

PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL **AL ADULTO MAYOR**

- ◆ **SUBPROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA**
- ◆ **SUBPROGRAMA DE ATENCION INSTITUCIONAL**
- ◆ **SUBPROGRAMA DE ATENCION HOSPITALARIA**

**SUB - PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA AL
ADULTO MAYOR**

DIRECCION NACIONAL ASISTENCIA SOCIAL

SUB-PROGRAMA DE ATENCION COMUNITARIA AL ADULTO MAYOR

I. INTRODUCCION

Cuba es uno de los países latinoamericanos más envejecidos. La magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado nuestra pirámide poblacional constituye una preocupación en los años futuros.

Nuestro país considera que esta preocupación es una necesidad a escala mundial, la cual requiere de una acción cooperativa y solidaria que, trazando políticas y estrategias nacionales e internacionales tiendan a materializar en forma afectiva dicha ayuda.

En Cuba, a partir del año 1959, se comenzó un trabajo muy serio desde el punto de vista social, legislativo, como de asistencia médica, que garantizará la salud y la asistencia social para los adultos mayores y el disfrute de una vejez con óptima calidad de vida.

La actual esperanza de vida al - 72,5 años - coloca a nuestro país en una situación privilegiada dentro del hemisferio y al mismo tiempo señala la dedicación de recursos humanos y materiales que el Estado Cubano ha puesto al alcance de toda la población.

El hecho de que en el año 2 000 se habrá incrementado esta población, y que la OMS haya trazado metas importantes de "Salud Para Todos en el Año 2 000" obliga, por así decirlo, a revisar y educar nuestros actuales programas de atención al adulto mayor.

Si además, añadimos que los nuevos conceptos gerontológicos exhiben gran participación de la familia y la comunidad y se dejan fuera los antiguos patrones de institucionalización para ser usada cuando sea necesaria, llegaremos a la conclusión de que no existen suficientes recursos humanos que garanticen esta atención y que el Estado por sí solo no puede hacerse cargo de este incremento.

Nuestro primer programa surge e 1974, y en 1985 se incorpora la variante de atención del médico de familia y su equipo. Actualmente las necesidades y demandas de los adultos mayores asumen categorías superiores y las respuestas tradicionales resultan insuficientes.

La favorable estructura sociopolítica en el país constituye un potencial de ayuda para acondicionar todas estas premisas en un nuevo programa, que además de contemplar todo lo anterior fuera capaz de asegurar la participación activa de la familia, la comunidad y las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal fuera el adulto mayor.

Este programa, además de ofrecer aglutinación en favor del adulto mayor será aplicable en todos los niveles de atención, que incluyen no sólo salud, sino seguridad social, deportes, cultura, legislación otros.

II PROPOSITOS

Contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación ejecutadas por el Sistema Nacional de Salud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del estado involucrados en esta atención, teniendo como protagonistas a la familia, comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas.

III. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES

1. Mejorar la salud de la población de 60 años y más, aumento de la vida activa, mediante el tratamiento preventivo, curativo y rehabilitador de este grupo.
2. Crear una modalidad de atención gerontológica comunitaria que contribuya a resolver necesidades socio - económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos a este nivel.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.
2. Prevenir o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades a que éstas pudieran conllevar en su evolución.
3. Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.
4. Garantizar la rehabilitación de los adultos mayores a través de la rehabilitación de base comunitaria.
5. Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
6. Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.
7. Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras unidades.

IV LIMITES

- a) De espacio: Este programa se desarrolla en todo el país. Será aplicado en todas las unidades sociales de atención primaria que brindan atención gerontogerítrica.
- b) De tiempo: El programa comenzará en el 1er. semestre de 1997 y tendrá reajustes anuales.

V UNIVERSO DE TRABAJO: Población mayor de 60 años residentes en la comunidad.

VI ACTIVIDADES PARA CUMPLIMENTAR EL:

Objetivo 1: Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud.

- Mantener, incorporar, y en caso necesario rescatar a los ancianos al Círculo de Abuelos como forma alternativa de promoción de salud.
- Desarrollar técnicas educativas destinadas a fomentar estilos de vida más sanos y a disminuir el hábito de fumar, obesidad, malos hábitos alimentarios, sedentarismo, abuso de alcohol, accidentes, polifarmacia y otros.
- Desarrollar actividades educativas sobre la importancia y la responsabilidad del individuo en el diagnóstico precoz de diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro - vascular, insuficiencia arterial periférica, disfunción tiroidea, osteoporosis, depresión, demencia, trastornos auditivos y visuales, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedad de Parkinson y cáncer cérvico - uterino, mama, próstata, colon o piel, bucal y otros.
- Incorporar, mantener y en caso necesario rescatar a los ancianos a la práctica del ejercicio físico sistemático y actividades culturales, orientada de acuerdo a las capacidades de cada uno de ellos, a través de monitores y los especialistas del INDER y el Ministerio de Cultura respectivamente.
- Crear los Centros de Adultos Mayores (Propósitos múltiples) como una organización comunitaria de ancianos que brindará apoyo no formal a los ancianos del área.
- Promover acciones contra los riesgos potenciales en el hogar y lugares públicos.
- Desarrollar actividades educativas destinadas a cambiar la imagen que del anciano tiene el mismo, la familia y la sociedad.
- Orientar adecuadamente al anciano y a la familia sobre situaciones familiares y sociales generadoras de estrés Psicosocial.
- Fomentar acciones que faciliten el desempeño o el aprendizaje de actividades económicamente útiles por parte del anciano.
- Fomentar la nacer participación activa de los ancianos en la realización de actividades culturales y en el disfrute y rescate de las tradiciones culturales de la comunidad.

Objetivo 2: Promover o retardar la aparición de enfermedades y de las discapacidades en los adultos mayores.

- Identificar, controlar y modificar, los factores de riesgo dañinos a la salud, que por su condición constituyen un elevado riesgo de mortalidad o discapacidad (hábitos tóxicos, ancianos solos y sin amparo filial, malnutrición, discapacitados físicos, talleres psíquicos y sensoriales, depresión, suicidio, accidentes y otros).
- Realizar la atención, seguimiento y control, a través de la dispensarización, de los ancianos con diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro - vascular, insuficiencia arterial periférica, disfunción tiroidea, osteoporosis, depresión, deterioro cognoscitivo, trastornos auditivos y visuales, enfermedades de la cavidad bucal, enfermedad de Parkinson y cáncer cérvico - uterino, mama, próstata, colon, piel y otros.
- Pesquisar los trastornos funcionales que permitan el diagnóstico precoz de enfermedades con forma de presentación no usuales a través del examen periódico de salud.
- Vacunar a todos los ancianos bajo su atención tanto en consulta como en la visita al terreno de acuerdo al esquema nacional de inmunización.

Objetivo 3: Garantizar la atención integral, escalonada, oportuna y eficaz a este grupo de edad.

- Garantizar la atención periódica y sistemática en el consultorio, en el hogar, en el círculo y casa de abuelos, centro de trabajo y policlínicos de todas las personas de 60 años y más.
- Registrar y analizar las siguientes situaciones: ancianos que viven solos, sin amparo filial, impedidos físicos, impedidos mentales, impedidos físico - mentales, sordos y ciegos.
- Analizar los fallecidos del área conjuntamente con el especialista de medicina interna del GBT y del Gabinete Gerontológico.
- Propiciar la atención estomatológica integral a los ancianos que la requieren que incluye búsqueda del cáncer bucal, anualmente.
- Brindar donde sea posible, consultas de Geriátrica en el Policlínico.
- Ingresar en el hogar a aquellos ancianos en que las condiciones de su afección, evolución, familia, vivienda y comunidad así lo permitan.
- Crear los equipos de atención gerontológica para la atención especializada de los adultos mayores en la comunidad, que garanticen a los que lo requieran una evaluación geriátrica exhaustiva a nivel del área de salud (Ver Anexo 3).

Objetivo 4: Garantizar los servicios de rehabilitación a los ancianos a través de la Rehabilitación de Base Comunitaria, instituciones e instancias correspondientes.

- Crear Centros Diurnos en las áreas de salud, que permitan, con o en los departamentos de fisioterapia de los policlínicos, desarrollar actividades de rehabilitación física y Psicosocial de los ancianos en la comunidad.
- Ejecutar acciones de rehabilitación basadas en la comunidad (en el hogar, en los microgimnasios, en el gimnasio terapéutico del Policlínico según programas de Rehabilitación de Base Comunitaria).
- Incorporar a los ancianos, con un enfoque de rehabilitación integral, a los ejercicios físicos, ergoterapia, arteterapia y actividades recreativas, culturales, socialmente útiles y otras en el Círculo de Abuelos, Casa de Abuelos, Centro Diurno, o en sus propios hogares con la ayuda del equipo de salud y las instituciones culturales y sociales de la comunidad.

Objetivo 5: Estimular la participación comunitaria en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.

- Integrar la labor de los Consejos Populares con el resto de las estructuras sociales y de salud correspondientes de forma tal que se facilite la identificación y solución de los problemas sociales de los adultos mayores a nivel comunitario.
- Fomentar el desarrollo de vías no formales de atención al anciano a nivel comunitario, estimulando los programas de autoayuda y ayuda mutua mediante las posibilidades locales y la participación de las propias personas de edad en las mismas.
- Crear redes de ancianos voluntarios a través de la búsqueda y preparación de líderes comunitarios que permitan la identificación temprana de necesidades de salud o sociales por ellos mismos, para que la solución y respuestas a dichas necesidades puedan ser dadas con el apoyo y participación entre los propios ancianos.

- Proveer como fuentes alternativas de atención el cuidado de los ancianos discapacitados por cuidadores provenientes de la propia población entrenados al efecto.
- Trabajar y conjuntamente con los Consejos Populares, la Trabajadora Social del Equipo de Atención Gerontológica y del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y otros órganos correspondientes con el fin de modificar con soluciones locales, los problemas sociales detectados en los adultos mayores (ancianos solos, discapacitados, bajos ingresos, abusos, alcohólicos y otros).

