

“Adultos mayores: distintos niveles de atención”

Dr. Roberto Pereyra





“ES LA ESPECIALIDAD MÉDICA QUE SE OCUPA NO SÓLO DE LA PREVENCIÓN Y ASISTENCIA DE LAS ENFERMEDADES QUE PRESENTAN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA, SINO TAMBIÉN DE SU RECUPERACIÓN DE FUNCIÓN Y SU REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD”.

British Geriatrics Society.



OSPLAD- UTAM

DISTINTOS NIVELES DE ATENCION

- 
- En el siglo XXI, la Gerontología, se encuentra en constante evolución y replanteo de sus ocupaciones y preocupaciones.
 - Los ancianos, con la conocida tendencia a limitaciones físicas y mentales, así también como a las enfermedades crónicas, crean una exagerada demanda en términos de servicios médicos y sociales.
 - La gran mayoría de las especialidades médicas, se encuentra presionada con respecto a esas demandas de atención de los pacientes adultos mayores.

- En América Latina, de 42,5 millones de mayores (7.9 % del total) se llegará en el año 2025 a 96,9 millones con un 12,8 %.
- En el mundo, de acuerdo a cifras de la OPS, de 600 millones en el año 2000 tendremos un aproximado de 1209 millones en el año 2025.
- En Argentina de acuerdo a datos del INDEC, sobre una población total de 37 millones de habitantes, los mayores de 60 años llegan en estos momentos al 13,5 % de la población total.

- Para el año 2030 se estima que llegarán al 17,5% con una población de 48 millones. En números, significa pasar de 4.200.000 personas mayores de 60 años, en la actualidad, a 8.550.000 ancianos en el 2030.
- Porcentualmente, mientras que la población en Argentina aumentará casi un 60 %, los mayores de 60 años crecerán en un 104% y dentro de este sector, los mayores de 80 años se incrementarán en un 236%.

- Esta explosión demográfica lleva a replantear el lugar de los mayores en la sociedad, preocupación no sólo de los propios interesados, sino también de los futuros adultos mayores, porque los adelantos científico-tecnológicos posibilitan vivir más, pero no necesariamente mejor.
- La biología del envejecimiento determina cambios específicos que generan procesos fisiológicos y fisiopatológicos distintos a los de los individuos adultos jóvenes,

- El envejecimiento es un fenómeno universal, es un proceso inevitable, es la realidad de algunos y el futuro inexorable de todos. Sin embargo, la manera de envejecer de cada uno y su calidad de vida se relacionan directamente con los recursos intelectuales, sociales, biológicos y materiales, acumulados durante toda su historia vital, a lo que se suma **la protección médica que debemos brindarle.**

DEFINICIONES de UEM

- La OMS en 1974 define por primera vez el concepto de cuidados intermedios como:
 - “Un recurso institucional con camas de hospitalización para pacientes ancianos, en donde una vez superada la fase aguda de la enfermedad, fuera posible efectuar un tratamiento a mediano plazo, con recursos de rehabilitación médica y cuidados de enfermería, todos ellos con los objetivos de: **recuperar la independencia, volver al domicilio y reintegrarse a la vida comunitaria**”
- En el año 1996 el INSALUD hace referencia a:
 - “Aquel nivel asistencial geriátrico hospitalario destinado a restablecer aquellas funciones, actividades o secuelas alteradas como resultado de diferentes procesos previos”

Por lo tanto:

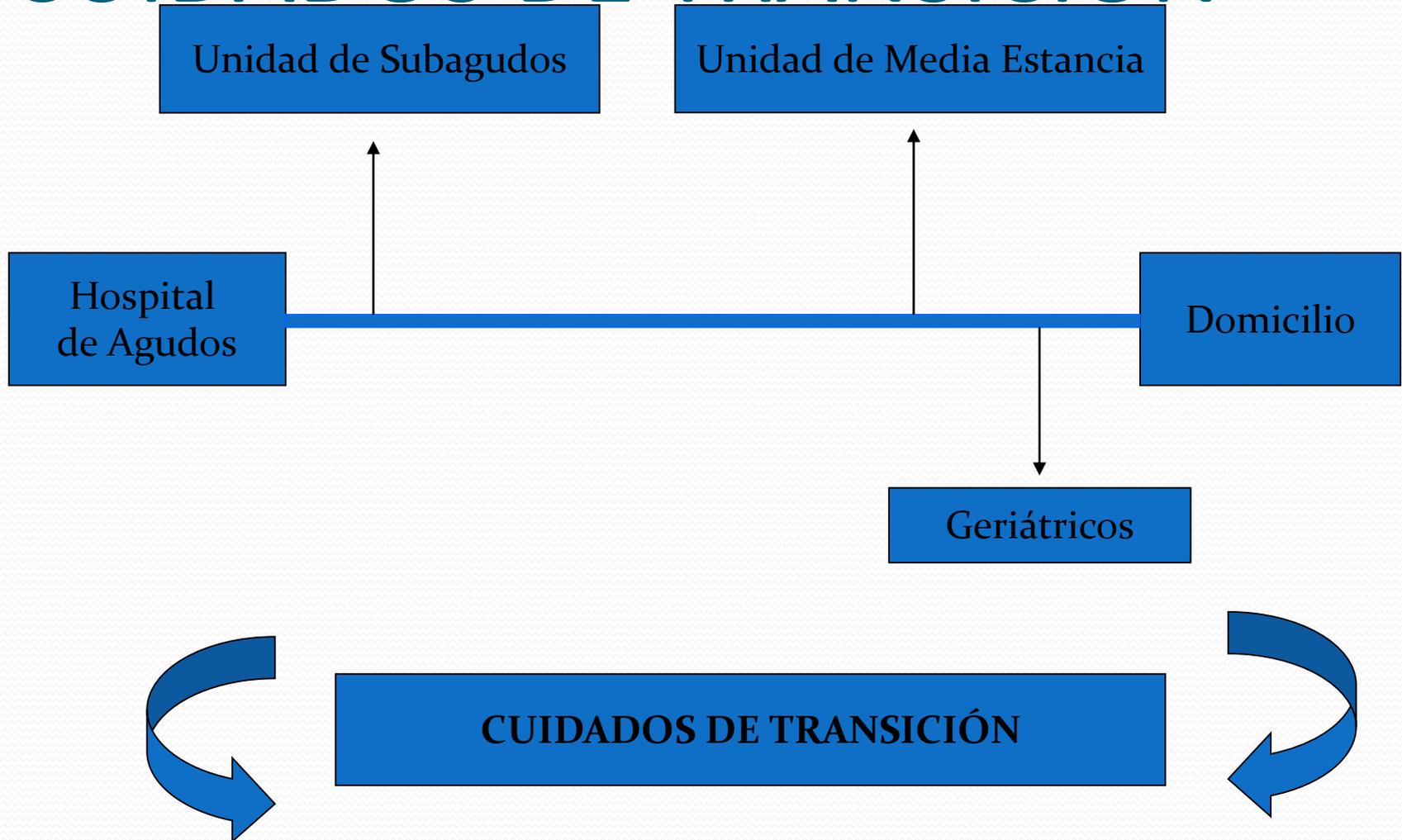
Las UEM se desarrollan para asistir a aquellos pacientes que requieren cuidados médicos, de enfermería y de rehabilitación pasada la fase aguda de internación y que no pueden ser brindados en forma ambulatoria.



