



Dirección General de la Salud

AREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR

**RECOMENDACIONES Y CRITERIOS TÉCNICOS
PARA LA ORGANIZACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS
PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES:**

SERVICIOS DE GERIATRÍA



**Documento Técnico N° 001 / 2017
agosto de 2017**



República Oriental del Uruguay



Dirección General de la Salud

AREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR

**RECOMENDACIONES Y CRITERIOS TÉCNICOS
PARA LA ORGANIZACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS
PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES:
SERVICIOS DE GERIATRÍA**

DOCUMENTO TÉCNICO OO1/2017



**RECOMENDACIONES Y CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA ORGANIZACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES: SERVICIOS DE
GERIATRÍA**



AUTORIDADES

Sr. Ministro de Salud Pública

Dr. Jorge Basso

Sra. Sub Secretaria

Dra. Cristina Lustemberg

Sr. Director General de la Salud

Dr. Jorge Quián

Sra. Sub Directora General de la Salud

Dra. Raquel Rosa

Sr. Asesor Responsable del Área Programática del Adulto Mayor

Profesor Dr. Italo Savio

DOC. TÉCNICO 001 /2017

...”La calidad de una sociedad se refleja en cómo cuida a los más vulnerables”...

(Presidente Profesor Dr. Tabaré Vázquez. 1º de marzo de 2015. Mensaje a la ciudadanía)

EQUIPO DE TRABAJO

➤ **ASESOR RESPONSABLE DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR. DI.GE.SA. – M.S.P.** *(Coordinador, revisor y compaginador del documento de Recomendaciones y Criterios Técnicos)*

- **Profesor Dr. Italo Savio. Profesor Titular de Geriátría y Gerontología. Director del Departamento de Geriátría y Gerontología de la Facultad de Medicina. Universidad de la República.**

➤ **ASESORA ADJUNTA DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR.**

- **Dra. Alejandra Talice García.** Doctora en Medicina. Especialista en Geriátría y Gerontología, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- Ex Sub Directora del Hospital – Centro Geriátrico “Dr. Luis Piñeyro del Campo” de ASSE.

➤ **ASESOR ADJUNTO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR.**

- **Dr. Dardo Roldán.** Doctor en Medicina. Especialista en Geriátría, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
- Miembro de la Dirección de la SUGG (Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátría), Filial Latinoamericana (COMLAT), de la IAGG (International Association of Gerontology and Geriatrics).

➤ **ASESOR ADJUNTO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DEL ADULTO MAYOR.**

- **Dr. Mariano Silva Blanco.** Doctor en Medicina. Escuela Latinoamericana de Medicina, La Habana, República de Cuba. Reválida en Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo-Uruguay.
- Docente. Asistente Grado II de Geriátría y Gerontología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo- Uruguay.
- Miembro Representante del Ministerio de Salud Pública ante el Consejo Consultivo del Instituto Nacional de las Personas Mayores. (INMAYORES. Ley 18.617).



Índice

	Página
Prólogo.....	6
Presentación.....	7
Justificación.....	8
Marco conceptual: Lineamientos generales para la organización de servicios de atención a la salud para adultos mayores.....	9
Necesidades de atención de salud de los adultos mayores.....	10
Organización de servicios geriátricos. Tipología de adultos mayores.....	12
Atención de las personas mayores en el primer nivel de atención (criterios generales y pautas).....	15
Atención de las personas mayores en el segundo nivel de atención.....	19
• Unidad de Valoración Geriátrica (UVG).....	20
• Unidad de Media Estancia (UME).....	23
• Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).....	26
• Hospital de Día Geriátrico (HDG).....	29
Normas y criterios generales para la organización de servicios de Psicogeriatría.....	31
Recomendaciones sobre aspectos generales.....	33
Glosario.....	35
Bibilografía.....	37

Prólogo

La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud ha significado importantes avances en la atención integral de la salud de nuestra población.

En este periodo de gobierno se ha priorizado profundizar el desarrollo de la reforma sanitaria en base a lineamientos estratégicos del Ministerio de Salud Pública para el período 2015-2020, mediante la definición de políticas, objetivos y metas sanitarias explícitas. Los objetivos estratégicos incluyen los problemas identificados desde una perspectiva multidimensional y respecto de todas las edades en el ciclo de vida.

