

# Escasez de geriatras

Señor Director:

A raíz de la publicación de ayer, en la página A13 de "El Mercurio", respecto de la falta de geriatras en el mundo, quisiera expresar la preocupación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama) por esta situación.

Hemos sido espectadores de un envejecimiento acelerado a nivel mundial. Hoy el 15% de la población chilena corresponde a adultos mayores y en el 2025 las personas mayores corresponderán al 25%. Las proyecciones aseguran que el año 2050 una de cada cuatro personas de América Latina tendrá 60 años o más.

Sin embargo, este aumento de la población mayor no implica necesariamente un

alza proporcional de la curva de geriatras y gerontólogos. Las cifras son preocupantes: mientras que en Estados Unidos hay un geriatra por cada 2.600 personas mayores de 75 años, en Chile hay un geriatra por cada 11.200 mayores de 75 años, y, a la vez, un geriatra por cada 35.700 adultos (mayores de 60 años) aproximadamente, de acuerdo a los registros expuestos por Casen 2009.

Dada esta situación, la capacitación de recursos humanos en geriatría y gerontología es uno de los principales lineamientos a incluir en la Política Integral para las Personas Mayores que está trabajando el Servicio Nacional del Adulto Mayor y el Ministerio de Salud, junto a un Comité Técnico Interministerial.

Este Comité Interministerial debe elaborar y proponer un conjunto de políticas y medidas para dar respuesta a las necesidades de los adultos mayores y favorecer su bienestar integral. Aún así, necesitamos de la colaboración de la sociedad para crear conciencia de la necesidad de especialistas en la atención y cuidado de nuestras personas mayores, y generar la motivación que necesitan los jóvenes estudiantes para optar por este noble camino.

**ROSA KORNFELD**

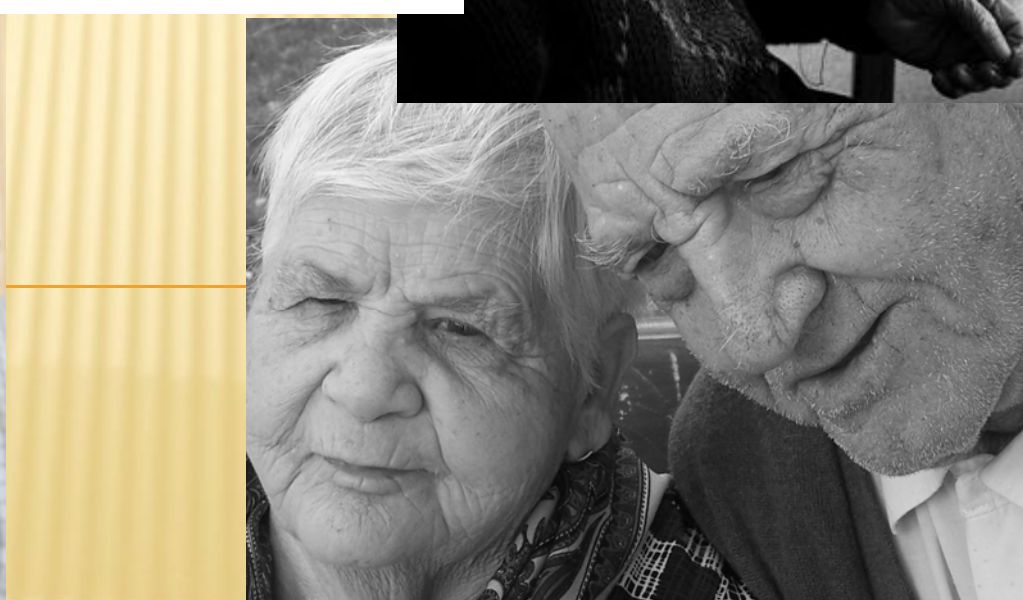
Directora del Servicio Nacional  
del Adulto Mayor





**“ENCUENTRO INTERNACIONAL PARA EL SEGUIMIENTO DE  
LA DECLARACIÓN DE BRASILIA Y PROMOCIÓN DE LOS  
DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES”**  
(SEGUIMIENTO AL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID -2002)