Objetivo 6: Desarrollar la formación y capacitación de los recursos humanos especializados y los propios de la comunidad, que garanticen la calidad de las vías no formales de atención y la integración activa de estas a la comunidad.

- Capacitar a través de los miembros del equipo de salud y del Equipo de Atención Gerontológica a ancianos que se convertirían en activistas de salud para que realicen actividades educativas.
- Capacitar a través del equipo de salud y del Equipos de Atención Gerontológica a los ancianos para proporcionarles los conocimientos necesarios que les permitan identificar sus propios problemas de salud y un manejo más adecuado de los mismos.
- Aprovechar los conocimientos de los ancianos en oficios y otras labores que hayan desempeñado para capacitar a otros ancianos en la realización de actividades sociales y económicamente útiles a través de escuelas o creados al efecto (recalificación laboral y educador de nuevas generaciones).
- Organizar los planes de superación profesional, cursos y entretenimientos en las áreas de salud dirigidos a médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales.

Objetivo 7: Desarrollar investigaciones que identifiquen la morbilidad, mortalidad, letalidad, discapacidades, intervenciones comunitarias y otras.

- Desarrollar investigaciones que estén vinculadas a las líneas de investigación de las estrategias del MINSAP que respondan a las necesidades de los ancianos.
- Vincular los temas de terminación de residencia a las líneas de investigación señaladas.
- Participar en la asimilación e introducción de los logros de la Ciencia y la Técnica.
- Desarrollar investigaciones de costo-beneficio y costo-eficacia del programa.
- Desarrollar investigaciones que evalúen el impacto social del programa.

VII INDICADORES

Para el médico de familia.

- En el diagnóstico de salud incluir el análisis del estado de salud del adulto mayor, dirigido a mortalidad, morbilidad y autovalidismo (nivel funcional).
- % de adultos mayores incorporados a círculos de abuelos.

Para los niveles nacionales, provinciales y municipales:

- Mortalidad general: Con tasas específicas.
- Morbilidad: Tasas de diarreas, IRA y TB.
- Mortalidad: Tasas de diarreas, IRA, TB, suicidio y accidentes.

- No. de plazas en Casas de Abuelos.
- No. de Centros diurnos de rehabilitación.
- % de adultos mayores incorporados a los círculos de abuelos.

VIII Control y evaluación del programa

8.1 Se realizará control periódico y monitoreo del cumplimiento de las actividades del programa.

- En el área de salud mensual.
- En el nivel municipal mensual.
- En el nivel provincial trimestral.
- En el nivel nacional semestral.

8.2 Se evaluará el Programa en su organización a nivel del consultorio y del Policlínico.

8.3 Se evaluarán los resultados (impacto) en la salud del adulto mayor.

- En el área de salud mensualmente.
- En los niveles municipal, provincial trimestralmente.
- En el nivel nacional semestralmente.

ANEXO No. 1

DEFINICIONES OPERACIONALES

Gerontología: Rama de la Medicina que estudia el proceso de envejecimiento y sus consecuencias y recuperaciones biopsicosociales.

Geriatría: Rama de la Medicina que estudia los procesos patológicos que afectan al adulto mayor con las mismas consecuencias y repercusiones de la Gerontología.

Anciano o Adulto Mayor: Persona mayor de 60 años.

Calidad de vida: Es la condición que resulta el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y aspiraciones personales).

Evaluación integral: Evaluación multidimensional a través de un equipo multidisciplinario que exige del médico geriatra una formación integral sobre aspectos que le permitan abarcar hechos muy diferentes y al mismo tiempo un equipo de especialistas y técnicos que lo auxilie para profundizar en las áreas problemáticas del anciano.

Autoayuda: Metodología que enseña al adulto mayor a solucionar sus problemas, evitando así un grado de dependencia que lo lleve a la inmovilidad biológica, psíquica o social.

Ayuda mutua o ayuda informal: Metodología participativa que enseña a la familia, la comunidad y al estado en el apoyo al anciano para la solución de sus problemas en el medio en que él se desenvuelve.

Alternativas no institucionales o vías no formales de atención: Servicios ofertados al anciano, de carácter abierto y desarrollados en la comunidad, sin régimen de internamiento.

Equipo de Atención Gerontológica: Grupo comunitario insertado en el programa de atención al adulto mayor, que pretende crear alternativas que permitan conocer las necesidades individuales y colectivas de éste y darles solución a nivel local mediante estructuras sociopolíticas, el sistema nacional de salud y organizaciones del adulto mayor.

Autonomía, Autovalidismo o Nivel Funcional: Equilibrio del individuo y su medio ambiente que le permite la capacidad de adaptación y realización de las actividades de la vida diaria, instrumentadas y no instrumentadas.

INDICADORES

Nivel de vida:

Calidad de vida

Vida activa

Nivel de Salud

Modalidad de atención

Protagonismo de la familia:
Comunidad Anciano solo

Cambios de estilo de vida:
- Alimentación - Obesidad
- Sedentarismo - Café
- Alcohol - Tabaco

Prevención de discapacidades Prevención de cáncer
Prevención de AVE Prevención de accidentes

Calidad de Atención:
• Dispensarización
• Examen anual de salud
• Continuidad en la atención (Atención Progresiva)
Psicológica - Social - Biomédica y funcional

Rehabilitación medida x:
• Discapacidad
• Terapia Ocupacional
• Quiropedia

Plan de Superación:
- Profesional y técnico - Pre y Postgrado
- El anciano - Familia
- Cuidadores - La Comunidad (medio de difusión)

Material bibliográfico:
Recibido Editado
Cobertura:
Municipio. _____ Area _____ Grupo Básico _____ Individuo _____

Material de Educación para la Salud:
Recibido Editado
Cobertura
Municipio. _____ Area _____ Grupo Básico _____ Individuo _____

Censo y Atención:
Ancianos solos
Con falta de apoyo filial
Impedidos físicos y motores
sensoriales
mentales
económicos
mixtos

Equipo multidisciplinario:
Evaluación multidimensional
Solución:
en el hogar
casa de abuelos
en el hogar de ancianos
 Interno
 Seminterno

Asistencia Estomatológica:
• Comisión de prevención
• Consejo popular
• Programa de actividades socio - económicas, culturales en los ancianos
• Investigaciones
 Cuadro epidemiológico higiénico - social
 Vigilancia epidemiológica

Necesidad de:
hogares
viviendas
ropa
calzado
casa de abuelos
comida
equipos médicos

**SUB - PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
EN INSTITUCIONES SOCIALES**

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

LA TENDENCIA A LA INSTITUCIONALIZACION

I. INTRODUCCION

La institucionalización constituyó durante muchos años en nuestro país prácticamente, la única opción de atención al anciano. Al desarrollarse la Asamblea Mundial del Envejecimiento en 1982 en Viena se establece y consolida la atención no institucional a las necesidades y demandas de este grupo.

En el año 1985 se instaura el Programa de Atención al Anciano institucionalizado con los criterios de enfoque integral de equipo multidisciplinario realizando una evaluación multidimensional en el triple aspecto biológico, psicológico y social con elementos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Los cambios actuales de criterios gerontológicos y geriátricos en dicha atención, han hecho que se tengan en cuenta diversidad de factores que se conocen como favorecedores del incremento de la calidad de vida.

Por esta razón se establece este nuevo Programa para instituciones sociales, que tendrá como objetivo, elevar más la calidad a ese nivel y equilibrar el déficit biosocial que el envejecimiento determina dejando este nivel de atención para condicionales biomédicas y sociales que impidan satisfacer las necesidades de ancianos impedidos físicos, mentales y con graves problemáticas psicosociales a través de otras opciones no institucionales.

Este Programa incorpora los adelantos científico - técnicos actuales en el campo de la Gerontología y la Geriátrica, y será dotado de un enfoque integral y multidimensional, con características de poder ser diferenciado en cualesquiera de los territorios del país, y al mismo tiempo, permitirá ajustarlo a ellos en los que se implante y desarrolle.

II. OBJETIVOS

A: Generales: Contribuir a elevar el nivel de vida y el grado de satisfacción de los ancianos institucionalizados y sus familias, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación, en estrecha interrelación con los demás niveles de atención y con la colaboración y la participación activa de la comunidad en todos sus niveles.

B: Específicos

1. Desarrollar actividades de promoción, prevención y rehabilitación biosocial para fomentar, mantener y restaurar la independencia para las actividades de la vida diaria y llevar una vida social activa.
2. Garantizar atención médica y estomatológica integral calificada, oportuna y continua de todos los adultos mayores a través del equipo multidisciplinario.
3. Lograr un estado nutricional que se corresponda con las necesidades del adulto mayor.
4. Proporcionar en las instituciones un ambiente físico y social que permita el desarrollo de una vida normal y autónoma que facilite la adaptación, la intimidad y las relaciones sociales del adulto mayor.
5. Capacitar y entrenar al personal auxiliar del adulto mayor en su cuidado y manejo.
6. Participar en las actividades de formación, superación y perfeccionamiento de recursos humanos, profesionales y técnicos dedicados a la atención al adulto mayor.
7. Desarrollar investigaciones geronto - geriátricas.
8. Fomentar y mantener coordinaciones e interrelaciones intra e intersectoriales para elevar la actividad gestora de la institución y lograr una mayor integración.
9. Apoyar a la comunidad y su familia en sus problemáticas sociales que no puedan ser resueltas en otros niveles de atención y que sean susceptibles de solución por este nivel.

III. LIMITES

A) De espacio: Se desarrollará en todo el país y será aplicado en todas las Instituciones Sociales que brindan atención al anciano de ese nivel.

B) De tiempo: El Programa comenzará en el segundo semestre de 1996 y se harán reajustes anuales.

IV. UNIVERSO DE TRABAJO

Población de 60 años y más institucionalizada.

Instituciones: Hogares de Ancianos de todo el país.

V. ACTIVIDADES

Para el Objetivo # 1:

1. Realizar actividades de promoción, prevención y rehabilitación biosocial para fomentar, mantener y restaurar la independencia para las actividades de la vida diaria y llevar una vida social activa.

