

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE SALUD PUBLICA
DIVISION DE PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS COMORBILIDADES DEL ADULTO MAYOR



Gobierno
de Chile

Solange Campos R. EM, MPS, DSP ©
Profesor Asociado

Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile

Adultos Mayores y Co-Morbilidad :

Países desarrollados:

- **1 de cada 4 Adultos Mayores presentan al menos dos condiciones crónicas** (Chronic Conditions: Making the case for ongoing care. September 2004 update. Johns Hopkins and the Robert Wood Johnson Foundation's Partnership for Solutions; Mercer SW, Smith SM, Wyke S, et al. Multimorbidity in primary care: developing the research agenda. Fam Pract 2009; 26:79; Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380:37)
- **Sobre 50% presentan 3 o más condiciones crónicas** (Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians: American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. J Am Geriatr Soc 2012; 60:E1)

Chile:

- **Adultos mayores no dependientes: 72,5% presentaron enfermedades crónicas**
- **Adultos mayores dependientes : presentaron enfermedades crónica entre 84,4% y 90,8%**
 - 35,7% tiene una enfermedad crónica
 - 22,0% declaró tener dos enfermedades crónicas
 - 0,4% declaró tener 6 enfermedades crónicas

(SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en personas mayores 2009-2010)

Co-morbilidad

- **Comorbilidad:** presencia de una enfermedad adicional a la enfermedad índice
- **Multimorbilidad:** presencia de múltiples enfermedades en una persona

(Bayliss, Ellis, Steiner. 2007. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. Annals Of Family Medicine, 5 (5): 395-402)

Los adultos mayores con múltiples condiciones crónicas de salud requieren complejos cuidados, sin embargo, generalmente reciben cuidados fragmentados, incompletos, ineficientes e inefectivos (Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: "Nobody rushes you through". JAMA. 2010 Nov 3;304(17):1936-43.)

La comorbilidad se asocia a pobre calidad de vida, polifarmacia, aumento de efectos adversos de los fármacos, incremento en el uso de los servicios de salud, aumento de la mortalidad y carga de los cuidadores (Boyd et al., 2007; Gijzen et al., 2001; McGlynn et al., 2003; Bodenheimer, T., & Berry Millett, R. (2009). Care management of patients with complex health care needs, the Synthesis Project. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation)

Se asocia a institucionalización de las personas mayores (Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? Public Health Rev 2011;32:451–474;)

Se asocia a más hospitalizaciones y mayor dificultad en la transición del hospital al hogar y viceversa (Bradway C., Trotta R, Bixby M, McPartland E., Wollman M, Kapustka H, McCauley K., Naylor M. A Qualitative Analysis of an Advanced Practice Nurse–Directed Transitional Care Model Intervention. Gerontologist. 2012 Jun; 52(3): 394–407.)

¿Qué **necesita** saber y hacer una persona que tiene una o varias enfermedades crónicas?



Aceptar que tiene una o varias enfermedades crónicas

1.- **Negación:**
“ se equivocaron.
Esos no son mis
exámenes”

2.- **Rabia/Ira:**
“ porqué a mi”,
“no es justo”



3.- **Negociación:**
“si solo como
chocolates el fin de
semana, no será tan
malo”

5.- **Aceptación:**
se acepta la
enfermedad como
parte de la realidad
que debemos vivir

4.- **Depresión:**
llanto, pena por no
poder hacer las
cosas de antes

**Apoyar proceso de
duelo**

Comprender su enfermedad

¿Qué tengo?

¿porqué me enfermé?

¿Hay tratamiento?

¿Cuáles son los síntomas?

¿Cuáles son las consecuencias en mi organismo?

¿Cómo saber cuando me estoy cuidando bien o no lo estoy haciendo bien?

¿Cuáles son las consecuencias para mi vida?