**SALÓN: CELSO FURTADO, SEDE CEPAL  
SANTIAGO - CHILE  
9 Y 10 – NOVIEMBRE – 2011**





ELZA MARMONTI IN ALBERTI





**MENTAL**

# **NECESIDADES DE ASISTENCIA INTEGRAL ESPECIALIZADA PARA EL ANCIANO**

**FUNCIONAL**

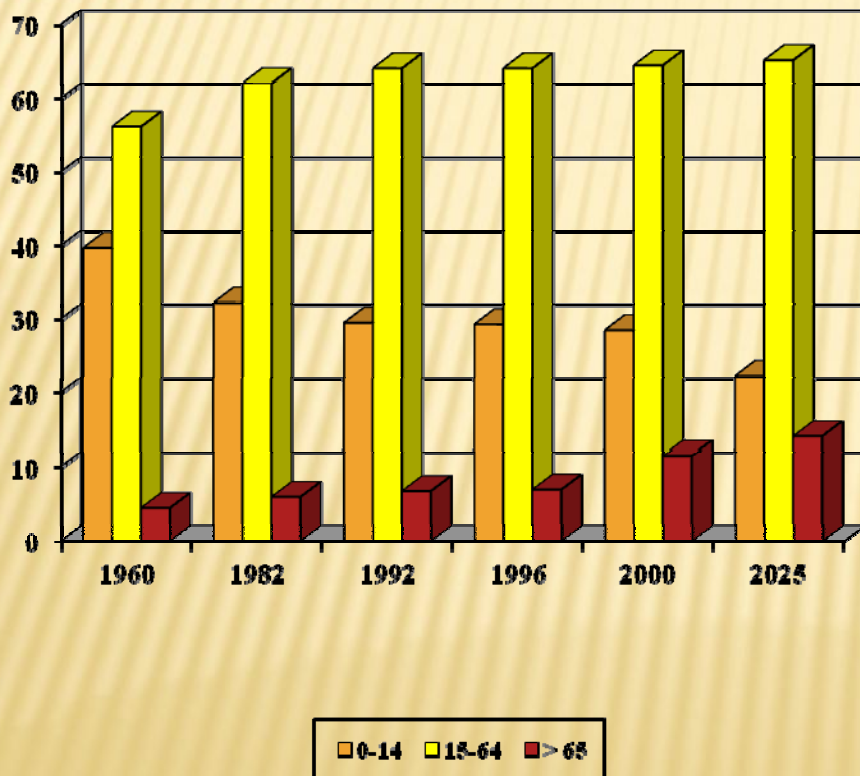
**DANTE ALBERTI  
GERIATRA**

**SOCIAL**

---

**CLINICA**

# TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA CHILENA



- ✗ Censo del año 2002
- ✗ > 60 a. 11,4% de la población.
- ✗ 1.7 millones viejos.
- ✗ 57% mujeres y 43% hombres.



# AL AÑO 2020 SE ESTIMA QUE LOS ADULTOS MAYORES SERÁN CERCA DE 3 MILLONES.

- × Población del SSMSO
- × 1.347.210 personas
- × 60 % beneficiarios FONASA
- × 153.582 > de 60 años

× Fuente : Estadísticas del SSMSO

# TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

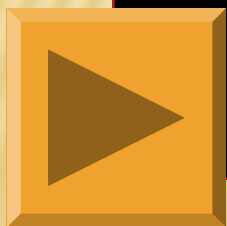
---

- ✘ La mayor longevidad de una población trae consigo un cambio en los patrones de enfermedad.
- ✘ La enfermedad infecciosa, de origen exógeno, transmisible y de curso agudo es reemplazada por la enfermedad edad-dependiente, de origen endógeno, no transmisible y de curso crónico.(ECNT)



# Esperanza de vida en años para diferentes momentos de la vida adulta en Chile 1998

Edad (años)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
20	58.0	54.3	61.1
30	48.5	45.6	51.3
40	39.1	36.3	41.7
50	30.0	27.4	32.3
60	21.6	19.4	23.6
65	17.7	15.7	19.4
70	14.3	12.5	15.7
80	8.1	6.9	8.8
90	2.5	1.0	5.0



# **OBJETIVO FUNDAMENTAL DE ESTE PROYECTO**

**INFLUIR DESDE LA ÓPTICA CIENTÍFICA EN EL  
BIENESTAR DE NUESTROS ADULTOS  
MAYORES**

**LOS ANCIANOS TIENEN EL DERECHO  
FUNDAMENTAL A SER ATENDIDO POR  
PROFESIONALES ENTRENADOS PARA ELLOS**



# ESTÁNDARES DE CALIDAD EN GERIATRÍA

- × Objetivo de establecer estándares:
- × *Disminuir la variabilidad en la atención sanitaria = CALIDAD*
- × Realizar predicciones
- × Establecer prioridades
- × Formular estrategias
- × Evitar discriminaciones
- × Establecer recursos humanos, tecnológicos, y estructurales apropiados.

# INTRODUCCIÓN

- × El objetivo principal de la atención hospitalaria del A.M.
- × Mantener el mayor grado de autonomía disminuyendo al máximo los días de dependencia para prolongar los días de autovalencia
- × Porque?
- × La funcionalidad es un determinante fundamental en el riesgo de: Re-hospitalización
- × Consumo de recursos sanitarios y sociales
- × institucionalización
- × Mortalidad del anciano frágil.
- × Deteriora el núcleo familiar y por ende la sociedad



# MAL USO DE RECURSOS DE ATENCIÓN SE PUEDEN CLASIFICAR EN LAS SIGUIENTES CATEGORÍAS

- + Infrautilización
- + **Ageismo**
  - × Es la ausencia de provisión de un cuidado que aporte un beneficio al paciente
- + Sobreutilización
- + **Encarnización Terapéutica**
  - × El cuidado médico aportado excede los beneficios
- + Malutilización
- + **Falta de especialización**
  - × El cuidado médico es apropiado, pero no se realiza de forma adecuada o existe una complicación prevenible que no se toma en consideración