1.1 Incorporar a los adultos mayores a la práctica de actividades físico - recreativas de acuerdo a sus características individuales (gimnasia, juegos, caminatas, excursiones y otros).

1.2 Realizar actividades de promoción y educación para la salud con el fin de alcanzar modos y estilos de vida saludables.

1.2.1 Proporcionar información sobre acciones a realizar en accidentes y caídas.

1.2.2 Realizar actividades educativas con el adulto mayor en la importancia de la higiene bucal y la atención estomatológica periódica, para prevenir enfermedades bucodentales especialmente el cáncer bucal.

1.2.3 Proporcionar información sobre acciones a realizar en úlceras por presión.

1.2.4 Proporcionar información sobre acciones a realizar en síndrome de inmovilización.

1.2.5 Realizar dinámicas de grupo con los adultos mayores, familiares y trabajadores, en temas relacionados con la sobreprotección y falta de atención familiar que puede ocasionar la extinción del autocuidado.

1.2.6 Promover la realización de encuentros intergeneracionales, eventos socioculturales, festejos de días señalados y otras actividades para su interacción y su reinserción social.

1.3 Identificar, controlar y modificar los principales factores de riesgo:

1.3.1 Accidentes: trastornos de la marcha, trastornos sensoriales, fármacos, factores ambientales, alteraciones musculoesqueléticas, propioceptivas, alteraciones afectivas, enfermedades cardiovasculares y otras.

1.3.2 Factores de alto riesgo en el anciano: incontinencia, osteoporosis, discapacidad, trastornos psicoafectivos, úlceras por presión, síndrome de inmovilización, malnutrición, alcoholismo y dislipidemia.

1.3.3 Inmunizar a todos los residentes de la institución con vacunas toxoide tetánico, antigripal y otras que se determinen.

1.4 Aplicar tratamiento de rehabilitación física mediante: terapia ocupacional, quinesioterapia, acupuntura, fangoterapia, utilización de prótesis, órtesis, laserpuntura y otras técnicas rehabilitadoras.

1.5 Desarrollar actividades que propendan a modificar las causas que motivaron el ingreso. Proporcionar al adulto mayor información sobre los factores biopsicosociales y funcionales que afectan su salud, que permita su reincorporación al entorno familiar y social cuando sea posible.

1.5.1 Organizar actividades de cuidado personal para desenvolverse de modo independiente.

1.5.2 Realizar entrenamientos individualizados con el adulto mayor relacionados con la vida diaria, a través de técnicas de instrucción, modelado, ensayos, moldeado de situaciones.

1.5.3 Estimular al personal de salud conjuntamente con los miembros de la familia a reforzar conductas funcionalmente independientes.

1.5.4 Proporcionar a la familia información, apoyo y entrenamiento de estrategias de comunicación y manejo que los hagan más competentes y capaces para atender los problemas y favorecer el proceso de reinserción psicosocial a su medio familiar.

Para el Objetivo # 2:

Garantizar la atención médica y estomatológica integral, calificada y continua de todos los adultos mayores, a través del equipo multidisciplinario de la institución.

2.1 Realizar la evaluación integral del adulto mayor en su ingreso por el equipo multidisciplinario que permita una atención y adaptación al medio. Evolución semestral.

2.2 Dispensarizar a todos los residentes de la institución.

2.2.1 Dispensarizar según los siguientes criterios:

Ancianos con enfermedades crónicas: diabetes mellitus, cardiopatías, hipertensión arterial, demencias, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad de Parkinson, epilepsia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades del tiroides, enfermedades infecciosas de larga duración y otras.

Ancianos con factores de riesgo de alto riesgo y otros:

- Incontinencia
- Osteoporosis
- Discapacitados (físicos, mentales, viscelares, mixtos).
- Trastornos psicoafectivos.
- Tendencias a caídas.
- Úlceras por presión
- Síndromes de inmovilización
- Malnutrición por exceso o defecto
- Alcoholismo
- Dislipidemias
- Riesgo por edad

2.2.2 Realizar controles trimestrales a los ancianos dispensarizados por enfermedades crónicas, secuelas o factores de riesgo y semestralmente los

dispensarizados por riesgo de edad. En caso necesario estos controles se podrán realizar con mayor frecuencia.

2.2.3 Realizar periódicamente los exámenes complementarios (ver anexo 1) a los pacientes dispensarizados por enfermedades crónicas, secuelas, factores de riesgo y a los dispensarizados por riesgo de edad (ver anexo 2).

2.2.4 El control a dispensarizados incluye la valoración biomédica, psicológica, funcional y social (ver anexo 2).

2.2.5 Pesquisaje o búsqueda activa de enfermedades intercurrentes sobre todo en adultos mayores con alto riesgo (síndrome de inmovilización, demenciales, EPOC y otras).

2.3 Para la alimentación a los adultos mayores con enfermedades intercurrentes, accidentes o cualquier otro daño de salud, se cumplirá con los siguientes procedimientos:

2.3.1 Atender de forma inmediata al paciente para garantizar diagnóstico y tratamientos precoces y oportunos.

2.3.2 Ingresar en la sala de cuidados especiales de hogar o mantener en cuidados específicos en áreas habitacionales de la institución.

2.3.3 Observación activa y continua de los pacientes por el médico y la enfermera.

2.3.4 Evolucionar diariamente y cuantas veces sea necesario durante del día.

2.3.5 Remitir de inmediato a los pacientes que requieran atención hospitalaria por el médico o en su ausencia la enfermera de asistencia.

2.3.5.1 Los pacientes remitidos serán acompañados por la enfermera, el médico en caso excepcional por la auxiliar de atención a pacientes u otra personal en la institución que se designe.

2.3.5.2 Cumplirá lo establecido en la resolución ministerial # 220 para la regulación de los pacientes que se remiten a otras unidades del Sistema Nacional de Salud.

2.4 Garantizar la atención médica especializada.

2.4.1 La atención médica especializada se brindará en el propio hogar por los centros de salud que le correspondan según la regionalización o conveniado con otras unidades del Sistema Nacional de Salud, y se garantizará a través de:

2.4.1.1 Interconsultas por especialistas procedentes de hospitales, policlínicos u otros, según las demandas de la institución.

2.4.1.2 Las especialidades a que se refiere el apartado anterior serán: Geriátrica, Psiquiatría, Dermatología, Ortopedia, Urología, estomatología, Angeología y otras.

2.4.1.3 Garantizar interconsultas en hospitales y policlínicos.

2.5 Reducir la morbilidad y mortalidad por EDA, IRA, TB y otras sepsis.

2.5.1 Cumplir las actividades y acciones contenidas en los subprogramas de EDA, IRA, TB y otras sepsis para su prevención, atención y recuperación.

2.6 Garantizar la atención estomatológica a todos los adultos mayores de la institución.

2.6.1 Realizar exámenes de la cavidad bucal con una periodicidad anual.

2.6.2 Garantizar la asistencia estomatológica a todo residente que lo necesite.

2.6.3 Garantizar la prioridad de los adultos mayores que requieran atención del segundo nivel estomatológico con la clínica o departamento del área de salud.

Para el Objetivo # 3:

3. Lograr un estado nutricional que se corresponda con todas las necesidades del adulto mayor.

3.1 Realizar la valoración nutricional al ingreso y de forma evolutiva con una periodicidad trimestral o con mayor frecuencia si así se aconseja clasificando el estado nutricional y su calorización (ver anexo 2).

Para el Objetivo # 4:

4. Proporcionar en las instituciones un ambiente físico y social que permita el desarrollo de una vida normal y autónoma y que facilite la adaptación, la intimidad y las relaciones sociales.

4.1 Suprimir donde sea posible, barreras arquitectónicas tanto exteriores como interiores de las instituciones para dotarlas de mayor movilidad y accesibilidad.

4.2 Proporcionar privacidad, seguridad, convivencia y funcionalidad con una adecuada estructura física.

4.3 Ubicar las instituciones dentro o próximo a núcleos urbanos bien comunicados que faciliten el desplazamiento del adulto mayor y su integración social.

4.4 Dotar de geroprotectores, medios materiales y otros medios técnicos a la institución, al adulto mayor y trabajadores con el objetivo de evitar la existencia de factores de riesgo ambientales, mejorar la autonomía e independencia y humanizar el trabajo del personal al cuidado de del adulto mayor.

- Adecuada iluminación.

- Uso de pasamanos.

- Asideras

- Pisos lisos y antideslizantes

- Utilización de medios de sujeción, soporte o adaptaciones para utilización de utensilios.

- Uso de férulas correctoras, prótesis, ortesis

- Otros

4.5 Garantizar las condiciones higiénico - sanitarias requeridas mediante la limpieza del inmueble, cumplimiento de las normas de asepsia y antiseptia, correcta manipulación de los alimentos y disposición final de los residuales, mantener la individualización de los objetos de uso personal y cumplimentar otras medidas de prevención y control de las enfermedades infecciosas.

4.6 Brindar al ingreso del adulto mayor una recepción o acogida por todo el equipo de trabajo de forma calurosa, humana, orientadora, sobre las características de la institución, su régimen de vida, normas de convivencia, lugar de ubicación, presentación al consejo de ancianos y personas que lo atenderán.

Para el Objetivo 5:

5. Capacitar y entrenar al personal auxiliar de atención (cuidadores) en el cuidado y manejo del adulto mayor.

5.1 Impartir por el equipo de salud de la institución las actividades y acciones contenidas en el programa de capacitación al personal auxiliar de atención al adulto mayor tendiente a crear en ellos una clara conciencia y dotarlos de conocimientos del proceso de envejecimiento humano desde el punto de vista biológico, psicológico y social.

5.2 Lograr el aprendizaje de prácticas, normas y técnicas en la asistencia: aseo personal, alimentación, movilización, prevención de accidentes, escaras y otras.

5.3 Impartir otras formas de capacitación relacionado con el cuidado y atención del adulto mayor, tales como: charlas educativas, seminarios, videos y otros.

Para el Objetivo # 6:

6. Participar en las actividades de formación, superación y perfeccionamiento de recursos profesionales y técnicos dedicados a la atención al adulto mayor.

