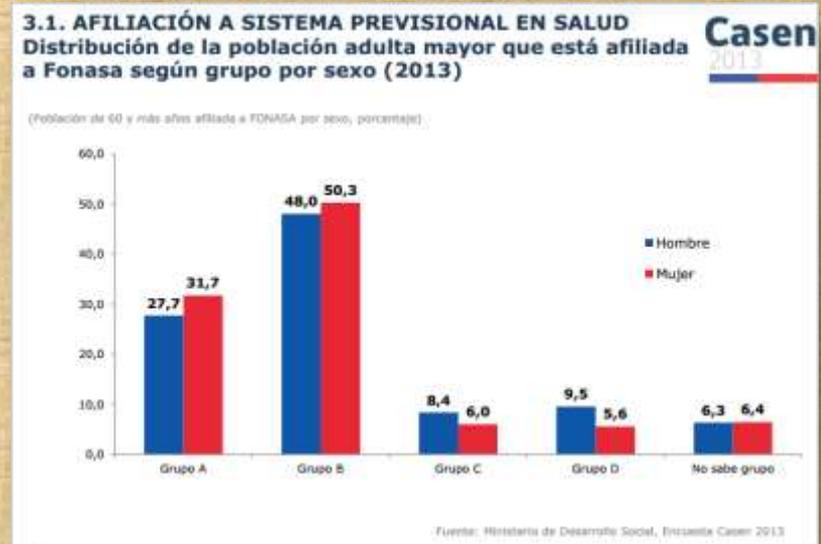
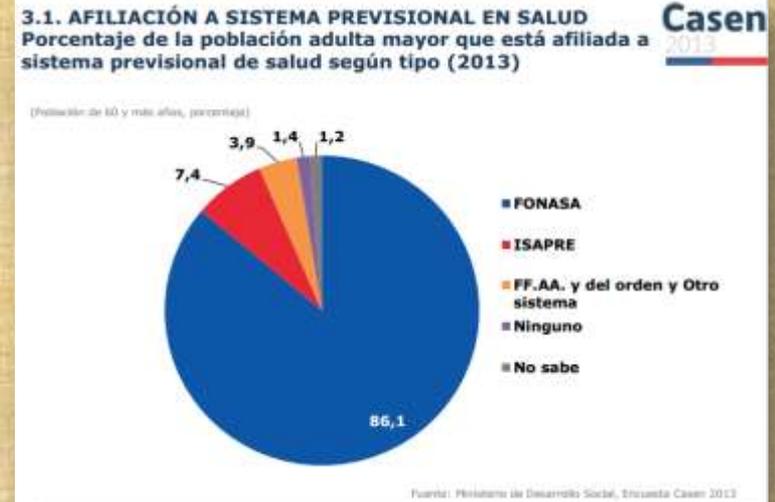
Valoración del Riesgo y Factores de Protección

30

▪ **Analfabetismo y escolaridad:** predominio a nivel rural 23,6% y sobre los 80 años 14,9%, tendencia a la baja 4,8%. Y escolaridad promedio 7,6 años.

▪ **Analfabetismo digital: sobre el 73%.** Sin embargo sobre el 70% usa internet una vez al día pero no dispone de conexión porque no le interesa 45,2% y/o es demasiado caro 31,2%.

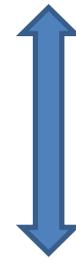
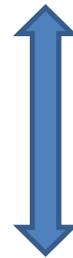
▪ **Tasa ocupación:** creciente inserción laboral sobre el 40% y predominio del tramo 60-64 76,1% y 65-69 48,3%



Indicadores de Salud en el envejecimiento

RELACIÓN ENTRE ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Enfermedad / Deficiencia → Discapacidad → Dependencia



FRAGILIDAD

Gobierno de Chile | Ministerio de Salud, 2015



Condición de funcionalidad y tipo de intervención ²⁰

Fuente: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

Cuidados y dependencia

33

ANEXO 2

Construcción del Índice de Dependencia Funcional

Graduación*	Descripción
Autovalente	1. Responde no tener dificultad en todos los ítems de s36 y s38. 2. o responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda técnica" en alguno de los ítems de s36 o s38, y no presenta dependencia en ninguno de ellos.
Dependencia Leve	1. Responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>un ítem</u> de S36, 2. ó responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>un ítem</u> de S38 3. ó responde "Sí, tiene dificultad y no puede hacerlo ni con ayuda técnica ni de terceros" en <u>un ítem</u> de S38.
Dependencia Moderada	1. Responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>dos ítem</u> de S36, 2. ó responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>tres ítem</u> de S38, 3. ó responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>un ítem</u> de S38 y responde "Sí, tiene dificultad y no puede hacerlo ni con ayuda técnica ni de terceros" en <u>un ítem</u> de S38.
Dependencia Severa	1. Responde "Sí, tiene dificultad y lo hace con ayuda de terceros" en <u>tres o más ítem</u> de S36, 2. ó responde "Sí, tiene dificultad y no puede hacerlo ni con ayuda técnica ni de terceros" en <u>dos o más ítem</u> de S38.

* En Casen 2013 se incorporaron cambios en categorías de respuesta a preguntas sobre actividades de la vida diaria e instrumentales, de tal forma de poder construir este índice, que permite conocer grados de dependencia.

Gestión del cuidado del AM y dependencia

- PE APLICADO a la situación salud del AM**
- Autonomía y toma de decisiones para un cuidado de calidad**

Un esquema con los tipos de problemas que suscitan la situación de dependencia de los adultos mayores, así como las necesidades derivadas y los servicios requeridos por ésta, se muestran en el gráfico N°1.