El envejecimiento poblacional y la atención a la salud de las personas adultas mayores constituye un desafío para el desarrollo de respuestas sanitarias y sociales, que aporten a su calidad de vida, desde una perspectiva de ciclo de vital, especialmente para quienes son más vulnerables. Esas respuestas son necesariamente intersectoriales.

La transformación demo epidemiológica del país nos obliga a buscar estrategias eficaces y eficientes para la prevención y control de los eventos sanitarios de mayor prevalencia, sobre todo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Además es necesario implementar respuestas preventivas y de promoción de la autonomía personal para evitar o retardar la dependencia en la vejez.

Para ello es necesario avanzar en un modelo de atención que dé cuenta de la continuidad asistencial, en una participación más proactiva de los prestadores de salud, de modo de no limitarse a que se realice un seguimiento presencial o no presencial, llegado el caso, sin desentenderse de la evolución clínica de los adultos mayores bajo su cobertura. Hoy se dispone de muchas alternativas para dicho seguimiento.

Paralelamente hay que seguir en el esfuerzo de potenciar el fortalecimiento del primer nivel de atención, en el marco de responder más y mejor a las necesidades de las personas, en un país en plena transición demográfica, con aumento de la esperanza de vida y de carga de enfermedades crónicas no transmisibles.

Muchos de estos desafíos tienen una evidente relación con la calidad de vida y los procesos asistenciales en salud en el curso de vida, donde es preciso construir una cultura de calidad en el mismo cambio del modelo de atención, privilegiando los aspectos humanitarios y determinantes sociales, en este caso hacia la vejez.

Con lo expresado, destacamos que estas Recomendaciones y Criterios Técnicos para el desarrollo de servicios sanitarios hacia personas adultas mayores constituyen un paso inicial e inédito en nuestro medio en cuanto establecer y definir conceptos técnicos muy concretos en este campo.

Ello supone o pretende promocionar y desarrollar, por primera vez en el país más envejecido de América Latina, un modelo de atención hacia el grupo etario, que articula una fuerte ponderación del primer nivel de atención, con criterios técnicos para el desarrollo de servicios diferenciados basados en la evidencia científica.

Dr. Jorge Basso

Ministro de Salud Pública,

Octubre de 2017

Presentación

Los servicios de Geriatría, o sea aquellos servicios diferenciados y especializados en la atención integral de la salud de las personas adultas mayores frágiles, articulados sobre todo con el primer nivel de atención, han demostrado mejores resultados que los modelos tradicionales de atención.

Existen numerosos estudios en el mayor nivel de evidencia científica (meta análisis) que ilustran sobre su eficiencia y eficacia, en particular respecto de la atención de quienes son más vulnerables.

En Uruguay la mayoría de quienes asisten mayores no tienen competencia calificada en Geriatría. Desde 2008 la enseñanza de la Geriatría se integra al Plan de Estudios de la Carrera de Medicina, y se desarrolla en forma sistemática en la enseñanza de grado desde 2014.

En la última década la cantidad de médicos residentes de geriatría se ha multiplicado al igual que el número de especialistas que han egresado, lo que hace posible o factible construir un modelo organizacional y tipología de servicios geriátricos de carácter nacional, acorde a nuestra realidad.

Los servicios que se describen y sobre los que se establecen criterios en este documento son de carácter estrictamente sanitario, si bien pueden considerarse complementarios de las prestaciones sociales consideradas en el Sistema Nacional de Cuidados (SNIC).

Se propone un desarrollo progresivo, escalable, concretado según zonas, áreas y regiones, mediante complementaciones de prestadores, servicios, reasignación de recursos calificados no utilizados, utilización de cargos de alta dedicación en Geriatría, en torno a respuestas locales desde lo posible, pero siempre desde una pauta o criterio técnico específico de carácter nacional, propósito de estas recomendaciones. Las mismas refieren entonces a cómo desarrollar de la forma más adecuada, servicios geriátricos de calidad y amigables hacia los usuarios adultos mayores.

Profesor Dr. Italo Savio

Asesor Responsable

Área Programática del Adulto Mayor

Montevideo, octubre de 2017

Justificación

Recientemente se ratificó la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de las Personas Mayores de la Organización de Estados Americanos (2016)**, por lo cual la misma tiene ya un efecto vinculante para Uruguay.