**Apoyar e informar
considerando
literacidad en salud**

Desafíos que enfrenta la persona mayor con condición crónica y su familiar cuidador

- Manejar síntomas: dolor, fatiga, depresión, mareos
- Tomar medicamentos de acuerdo a lo indicado: manejo de múltiples medicamentos
- Acudir regularmente a controles y a toma de exámenes: movilización, compañía
- Cambiar estilo de vida: alimentación, actividad física, sueño, tabaco, alcohol
- Manejar consecuencias sociales, emocionales (y laborales)
- Poseer conocimientos y destrezas necesarias para mantener una vida activa y emocionalmente satisfactoria al vivir con una condición crónica

Tomar Decisiones

Buscar cómo voy a manejar
la(s) enfermedad(es)

PERSONA ACTIVA



<http://thumbs.dreamstime.com/z/el-dibujo-de-la-persona-que-practica-surf-en-un-fondo-blanco-48418215.jpg>

Dejar que la(s) enfermedad(es)
Maneje su vida

PERSONA PASIVA



<http://previews.123rf.com/images/artenot/artenot1109/artenot110900145/10611992-conjunto-de-hombre-casual-de-dibujos-animados-divertidos-Foto-de-archivo.jpg>

“Su calidad de vida depende fundamentalmente de cómo ellas se cuidan y del uso que hacen del sistema de salud”



<http://3.bp.blogspot.com/-qfPTPEINdWM/UioUfrkBo4I/AAAAAAAAAFs/vdanLeX-t4I/s1600/13216641-caricatura-de-hombre-perezoso-sobrepeso-y-la-comida-chatarra.jpg>



http://cache3.asset-cache.net/xc/79327635.jpg?v=2&c=IWSAsset&k=2&d=1K7BodSSeG_RGdPrRU0-3eeBjQgGY-l25WKhLkF9zj3ZLE7yg0dbDJFxcr1kRn8QO

(K. Lorig, 2016. Conferencia realizada en Santiago de Chile, marzo 2016)

Los adultos mayores con multimorbilidad son heterogeneos en razón de la severidad de sus enfermedades, estado funcional, pronóstico, prioridades personales y riesgos de efectos adversos, aún con diagnósticos similares.

Sus opciones de tratamiento por tanto seran diferentes→

exige enfoques flexibles de atención

(*Guiding Principles for the Care of Older Adults with Multimorbidity: An Approach for Clinicians.2012* www.ags-online.org.)

La mayoría de las guías clínicas focalizan en el manejo de una enfermedad única. El uso de Guías Clínicas de manera acumulativa puede ser impracticable, irrelevante, o incluso dañino para personas con multimorbilidad (Boyd CM, Darer J, Boult C et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: Implications for pay for performance. *JAMA* 2005;294:716–724; Tinetti ME, Bogardus ST Jr, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med* 2004;351:2870–2874)

No están claros cuáles son los mejores métodos de gestión clínica para la multimorbilidad (C, Wieland GD. Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions: “Nobody rushes you through.” *JAMA* 2010;304:1936–1943)

Existe poca evidencia de la efectividad de intervenciones para personas mayores con multimorbilidad (Smith, S.M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multimorbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345, e5205.)

Potenciar intervenciones que se centran en el paciente en lugar de la enfermedad. (Role of the Nurse in Chronic Illness Management. Making the Medical Home More Effective. Barbara Trehearn; Paul Fishman; Elizabeth. *Nurs Econ*. 2014;32(4):178-184.)

El mayor éxito se ha encontrado en programas a cargo de equipos de gestión que utilizan un **enfoque de colaboración** (Smith, S.M., Soubhi, H., Fortin, M., Hudon, C., & O'Dowd, T. (2012). Managing patients with multi-morbidity: Systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ*, 345, e5205.).

Reconocer el rol del nivel primario de atención y la necesidad de fortalecerlo para aumentar su alcance y coordinar la atención de personas con condiciones **crónicas** (Role of the Nurse in Chronic Illness Management. Making the Medical Home More Effective. Barbara Trehearn; Paul Fishman; Elizabeth. *Nurs Econ*. 2014;32(4):178-184.)

Las interacciones de los profesionales como también los obstáculos y facilitadores de la atención dependen de cómo el proveedor de salud **satisface necesidades educativas** de los pacientes, **valida sus experiencias**, **utiliza habilidades interpersonales** de manera eficaz, está **bien informado y disponible** (Peek, M. E., Wilson, S. C., Gorawara-Bhat, R., Odoms-Young, A., Quinn, M. T., & Chin, M. H. (2009). Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes. *Journal of General Internal Medicine*, 24, 1135–1139. doi:10.1007/s11606-009-1047-0)

- Alrededor del **90% del cuidado** que un paciente con enfermedad crónica requiere, **debe ser realizado por el propio paciente** (California Health Care Foundation 2007), a través del automanejo de su condición.
- El modelo de **atención tradicional** está orientado a diagnosticar y curar **cuadros agudos** (Lorig & Holman, 2003), más que a cuidar.
- Es indispensable contar con **modelos de atención innovadores**, eficaces y con una estructura que **favorezcan el autocuidado** en personas con enfermedades crónicas (Wagner et al, 2005).
- Intervenciones que mejoran el autocuidado, aumentan la satisfacción usuaria y **reducen los costos** de hospitalización y de atenciones de urgencia (California Health Care Foundation,2007).