6.1 Garantizar la participación del personal profesional y técnico de la institución en los cursos de superación, perfeccionamiento y entrenamiento planificados en el nivel dirigidos a médicos, enfermeras, técnicos de rehabilitación física, dietistas y otros.

6.2 Planificar y desarrollar actividades científicas de forma sistemática: seminarios, conferencias jornadas científicas y otras.

6.3 Realizar intercambios científicos con otras unidades o centros de salud (hospitales, policlínicos e institutos).

6.4 Proporcionar información científico - técnica al personal profesional y técnico.

6.5 Contribuir y participar en la docencia pre y post grados de geriatras, personal de enfermería y técnico.

6.6 Promover, participar y contribuir en las investigaciones de gerontología, geriatría y otras afines.

Para el Objetivo # 7:

7. Fomentar y mantener coordinaciones e interrelaciones, intra e intersectorial para elevar la actividad gestora de la institución y lograr una mayor integración de la comunidad.

7.1 Exigir y controlar el cumplimiento de las indicaciones contenidas en la resolución ministerial 220 que regula la interrelación hogar - hospital - policlínico.

7.2 Establecer convenios intersectoriales de trabajo (cultura, deporte, trabajo, industrias locales y otros sectores del territorio) y con organizaciones políticas y de masas para lograr una mayor integración social y apoyo en las actividades socio - culturales, de recreación y comunicación intergeneracional.

7.3 Establecer convenios de colaboración en la asistencia, docencia e investigación con los hospitales, los servicios de Geriátrica hospitalarios y Gabinetes Gerontológicos.

7.4 Establecer vínculos con fábricas, empresas y otros centros de importancia económica y social del territorio, para su contribución en la solución de problemas y apoyo a actividades de la institución.

Para el Objetivo # 8:

8. Fomentar y mantener coordinaciones e interrelaciones intra e intersectoriales para elevar la actividad gestora de la institución y lograr una mayor integración.

8.1 Establecer coordinaciones con el Consejo Popular correspondiente con el trabajo institucional.

8.2 Coordinar vinculaciones de apoyo con los organismos y organizaciones del Estado, que favorezcan el desarrollo de la actividad gerencial de la administración de la institución y mejore la calidad de vida de los adultos mayores.

8.3 Revitalizar convenios con organismos del Estado que tradicionalmente han apoyado las actividades de los adultos mayores institucionalizados (INDER, Cultura, FMC, MINCIN y otros).

8.4 Establecer vínculos estrechos con las direcciones de los Consejos Populares y del PPC.

Para el Objetivo # 9:

9. Apoyar a la comunidad y la familia en sus problemáticas sociales, que no puedan ser resueltas en otros niveles de atención y que sean susceptibles de solución en el nivel institucional.

9.1 Acudir en caso de urgencia a las residencias de ancianos en la comunidad que presenten signología o sintomatología aguda y que en ese momento se dificulte su atención por el médico de familia u otro nivel de atención.

9.2 Apoyar a la comunidad en la atención a los adultos mayores “frágiles” o “vulnerables” mediante asesorías de sus posibles factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles y transmisibles.

9.3 Asesorar a la comunidad y la familia sobre los “cuidadores” en demencias, incontinencias, síndrome de inmovilización y otros.

9.4 Apoyar a la familia de adultos mayores en fase terminal, mediante ingresos en la institución que favorezcan el bien morir del adulto mayor y equilibren las necesidades psicológicas y socioeconómicas de la familia durante el período de tiempo hasta el deceso del adulto mayor.

9.5 Brindar cualquier otro tipo de apoyo, a la familia y a la comunidad, que no viole las orientaciones del Programa y el reglamento Nacional para Hogares de Ancianos.

VI. INDICADORES

6.1 Alcanzar una mortalidad inferior al 15,5 % del adulto mayor institucionalizado anualmente (mortalidad total) incluyendo los fallecidos extrahogar.

6.2 Lograr una mortalidad intrahogar inferior al 5,0 % en el total de adultos mayores institucionalizados de acuerdo con lo programado. Meta: 100 %

6.3 Mantener el registro y control de la evaluación integral multidimensional del adulto mayor por el equipo multidisciplinario a su ingreso y evolutivamente cada seis meses.
Meta: 100 % de los ingresos.

6.4 Controlar y registrar la inmunización, así como la vacunación antigripal.
Meta: 100 % de los adultos mayores ingresados.

6.5 Lograr una incidencia de úlceras por presión intrahogar en el, 0 % de los adultos mayores institucionalizados anualmente.

6.6 Disminuir la incidencia de accidentes intrahogar con consecuencias menor al 20 % de los adultos mayores institucionalizados anualmente.

6.7 Mantener el 60 % de los adultos mayores institucionalizados con validez funcional de acuerdo a las escalas y grados de capacidad físico - psíquica existentes a su ingreso.

6.8 Alcanzar una incorporación de adultos mayores a la terapia ocupacional de todo tipo.
Meta: Lograr un 70 % de incorporación.

6.9 Hacer participar el 60% de los adultos mayores institucionalizados en actividades socioculturales.

6.10 Disminuir a menos del 20 % los adultos mayores institucionalizados con grados de malnutrición severa por defecto.

6.11 Disminuir la incidencia de adultos mayores institucionalizados libres pediculosis, escabiosis y micosis. Meta: 0 % Nota: Realizar análisis y control por el Comité de Infecciones.

6.12 Realizar al 100 % de los adultos mayores sintomáticos respiratorios, controles directos de esputos como se prescribe en el Programa de Tuberculosis.

6.13 Realizar al 100 % de los afectados por brotes diarréicos medidas enmarcadas dentro del Programa de EDA para el adulto mayor.

6.14 Alcanzar la interrelación familiar con el adulto mayor que tenga familia.
Meta: 100 % de los adultos mayores con estas características.

6.15 Favorecer la creación de familias sustitutas para el adulto mayor carente de la misma.
Meta: 50 % de los adultos mayores solos.

6.16 Realizar al ingreso el diagnóstico social del adulto mayor.
Meta: 100 % al ingreso y evolución trimestral.

6.17 Realizar encuentros intergeneracionales. Meta: 1 mes

6.18 Lograr una atención estomatológica al 100 % y disminuir el desdentamiento al 15 % en los institucionalizados.

VII. CONTROL DEL PROGRAMA

7.1 Se realizarán controles periódicos por los distintos niveles.

7.1.1 El nivel provincial mensualmente.

7.1.2 El nivel municipal mensualmente.

7.1.3 La institución mensualmente.

7.1.4 La provincia realizará visitas de control y ayuda a municipios y unidades.

7.1.5 Los municipios realizarán visitas de control y ayuda mensualmente a las unidades.

7.1.6 El nivel nacional realizará análisis del comportamiento del Programa (parcial o total), por territorios con una frecuencia trimestral.

7.2 El Programa constituye la base técnica para las inspecciones en los distintos niveles.

7.3 Evaluaciones parciales.

7.3.1 Se harán evaluaciones mensuales a través de los informes diarios y mensuales de las actividades.

7.3.2 Se realizarán evaluaciones trimestrales por el nivel central y mensualmente por provincia.

7.4 Se realizará una evaluación final anual.

7.4.1 De acuerdo a las metas planteadas al año.

7.4.2 Se ajustarán las metas anualmente.

ANEXO 1

EXAMENES COMPLEMENTARIOS A ADULTOS MAYORES

A todos los residentes dispensarizados por cualquiera de los tres criterios establecidos en el Programa, se les realizará anualmente los siguientes exámenes complementarios:

- radiología torax
- ECG
- hemograma
- eritrosedimentación
- glicemia
- creatinina
- examen de mama
- serología
- parcial de orina
- heces fecales
- examen de cavidad bucal
- tacto rectal
- tacto vaginal

A los dispensarizados por cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, dislipidemia y obesidad, se les realizará también examen de colesterol sérico.

En el caso de los diabéticos, la glicemia se les realizará semestralmente como mínimo.

En caso necesario, los exámenes complementarios se realizarán con mayor frecuencia.

La indicación de otros exámenes complementarios especiales a ancianos dispensarizados o con enfermedades intercurrentes, no relacionados en este anexo, se dejan a criterio médico y a lo establecido en los Programas del MINSAP.

ANEXO 2

VALORACION BIOMEDICA, PSICOLOGICA, SOCIAL Y FUNCIONAL

Valoración biomédica: (evaluación integral o multidimensional).

Incluye los diagnósticos médicos actuales y pasados, señalando el impacto de la enfermedad tiene sobre la capacidad funcional global del paciente. Incluye además:

- valoración nutricional (médico y dietista)
- riesgo de reacciones adversas a fármacos (médicos)
- riesgo para úlceras por presión (médico)
- riesgo de caídas (médico)
- toma en consideración los aspectos o elementos de rehabilitación física (fisiatra, técnico de rehabilitación física y terapeuta ocupacional).
- evaluación y examen de los pies (médico y podólogo) para buscar lesiones locales específicas hiperqueratosis, alteraciones tróficas, trastornos de la sensibilidad, úlceras, deformidades que influyen en la estética y dinámica).

Valoración psicológica:

Consiste en evaluar deterioro cognitivo y alteraciones afectivas que repercuten negativamente en la capacidad funcional del anciano, es decir, en las actividades de la vida diaria.

Tiene como objetivo identificar problemas psicológicos con el fin de desarrollar acciones que puedan beneficiarlo.

Recomendamos utilizar el MiniMental Stat Examination de Folstein, test de información - memoria - concentración del hospital de la Cruz Roja de Madrid, así como otras escalas o test de evaluación del deterioro cognitivo.

Para la evaluación de alteraciones afectivas: escala geriátrica de Yesavage y Brink, Escala de Irritabilidad - Depresión - Ansiedad de Snait u otras escalas o test de evaluación psicoafectivos.

En ambos casos debe profundizarse con entrevista estructurada, teniendo en cuenta el tipo de alteración, así como los posibles factores que actúen como eventos vitales negativos, los antecedentes patológicos personales de patología psíquica y los tratamientos recibidos, entre otros aspectos que se deben ser explorados.