En su Artículo 12°, la Convención garante los cuidados de largo plazo tanto para los adultos mayores, tanto en el plano social como sanitario y en su Artículo 19° asegura el derecho a la salud y en particular: *“atender a las personas mayores con enfermedades que generan dependencia, incluidas las crónico-degenerativas, las demencias y la enfermedad de Alzheimer”...* (literal h). También obliga a fortalecer las capacidades de los trabajadores de los servicios de salud, sociales y socio-sanitarios integrados, y de otros actores, en relación con la atención de la persona mayor, teniendo en consideración los principios contenidos en la Convención (literal i) y establece *“promover y fortalecer la investigación y la formación académica profesional y técnica especializada en geriatría, gerontología y cuidados paliativos”...* (Literal j).

Por otro lado, el Segundo Plan de Envejecimiento y Vejez (PNEV, 2016) incluye también promover el desarrollo de Unidades de Valoración Geriátrica (UVGs) en el sistema de salud para este periodo y la Estrategia de Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN, 2016-2010) del MSP prioriza la mejora de la atención y accesibilidad a la asistencia de los mayores más vulnerables.

Es claro pues que existen razones demográficas, éticas, de factibilidad tecnológica y económico – financieras, razones políticas y de Estado, de mejor gestión y calidad del gasto y ahora técnico legales internacionales, que obligan y sustentan la necesidad de diseñar y ejercer rectoría en términos organizacionales y en el ámbito de la Salud.

Establecer Recomendaciones y Criterios Técnicos de carácter nacional en este campo es imprescindible para que exista un conjunto organizado de servicios, que rija tanto a nivel público como privado, como para la complementación entre prestadores, y ello a su vez es ineludible para que los recursos (materiales y humanos), se articulen entre sí de forma armónica, en un modelo centrado en las personas adultas mayores y sus necesidades de atención. Un modelo basado en la abundante evidencia científica que existe en cuanto eficacia y calidad del gasto en esta población. En cualquier hipótesis, no parece razonable que la atención específica y especializada hacia un segmento de población tan relevante quede librada a los actores del mercado, de los prestadores aislados o la espontaneidad.

La mencionada Convención internacional ya ratificada supone al menos disponer de unas Normas Técnicas nacionales y criterios de organización acerca de servicios geriátricos en el propio sistema de salud. Este es el principal fundamento de estas Normas y Criterios Técnicos, que vienen a dar cuenta de una larga ausencia en nuestro medio.

El presente documento de Recomendaciones y Criterios Técnicos tiene por objetivos establecer un marco conceptual, establecer unos criterios generales para la organización de servicios de Geriatría y desarrollar una definición concreta de diversos ámbitos o contextos geriátricos de atención (definición, objetivos, estructura, tipología de usuarios

objetivo, funciones, actividades, criterios mínimos para puesta en marcha, criterios de calidad: estructura, proceso, resultado) para Uruguay.

MARCO CONCEPTUAL

Lineamientos Generales para la Organización de Servicios de Atención de Salud para los Adultos Mayores

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 14,1 % de su población mayor de 65 años. En Montevideo se concentra casi el 50% de los adultos mayores del país alcanzando este grupo el 19 % de la población capitalina.

Los mayores de 75 u 80 años, constituyen un subgrupo más frágil y vulnerable, alcanzarán el 40% de los mayores de 65 años para el año 2025. Ellos incluyen aquellos que asocian problemas médicos y sociales complejos, grados variables de declinación funcional y tienen necesidades de atención sanitaria continuada y de larga duración.

Si bien en la actualidad entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón – cama, deambular), el escaso énfasis puesto en la prevención en períodos previos hace previsible la existencia de crecientes cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales.

En un medio donde la familia no dispone de sistemas socio sanitarios integrados capaces de asegurar una continuidad de los cuidados en la comunidad, la integración de la mujer al mundo laboral ha significado también una disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención geriátrica domiciliar programada, hospitales geriátricos de día, y en lo social centros diurnos, viviendas protegidas) que proporcionen soporte a las familias en la comunidad ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estadía (residencias y hogares, “casas de salud”). Se estima que 5% de los adultos mayores viven en instituciones de larga estancia, lo que implica unas 25.000 camas. Ello supone aproximadamente el doble de las camas de hospitales de agudos públicos y privados. El 90% de esta población se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas.

En cuanto a los prestadores sanitarios, ASSE le brinda cobertura a la mayoría de los adultos mayores en todo el territorio nacional (más de 40%).