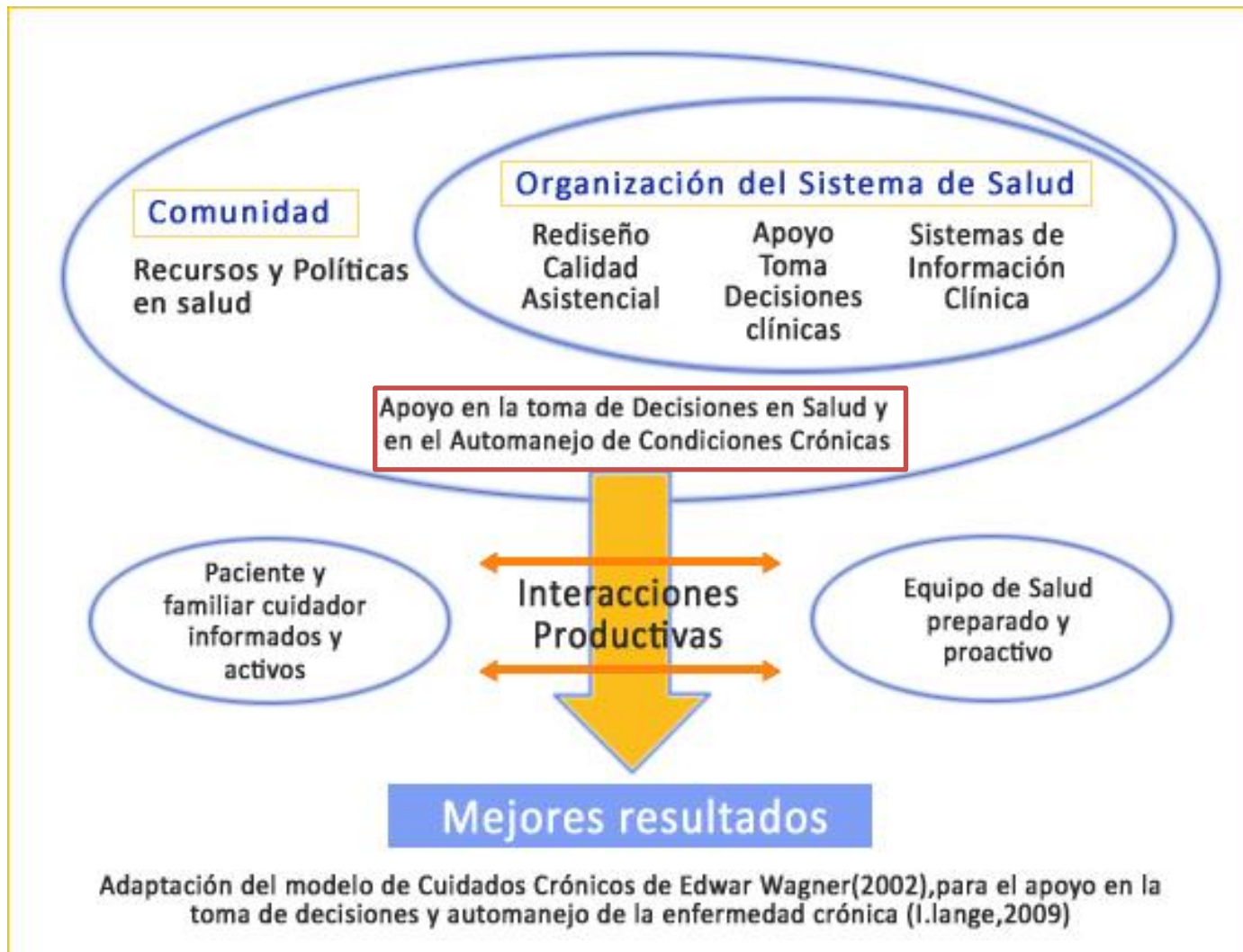
Situaciones que interfieren en el cuidado de personas con enfermedades crónicas

- Profesionales presionados y apurados
- Falta de coordinación de la atención
- Falta de seguimiento activo a los pacientes
- Poca capacitación en automanejo y apoyo para el automanejo
- Sistemas de información inadecuados



Modelos de cuidados para personas con condiciones crónicas:

Modelo de Cuidados crónicos de E Wagner



AUTOMANEJO

Automanejo eficaz → habilidad para monitorear la propia condición y para realizar las respuestas cognitivas, comportamentales y emocionales necesarias para mantener una calidad de vida satisfactoria.