Debe evaluarse al ingreso y cuantas veces lo requiera el caso por observación del psicólogo o a solicitud de algún miembro del equipo.

Evaluación social:

Consiste en detectar factores de riesgo psicosociales y disfunciones familiares que influyen negativamente en la funcionabilidad del anciano.

Su objetivo es la identificación de problemas sociales del anciano y su familia, que permitan elaborar estrategias de equilibrio biosocial para ambos.

En esta evaluación del adulto mayor, se observa la alta prioridad de los problemas sociales actuando sobre la salud de los mismos, razón por la cual es de gran importancia alcanzar un manejo adecuado, pero a la vez es necesario determinar que aspectos deben recogerse y evaluarse para establecer este diagnóstico.

Si a esto añadimos que se trata de un anciano institucionalizado logicamente existirán mayor número de aspectos a valorar ya que este anciano generalmente es producto de un desequilibrio psicosocial de su núcleo familiar.

Dentro de estos factores podríamos citar:

- sentimientos de soledad
- marginación familiar
- adaptación al nuevo régimen de atención
- incapacidad física y mental
- tristeza
- temor a la muerte

Sin embargo esta evaluación social pretende restaurar todos estos factores mediante la interrelación con la familia y crear condiciones institucionales que semejan a las condiciones de vida del medio ambiente de donde procede el anciano, optimizando las negativas que hayan sido detectadas por diagnóstico social.

Sugerimos utilizar la Escala de Riesgo Social y Familiar del CITED, o la Escala del Servicio de Geriátrica del Hospital Salvador Allende y la existencia en la evaluación integral que actualmente se lleva en las instituciones sociales.

Debe evaluarse al ingreso, cada seis meses y de acuerdo a las características de cada caso cuantas veces sea necesario.

Valoración funcional:

La valoración funcional es realizada por una enfermera entrenada al efecto.

Podemos distinguir dos áreas en esta evaluación:

- las actividades de la vida diaria básicas
- las actividades de la vida diaria instrumentadas

Las actividades de la vida diaria básicas son aquellas que miden los niveles más elementales de función física (comer, bañarse, vestirse, moverse, convivencia, uso del sanitario). Para su evaluación debe utilizar:

- Índice de Katz de independencia en las AVD
- escala de incapacidad del hospital de la Cruz Roja de Madrid

Las AVD instrumentadas son actividades más complejas (usar el teléfono, manejo de dinero, preparar alimentos, lavado de ropa, capacidad de medicarse). Para evaluarse puede utilizarse:

- Escala del Philadelphia Geriatric Center de Lawton

El fisioterapeuta y el terapeuta ocupacional valorarán esta parte de la evaluación multidimensional, de acuerdo a su perfil.

Debe aclararse que esta evaluación constituye la discusión diagnóstica de la historia clínica geriátrica, lo que supone un cambio en la metodología de las historias clínicas tradicionales de medicina, ya que en Geriátrica esta discusión no va dirigida sólo a la parte biomédica sino a la psicosocial y funcional, debiéndose concluir con estos 2 rubros.

- Diagnóstico realizado (poniéndose en primer lugar el más incapacitante).

En Geriátria resulta ser un primer diagnóstico:

- un problema socio familiar grave (anciano solo o marginado)
- una inmovilización por artritis
- una vivienda en altos para un adulto mayor que le amputaron
que:
 - una diabetes mellitus compensada
 - o cualquier otro de los diagnósticos biomédicos que no interfieran un desequilibrio de la salud (integral) de un adulto mayor en su seno familiar y comunitario.

ANEXO 3 VALORACION DEL ESTADO NUTRICIONAL

Una correcta valoración del estado nutricional en el anciano, deberá basarse en los siguientes pilares:

- Historia Clínica
- Medidas antropométricas
- Estudios bioquímicos

Historia clínica:

Hacer énfasis en enfermedades y hábitos tóxicos que puedan afectar la nutrición del anciano, tales como: neoplasias, enfermedades cardio-respiratorias crónicas, diabetes, trastornos gastrointestinales, intervenciones quirúrgicas, uso de esteroides, ingestión de medicamentos, depresión, demencia, problemas dentales y alcoholismo.

En el examen físico debe prestarse especial atención a la piel, pelo, uñas, conjuntivas, boca, sistema nervioso para buscar signos de malnutrición, además se debe realizar historia clínica dietética detallada teniendo en cuenta pérdida o ganancia de peso, aspectos cuantitativos y cualitativos en los que respecta a proteínas, grasas y a hidratos de carbono, así como los hábitos dietéticos que si es posible deben modificarse o conservarse por la dietista y el equipo.

Medidas antropométricas:

Las más usadas son: peso, talla, pliegue cutáneo y circunferencia de brazo.

El índice de peso - talla o índice de Broca, es bien conocido y puede lograrse a través del mismo el índice de masa corporal que es más fidedigno, mediante la siguiente forma:

$$\text{I.M.C.} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla en mts.}^2} = \text{estado nutricional}$$

Con los siguientes resultados:

< 18,5 = déficit energético crónico (desnutrido)

18,5 a 19,9 bajo peso

20 a 24,9 normal

25 a 29,9 sobrepeso

> 30 obesos grado II y III

Esto evaluaría el estado nutricional pero es necesario realizar también la calorización de la dieta para aquellos afectos de estos estados o patologías crónicas que lo precisen (diabetes, nefróticos y otros). Ejemplo: Adulto Mayor con estas características:

Talla 165 cm Peso actual 130 lb

Para el estado nutricional:

Se lleva la talla a metros, en este caso es 1,6 mts y se lleva al cuadrado $1,6 \times 1,6 = 2,56$.

El peso en Kg es de 65 Kg (talla - 100)

Se aplica la fórmula y tenemos:

$$\text{I.M.C.} = \frac{65}{2,56} = 25,4 \text{ (sobrepeso)}$$

Para calorización:

A todo adulto mayor de estado nutricional normal de 2 1000 a 2 200 calorías. Se obtiene mediante esta operación:

65 peso en Kg x 20 si es sobrepeso y obeso
x 30 si es normal
x 40 si está en bajo peso o déficit energético crónico

Es decir:

65 x 20 = 1 300 A estos resultados por ser este método de amplio rango y estar el adulto mayor

x 30 = 1950 institucionalizado en actividad, debe adicionársele de 200 a 400 calorías de

x 40 = 2 600 acuerdo a su actividad, lo que quedaría:

1 300 + 300 = 1 600 calorías

1 950 + 300 = 2 250 calorías

2 600 + 300 = 2 900 calorías

El grueso del pliegue cutáneo del tríceps mide el volumen de grasa corporal.

La circunferencia del brazo mide la reserva de proteínas.

Los valores de la circunferencia del brazo y el pliegue cutáneo por debajo del 5 % de las normas estandarizadas, indican una malnutrición protéica.

También puede usarse el índice cintura - cadera.

Medidas bioquímicas:

Miden fundamentalmente el estado de las proteínas corporales y la deficiencia de proteínas (función inmunológica, cicatrización, enzimas, presión oncótica). Puede utilizarse:

- determinación de albúmina
- capacidad de fijación del hierro
- transferencia
- conteo de linfocitos
- niveles de vitaminas
- dosificación de magnesio, zinc, cobre y otros

Otros aspectos:

- La evaluación nutricional se registrará en la historia clínica.
- Se determinarán las causas o factores de desnutrición: físicos, mentales, sociales y ambientales.
- Se realizará de conjunto por el médico y el dietista en presencia del equipo.
- Capacitar a la pantrista, personal de cocina y auxiliar de atención y manipulación de alimentos así como del cumplimiento de la calorización.
- Controlar y jerarquizar por la administración, equipo de salud y personal de enfermería de la institución la alimentación en los horarios establecidos.
- En los territorios donde sea posible se podrán establecer asesorías por especialistas de nutrición o personal afín, sobre el estado nutricional de los residentes en estas instituciones. Valorándose cuidadosamente lo orientado en este Programa, no debiéndose utilizar instrumentos validados para países desarrollados (por ejemplo: Tabla de la Sociedad de

Actuarios U.S.A.) o tablas de percentiles menores de 59 años por no ajustarse a los adultos mayores de más edad.

Puntos claves a señalar en la nutrición del adulto mayor:

1. El estado nutricional influye en gran medida en el estado de salud del adulto mayor.
2. La valoración del estado nutricional debe incluirse entre las exploraciones rutinarias del adulto mayor.
3. Las recomendaciones dietéticas deben tener en cuenta, sobretodo, los hábitos del adulto mayor y cumplimentarlas.
4. Los consejos dietéticos para el adulto mayor con índice de masa corporal normal y supuestamente sano, difieren muy poco del resto de los grupos de edades de adultos.

ANEXO 4

ACTIVIDADES DEL PROGRAMA QUE SIN CONSTITUIR INDICADORES DEBEN CONTEMPLARSE COMO FACTORES A TENER EN CUENTA PARA ELEVAR LA CALIDAD DE LA ATENCION.

1. Realizar el diagnóstico de salud de la institución por lo menos una vez al año.
2. Valorar la incidencia y analizar las causas de los retornos al medio familiar, así como las características del adulto mayor y su familia, dándole seguimiento a través del área de salud mensualmente.
3. Comenzar el análisis de factores de riesgo de violencias, maltratos o negligencias del adulto mayor por la familia y los que lo atienden en la institución, mediante encuestas mensuales con los siguientes criterios:
Violencia: Actos de puedan producir dolor, daño, deterioro o enfermedad.
Negligencia:
 - Física: Incapacidad de los cuidadores conciente o inconcientemente para proporcionar los bienes y servicios que son necesarios para su óptimo funcionamiento o para evitar un daño.
 - Psicológica: No proporcionar estímulos sociales a un individuo adulto mayor dependiente.
 - Económica: No utilizar, malgastar y desviar los fondos disponibles o recursos necesarios para mantener o restaurar la salud y el bienestar del adulto mayor.
 - Abuso psicológico: Conducta que provoca angustia mental en el adulto mayor.
 - Abuso económico o material: Mal uso de los ingresos o recursos de un adulto mayor para ganancia económica o personal del cuidador.
4. Erradicar el mal uso y abuso de fármacos evitando la automedicación, polifarmacia, antagonismos, sinergias y posibilidades de reacciones adversas especialmente en antibióticos, analgésicos y psicotrópicos en coordinación con los comité Fármaco - Terapéutico.
5. Programar y cumplimentar cursos, jornadas, talleres para el personal profesional y técnico durante el año.
6. Igualmente para el personal no técnico de atención al adulto mayor.
7. Participar y fomentar investigaciones a todos los niveles e intersectorialmente.