Cuadro N°1

PROBLEMÁTICA NECESIDADES SERVICIOS CUESTIONES

Auto valentes

EFAM- Chile A entre 54 puntos y 43 puntos. B SIN RIENSGO >= 46 Y CON RIENGO < A 45

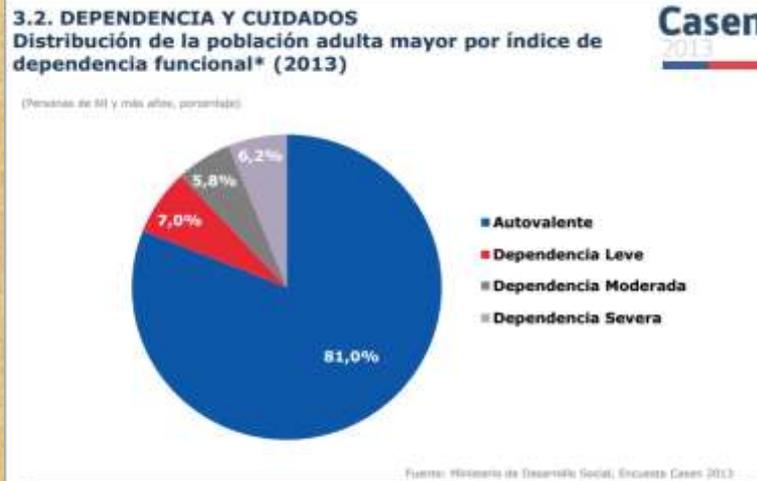


AVDs: Actividades de la vida diaria.

Fuente: Casado y López (2001)

ADAPTADO de Albala, C. y Col. (2017) "Situación De Los Cuidadores Domiciliarios De Los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial". INTA. U. de Chile.

Cuidados y dependencia



*Nota: Son consideradas Dependientes aquellas personas que declaran **tener dificultades en ABVD o en AIVD** las que son resueltas con ayuda humana, o bien no pueden ser realizadas ni con ayuda técnica ni de terceros.

Dependencia funcional: Son consideradas dependientes aquellas personas que declaran tener dificultades en actividades básicas de la vida diaria (**bañarse, vestirse, caminar, comer, usar el excusado, acostarse y levantarse de la cama**) o en actividades instrumentales de la vida diaria (**preparar comida, manejar su propio dinero, salir solo de su casa, efectuar compras, hacer o recibir llamadas telefónicas, efectuar quehaceres livianos de la casa, organizar y tomar sus propios medicamentos**) las que son resueltas con ayuda de otras personas, o bien no pueden ser realizadas ni con ayuda técnica ni de terceros.

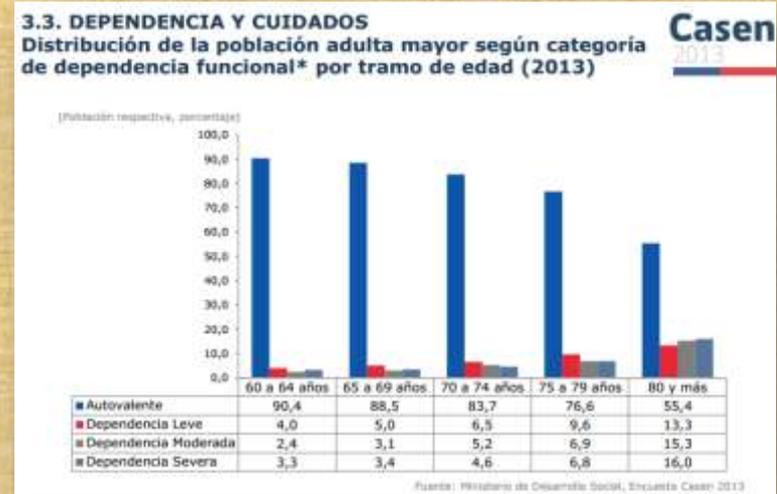


Tabla 7. Muestra Final AM y cuidadores

Categoría	Cuidadores	AM
AM Postrados con subsidio	141	150
AM con Atención Domiciliaria, sin estipendio	81	81
AM con atención ambulatoria	-	77
TOTAL	222	308

Postrados %	Características	EN	%
65,6%	mujer	Bien nutrido	68,4%
25,5 %	Uso férulas u órtesis	Sospecha DSN	27,3%
18,2% 32% 13,4%	u.p.p. Colchón anti escaras Curaciones	Alimentación oral asistido	69,5%
41,5% 23,8%	Antibiótico Hospitalización última a	Cuidado paliativo	2,6%

Tabla 7. Muestra Final AM y cuidadores

Categoría	Cuidadores	AM
AM Postrados con subsidio	141	150
AM con Atención Domiciliaria, sin estipendio	81	81
AM con atención ambulatoria	-	77
TOTAL	222	308

Dependencia Característica

64,3% > o = 80 años

52,3% Familia solo o un acompañante

96,9% Nivel dependencia entre moderada y severa

38,1% $p < 0,01$ Causa ACV

22,1% $p < 0,01$ Causa osteo articular

23,7% $p < 0,01$ Causa demencia

66,2 % Deterioro cognitivo severo (SPMSQ) $P < 0,001$

71,4% Origen vascular (Hachinski) $P = 0,07$

Perfil del cuidador del AM en situación de postrado.

Albala, C. y Col. (2017) "Situación De Los Cuidadores Domiciliarios De Los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial". INTA. U. de Chile. ADAPTADO de

Perfil cuidador

Hombres: cónyuges o hijo y comparte el trabajo

Mujeres: hijas, nietas, nueras u otro familiar. Deja de trabajar y no comparte el cuidado. También, asume el trabajo del hogar.