SINONIMIAS

- UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA
- CUIDADOS SUBAGUDOS
- **CUIDADOS DE TRANSICIÓN**
- CUIDADOS INTERMEDIOS
- UNIDADES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL

CUIDADOS DE TRANSICIÓN



Cuidados de transición

Criterios de Inclusión

1. Fase aguda de la enfermedad superada
2. Diagnóstico establecido
3. Sin requerimiento de alta tecnología diagnóstica y /o terapéutica
4. Método de trabajo basado en la Valoración Geriátrica Integral

Criterios de Exclusión:

Toda enfermedad médica aguda



UNIDADES DE TRANSICIÓN OBJETIVOS

Unidad de subagudos:

1. Finalizar tratamientos médicos complejos.
2. Mejorar la capacidad funcional
3. Favorecer el retorno al domicilio
4. Externación a corto plazo

Unidad de media estancia:

1. Mayor hincapié en cuidados de enfermería geriátrica
2. Rehabilitación de mediana intensidad
3. Generalmente son cuidados de larga duración (aproximadamente 30 días)

Geriátricos:

1. Mayor componente Psicosocial
2. Valoración Geriátrica permanente

- La características de estas unidades son:**
1. La estancia media suele ser superior que en los Hospitales de agudos.
 2. Tienen un costo inferior.

Causas de ingreso en Unidades de Media Estancia

Rehabilitación:

ACV en rehabilitación

Fracturas de cadera en fase de rehabilitación

Pacientes con amputación en fase protésica y rehabilitadora

Enfermedad de Parkinson y otras alteraciones neurológicas

Inmovilidades reversibles de otras etiologías

Clínicas:

Estabilización de pacientes con graves condicionantes.

Pacientes diabéticos con descompensaciones

Pacientes con anticoagulación con condicionantes sociales

Pacientes tratados con altas dosis de diuréticos

Finalización de tratamientos específicos.

Quirúrgicas:

Cicatrización de heridas tórpidas

Úlceras a presión



Equipo Interdisciplinario para la valoración geriátrica integral:

1. Geriatra
2. Fisiatra
3. Psiquiatra
4. Psicóloga
5. Fonoaudiologa
6. Fisioterapeuta
7. Terapeuta ocupacional
8. Nutricionista
9. Lic. en enfermería
10. Podólogo



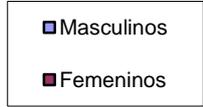
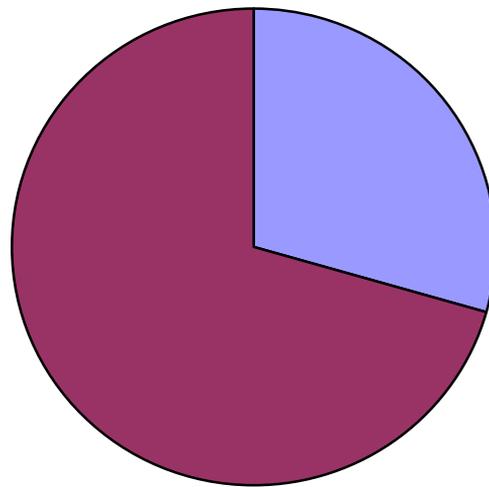
CONCLUSIONES

1. La edad media de los pacientes es de 76.9 años
2. La estancia media es de 41.5 días
3. Las afecciones más frecuentes son:
 - ACV 19 %
 - Fractura de fémur 21%
4. La mayoría de los pacientes tienen factores de comorbilidad y pérdida funcional.
5. En el 84 % de los casos proceden de hospitales
6. En general se obtienen ganancias funcionales importantes y en un 70% vuelven a sus domicilios habituales