**SUB - PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
EN HOSPITALES**

DIRECCIÓN NACIONAL DE ASISTENCIA SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La población cubana, como consecuencia de la disminución marcada en la tasa de natalidad, de la reducción de la mortalidad general y en mucho menor escala del saldo migratorio, tiene en estos momentos lo que se denomina en Demografía, “pródromos acusados de vejez poblacional”.

Efectivamente, en la actualidad con once millones de habitantes, tenemos nacionalmente algo más del 12 % de la población por encima de 60 años, la denominada Tercera Edad considerada internacionalmente y aceptada por Cuba en la Asamblea Mundial de Envejecimiento celebrada en Viena, Austria como inicio de la vejez cronológica.

Pero más importante aún en nuestro caso es que del total de algo más de 1,3 millones de ancianos, una tercera parte, es decir, 400 000 ancianos aproximadamente se encuentran comprendidos en la edades por encima de 75 años, edad que muchos hoy en día consideran de forma diferenciada denominándola Cuarta Edad, ya que los ancianos que arriban a ésta, presentan generalmente una mayor fragilidad biopsicosocial y por consiguiente tienen mayores posibilidades de sufrir cualquiera de las tres esferas mencionadas previamente, presentar complicaciones y morir, situación ésta que no teníamos hace diez años donde el grueso de la población anciana se encontraba en la Tercera Edad.

La opción terapéutica en general para los ancianos continúa siendo la promoción de salud, la prevención de enfermedades y sobre todo de discapacidades residuales, la correcta evaluación multidimensional, el tratamiento integral adecuado y la rehabilitación médico - social necesaria.

Por lo anteriormente expresado es necesario precisar los lineamientos de un sub-programa para la atención hospitalaria de los ancianos formando parte integral del Programa de Atención al Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública.

LÍMITES

De espacio: Se desarrollará en todo el país y será aplicado en todos los servicios hospitalarios que atiendan ancianos.

De tiempo: El Programa comenzará en el primer semestre de 1996 y se realizarán reajustes anuales.

UNIVERSO: Toda la población de sesenta años atendida en los centros hospitalarios del país.

CONTROL SEMÁNTICO

Ancianos indicados : Toda persona mayor de sesenta años.

Tercera Edad: Personas comprendidas entre los 60 - 74 años de edad.

Cuarta Edad: Personas comprendidas entre los 75 - 89 años de edad.

Longevos: Personas mayores de 90 años de edad.

Centenarios: Personas mayores de 100 años de edad.

Gerontología: Campo interdisciplinario que estudia el envejecimiento individual y social, cuyos contenidos y métodos son extraídos de la Biología, Ciencias Médicas, Psicología, Sociología, Economía, Demografía, Servicios Sociales y Leyes entre otros.

Geriatría: Especialidad que se ocupa de las enfermedades y condiciones que se ven con mayor frecuencia en el anciano. Sus objetivos de salud son: prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y discapacidades.

Atención Integral: Aquella con actividades que incluyen las esferas biológicas, psicológicas y sociales con enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, terapéutica y rehabilitación.

Evaluación multidimensional: Valoración individual realizada al anciano, que incluye entre otros aspectos las necesidades médico - sociales, estado mental, capacidad de auto-atención y de las actividades del diario vivir, economía, integración social, atención de los convivientes, capacidades residuales.

Equipo interdisciplinario: Equipo de evaluación y atención al anciano que incluye entre otros al médico de la familia, gerontólogo - geriatra, enfermera, psicólogo, trabajadora social, y cuantos especializados sean necesarios para la mejor atención al anciano.

Anciano de alto riesgo: Aquel anciano que presenta uno o varios de los denominados factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales que lo hacen propenso a presentar discapacidades en cualquiera de las tres esferas referidas.

Salud geriátrica: Capacidad funcional del anciano para atenderse a sí mismo y desarrollarse en el seno de la familia y la sociedad, la cual le permite en forma dinámica el desempeño pleno de sus funciones de acuerdo a sus capacidades.

Terapia intensiva: Salas donde se atienden pacientes enfermos graves y críticos.

Terapia Intermedia: Salas donde se atienden pacientes enfermos graves.

Salas de agudos en geriatría: Salas donde se atienden ancianos cuyas enfermedades influyen en la mortalidad hospitalaria y no son susceptibles de ingreso en terapia intensiva o intermedia.

Grado de Salud:

Grado I: El anciano es capaz de atenderse a sí mismo en sus actividades del diario vivir, desarrollar sus actividades en la casa, y en la comunidad sin ayuda.

Grado II: El anciano es capaz de atenderse a sí mismo en sus actividades del diario vivir y desarrollar actividades Atención en la casa sin ayuda.

Grado III: El anciano es capaz de atenderse a sí mismo en las actividades del diario vivir sin ayuda.

Grado IV: El anciano es incapaz de atenderse a sí mismo en sus actividades del diario vivir sin ayuda.

PROPÓSITOS

Contribuir a elevar la calidad de la asistencia médico - social a los ancianos en nuestros hospitales, mediante acciones de promoción, prevención y terapéutica integral incluyendo la rehabilitación, en íntima relación con los demás niveles intra-sectoriales de atención médico - social del Sistema Nacional de Salud y con los niveles inter-sectoriales de atención al anciano, así como la participación activa de la comunidad.

OBJETIVOS

Generales:

1. Alcanzar una atención integral hospitalaria al anciano sobre bases geriátricas actuales.
2. Organizar la estructura hospitalaria para priorizar la atención al adulto mayor.
3. Elevar la calidad de vida del anciano en el medio hospitalario.

Específicos:

1. Organizar las acciones de la atención al anciano en el hospital.
2. Garantizar la mejor atención integral calificada oportuna y eficaz recibida por el paciente y sus familiares que acuden al hospital, disminuyendo la mortalidad y las incapacidades residuales.
3. Desarrollar la formación y capacitación de recursos humanos calificados en la atención integral al anciano.
4. Mejorar la educación para la salud del adulto mayor durante su estancia hospitalaria y tras el egreso siempre que se considere necesario, útil y posible.
5. Desarrollar investigaciones en Gerontología y Geriatria tanto en el hospital como en la comunidad.
6. Garantizar una adecuada interrelación con los médicos y enfermeras de la familia, la comunidad y las instituciones sociales, garantizando la continuidad de la terapia al alta del paciente.

PREMISAS GENERALES

- La actividad de la atención al anciano debe ser secuente en todos los niveles hospitalarios y extrahospitalarios.
- El trabajo médico - social al anciano ingresado debe ser realizado en equipo y dirigido tanto al paciente como a sus familiares.
- La evaluación médico - social del anciano debe ser multidimensional.
- La atención al anciano ingresado es integral y no concluye con el alta del paciente.

ACTIVIDADES

Para el Objetivo No. 1 Organizar...

1. Se considerarán los hospitales que atienden ancianos divididos en: con servicios de geriatría pero con geriatras, sin servicio de geriatría y sin geriatras.
2. En los dos primeros casos el geriatra organizará las acciones de salud hospitalarias y de interrelación con los otros sub-programas, de acuerdo a lo que aquí se establece.
3. Designar por la dirección del hospital, en el caso de no tener geriatra ni servicio, de acuerdo a las características del mismo uno o varios internistas con experiencia e interés en la atención al anciano con la capacitación previa que requiere éste tipo de asistencia.
4. Establecer en los hospitales con servicios de geriatría, hospitales de día geriátricos, siguiendo los criterios generales que se precisan en el anexo No. ____.
5. En los hospitales que tengan geriatras pero no servicios, éste será formado tan pronto las condiciones de organización y distribución de las camas lo permitan.

Para el Objetivo No. 2 Garantizar...

Para su mejor desarrollo éste programa se realizará en los distintos niveles del hospital y apoyará a su vez el Programa de al Anciano vigente en el país. Cuenta con distintos niveles para los cuales se precisan sus actividades y evaluación.

Cuerpo de guardia.

Actividades:

- Priorizar a todos los ancianos que asistan al cuerpo de guardia buscando atención de urgencia los que deberán ser atendidos por el personal más capacitado de la guardia.
- Ingresar en salas de observación a todos los ancianos procedentes de hogares de ancianos de acuerdo a la Resolución Ministerial No. 220.
- La terapia medicamentosa estará de acuerdo con los criterios o terapia a emplear el anciano será trasladado hacia el área de observación donde se le realizará la micro-historia correspondiente. En ningún caso salvo imponderables, el anciano permanecerá más de 24 horas en la sala de observación, debiendo definirse su atención antes de ese tiempo.

Procedimientos:

- Durante su estancia en el Cuerpo de Guardia el anciano permanecerá en camilla el tiempo estrictamente necesario para que el personal más calificado de la guardia toma decisión en cuanto a su estado, definiendo en primera instancia si el paciente puede regresar a su casa o deberá permanecer en el hospital.
- Durante su estancia en la sala de observación será evolucionado cada tres horas de la forma establecida por el personal en cada una de las evoluciones.
- Al ser egresado de la sala de observación el anciano o el familiar será puesto en conocimiento de la situación de salud que presenta.
- En caso de ser ingresado en las distintas salas de hospital, deberá llevar todo el expediente de lo realizado en observación.

En caso de ser dado de alta, será remitido a su médico de familia con un resumen de su enfermedad, pronóstico probable y terapia impuesta, así como la sugerida para su continuación.

En caso de fallecimiento en el cuerpo de guardia se deberá obtener el consentimiento de los familiares para realizar la necropsia. En caso de que no sea posible, deberán quedar plasmadas en la historia clínica del cuerpo de guardia las gestiones realizadas al efecto, quedando ésta decisión a cargo del jefe de la guardia.