Tiempo de ejercicio del rol de cuidador mayor en la mujer en el rango de 1 a 5 años 51,8%, 6 a 10 años 22,3% años y hasta 11 a 20 años 24%. Sin vacaciones los últimos 12 meses 87,8%

CARACTERÍSTICAS

	Total = 221	%
Sexo		
mujeres	198	89,6
hombres	23	10,4
Hombres Edad promedio, (DS)	64,4 (15,04)	
min-max	37 - 84	
Mujeres Edad promedio, (DS)	53,1 (13,37)	
min-max	13 - 93	
Escolaridad		
Sin Escolaridad	12	5,4
Básica Incompleta	80	36,2
Básica Completa	23	10,4
Media Incompleta	43	19,6
Media Completa	47	21,3
Superior completa o incompleta	16	7,1
Previsión de salud		
Fonasa A	110	53,9
Fonasa B	77	37,7
Fonasa C	8	3,9
Fonasa D	4	2,0
Isapre	5	2,5
Previsión		
INP	63	30
AFP	34	16,2
Sin previsión	113	53,8

Albala, C. y Col. (2017) "Situación De Los Cuidadores Domiciliarios De Los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial". INTA. U. de Chile. ADAPTADO de

Carga del cuidador

41

Albala, C. y Col. (2017) "Situación De Los Cuidadores Domiciliarios De Los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial". INTA. U. de Chile. ADAPTADO de

Tabla 30. Puntaje (Promedio, DS, Distribución Percentilar) Escala de Carga del cuidador Zarit

Sexo	N	Promedio(DS)	P25	P50	P75
Masculino	23	30,4 (19.4)	20	31	39
Femenino	198	37,1 (15.9)	24	34	49
Total	221	36,4 (16.4)	24	33	48

$P < 0.05$ entre sexos

Se observa que los puntajes de carga son significativamente mayores en mujeres ($p < 0,05$). El cuartil superior de puntaje de carga es 10 puntos mayor en mujeres (≥ 49), que en hombres (≥ 39)

Tabla 31. Distribución de los cuidadores según cuartiles de puntaje en escala de Zarit y estipendio

Puntaje Categoría Percentilar Zarit	ESTIPENDIO		TOTAL N(%)
	NO N(%)	SI N(%)	
Cuartil inferior (≤ 24)	21 (26,25)	37 (26,2)	58 (26,2)
25-32	8 (10,0)	35 (24,8)	43 (19,5)
33-47	21 (26,25)	37 (26,3)	58 (26,2)
Cuartil superior ≥ 48 *	30 (37,5)	32 (22,7)	62 (28,1)
Total	80 (100)	141 (100)	221 (100)

Pearson $\chi^2(3) = 9.5934$ $Pr = 0.022$

- **Capacitación:** solo la mitad había recibido capacitación en cuidados y dentro de los que reciben estipendio, cuyo programa incluye la capacitación, solo **30%** la había recibido.
 - La frecuencia de **cuidadores capacitados** fue significativamente mayor en el grupo que no recibe estipendio.
 - Alrededor de **70%** la consideran **necesaria o muy necesaria**.

✓ **Enf. Crónica:** HTA **86%** 65% en control Dp. **80%** 45% en control osteo art. **36%**
✓ **Uso fármacos:** **54%** 3-5

Evidencia Para Identificar Riesgo en la Salud del Cuidador.

Albala, C. y Col. (2017) "Situación De Los Cuidadores Domiciliarios De Los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial". INTA. U. de Chile. ADAPTADO de

42

- La **baja carga del cuidador** se relaciona **significativamente solamente con la ayuda en el cuidado** (OR=4,27) apareciendo la **demencia del postrado como un factor negativo** para una baja carga de cuidado.
- La **buena auto percepción** de la salud se relaciona **significativamente solo con recibir el estipendio** (OR=2,46); por el contrario, tomar mas de 3 medicamentos diarios.
- Cuidar a un **AM con dependencia severa** aparecen como **factores negativos** para una buena **Auto percepción de la salud** (OR= 0,43 y OR=0,42 respectivamente)
- Un buen puntaje en el **componente físico** del cuidador se relaciona **significativamente solamente con la recepción de estipendio** (OR=3,13) apareciendo la **edad del cuidador como un factor negativo**.
- Para esta variable dependiente, un buen puntaje en el **componente mental del cuidador** se relaciona **significativamente solo con recibir ayuda en el cuidado** (OR=2,03) apareciendo el **tomar mas de 3 medicamentos diarios como un factor negativo** para esta variable (OR 0,44).

Resumen :

Situación de “Salud Y Cuidado” para un “Envejecimiento SALUDABLE”

43

- ✓ Valoración factores de protección y riesgo del AM y su familia.
- ✓ Valoración Fragilidad del AM
- ✓ Valoración Dependencia del AM
- ✓ Valoración Salud del Cuidador