Wilkinson & Whitehead (2009)

Lorig K.. Self-management of chronic illness: A model for the future. *Generations*.1993 XVII(3),11-14

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48, 177-187).

Principios del automanejo

1. Tener y adquirir conocimientos sobre su condición;
2. Seguir un plan de cuidado consensuado con el equipo de salud;
3. Participar activamente en la toma de decisiones con los profesionales de salud;
4. Monitorear y manejar signos y síntomas relativos a su condición crónica;
5. Manejar el impacto sobre la salud física, emocional y social;
6. Adoptar un estilo de vida que promueva la salud;
7. Tener confianza, acceso y habilidad para utilizar los servicios de salud

Apoyo particular de la enfermera

Apoyo al automanejo

Asume que toda persona **toma decisiones** y los resultados en salud dependen en gran medida de esas decisiones y actividades que realizan diariamente

Reconoce que la persona se hace **experta** a partir de su experiencia derivadas del manejo de su propia condición

Da continuidad, dirigida a lograr que las personas y familias **utilicen** sus **conocimientos, creencias, habilidades y técnicas** para alcanzar los resultados de salud esperados.

Apoya el uso de **instrumentos/tecnologías** a ser utilizadas por los pacientes y familiares, para manejar mejor y con mayor facilidad su enfermedad crónica fuera de las instituciones de salud.

Ejemplos:

equipos para el autocontrol de glicemia, de presión arterial.

mensajería de texto, correo electrónico, consejerías telefónicas

Automanejo de co-morbilidad en adultos mayores

- Escasa evidencia específica para personas mayores
- Detallada valoración sobre consumo de medicamentos: efectos secundarios más frecuentes (droga-droga; droga-condición); confusión en la administración; adherencia. Apoyar para implementar un sistema que organice la administración de los fármacos
- Estimular el registro de los efectos de los medicamentos especialmente al inicio de su administración.
- **Metas terapéuticas más conservadoras** (Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, et al. Diabetes in older adults: a consensus report. J Am Geriatr Soc 2012; 60:2342; [Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2015: a patient-centered approach: update to a position statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care 2015; 38:140.](#))

Automanejo de co-morbilidad en adultos mayores

- Considerar la **experiencia de la persona** como el **mejor indicador de la calidad de la atención**, dado las conflictivas recomendaciones que puede recibir, demandas competitivas y escasa evidencia sobre el manejo de la co-morbilidad
- Importante **considerar las metas y preferencias** del adulto mayor en el contexto de su vida cotidiana y roles en su familia y comunidad (Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49:796; Campaign for Better Care. Available at: http://www.nationalpartnership.org/site/PageServer?pagename=cbc_intro_landing (Accessed on October 19, 2011)).
- Considerar temas de final de la vida, inicio o discontinuación de fármacos, hospitalizaciones y procedimientos, recepción de servicios preventivos y **cambios en estilos de vida** (Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49:796)

Automanejo de co-morbilidad en adultos mayores

- Requiere de comunicación efectiva entre el profesional y el adulto mayor
- Requiere considerar el manejo de limitaciones visuales, auditivas y cognitivas que puede presentar el adulto mayor
- Requiere sistemas de registros que disminuyan la posibilidad de error entre diferentes proveedores de atenciones, especialmente entre diferentes servicios a los que acude la persona mayor
- Enfermeras Gestoras de Caso: esenciales para la **coordinación de los cuidados** en casos más complejos y con personas vulnerables

(McAllister JW, Presler E, Cooley WC. Practice-based care coordination: a medical home essential. Pediatrics 2007; 120:e723.
Boult C, Rassen J, Rassen A, et al. The effect of case management on the costs of health care for enrollees in Medicare Plus Choice plans: a randomized trial. J Am Geriatr Soc 2000; 48:996.)

Automanejo de co-morbilidad en adultos mayores

- Familiares/personas cuidadores:

- Capacitarlos

- Apoyarlos

- Entregarles herramientas de autocuidado: activación de redes, estilos de vida saludables, desarrollo estrategias de afrontamiento adaptativas, desarrollo de habilidades para la toma de decisiones y negociación.