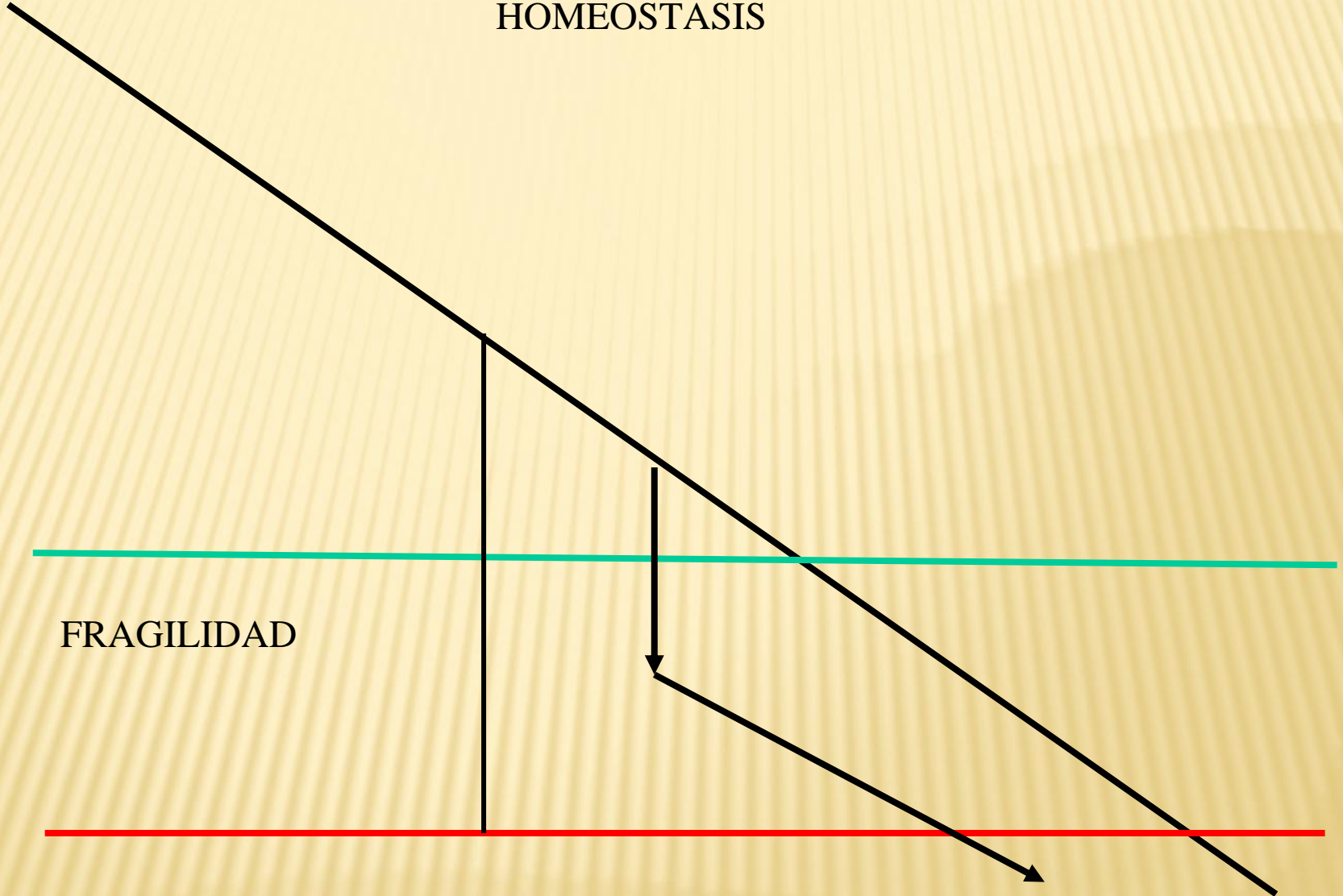
---

# COMO DEFINIR UNA ADECUADA DEFINICIÓN DE CORRECTA UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS

- × Evaluación integral
- × Expectativa de vida
- × La situación funcional previa
- × La situación cognitiva previa
- × La calidad de vida



HOMEOSTASIS



FRAGILIDAD

TEORIA DE LA COMPRESION DE LAMORBALIDAD

# CRITERIOS DE FRAGILIDAD

---

- × Edad > 80 años
  - × Confusión o deterioro funcional al ingreso
  - × Polifarmacia (> de 3 fármacos)
  - × Patologías discapacitantes previas (ACV)
  - × Depresión
  - × Deterioro cognitivo
  - × Incontinencia
  - × Malnutrición
  - × Problemas sociales o familiares
- 
- × Winograd 1993, Reuben 1995, Saltvedt 2002









# DEFINICIÓN DE ANCIANO FRAGIL

- × Debe contar con 3 de los siguientes atributos:
- × Pérdida de peso involuntaria
- × Debilidad muscular (dinamómetro hand-grip)
- × Disminución de la velocidad de la marcha (test marcha)
- × Agotamiento (referido por pacientes)
- × Baja actividad física (gasto Kcal/semana)

× 5000 pac. del Cardiovascular Health Study autovalentes y cognitivamente sanos (Fried LP et al. J Gerontol, 2001;)