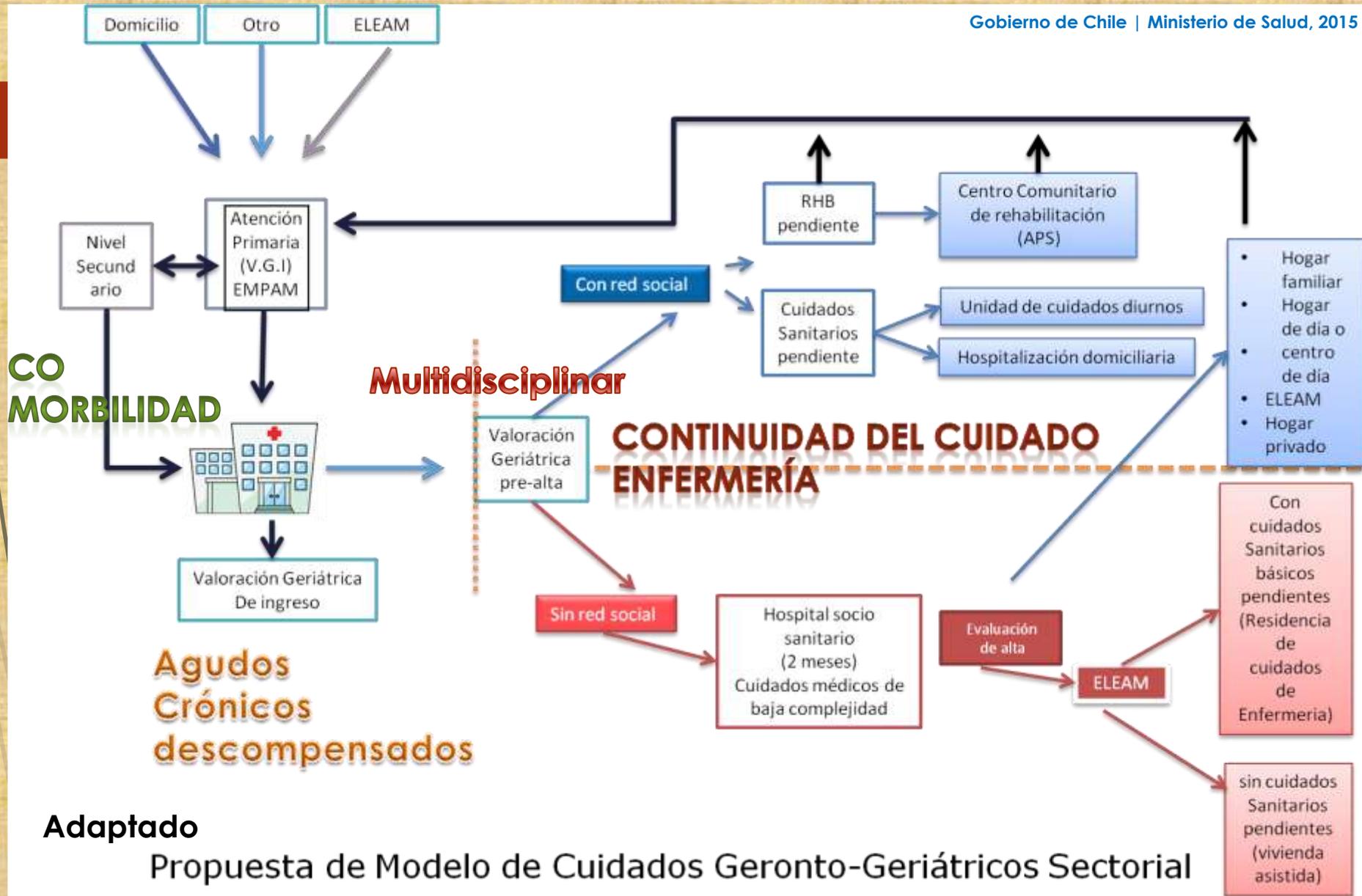
 **redesam**
RED en Salud del Adulto Mayor - Filial Chile

II JORNADA DE ENFERMERÍA
GERONTO GERIÁTRICA

Nuevos Desafíos para Enfermería en Chile: PNAM

Instalar **atención geriátrica** en todos los niveles de atención de la red, mediante **una adecuación a distintos niveles.**

'Distintas Maneras de Envejecer'



PAM y Funciones para Establecimientos de APS

Gobierno de Chile | Ministerio de Salud, 2015

Gestión:

Contar con Diagnostico de Situación de Salud actualizado del Programa del Adulto Mayor de la Comuna
Monitorear cumplimiento de metas.
Reprogramar actividades si es requerido

Atención:

Consulta de Morbilidad (Valoración Geriátrica)

Referencias (si corresponde)

Control de Salud Preventivos (Valoración Geriátrica)

Detección de fragilidad

Derivación (si corresponde)

Consulta de Nutrición

Consulta de Rehabilitación.

Consulta Psicológica

Consultas Social

Examen de Predicción de Compromiso Funcional del Adulto Mayor (EFAM)

Educación o Consejería Individual promocional y preventiva.

Educación grupal promocional y preventiva.

Entrega Alimentación Complementaria (PACAM)

Administración de Vacunas

Visita Domiciliaria Socio Sanitarias

Atención de Salud Domiciliaria.

Atención en prevención funcional en espacios comunitarios

Prestaciones Cuidados Paliativos

Otras

Resumen Propuesta Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor 2013

47

Realizado por Equipo de salud capacitado; Profesional de la Salud (urbano) y TENS (rural)

Duración 60 minutos

EXAMEN MEDICINA PREVENTIVA

1. Mediciones Antropométricas y signos vitales
2. Antecedentes: Realiza actividad física, vacunación ,PACAM, Patologías, Terapia Farmacológica
3. **Diagnóstico Funcional**
 - EFAM, otras observaciones al aplicar EFAM
 - Índice de **Barthel** para evaluación de dependencia
 - Escala de **depresión geriátrica Yesavage**
 - Cuestionario de actividades funcionales **Pfeffer (del informante)**
4. Riesgo de Caídas
5. Identificación de Redes
6. Sospecha de Maltrato
7. Exámenes Anuales
8. Adicciones
11. Plan de Atención y seguimiento

CLASIFICACIÓN DEL EMPAM

1. Autovalente sin riesgo
2. Autovalente con Riesgo
3. Riesgo de Dependencia
4. Dependencia (leve, moderada, grave y Total)

PLAN DE INTERVENCIÓN Derivación e Integración a los Programas y/o Prestaciones en APS