Automanejo de co-morbilidad en adultos mayores

- Barreras para el automanejo Diabetes+depresión+osteoartritis:
 - aumento del número de enfermedades
 - bajo nivel de funcionamiento físico
 - bajo nivel de conocimiento de la(s) enfermedad(es)
 - menor actividad social
 - síntomas depresivos persistentes
 - limitaciones financieras mayores
 - más frecuente en mujeres
- (Bayliss, Ellis, Steiner. 2007. Barriers to self-management and quality-of-life outcomes in seniors with multimorbidities. Annals Of Family Medicine, 5 (5): 395-402):

El aporte particular de la enfermera:

Ejercer la coordinación y favorecer la continuidad de los cuidados de los adultos mayores con comorbilidades para asegurar que las necesidades de los pacientes se cumplen entre centros y proveedores

(Role of the Nurse in Chronic Illness Management. Making the Medical Home More Effective. Barbara Trehearn; Paul Fishman; Elizabeth. Nurs Econ. 2014;32(4):178-184.)

Aporte particular de la enfermera:

Capacitar a familiares cuidadores para que apoyen al adulto mayor en decisiones de atención médica y colaboren en tareas de gestión y de **automanejo**

(Giovannetti, ER.; Xue, Q.; Reider, L., et al. Factors Associated with Change in Health Care Task Difficulty Among Multimorbid Older Adults. Presented at the American Geriatrics Society Annual Meeting; May 2011; National Harbor, MD; Wolff JL, Rand-Giovannetti E, Palmer S, et al. Caregiving and chronic care: The Guided Care Program for Family and Friends. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2009; 64A:785–791. [PubMed: 19349586]

Para ser un apoyo efectivo , la enfermera considera la alfabetización (literacidad) en salud, barreras del idioma, auditivas y visuales del paciente

(Understanding Cultural and Linguistic Barriers to Health Literacy. Singleton K., Krause E. *The Online Journal of Issues in Nursing* [Vol 14 - 2009No3 Sept'09](#).

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol142009/No3Sept09/Cultural-and-Linguistic-Barriers-.html>

5 estrategias fundamentales del apoyo al automanejo:

1-Educación Continua a Equipos de Salud

2- Cuidados Colaborativos y Planes de Cuidado

3-Servicios de Apoyo

4-Educación para el Automanejo a Pacientes y Familiares *

5-Apoyo entre Pares*

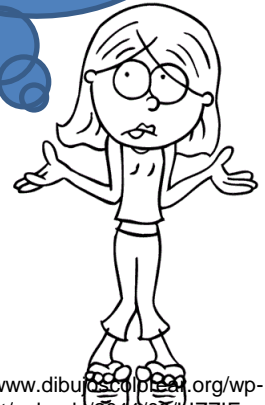
Cuidados Colaborativos y Planes de Cuidado

diagnóstico, baja adherencia al **tratamiento, persistencia de conductas** no saludables



http://p1.pkcdn.com/ilustracion-de-dibujos-animados-medico-en-cuestion_807566.jpg

dolor, limitación funcional, estrés emocional, dificultades para seguir el tratamiento, cambios de hábitos o temor por las consecuencias de la enfermedad



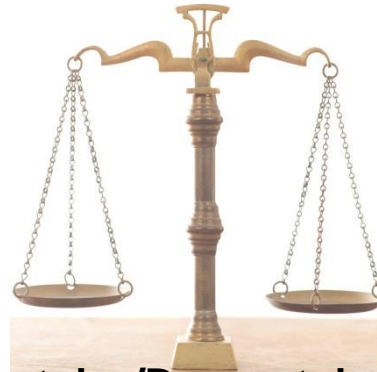
<http://www.dibujoscoloreados.org/wp-content/uploads/2011/09/LIZZIE-1.gif>

Definición colaborativa de problemas
estrategia para definir una **meta común**
a la cual aspirar → único camino posible
para reducir la brecha entre las
definiciones de los clínicos y la de los
pacientes.