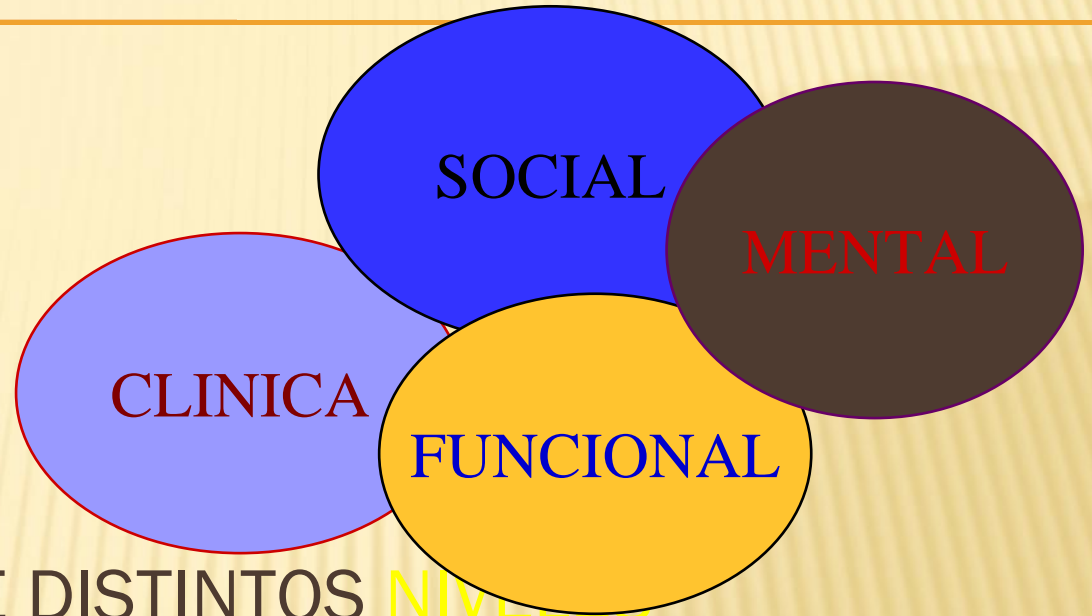




# HERRAMIENTAS DE LA GERIATRIA

---

VALORACION  
GERIATRICA  
INTEGRAL



- × DISPONIBILIDAD DE DISTINTOS NIVELES ASISTENCIALES EN FUNCION DE LAS DIFERENTES SITUACIONES DE ENFERMEDAD



**UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS  
(UGA)  
HOSMET**

**BASADA EN ESTÁNDARES DE  
CALIDAD EN GERIATRÍA Y EN  
MEDICINA BASADA EN LA  
EVIDENCIA**

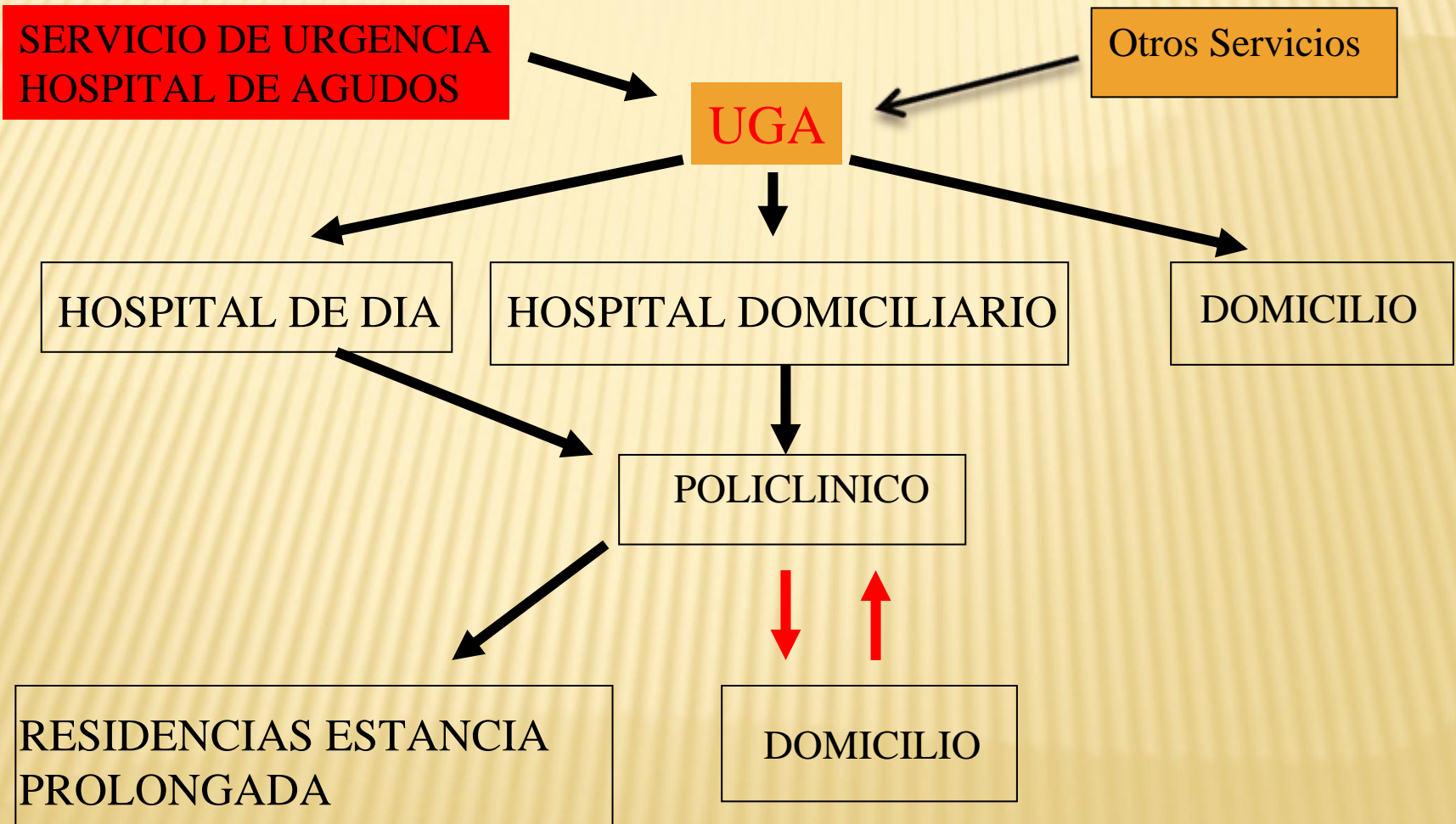
---

**DANTE ALBERTI  
GERIATRA**



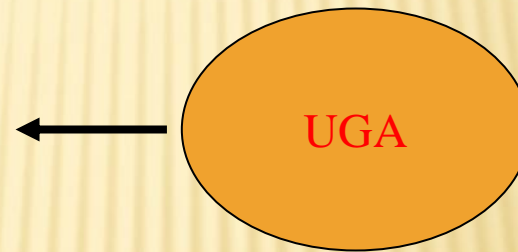


# Organigrama de la Unidad de Evaluación Geriátrica (UEG)



# EQUIPO INTERDISCIPLINARIO BÁSICO

- + Geriatra
- + Enfermera geriátrica
- + Asistente social
- + Kinesiólogo
- + Nutricionista
- + Fonoaudiólogo
- + Psicogeriatra





# RAZONES MÉDICAS QUE JUSTIFICAN LA UGA

- × Sistema médico tradicional
- × Diagnóstico médico incompleto
- × Sobreprescripción de medicamentos
- × Infrutilización de la rehabilitación
- × Pobre coordinación con otros niveles asistenciales
- × Institucionalización inadecuada

\* M Warren Lancet 1946; i: 841-43

\* Solomon Ann Intern Med 1988;108:718-32.

## Relación entre hospitalización tradicional y deterioro postalta

**“En el año en que los ancianos se incapacitaron severamente, una gran proporción de ellos estuvo hospitalizados (72%).**

**Entre los que no se incapacitaron, solo una minoría (14,7%) estuvo hospitalizada...**

**Ferrucci L y cols., JAMA 1997;  
277: 728-734**

# RAZONES ECONÓMICAS

---

- ✘ La asistencia en el modelo clásico a la larga es más caro que el implementado en base a la asistencia geriátrica integral.
- ✘ La asistencia de salud no especializada alarga las estancias medias en hospitales y provoca mayores tasas de institucionalización



# RAZONES ECONÓMICAS

---

- × A > DISCAPACIDAD > COSTO
- × > 65 AÑOS: 10 % ALGÚN GRADO DE DISCAPACIDAD.
- × EL 40% DEL PRESUPUESTO SALUD DE LOS PAISES DESARROLLADOS ES PARA DISCAPACIDAD DERIVADA DE LA EDAD.