- Todos los pacientes provenientes de hogar de ancianos deberán ser ingresados en sala de observación inmediatamente a su llegada al cuerpo de guardia trasladándose posteriormente a la sala que corresponda de acuerdo a su enfermedad, cumpliendo lo establecido en la Resolución Ministerial No. 220.
- Serán ingresados en UCI o en UCIM todos los ancianos cuyo problema principal de salud sea agudo de origen cardiovascular agudo, sepsis generalizada o en general los pacientes cuya enfermedad así lo requiera de acuerdo a lo establecido en las normas de UCI y UCIM.

Evaluación:

La calidad de la atención médica recibida en el cuerpo de guardia será precisada por:

- Calidad de la micro-historia realizada. Debe presentar motivo de ingreso, breve resumen de la HEA, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y complicaciones existentes o posibles de presentar.
- Certeza en el diagnóstico de la enfermedad principal y enfermedades concomitantes, así como en las complicaciones presentadas durante su estadía en Mortalidad.
- Complicaciones evolutivas no diagnosticadas o insuficientemente tratadas.

Sala de agudos de geriatría o generales

Actividades

Deben en esta sala los ancianos portadores de:

- Bronconeumonía bacteriana intra-hospitalaria. (Traslado intra-hospitalario).
- Bronconeumonía bacteriana extra-hospitalaria, de acuerdo a su estado general, complicaciones existentes o posibles así como enfermedades concomitantes.
- Enfermedad cerebro-vascular aguda de tipo isquémico o de tipo hemorrágico.
- Enfermedades diarreicas agudas con deshidratación o sepsis.

Premisa:

- A todos los pacientes ingresados les será realizada la historia clínica de geriatría en las primeras 24 horas, y serán evaluados por el equipo interdisciplinario del servicio, definiéndose la conducta investigativa, terapéutica y de rehabilitación a realizar desde éste primer día. Se debe insistir en la importancia de la donación de sangre.
- Los criterios para el uso de los medicamentos son los establecidos para el servicio. Anexo.
- La evolución de estos pacientes será diaria observación, en caso de ser reportados como DC o mejorado. En caso de tratarse de un paciente grave la evolución será realizada además en horario vespertino por el personal de la sala y por la noche por el personal de guardia.

Ingresar - El alta se realizará de acuerdo al criterio del equipo interdisciplinario, con la presencia del médico o la enfermera de la familia. En caso de no ser posible, se entregará al paciente o a su familiar un resumen completo entregará al paciente o a su familiar un resumen completo del ingreso y la terapia sugerida para su domicilio.

- Es imprescindible que el equipo interdisciplinario trabaje desde el ingreso con los pacientes y familiares en la promoción de salud, favoreciendo cambios en los estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezca el conocimiento de las principales enfermedades físicas y mentales que se presentan en la vejez así como en el necesario control de las mismas.
- La rehabilitación será fomentada desde los primeros momentos, utilizado por el equipo interdisciplinario mediante las técnicas y procedimientos descritos en el anexo.
- En caso de fallecimiento se deberá de obtener la autorización para la realización de la necropsia.

Evaluación:

- Mortalidad bruta inferior a un 10 %.
- Necropsias: índice superior a un 70 %.

- Escaras formadas en el servicio: 0 %.
- Complicaciones no diagnosticadas: 0 %.
- Síndromes de inmovilización producidos en el servicio: 0 %.
- Actividades de promoción de salud individuales y de grupo. Al 100 % los pacientes ancianos ingresados.

Salas de medicina

Actividades:

En los hospitales con servicio de geriatría:

- Se ingresarán en estas salas a través del cuerpo de guardia los ancianos procedentes de su domicilio que no reúnan los criterios primarios de ingreso en servicios de geriatría.
Los ancianos ingresados en esta permanecerán el tiempo imprescindible para la mejoría de sus parámetros clínicos y humorales, trasladándose hacia las distintas salas del hospital en cuanto sea posible.

Procedimientos:

- A los ancianos ingresados desde el cuerpo de guardia les será realizada la historia clínica completa en las primeras 24 horas, siguiendo los patrones establecidos por el servicio de geriatría.
- Serán evolucionados cada ocho horas por personal calificado, de forma completa, reflejándose en cada una de ellas la evolución de sus principales problemas biológicos fundamentalmente, pero sin olvidar que el anciano presenta a su vez problemas psicológicos y sociales que inciden sobre sus enfermedades.
- La terapia medicamentosa estará de acuerdo con los criterios de la geriatría en cuanto a dosis y usos. (Anexos)
- El criterio de alta de esta sala será fundamentalmente el de la mejoría clínica, y si es necesario algunos parámetros de tipo humoral.
- Trasladar a su egreso hacia el servicio de geriatría del hospital de existir éste.

Evaluación:

- Calidad de la historia clínica y de la evaluación geriátrica.
- Mortalidad general: inferior a 20 %.
- Índice de escaras en la sala: 0 %
- Infecciones cruzadas: 0 %
- Complicaciones no diagnosticadas: 0 %
- Estadía: inferior a 7 días.

Salas de geriatría

Actividades:

- Ingresarán en estas salas todos los ancianos con enfermedades médicas procedentes de las salas de agudos.
- Todos los ancianos con enfermedades médicas procedentes de hogares de ancianos.
- Todos los ancianos con enfermedades médicas que no reúnan los criterios establecidos para la sala de agudos y otros servicios de agudos provenientes de:
 - Su casa
 - Hospital de día geriátrico
 - Traslados de otras salas del hospital, previa coordinación.

Procedimientos:

En los hospitales con geriatra sin servicio de geriatría:

- El geriatra actuará como responsable de los ancianos ingresados en el servicio de medicina, ofreciendo apoyo en la evaluación integral geriátrica y en la terapéutica general a aplicar.
- Estará encargado a su vez de valorar y si es posible realizar los chequeos pre-operatorios en cirugía mayor electiva.
- Actuará como interconsultante en el pre-operatorio de los pacientes operados de cirugía mayor general y de ortopedia.
- Actuará como responsable por el hospital ante el trabajo de la comunidad con los ancianos en las áreas de salud.

En los hospitales sin geriatra:

- Ingresarán en los servicios de medicina interna todos los ancianos con enfermedades médicas.
- Se designará uno o varios internistas con experiencia e interés para recalificarlos y hacerse cargo de la atención especializada a realizar con los ancianos hospitalizados y del área de atracción hospitalaria.

Procedimientos:

- Los procedimientos empleados en la atención de los ancianos son similares a los empleados en los servicios de geriatría.

Evaluación: La evaluación de la eficacia en el tratamiento de estos ancianos es similar a la del servicio de geriatría.

Hospital de día geriátrico Ver anexo.

Especialidades quirúrgicas

Objetivos específicos:

El objetivo fundamental que se persigue es el garantizar la mejor calidad de la asistencia médica ofrecida en los distintos servicios de cirugía general y de especialidades quirúrgicas, mediante los controles preparatorios individualizados a estos pacientes y la interconsulta cuando se solicite en los postoperatorios.

Actividades:

Las actividades estarán definidas por el tipo de hospital, es decir: con servicio de geriatría, con geriatra o con servicio de medicina.

Servicio de geriatría:

El servicio de geriatría será el encargado de realizar los controles preoperatorios en los casos de cirugía electiva mediante las consultas de geriatría habilitadas al efecto en los hospitales.

Hospitales con geriatra sin servicio de geriatría:

El geriatra será el encargado de realizar esta actividad, priorizando cuando sea imposible evaluar todos los ancianos para cirugía, aquellos de cirugía mayor y ortopedia.

Un internista con entrenamiento se hará cargo de las otras especialidades quirúrgicas.

Hospitales sin geriatra:

Un internista con experiencia e interés, previa calificación, será el encargado de realizar estos controles pre-operatorios.

En casos de cirugía de urgencia este control será realizado por el especialista de guardia de mayor calificación.

El médico encargado de realizar los controles pre-operatorios en cualquiera de sus variantes previamente establecidas deberá tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Revisar las necesidades de la cirugía. Los beneficios deben sobrepasar a los riesgos.
- Identificar los problemas médicos del paciente.
- Identificar los problemas psicológicos del paciente.
- Identificar los problemas sociales del paciente.
- Identificar los distintos factores de riesgo y atenuarlos cuando sea posible antes del acto quirúrgico.
- Aplicar las medidas necesarias para llevar al paciente a la cirugía en las mejores condiciones posibles.
- Proporcionar al paciente o a la familia una descripción de lo que pueden esperar antes, durante y después de la cirugía.
- Planificar los cuidados postoperatorios.

Procedimientos:

La evaluación geriátrica pre-operatoria incluirá:

Evaluación biomédica: Es necesario identificar los problemas médicos del paciente a través de un interrogatorio y examen físico que nos informen de las enfermedades crónicas y otras condiciones que puedan influir negativamente en el normal desenvolvimiento del acto quirúrgico, entre las que se incluyen: antecedentes y complicaciones quirúrgicas previas, hábitos tóxicos, alergias, medicamentos que utiliza, alteraciones de la función cardio-respiratoria.

Debe incluir además:

Estado nutricional: Hábitos dietéticos, alteraciones del apetito, pérdida de peso, peso actual, signos de malnutrición por exceso y por defecto.

Estado del A. respiratorio y cardiovascular: incluir interrogatorio con respecto a disnea, edemas, palpitaciones, etc.

Profundizar en el examen físico en estos aparatos.

Evaluación funcional: Se realiza como parte de la evaluación integral geriátrica que debe realizarse a todos los ancianos, siguiendo cualquiera de los sistemas evaluativos existentes. Esta evaluación debe incluir además los tests de riesgo de escaras y síndrome de inmovilización para predecir las posibles complicaciones de este tipo.

Evaluación del estado mental: Se debe realizar con cualesquiera de los métodos que miden las esferas cognitivas, afectivas y conativas del individuo.

Evaluación complementaria: Esta se realiza de acuerdo al tipo de intervención quirúrgica a realizar pero debe incluir para todos los ancianos.