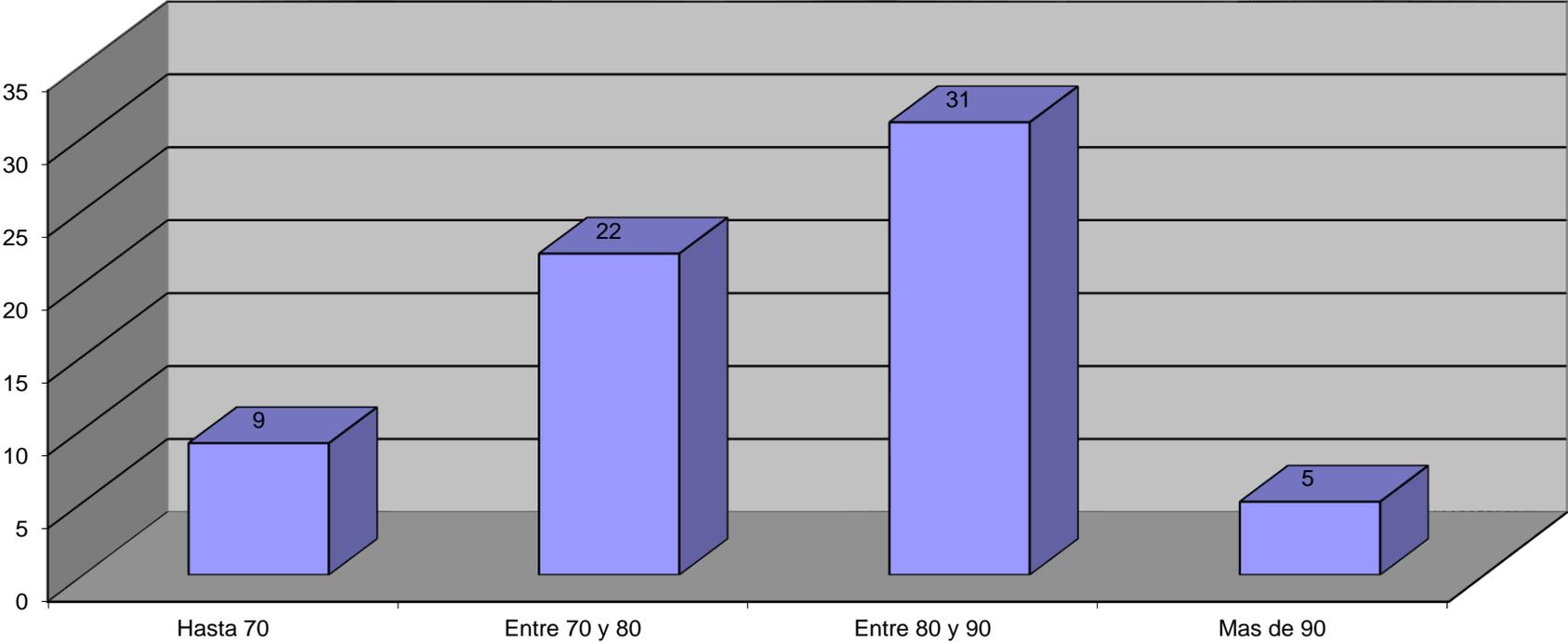


INTERNACION
ESTANCIA INTERMEDIA

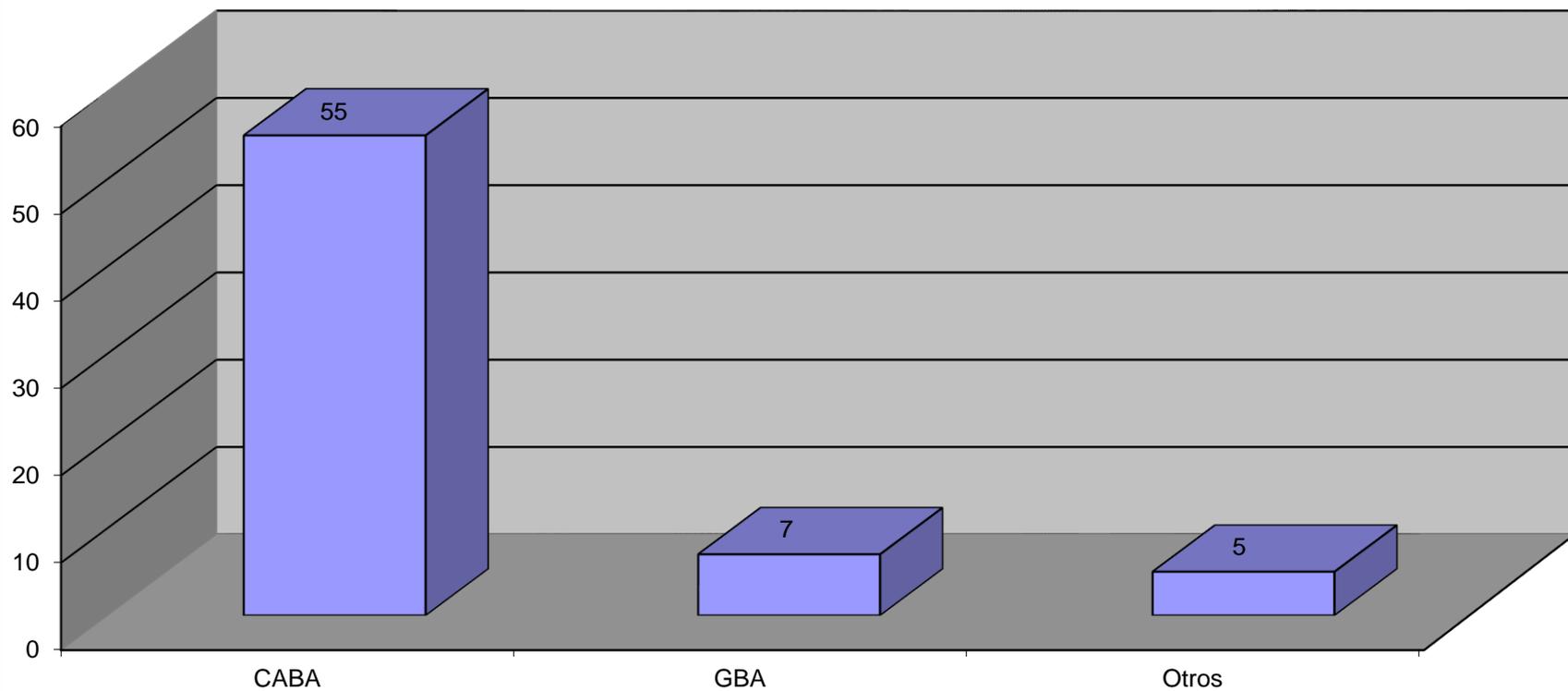
Pacientes segun sexo



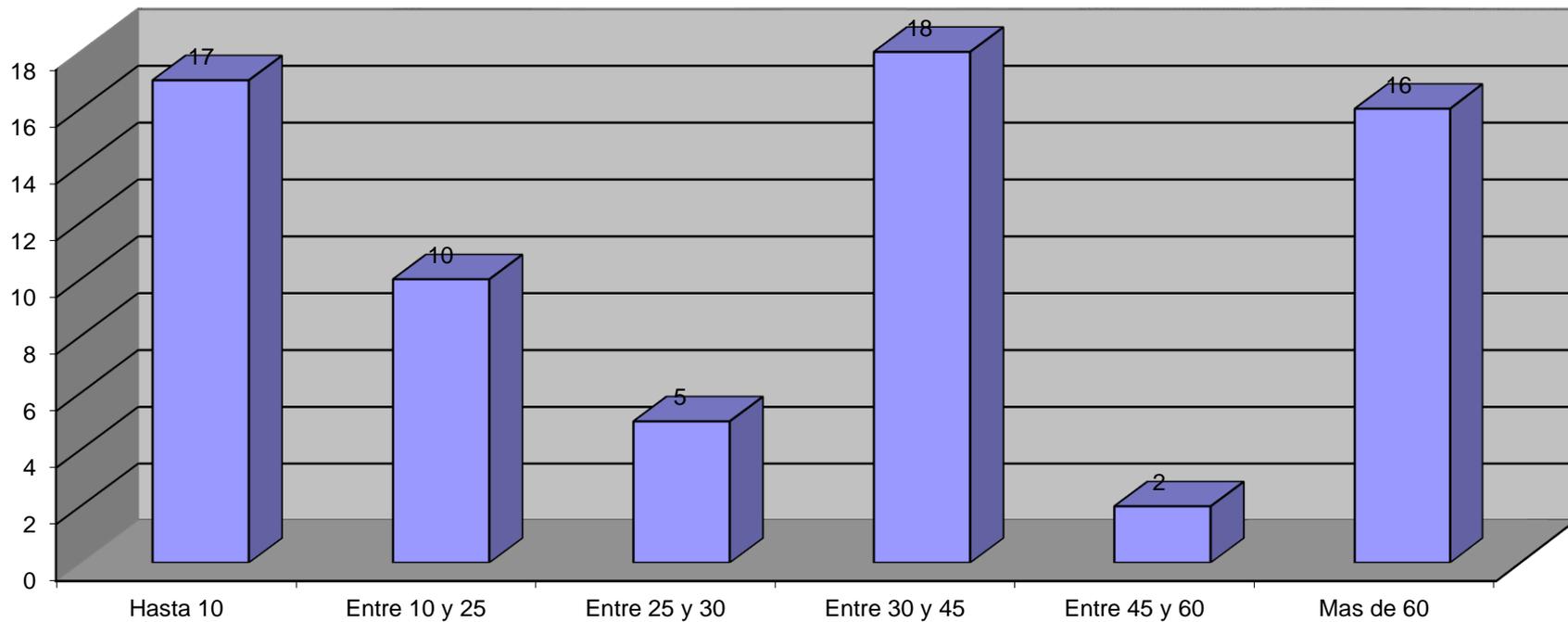
Pacientes segun edad