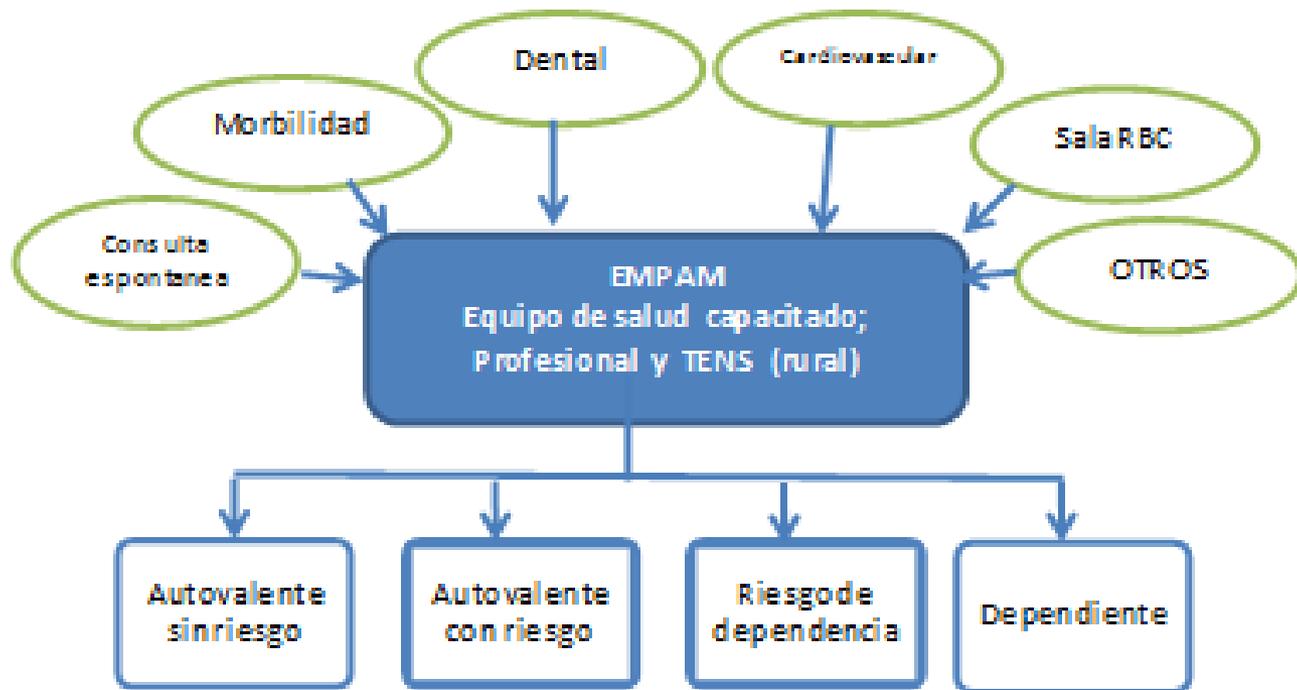
SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE PLAN DE INTERVENCIÓN

Fuente: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR 2013

48

Vigencia anual
Duración 60 min.



19

**Fuente: SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA. DIVISIÓN DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES DIVISION DE ATENCION PRIMARIA**

PAM y Establecimientos del Nivel Secundario Ambulatorio

Gestión

Asesorar a los Médicos que Atienden a los Adultos Mayores en APS

Atención:

- Consulta Geriatria (Valoración Geriátrica)
- **Consejería Prevención Secundaria**
- Referencia a nivel terciario (según requerimiento)
- Informe Contra Referencia a nivel primario.
- Derivación a otra especialidad
- **Atención Domiciliaria de Mediana Complejidad.**
- **Cuidados paliativos.**

Gobierno de Chile | Ministerio de Salud, 2015

Gestión del Cuidado Geriátrico

50

- Programas: cobertura Examen preventivo AM. (EMPAM) y EFAM.
 - ✓ Detección población AM frágil en riesgo y dependencia.
- Acciones, permanentes de prevención, fomento y de tratamiento y/o rehabilitadoras.
- Cuidado: respuestas prevalentes del AM asociadas al proceso de envejecimiento patológico. (morbilidad crónica y degenerativa del ámbito físico y/o mental)

Niveles para la Gestión del cuidado

NIVEL JERARQUICO

FUNCION

FORMACION

USUARIOS FAMILIAS COMUNIDADES

**NIVEL BASICO
ENFERMERA CLINICA**

GESTION DE CUIDADOS
DIRECTOS EN UN
SERVICIO O
U. AMBULATORIA

PREGRADO

Cuidados para un
Envejecimiento
saludable

**NIVEL INTERMEDIO
ENFERMERA
SUPERVISORA**

Organización en red
del sistema,
planificación de la
salud pública
y de los servicios

**POSTÍTULO
DIPLOMADA
ESPECIALISTA**

Gestión del Cuidado
Geriátrico

**NIVEL
DIRECTIVO
ENF. JEFE
DIREC-
TORA**

Def. e implementa-
ción de políticas
sobre cuidados de
enf., financiación
de recursos
coberturas de at.

**POSTGRADO
DOCTORADO
MAGISTER**

**ENFERMERAS
GERENTES**

**GES. DEL
CONOCIMIENTO
CALIDAD DEL CUIDADO**

Adaptado Fuente: Soto, Paz

MODELO DE GESTION DEL CUIDADO DE ENFERMERIA

NIVELES DE ATENCION
SEGÚN DEPENDENCIA
Y RIESGO

UNIDADES DE CUIDADO
PROGRESIVO

MODELOS DE ENTREGA
DE CUIDADOS

EN EL MARCO DE LA ATENCION PROGRESIVA



PE Y Modelos de Práctica Clínica

Herramienta básico y fundamental de Enfermería para gestionar el cuidado del AM.

NANDA

NOC

NIC

Lenguaje unificado de Enfermería

PAM y Establecimientos de Nivel Terciario o Atención Cerrada.