- × TASAS HOSPITALIZACIÓN > 2,4 VECES Y LOS DIAS ESTADA AUMENTAN EN 40%.
- × LO COGNITIVO Y LO SOCIAL AUMENTAN LOS COSTOS EN UN 60 %

# **RAZONES ÉTICAS**

---

**“A la vista de la mejor evidencia disponible, el desarrollo de una atención sanitaria eficaz al anciano precisa de la implantación de Unidades o Servicios de Geriátrica de agudos en los hospitales de agudos.”**

# RAZONES HUMANAS Y DE AGRADECIMIENTO

---

- ✘ LO QUE SOMOS SE LO DEBEMOS A NUESTROS PADRES, ABUELOS Y A TODOS AQUELLOS QUE NOS PRECEDIERON







1366 F











*1915 Pieve di Tesino (Tn)- Ambulanza 73 CRI*



# DEFINICIÓN DE UGA

---

- ✘ Unidades hospitalarias dirigidas a la atención de ancianos frágiles que requieren ingreso para el tratamiento de procesos agudos o crónicos reagudizados
- ✘ Características
  - + Diseños arquitectónicos y funcionales adecuados
  - + Criterios de ingreso
  - + Evaluación interdisciplinaria
  - + Plan de cuidado progresivo

# BENEFICIOS DE LA UGA

---

- + Atención especializada de síndromes geriátricos (depresión, deterioro cognitivo, incontinencia, caídas, malnutrición, polifarmacia, dolor crónico no oncológico, T de la deglución, UPP, T. del sueño, T sensorial)
- + Prevención de la discapacidad por la enfermedad y la hospitalización
- + Preparación del alta
- + Reintegración precoz a domicilio y a la comunidad
- + Ahorro de estadías innecesarias
- + Evitar la re-hospitalización

# UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

## MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

- × Primer estudio Rubenstein en 1984.
- × Se asignó 63 pacientes a un modelo de intervención geriátrica y 60 pacientes al cuidado habitual
  
- × Resultados: Pacientes UGA tenían
  - + < mortalidad (23.8 % v/s 48.3%,  $p < 0.005$  )
  - + < derivación a residencias (12.7 % v/s 30.0%  $p < 0.05$  )
  - + < estadía intrahospitalaria (25% más baja)
  - + < número de reingresos (30% más bajo).