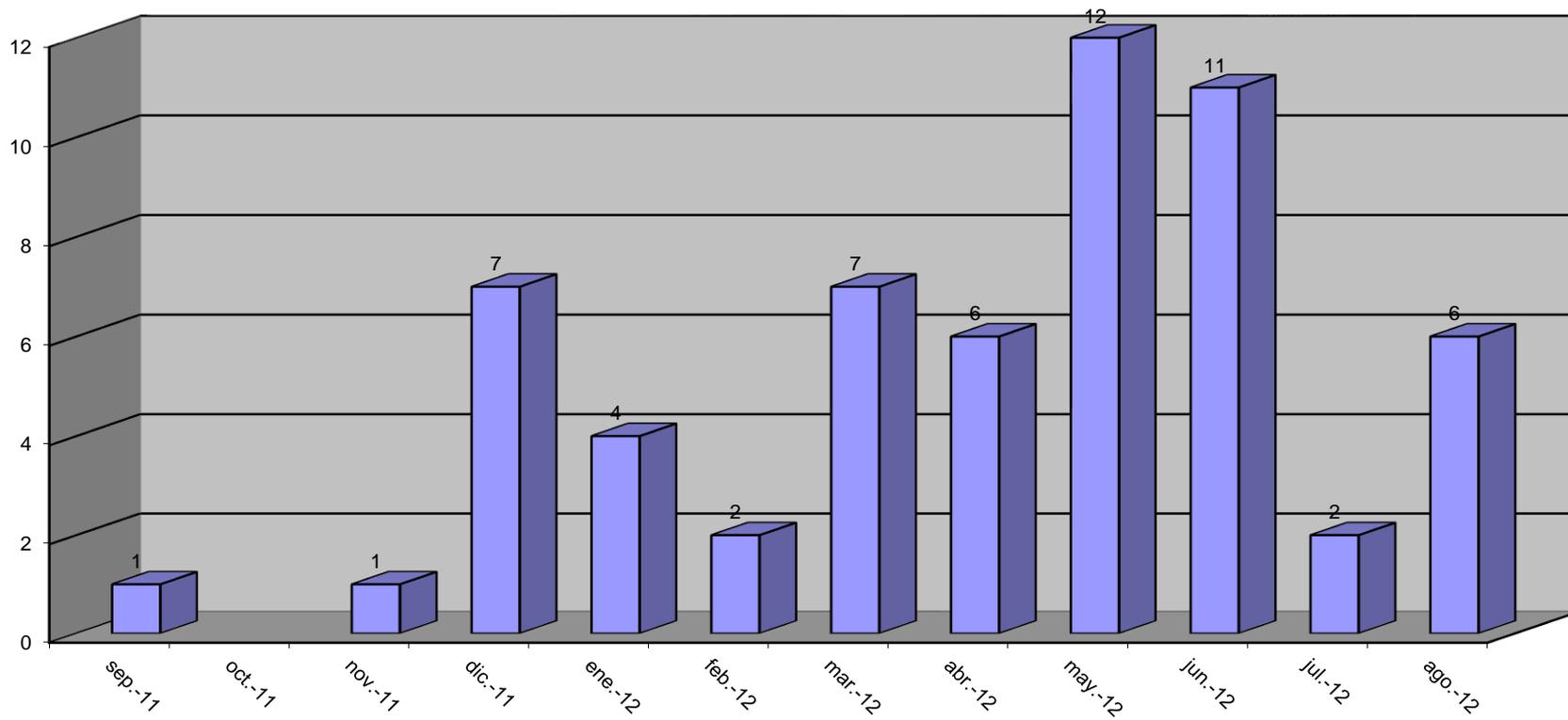
Pacientes segun lugar de residencia

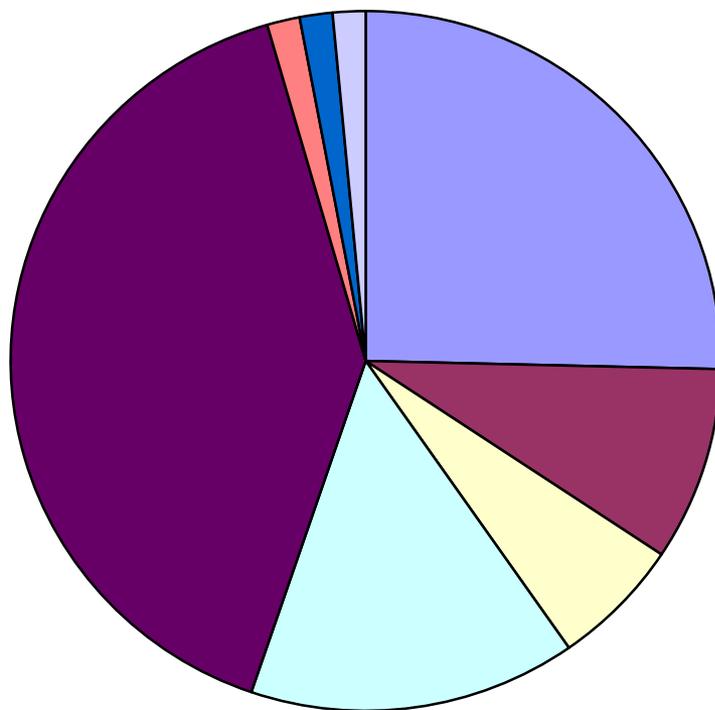


Pacientes segun dias de internación



Ingresos según mes



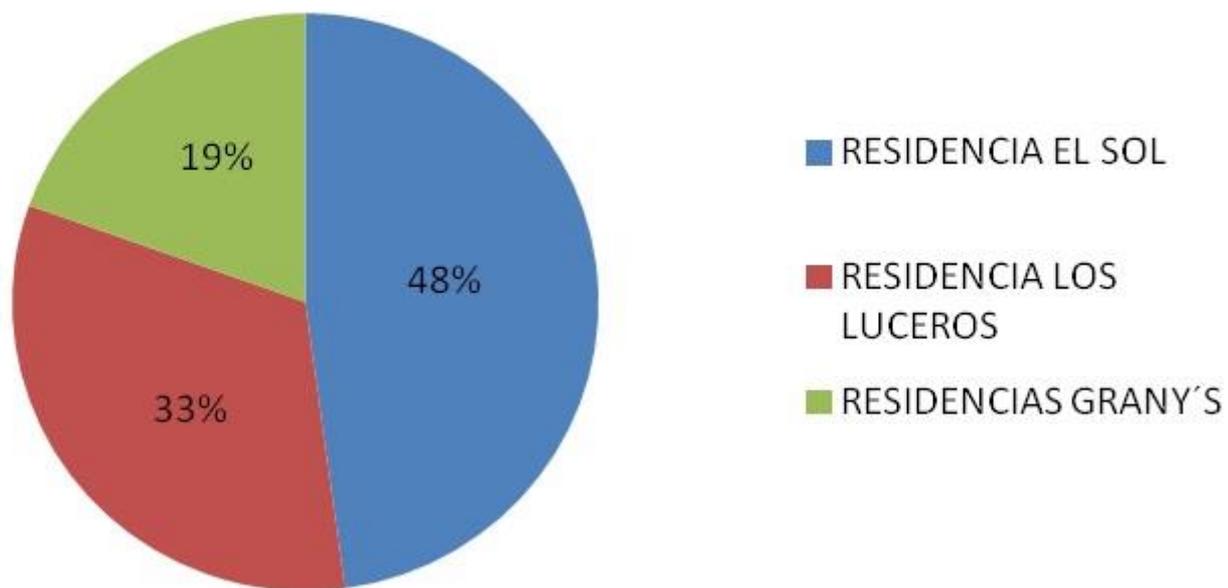


- Alta con seguimiento ambulatorio
- Obitos en internación
- Derivaciones a III nivel
- Alta con internación domiciliaria
- Derivacion a Policlínico
- Alta voluntaria
- Derivacion a Clinica de Rehabilitación
- Cambio a PAMI