Atención:

- Atención Médica
- Valoración Geriátrica Ingreso
- Detección de síndromes geriátricos
- Cuidados de Enfermería y Prevención de la Discapacidad intrahospitalaria.
- Prestaciones de Rehabilitación
- Prestaciones Sociales
- Valoración Geriátrica Egreso
- Cuidados Paliativos (según requerimiento)
- Informe de Referencia / Contra Referencia
- Carne de Alta con Indicaciones
- Educación a familiares sobre continuidad de cuidados
- Planificación y Coordinación de continuidad de cuidados: consultorio Especialidad, APS, domicilio o ELEAM



Síntesis: Gestión del cuidado del AM por niveles

A.P.S.

Control salud Ambulatoria
Dg funcional a todos

Valoración nivel auto
valencia ABVD
— AIVD

Valoración Funcional

Factores de protección y
riesgo

Adherencia control salud
Adherencia tto
Red de apoyo

Participación social

- Programa Alimentación
complementaria > 70 a.

- Programa **postrados y
paliativos**

- **Visita domiciliaria**

- Identificar beneficiarios
ayudas técnicas y estipendio
para el cuidador principal

Urgencias

Traslados oportunos desde el
domicilio o desde
ELEAM

Atención preferente
Dg clínico

Traslado y/o ingreso para tto
oportuno y efectivo

Protocolos de cuidado según
GES: AVC, Fx cadera; artrosis,
cataratas, otros.

Guías clínicas cuidados geriátricos .

**Detección y/o prevención Sd.
Geriátricos:** inmovilidad,
caídas, sd. confuncional ag.,
incontinencia, upp.

Prevención riesgo quirúrgico
> 70 años. y co morbilidad

Prevención IAH

Iatrogenias por polifarmacia

Unidades hospitalización

Cuidados especializados
Promoción autonomía y
auto valencia

**Valoración geriátrica
integral B** (física y
funcional) P (cognitiva) SE
(recursos económicos y
red de apoyo) ambiental

Objetivos mantener y/o
recuperar **autonomía y
auto valencia**

Acortar Tpo. hosp.

Continuidad cuidados
APS, ELEAM, OTROS

Adoptar **Modelo Enf. para
cuidado del AM**

Desarrollo **Guías clínicas**
Valorización prestaciones
Estandarización **Planes de
Cuidado dx prevalentes**
con el **lenguaje unificado
de Enfermería**

TAREA DE TODOS

ADECUACIÓN PROGRESIVA DE PRESTACIONES GERIÁTRICAS

Imagen profesional

Estoy muy de acuerdo	Estoy de acuerdo	Neutro	Estoy en desacuerdo	Estoy muy en desacuerdo
Humanizado	Profesional	Técnico	Vocacional	Doméstico
				

Definir donde estamos en cada unidad de cuidado

Profesionalizar el cuidado del A.M.

Tarea del equipo de salud

Integrar nuevo Paradigma al cuidado del AM.

- ▶ Pasar de cantidad de años a **calidad de vida**
- ▶ De un TTO curativo a una **intervención integral, holística y rehabilitadora.**
- ▶ Sobrevida siempre con **autonomía y fomentar auto valencia**
- ▶ Del Dg medico al seguimiento situación salud a **través de terapias largas y complejas.**
- ▶ De tratar procesos agudos a **cuadros crónicos re agudizados**
- ▶ De cuadros de enfermedad única a **co morbilidad extensa y compleja**
- ▶ De cuidados críticos a cuidados **continuos**
- ▶ De enfoque biomédico a uno **multidisciplinario o interdisciplinario, según corresponda**
- ▶ De un sistema de niveles de atención estanco a uno **dinámico y expedito a través de la red asistencial** que incluya servicios **socio sanitarios.**

Adaptado Perrera, P. Gobierno de Chile | Ministerio de Salud, 2015

Dilemas éticos emergentes

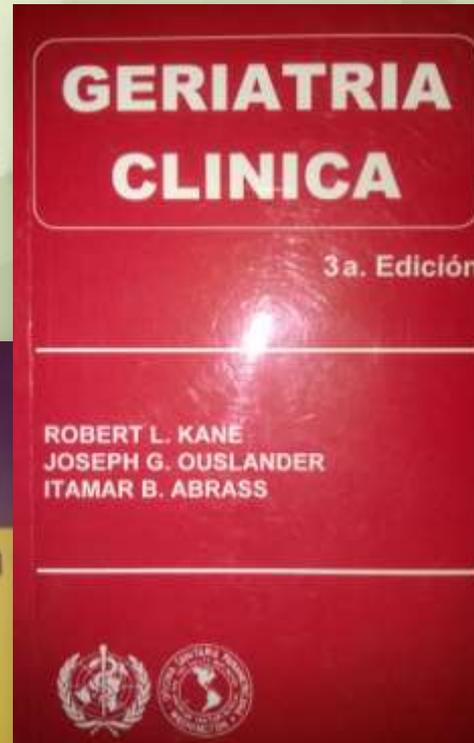
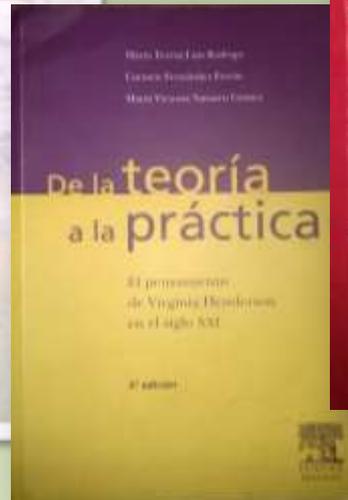
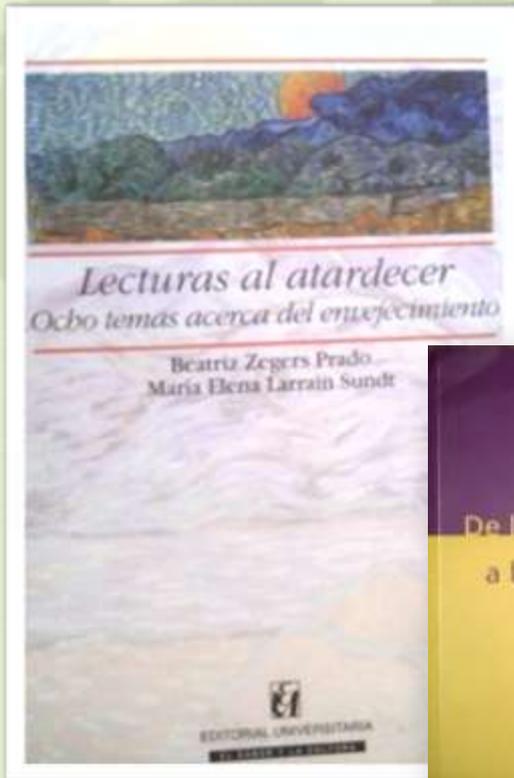
Contexto cultural