La mayoría de los usuarios adultos mayores del SNIS viven al Sur del Río Negro, con departamentos cuyo porcentaje de envejecimiento supera francamente el promedio nacional ya mencionado (Montevideo, Colonia, Flores, Florida, San José, Lavalleja, Rocha, Cerro Largo).

La asistencia geriátrica incluye un conjunto de niveles sanitarios hospitalarios y extra hospitalarios y servicios sociales no integrantes del sector salud, que atienden las situaciones que presentan los ancianos.

En Uruguay ASSE es el único prestador de servicios de salud con un centro geriátrico polivalente (*Piñeyro del Campo*), de 280 camas, que presta simultáneamente servicios de corta estadía o diurna (centro diurno), de media estancia (UME, Unidad de Rehabilitación) y de larga estadía

(Unidad de alta dependencia, Unidad de demencias y psicogeriatría y Unidad de semidependientes).

La Universidad de la República (UdelaR) en su Hospital Universitario tiene el único Departamento de Geriatría que existe en Uruguay.

Necesidades de atención de la salud en los adultos mayores

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biomédicas, mentales, sociales y funcionales (son independientes y autoválidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana).

Considerando estas cuatro áreas, la condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea, porque existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece.

La mayoría son personas independientes y socialmente integradas a la comunidad, pero un porcentaje creciente padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad de origen físico y/o mental.

La satisfacción integral de sus necesidades merece entonces respuestas heterogéneas (sanitarias, sociales, habitacionales, etc.), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

Ello supone desarrollar sistemas formales (institucionales), que posibiliten que aquellos que son ~~relativamente sanos e independientes~~ continúen siéndolo y que aquellos que tienen entorno familiar permanezcan todo lo posible en la comunidad, mediante una tipología de servicios diferenciada y unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario.

De acuerdo a la OPS / OMS el desarrollo de una atención socio sanitaria de nuestros adultos mayores, que fomente el envejecimiento activo, debe sustentarse en unas condiciones básicas y principales, a saber:

Accesibilidad: que implica que recursos y oportunidades de atención sean conocidos, que una vez evaluadas objetivamente las necesidades no existan factores limitantes (Ej.: discriminación por edad, situación económica), que se propenda a la participación de los mayores en la evaluación de programas y servicios que les corresponden, que se trabaje en la eliminación de barreras ambientales, psicológicas, culturales y que se asignen recursos a la satisfacción de las necesidades.

Modelo y sistema centrado en la persona adulta mayor: implica que los servicios sean flexibles, sensibles y capaces de dar cuenta de los cambios del estado global de salud y de elaborar respuestas conforme ocurre ese cambio. Se incluye en este aspecto la consideración a la persona mayor y sus familias en cuanto preferencias en la medida de lo posible y el apoyo a los cuidadores familiares con información,

Los servicios deben ser coordinados y multidisciplinarios: debe existir un continuo de contextos de atención, con enfoque sistémico, que con énfasis en la comunidad, articule con todos los niveles de atención, de forma de asegurar la progresividad y constancia de los cuidados. Para ello y en cada área y región deben identificarse servicios sociales y sanitarios capaces de satisfacer las necesidades, coordinar los recursos de forma que todas las actividades (promoción, prevención, atención primaria orientada al manejo y control de problemas habituales, rehabilitación y atención paliativa), se desplieguen en forma armónica e integrada.

Todo ello supone aprovechar recursos existentes y desarrollar servicios diferenciados comunitarios y hospitalarios (centros diurnos, atención geriátrica domiciliaria, unidades de rehabilitación y media estancia, unidades de evaluación geriátrica). Un aspecto esencial es el establecimiento de sistemas de evaluación estandarizada de las necesidades de los usuarios adultos mayores, especialmente de los más vulnerables, de forma de ubicar o referir al usuario al contexto de atención capaz de atenderle mejor según la complejidad de sus problemas, en base a protocolos y pautas consensuadas.

Estas respuestas en el sector salud deben articularse y coordinarse con las de otros sectores y efectores del Estado que también son relevantes para mantener la salud, el máximo de independencia y bienestar en nuestros adultos mayores (vivienda, sociales, transporte, etc.).