- Hemograma completo
- Eritrosedimentación
- Glicemia en ayunas o postprandial.
- Creatinina en sangre (filtrado glomerular estimado)
- Cisturia minutada
- Coagulograma mínimo
- Radiografía de tórax (PA)
- Electrocardiograma de reposo, doce derivaciones

Los otros análisis a indicar dependerán del tipo de cirugía y de las condiciones físicas en que se encuentre el paciente. Ver anexo 3.

Consultas externas de geriatría:

Objetivos específicos:

- Garantizar la calidad de la atención médica ambulatoria ofrecida a nuestros ancianos por personal calificado en la especialidad.
- Mejorar la calidad de la interrelación con las áreas de salud en la atención a los ancianos.

Actividades:

- Cada hospital deberá habilitar una sesión de consulta externa semanal como mínimo por cada geriatría, con la finalidad de dar seguimiento a los pacientes egresados del hospital, así como a los controles pre-operatorios electivos.
- Se deberán habilitar interconsultas en las áreas de salud que atiende el hospital con la finalidad de acercar la atención calificada al hogar del anciano.

Procedimientos:

- Las consultas hospitalarias siempre que sea posible se desarrollarán en equipo, incluyendo la evaluación integral geriátrica de acuerdo a lo establecido en cada centro.
- Las interconsultas en el área de salud se realizarán con la presencia del paciente y su médico de la familia, siempre que esto sea posible.
- Se priorizarán en la atención calificada a aquellos ancianos que presenten riesgos en geriatría, incluyendo los ancianos con discapacidades físicas y mentales severas así como los síndromes de inmovilización.

Evaluación

- No. de consultas ofrecidas en el hospital. Casos vistos.
- No. de consultas ofrecidas en el área.
- Actividades de promoción, prevención y rehabilitación establecido efectuadas de acuerdo al programa de atención integral al adulto mayor.

Para el Objetivo No. 3 Desarrollar la formación ...

1. Perfeccionar el programa docente de los educandos en pre-grado promoviendo conocimientos y actitudes con respecto al envejecimiento, habilidades y actitudes en el área clínica.

2. Perfeccionar el programa docente de la residencia en gerontología y geriatría enfatizando en la rotación por la comunidad.
3. Perfeccionar el programa docente en las especialidades de MGI y Medicina Interna con vista a darle mayor peso a los aspectos de gerontología y geriatría clínica.
4. Perfeccionar los programas docentes de las demás especialidades médico-quirúrgicas y incorporando conocimientos en gerontología y geriatría.
5. Garantizar y mantener actualizados los conocimientos y habilidades necesarios en todo el personal que forma el equipo multidisciplinario.
6. Garantizar la capacitación del personal auxiliar que atiende a los ancianos.
7. En los hospitales que tengan geriatras o servicios de geriatría se deberán impartir cursos y adiestramientos para actualizar los conocimientos de todo el personal profesional, técnico y de servicio relacionado con la atención integral al anciano en el hospital.
8. Se deberán asimismo impartir cursos y adiestramientos para actualizar los conocimientos de los médicos de familia, así como profesionales y técnicos de las instituciones sociales.

Para el Objetivo No. 4 Incrementar la educación...

1. Incrementar la educación para la salud para los pacientes y familiares de los ancianos ingresados en todos los servicios que atiendan personas de la Tercera Edad, mediante todas las técnicas posible, principalmente la dinámica de grupo.
2. Establecer programas de capacitación a la familia de los ancianos en general y con graves impedimentos físicos y/o mentales en particular con la finalidad de que mejoren las características de la asistencia por ellos brindadas a los ancianos.
3. Incrementar en lo posible la información escrita sobre la promoción de salud, control y prevención de incapacidades para entregarla a los pacientes y sus familiares.
4. Mejorar por los medios masivos de difusión la educación para la salud de los ancianos y sus familiares, especialmente sobre la novicidad de la automedicación y las ventajas de la medicina tradicional.
5. Es necesario fomentar los encuentros intergeneracionales con objetivos educativos bien definidos.

Para el Objetivo No. 5 Desarrollar investigaciones...

1. Desarrollar investigaciones que estén vinculadas a las líneas definidas y que respondan a las necesidades de los ancianos.
2. Vincular los temas de investigación a los OPD 2000.
3. Desarrollar investigaciones de factibilidad y costo - beneficio en relación al presente programa.
4. Desarrollar investigaciones de gerontología biológica, psicológica y social en el ámbito hospitalario y en el área de salud con el apoyo y cooperación del médico de familia en plano o de igualdad.
5. Cooperar y orientar investigaciones de gerontología y geriatría con otros servicios del hospital.
6. Incrementar la colaboración con otros servicios geriátricos e instituciones nacionales y extranjeras para realizar investigaciones conjuntas.
7. Incrementar las relaciones y cooperación con otros sectores nacionales y extranjeros para realizar investigaciones conjuntas intersectoriales.

Para el Objetivo No. 6 Garantizar la adecuada...

- En los hospitales con geriatras se designará uno o varios responsables para las áreas de salud que atiende el hospital.
- El geriatra responsabilizado con el área de salud estará encargado de realizar, asesorar y evaluar las actividades asistenciales, docentes e investigativas que se realicen en el área, en interrelación directa con los médicos y enfermeras de la familia, así como con la Dirección del Policlínico, Consejo Popular y Organizaciones Políticas y de Masas.
- En casos en que no haya geriatra, se designará por el hospital un internista con experiencia e interés para cumplir estas funciones, previa recalificación en un servicio docente de geriatría.
- La actividad realizada por el geriatra o internista calificado será evaluada mensualmente por la dirección del hospital y del policlinico correspondientes.

Control y evaluación

El control del presente programa depende del director del hospital y de su consejo de dirección, el cual designará un responsable del mismo para el hospital.

La evaluación se lleva a cabo por:

- El hospital
- Los niveles superiores al hospital mediante los siguientes elementos:
 1. El resultado de las evaluaciones de los comités hospitalarios (evaluación interna) y de especialistas de otros niveles, municipio, provincia y nivel central (evaluación externa).
 2. El análisis de la información periódica (indicadores).

Las evaluaciones internas del cumplimiento del programa deben llevarse a cabo por los comités hospitalarios correspondientes establecidos para lo cual la dirección del hospital dará a conocer los elementos necesarios al consejo de calidad y los comités previamente. Estas evaluaciones internas serán mensuales.

Las evaluaciones externas del cumplimiento del programa se llevarán a cabo por las direcciones municipales, provinciales y nivel central cada dos meses, tres meses y seis meses respectivamente.

En estas actividades de evaluación se deben tener en cuenta la cantidad y tipo de problemas identificados y las soluciones que se le dieron a los mismos, considerando las normas que rigen la atención al anciano.

Como paso previo deben medirse los objetivos propuestos y las actividades desarrolladas que le den salida a dichos objetivos, valorando el comportamiento de los indicadores que se les establecen para este tipo de atención en los hospitales.

Análisis de la información periódica:

1. Indicadores hospitalarios básicos.
2. Indicadores de calidad de atención.
3. Indicadores de relación con la familia y la comunidad.

4. Indicadores de calidad de investigaciones.

Indicadores hospitalarios básicos

Promedio de estadía de ancianos:

En salas de agudos: menos de 7 días

En salas de Geriatria y medicina: menos de 15 días

En HDG: menos de 45 días

En otros servicios hospitalarios: de acuerdo a lo normado para esos servicios.

Mortalidad:

En salas de agudos: de 20 % bruta

En salas de Geriatria y medicina - 10 % bruta

En HDG 0 %

En las terapias y en las especialidades quirúrgicas, de acuerdo a lo normado para esas especialidades.

Grado de salud al egreso: Grados I - II - III - IV (Ver control semántico)

Indicadores de calidad de atención:

Índice de escaras: 0 %

Síndromes de inmovilización: 0 %

Complicaciones no diagnosticadas o insuficientemente tratadas: 0 %

Promoción de salud y prevención de incapacidades: al 100 % de los ancianos ingresados

Indicadores de relación hospital - comunidad:

Reuniones de alta al 100 % de los ancianos con la participación del médico de familia.

Asesoría y control de las actividades de Geriatria en las áreas de salud.

Consultas e interconsultas en los hogares de los ancianos.

Interconsultas en las instituciones sociales.

Indicadores de calidad de investigaciones:

Las investigaciones estarán comprendidas en las líneas aprobadas.

Las investigaciones seguirán el proceso de aprobación determinado por el hospital y la facultad correspondiente.

Los resultados deberán ser analizados y discutidos por el personal de mayor calificación en los distintos servicios.

Hospital _____ Municipio _____
Provincia _____ Teléfono _____
Director _____ J' Serv. Geriatria _____
Dotación de camas _____ Real _____ Camas de Geriatria _____
Índice ocupacional _____ Promedio de estadía _____
General _____ Geriatria _____

Mortalidad Neta _____ Bruta _____ % de muertes en > 60 años

Primeras causas de muerte:

- de 60 años + de 60 años

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

% de egresos en > 60 años _____

% de necropsias _____

Correlación clínico patológica _____

de corta estadía

de psicogeriatría

Hospital de Día

Resultados

de mediana estadía

sin clasificar

Números de plazas

Recursos humanos en Geriatría

Geriatras

Psicólogo

Trabajo Social

Enfermería

Personal entrenado

I. Organización:

Cuerpo de guardia

Presencia de geriatra _____ horas

Personal entrenado _____ horas

Revisar manual de procedimientos. Analizar resultados.

II. Asistencia Médica

- Historia Clínica Geriátrica

- Evaluación funcional

- Calidad de la atención

- Atención de pacientes y familiares

Interrelación con los servicios

Ortopedia

Medicina

Cirugía

Urología

Psiquiatría

III. Actividades docentes

Pre grado

Post grado

Residencia

Seminarios

Cursos

Otros

IV. Educación sanitaria

a pacientes

a familiares

trabajadores

otros

V. Investigaciones

Programados

En curso

VI. Proyección sobre la comunidad.

Continuidad en la atención a egresados.

Policlínicos

- asistenciales

- docentes

- investigación

Hogares de Ancianos

Otros