- **Relativización del valor y protección de la vida**
- **Defensa de la diversidad, resaltando mas aun las diferencias**
- **Hedonismo imperante que valora la juventud, por miedo a envejecer**
- **Modelo económico, valora la productividad en desmedro de la experiencia**

Situación de la ancianidad

- **Paternalismo vulnera el derecho de autonomía & desconoce la dignidad del ser humano como un valor universal**
- **Perdida rol social; invisibilidad**
 - **Soledad percibida**
 - **Inutilidad percibida**
 - **Abandono familiar y social real y/o percibido**
 - **Fragilidad**
 - **Dependencia**

II JORNADA DE ENFERMERÍA GERONTO GERIÁTRICA



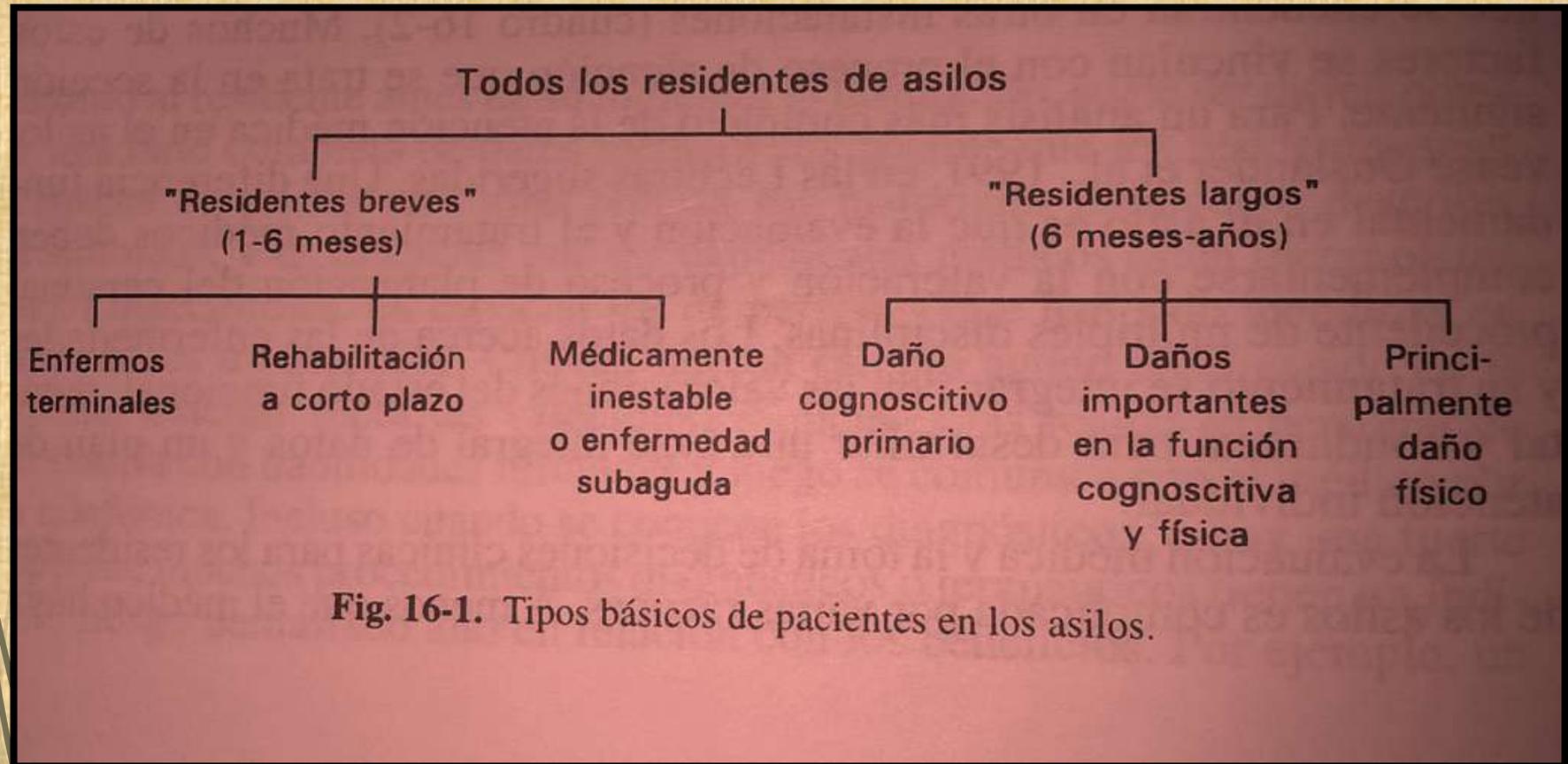
¡Gracias por la atención!