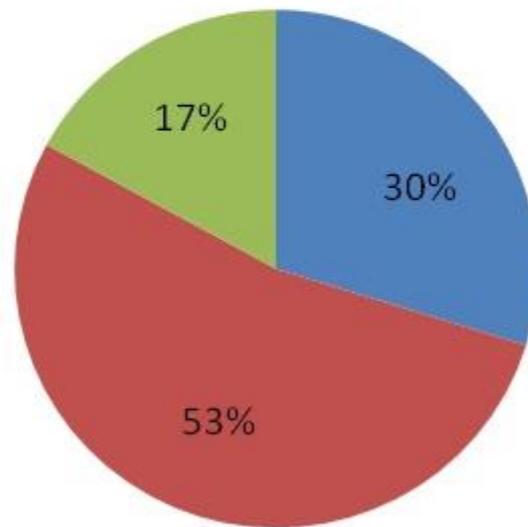
CONTROL
EN
TERCER NIVEL DE INTERNACION

PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS

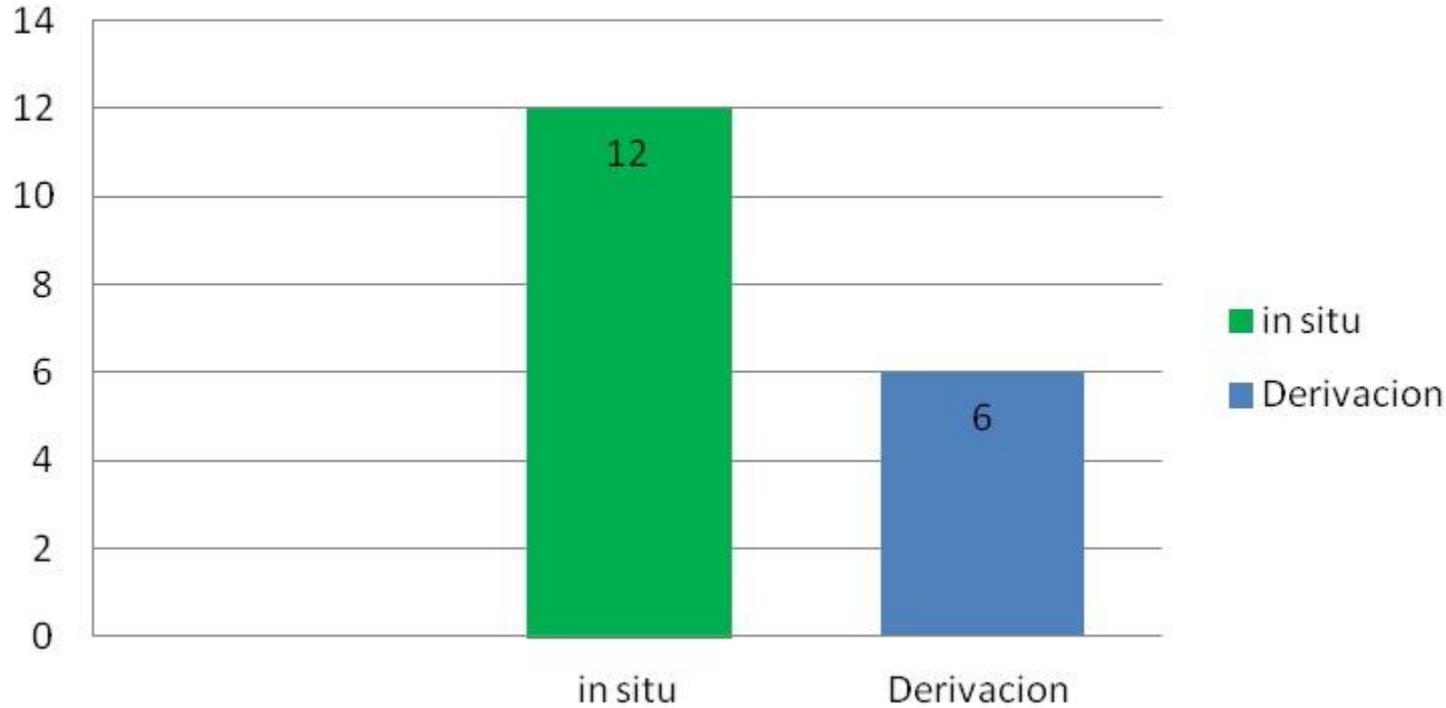


DISTRIBUCION DE LA POBLACION X EDAD

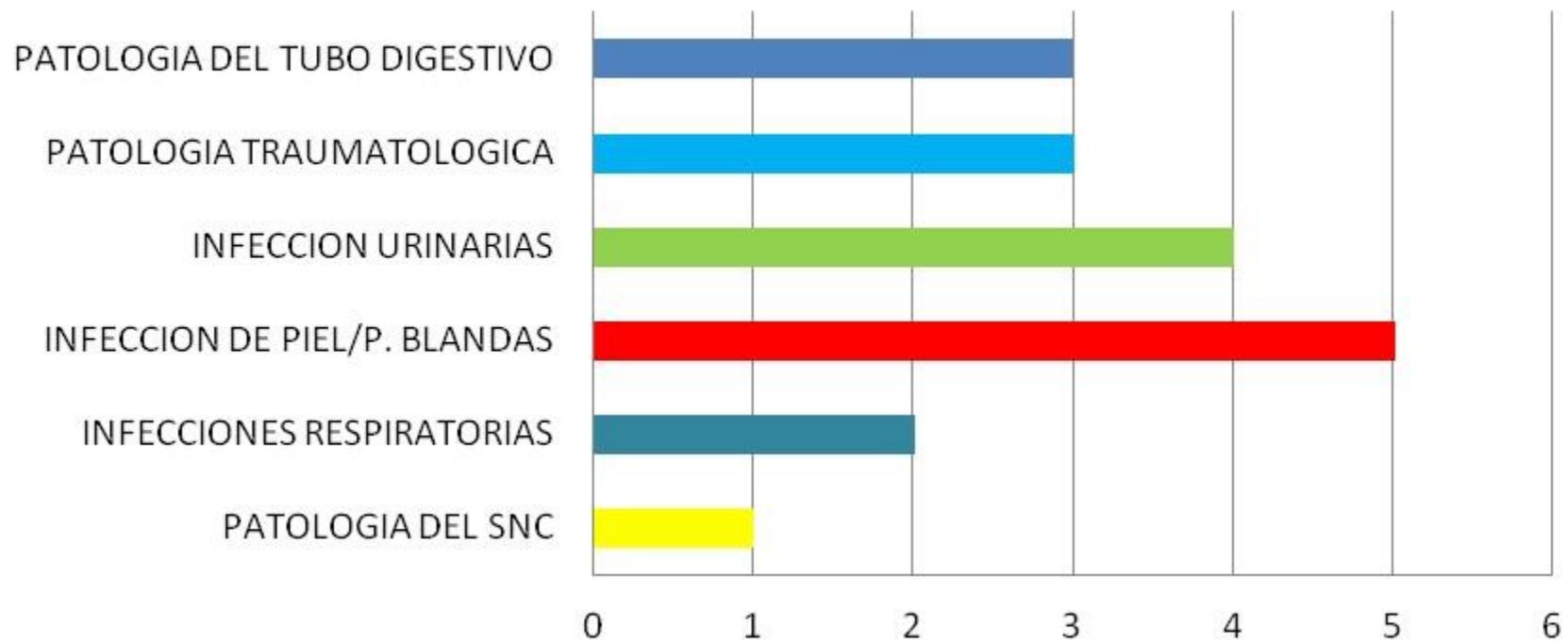
■ < 75 Años ■ 75 y 84 Años ■ > 85 Años



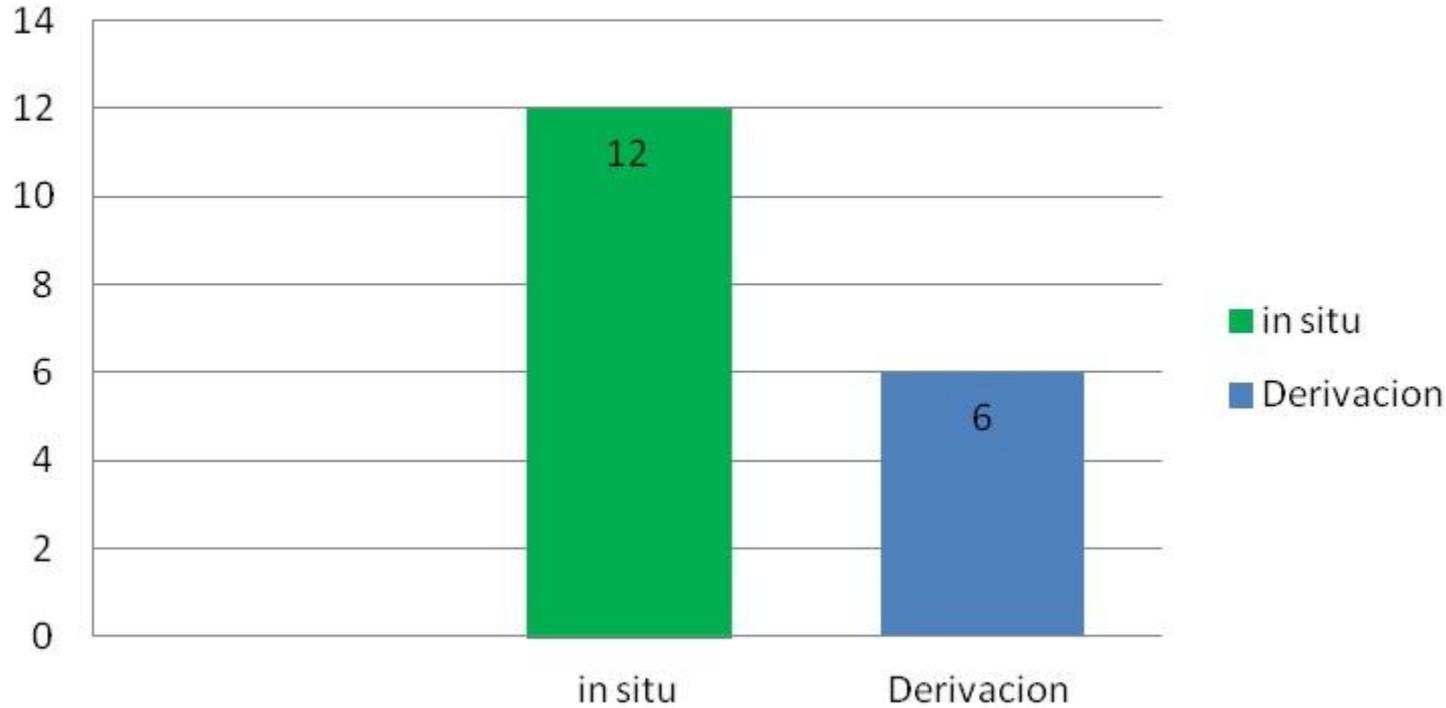
Intercurrencias Médicas



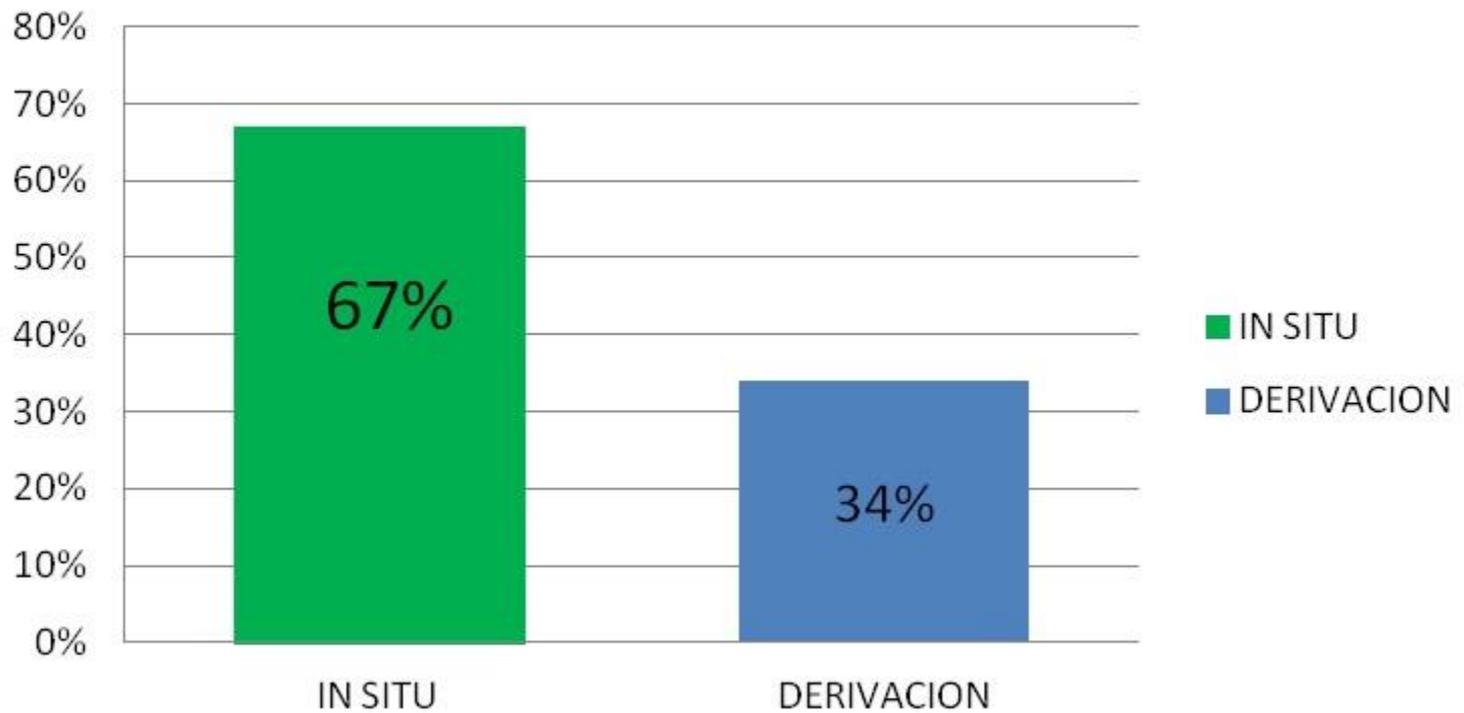
INTERCURRENCIAS MAS PREVALENTES



Intercurrencias Médicas



INTERNACION EVITADA



- 
- Principios de la Bioética:
 - Beneficencia
 - No maleficencia
 - Autonomía
 - Justicia

- Beneficencia: Hacer el bien a otros, de modo de restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.