- × Meta-análisis 1993, 28 estudios, 10.000 pacientes.
- × Resultados :
  - + 22% menos en mortalidad
  - + 12 % menos de reingresos
  - + < deterioro cognitivo en el 47%
  - + > funcionalidad en el 72%

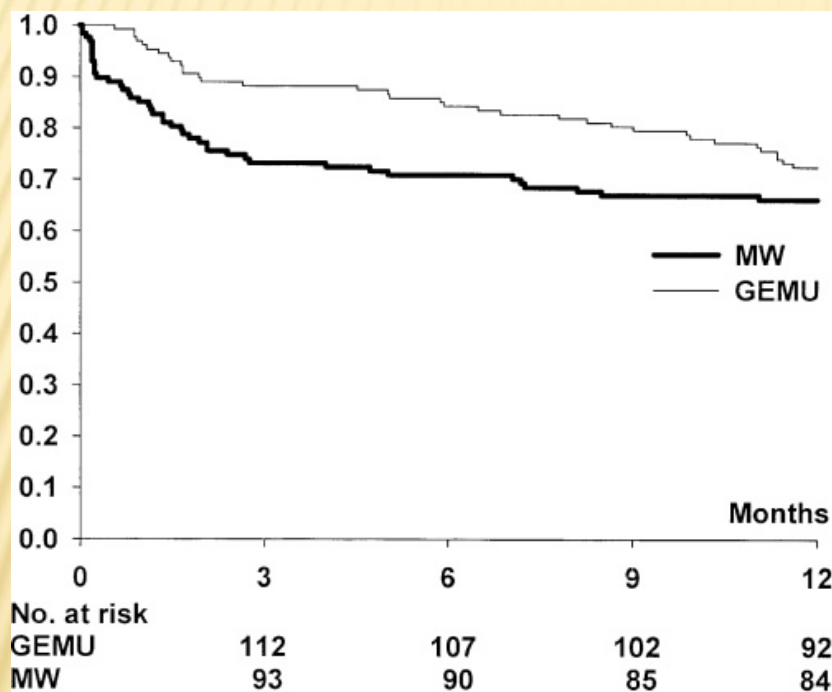
Comprehensive geriatric assessment: A meta-analysis of controlled trials.  
Lancet 1993;342:1032–1036.

# MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

---

- ✘ Pacientes de 70 o más años fueron randomizados a recibir cuidado usual (n=300) o manejo en una unidad de geriatría (n=303).
- ✘ Se observó que el grupo que recibió manejo en la unidad de geriatría presentaba un mejor resultado funcional y una menor tendencia a institucionalización en casas de reposo (14 v/s 22%)
- ✘ Un estudio de costos realizado posteriormente mostró que la intervención no era más cara que los cuidados convencionales

## SOBREVIDA ACUMULADA DE PACIENTES INGRESADOS EN UNIDAD DE GERIATRÍA (GEMU) Y EN UN SERVICIO DE MEDICINA (MW)



- ✘ > o = 75 fueron randomizados UGA (n=127) o en un Servicio de Medicina (n=127)
- ✘ Se observó una reducción significativa de la mortalidad a los 3, 6 y 12 meses.



# MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

---

N Engl J Med, Vol. 346, No. 12, 2002

- ✘ UGA <r declinación en escalas de evaluación funcional y mental sin aumento de los costos

A Randomized Clinical Trial of Outpatient Geriatric Evaluation and Management JAGS, Volume 49(4), April 2001. pp 351-359

- ✘ UGA < 33% de perder funcionalidad y una probabilidad < 56% de sufrir depresión

Cost-Effectiveness of a Brief Two-Stage Emergency department Intervention for High-Risk Elders  
january 2003 41:1 annals of emergency medicine

- ✘ La intervención mostró una disminución de la declinación funcional. Los costos no fueron más altos que el cuidado habitual



NO ADMINISTRAR  
NEUROLEPTICOS/  
BENZODIAZEPINAS  
PCTE 512





**ORGANIZACIÓN DE LA UGA**  
**SEGÚN ESTANDARES DE CALIDAD**



# ESTÁNDARES DE PROFESIONALES CUANTIFICADOS

---

- × Número de camas asignadas a:
- × Geriatras máximo 10
- × Enfermera máximo 9
- × Deben existir al menos 5 camas de UGA por 1000 hb.  $>0 = 65$  años.

# ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN VALORADOS

## × INGRESO

- × Debe existir una coordinación entre la UGA y el Servicio de urgencia del hospital derivador.

Valor 8,8

- × Sería ideal la presencia de un geriatra derivador en el servicio de urgencia.
- × El servicio de urgencia debe tener criterios de derivación claros valor 8,8





Lávase las Manos

No Smoking

Accesibilidad

45



# ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN VALORADOS

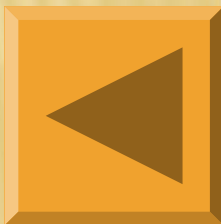
- ✘ Los ancianos con patología aguda deben ser ingresados inmediatamente, independiente de su edad. **Valor 8,1**
- ✘ El médico de urgencia debe realizar un triage de acuerdo a la demanda, usando la valoración geriátrica integral (VGI), especialmente con los mayores de 80 años.