Sugerencias y comentarios dirigirse a la siguiente dirección de correo electrónico mletelier@uandes.cl

Anexos

**OPS/OMS. Kne, R.; Quslander; J. y Abrass, I. Editores .
Geriatría Clínica. 3ra edición.**

Anexo 1



OPS/OMS. Kne, R.; Quslander, J. y Abrass, I. Editores . Geriátría Clínica. 3ra edición.

Anexo 2

Tabla 5
Instrumentos de valoración para adultos mayores

Tipo de valoración	Instrumento-Escala
Estado Mental	Cuestionario Mini mental de E. Pfeiffer
Estado Mental	Mini mental de Folstein
Funcional	Actividades de la vida diaria de Kats
Funcional	Actividades instrumentales de la vida diaria
Funcional	Índice de Barthel
Funcional	Índice de Lawton
Funcional	Escala de la Cruz Roja
Social	Apgar familiar
Afectiva	Depresión de Yessavage
Afectiva	Depresión de Zung

Fuente: Gallo, Reichel y Andersen (1988)

Anexo 3

OPS/OMS, Kne, R.; Quslander, J. y Abrass, I. Editores ,
Geriatría Clínica, 3ra edición.

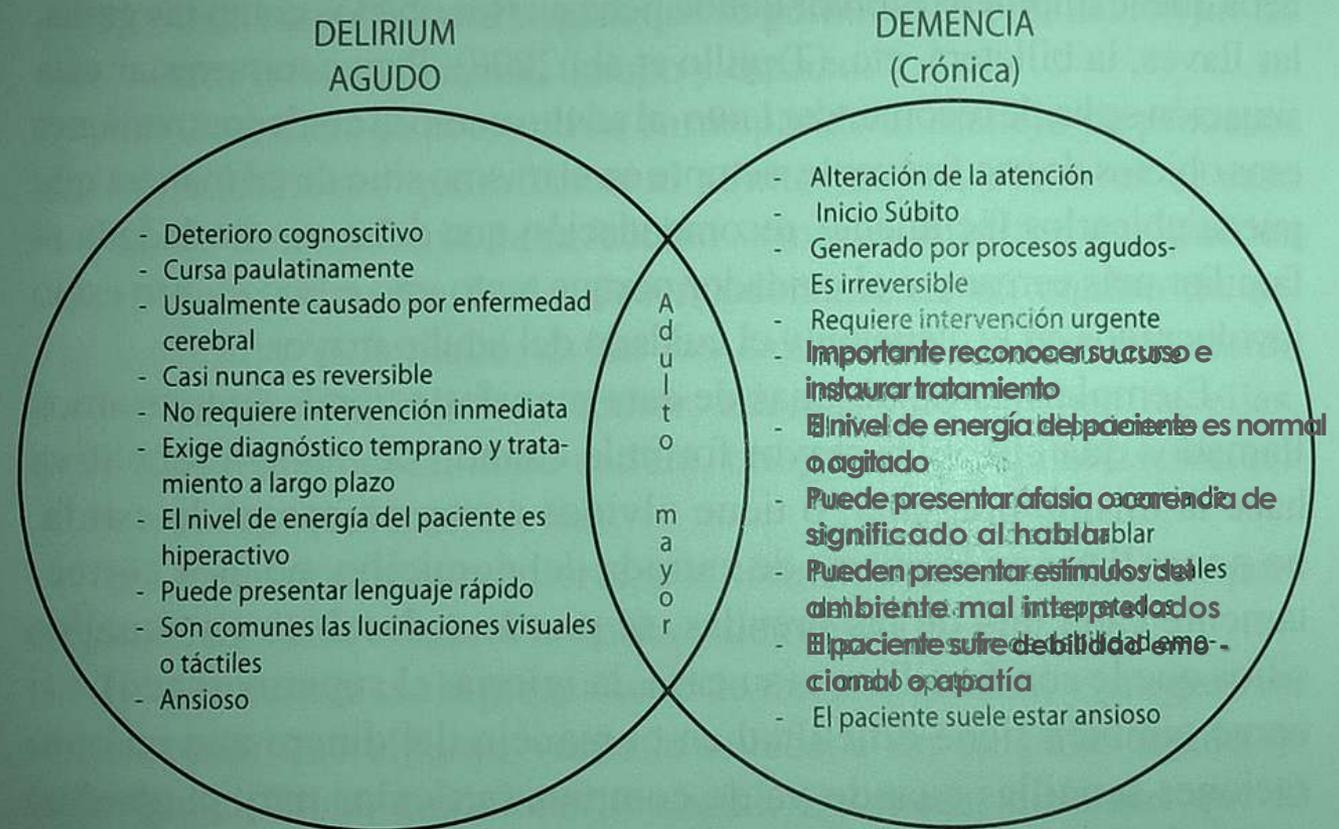
Tabla 3
Necesidades humanas

Necesidades de supervivencia	Necesidades de proximidad	Necesidades de libertad
Actividad	Aceptación	Autonomía
Adaptación	Apreciación	Belleza
Aire	Pertenencia	Desafío
Eliminación	Confianza	Conceptualización
Ingesta de líquidos	Humor	Ausencia de dolor
Intercambio de gases	Amor, ser amado	Autocontrol
Nutrición	Reconocimiento personal	Realización personal
Protección frente al temor	Integridad sexual	Experiencia espiritual
Percepción de la realidad	Cansancio	Territorialidad
Descanso, ocio	Imagen corporal saludable	Sistema de valores
Seguridad		
Integridad sensorial		
Integridad cutánea		
Sueño		

Fuente: Adaptación de Yura H. y Walsh, M.B., en Burke, M. y Walsh, M.B. (1998) Enfermería gerontológica, Harcourt Brace, Madrid

Anexo 4

Figura 2
Características del síndrome de falla cerebral



OPS/OMS. Kne, R.; Quslander, J. y Abrass, I. Editores . Geriatría Clínica. 3ra edición.