Determinación y priorización de objetivos y planificación de cómo lograrlos → “planificación activa”



Analizar potenciales barreras para su implementación, definir un plan específico y el compromiso para implementarlo



Ventajas/Desventajas

Considerar la motivación y autoeficacia del paciente en pro del logro del o los objetivos

Considerar un abanico de opciones para alcanzar el objetivo seleccionado

Determinar y priorizar **con el paciente** los objetivos relacionados a su automanejo

Servicios de Apoyo al Automanejo

Implementar tecnologías de información y comunicación (TICs) para:

- favorecer la continuidad del cuidado del adulto mayor y su familiar cuidador

- facilitar la coordinación con profesionales del mismo centro y con otros centros de salud

- Telecuidado

 - consejería telefónica

 - mensajería de texto

 - Registro clínico electrónico

(CEPAL, 2013)

Educación para el automanejo a pacientes y familiares

Educación en salud tradicional,

enseña a los pacientes a describir síntomas y signos de la enfermedad crónica y reconocer que los problemas de salud reflejan el control inadecuado de la enfermedad.

Educación para el automanejo,

- lograr que los pacientes aprendan a resolver problemas
- tomar decisiones compartidas con los profesionales de salud.
- orientarlos a cómo reconocer y controlar síntomas físicos como dolor, disnea, fatiga; emociones como incertidumbre, estrés, ira, depresión, manejar situaciones de la vida cotidiana relacionadas con la afección crónica.
- aprender a realizar su plan de cuidado y a cómo acceder a recursos comunitarios (McGowan et al, 2010).

La educación para el automanejo complementa pero no sustituye la educación en salud tradicional.

Apoyo entre Pares

Programas implementados por pares → personas con enfermedades crónicas que han sido capacitadas para trabajar con pequeños grupos en la educación para el automanejo (Richard y Shea, 2011).

- Son interactivos

- Se centran en desarrollar habilidades, compartir experiencias y otorgar apoyo.

- Énfasis en la definición de objetivos y solución de problemas; manejo de síntomas (fatiga, insomnio, dolor, emociones negativas); uso apropiado de medicamentos; planeación de actividad física; comunicación médico paciente, entre otros (Lorig K., et al, 2005).





- Instancias educativas son menos formales, facilitan la discusión de temas que los participantes consideran útiles y que podrían no sentirse capaz de discutir en un programa a cargo de profesionales.

- Habitualmente, se realizan en centros comunitarios, parroquias, centros de adultos mayores, bibliotecas públicas u hospitales.

(Centro de Investigación para Educación de Pacientes de Stanford)

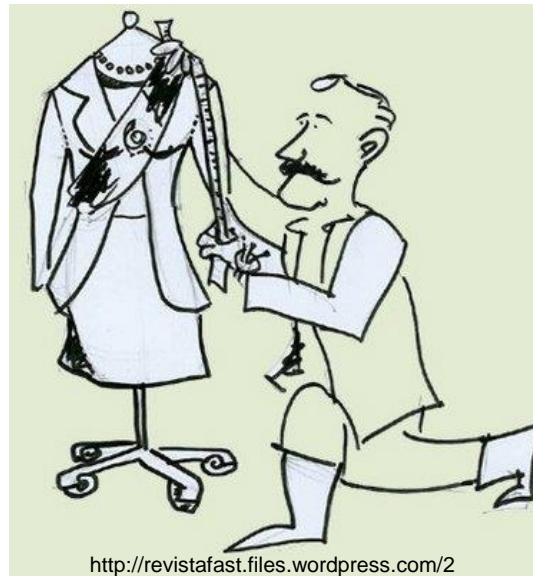
En resumen...

Características de una atención efectiva para personas con enfermedades crónicas

- Centrada en la persona  • Cuidados organizados en torno a las necesidades de los pacientes. Integral
- Basada en la atención primaria  • Equipos interdisciplinarios coordinados y capacitados
- Proactiva, planificada y continua  • Consultas/controles individuales, grupales y remotas.
- Foco en la prevención  • Apoyo para el automanejo

Intervenciones a la medida de la persona con múltiples condiciones crónicas:

en el momento adecuado, el contenido adecuado, en la dosis adecuada, en la forma adecuada y previamente haber pedido permiso para aplicarlas



<http://revistafast.files.wordpress.com/2010/10/sastre.jpg>

¡A LA MEDIDA DE CADA ADULTO MAYOR!

Patient-Centered Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions: A Stepwise Approach from the American Geriatrics Society

TRABAJO COLABORATIVO

PROFESIONALES
Enfermeras



PERSONA CUIDADORA

**PERSONA MAYOR CON
CO-MORBILIDAD**

Solange Campos R. EM, MPS, DSP ©
Profesor Asociado
scamposr@uc.cl

Escuela de Enfermería
Pontificia Universidad Católica de Chile