# CRITERIOS DE INGRESO A UNA UGA

- ✘ Pacientes > 80 años “sano” con una patología médica no subsidiarias de C. Intensivos
- ✘ Pacientes entre 60 y 79 años con
  - + Enfermedades agudas discapacitantes
  - + Pluripatología **valor 8,8**
  - + Polifarmacia **valor 8,3**
  - + Condicionantes funcionales previos **valor 8,9**
  - + Condicionantes mentales previos **valor 8,5**
  - + Condicionantes sociales **valor 8,0**





# **TIPOS DE PACIENTES DE LA UGA**

---

- ✘ A.- Anciano con patología aguda sin deterioro funcional
- ✘ B.- Anciano con enfermedad aguda potencialmente discapacitante
- ✘ C.- Anciano con patología aguda e incapacidad establecida potencialmente recuperable

# ESTANDARES DE CALIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO DE LA UGA

---

- La rehabilitación debe ser inmediata según la clínica **valor 8,9**
- Diagnósticos clínico, funcional, mental y social **valor 8,9**
- Paciente secuelado de ictus no debe ser discriminado por la edad **valor 8,9**
- Paciente con sonda urinaria debe ser reevaluada diaramente su necesidad **valor 8,1**

# EL ANCIANO HOSPITALIZADO DEBE SER AMPLIAMENTE INFORMADO **VALOR 8,5**

---

- I. Nombre de los profesionales que lo atienden. (especialmente responsable del servicio y enfermera supervisora).
- II. Diagnóstico, plan terapéutico
- III. Objetivos del ingreso
- IV. Tiempo previsible de su estancia
- V. Derechos y obligaciones.
- VI. Formas de reclamos





# EXISTENCIA DE PROTOCOLOS ESTABLECIDOS

---

- × Manejo del dolor
- × Cuidados de la piel
- × Delirium
- × Demencia
- × Deterioro funcional
- × LET
- × Otros







# ESTÁNDARES DE TIEMPOS

---

- ✘ Estancia media en días mínima 7,9 y máxima 12,9.
- ✘ Las reuniones formales del equipo interdisciplinario deben ser al menos 2 por semanas.

# ESTÁNDARES DE ORGANIZACIÓN VALORADOS

- Preparación de altas programadas
- ✘ La UGA debe estar coordinada e interactuar con Atención primaria y unidades de mediana estancia **valor 8,9**
- ✘ Toda alta debe ser informada por escrito al director del consultorio o hospital de mediana estancia.
- ✘ Lo mismo si son derivados al policlínico de geriatría del hospital base.
- ✘ Indispensable epicrisis por escrito con copia al paciente.







# ESTÁNDARES DE RESULTADOS

---

- ✘ Medir siempre la presencia intrahospitalaria de:
  - I. Úlceras por presión
  - II. Caídas
  - III. IHH
  - IV. Delirium
  - V. Incontinencia (Ambas)
  - VI. RAM

# ESTÁNDARES DE RESULTADOS

---

- ✘ La tasa aproximada de nueva institucionalización al alta en una UGA no debe sobrepasar el 12 %
- ✘ La tasa aproximada de mortalidad en UGA no debe sobrepasar el 13,5 %







# IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN LA UGA

- ✘ La continuidad y personalización de la atención está dada **por la presencia de enfermeras y técnicos diurnas**, apoyadas por un tercer turno.
- ✘ La carga asistencial es mayor que un servicio no geriátrico.
- ✘ La atención debe ser especializada e individualizada.

# CÁLCULO DE LA CARGA DE LA ENFERMERÍA

- ✘ ¿PODEMOS SABER CON ANTICIPACIÓN LAS ENFERMERAS QUE REQUIERE DIARIAMENTE UNA UNIDAD?
- ✘
- ✘ Yolanda Sánchez Lozano. Profesora Asociada de la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia de Toledo.
- ✘
- ✘ Carmen Aguado Ventas. Enfermera del Hospital Geriátrico “Virgen del Valle” de Toledo.
- ✘
- ✘ Rosa María Píriz Campos. Profesora Titular Interina de la E. U. E. y Fisioterapia.
- ✘ Revista de enfermería N 250 Universidad de Castilla, La Mancha





- ✘ **OBJETIVO** Determinar el personal de Enfermería necesario para realizar el proceso de Atención por paciente-turno según los niveles de dependencia.
- ✘ **Muestra** Se escogió una muestra de 28 paciente de la Unidad de Agudos y se calculó el número de estancias de 24 h.