- No maleficencia: proteger al paciente en una acción que ofrezca más riesgos que beneficios.
- Autonomía: Posibilidad de aceptar o negar un acto médico después de ser convenientemente informado.
- Justicia: Equidad en la distribución de recursos y bienes comunes e igualdad de oportunidad de acceso a estos.

CONSIDERACIONES FINALES

- El envejecimiento poblacional y el proceso de envejecimiento, asociados a los procesos patológicos, se ven afectados por la Medicina Científica y el Imperativo Tecnológico.
- La Bioética se muestra como una respuesta contemporánea a la protección cada vez más necesaria del paciente anciano, orientándonos en la toma de decisiones y otras conductas médicas.

- 
- La edad cronológica no disminuye el derecho a los cuidados de la salud.
 - La expectativa de vida no disminuye el derecho a los cuidados del sistema sanitario.
 - Cuando todas las demandas de cuidados no pueden ser atendidas, debe usarse algún método equitativo de priorización.

- 
- Siempre se debe actuar basado en la preservación de la vida (principio de beneficencia) y el alivio del sufrimiento (principio de no maleficencia), ofreciendo los recursos sanitarios necesarios para su diagnóstico y tratamiento (principio de justicia).
 - Será el paciente quien tome la decisión de aceptar o no la conducta médica (principio de autonomía)



“EL MIEDO DE SABER NOS CONDENA A LA
IGNORANCIA, EL MIEDO DE HACER, NOS REDUCE
A LA IMPOTENCIA”

E. GALEANO.
El libro de los abrazos



MUCHAS

GRACIAS!!!!!!!!!!