### Cargas enfermeras

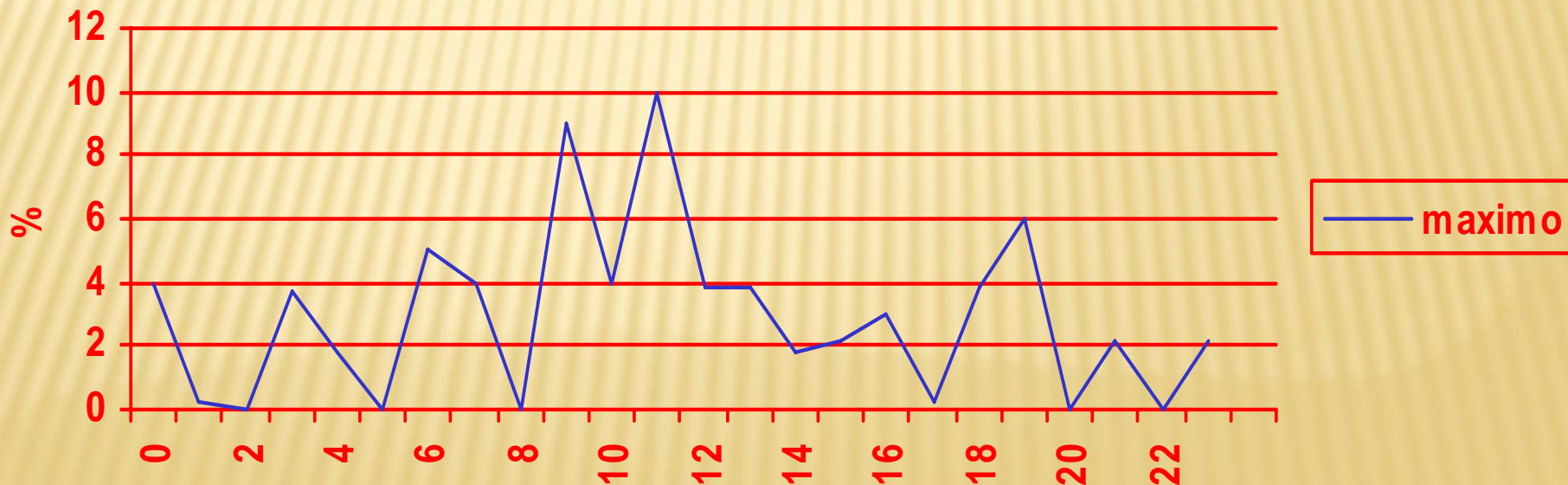


TABLA 1. Ejemplo de los tiempos utilizados en distintas tareas según los niveles de dependencia.

<b>ATENCIÓN DIRECTA</b>			
<b>Tareas</b>	<b>Tiempo</b>		
<b>NIVELES</b>	<b>DEPENDENCIA BAJA</b>	<b>Dependencia media</b>	<b>Dependencia alta</b>
ASEO	30'	40'	135'
ALIMENTACIÓN	13'	22'	
ADM. MEDICACIÓN ORAL	6'	10'	20'
ADM. MEDICACIÓN PARENTERAL	10'	50'	100'
CAMBIOS POSTURALES	10'	30'	76'
ELIMINACIÓN URINARIA	7'	10'	20'

TABLA 2. Ejemplo de los tiempos dedicados a tareas de Atención Indirecta en la U. A. C.

ATENCIÓN INDIRECTA	
TAREAS	TIEMPO
MONITORIZACIÓN	1440'
LIMPIEZA INSTRUMENTAL	25'
VALORACIÓN MULTIDISCIPLINAR	45'
PARTES ESCRITOS	65'
PASE VISITA	20'





# RESULTADOS

---

×

×

- Atención directa en Unidad de Agudos Minuto/paciente/día

×

×

- Nivel 1 = 48'

×

- Nivel 2 = 80'

×

- Nivel 3 = 109'

×

Atención indirecta:

×

×

- Unidad de Agudos: 1344' en 24 h

×

El personal de Enfermería necesario por turno según las cargas de Enfermería en Unidad de agudos:

×

×

- 6 enfermeras en turno de mañana

×

- 2 en turno de tarde

×

- 6 auxiliares de Enfermería en turno de mañana

×

- 2 en turno de tarde

×

- 2 en turno de noche

×



# STAFF UGA EN HOSMET

<b>Camas estimadas</b>	<b>32 (6 monitor)</b>	
<b>Geriatras</b>	<b>3</b>	<b>22 Hr /semana</b>
<b>Médico general</b>	<b>3</b>	<b>22 Hr /semana</b>
<b>Residentes</b>	<b>6</b>	<b>28 Hr /semana</b>
<b>Enfermeras diurnas</b>	<b>2</b>	<b>44 Hr/semana</b>
<b>Enfermera apoyo</b>	<b>2 x turno = 4</b>	<b>En cuarto turno</b>
<b>Paramédicos</b>	<b>3x turno = 8</b>	<b>En cuarto turno</b>
<b>Cuidadores</b>	<b>3 x turno = 12</b>	<b>En cuarto turno</b>
<b>Aux. de servicio</b>	<b>1 x turno = 4</b>	<b>En cuarto turno</b>
<b>Kinesiólogo</b>	<b>2</b>	<b>44 Hr/semana</b>
<b>A. social</b>	<b>1</b>	<b>44 Hr/semana</b>
<b>Administrativo</b>	<b>1</b>	<b>44 Hr/semana</b>



Si non onorate ai vecchi,  
abbiatene pietà  
perché sono gli specchi  
di come finirai

**MUCHAS GRACIAS**

dantealberti@gmail.com