Sistema y modelo de responsabilidad compartida: lo que supone responsabilidad de actores diversos que incluye a los propios adultos mayores (responsabilidad individual), las familias, los grupos comunitarios, efectores del sector privado, los gobiernos locales y todos los organismos del Estado que entiendan en el tema. Deben incluirse progresivamente estos actores, dando sustentabilidad al sistema y políticas hacia los mayores, articulando en las respuestas esta variedad de actores y recursos.

Debe ser un sistema - modelo equitativo y sostenible: la equidad supone la oportunidad de acceso a servicios cualquiera sea la condición de la persona. La viabilidad en el largo plazo debe sustentarse en un sistema y respuestas acordes a nuestro contexto socio cultural, a la generación de apoyos políticos y sociales que permitan una consolidación de la respuesta con carácter nacional, basados en una conciencia pública sobre el tema. Desde una perspectiva de derechos se trata del derecho de los usuarios a una atención integral, continuada incluyendo el derecho a la atención especializada en adultos mayores.

Debe trabajar sobre el aseguramiento de la calidad y su mejora continua: ello implica que los servicios para los adultos mayores deben sustentarse en una adecuada competencia de quienes los prestan y del personal incluido. Para fomentar la calidad es preciso la incorporación de indicadores a los sistemas de vigilancia del sector salud que permitan evaluar de forma constante la competencia, seguridad, accesibilidad, eficiencia, satisfacción de usuarios, continuidad de las atenciones y programas. Debe desarrollarse y difundirse estándares de práctica profesional y una capacitación continua de los recursos humanos en los diversos sectores implicados, tanto en los cuidados formales como hacia el cuidado informal (familia, entorno socio familiar).

Con esta perspectiva integral, los tipos de apoyos a desarrollar serán diversos e implican sectores que se extienden más allá del sector salud. Implica a la educación (formación de personal para una sociedad que envejece), a las soluciones habitacionales (vivienda: hábitat y servicios, apropiados y accesibles para promover la salud), transporte (para promover la participación y movimiento, accesos a bienes culturales, etc.), servicios sociales y legales, así como la salud (promoción, prevención, atención a la enfermedad y rehabilitación).

Finalmente los tipos de intervención y servicios dependerán de la capacidad funcional y autonomía de las personas mayores, sea en términos individuales o colectivos, lo que puede cambiar (de independiente a frágil o dependiente y a la inversa). Por ello es preciso que el modelo y sistema contemple con enfoque de riesgo, por una parte estrategias para adultos mayores independientes y relativamente sanos y por otro lado estrategias que simultáneamente se desarrollen sobre quienes son más frágiles o vulnerables.

En el caso de los adultos mayores independientes y relativamente sanos, los apoyos y estrategias están destinados a mantener y promover su independencia, a cuidar de su salud, a prevenir enfermedades y controlar condiciones crónicas, a incentivar su participación e integración social.

En el caso de las personas mayores con discapacidades e incluso de aquellos en el final de su vida, las estrategias y movilización de apoyos deben también propender al mantenimiento de su autonomía en la medida de lo posible, a rehabilitar y mantener función, a apoyar a los cuidadores

familiares, a controlar enfermedades crónicas, a desarrollar servicios diurnos y de soporte domiciliario, especialmente de enfermería, Unidades de Media Estancia y Rehabilitación en Centros Geriátricos y hospitales, Unidades de Evaluación Geriátrica en la misma ubicación, que retarden la institucionalización hasta donde sea posible y a la atención en contextos institucionales de calidad digna cuando sea necesario, a proporcionar alivio, dignidad y confort en el final de la vida.

Promoción y prevención de salud en los adultos mayores.

Ya se establecieron los argumentos y el enfoque de riesgo a tener en cuenta en la misma. Es importante destacar, que el enfoque preventivo y la promoción de salud no está destinada únicamente a personas sanas y autoválidos, sino que con el concepto de envejecimiento activo la filosofía preventiva y la promoción son extensivas cualquiera sea la condición global de salud y grado de autonomía que tienen la persona adulta mayor. Cambian solo los objetivos y adecuaciones de las actividades. Por otra parte muchas veces las actividades de promoción, prevención primaria, secundaria y prevención terciaria se encuentran intrincadas y coinciden en la misma persona.

En términos generales se incluye habitualmente actividades destinadas a promover hábitos de vida saludables (actividad física regular, nutrición apropiada, inmunizaciones básicas: antitetánica, antineumocócica, antigripal, cuidados personales e higiene, cuidados de pies, higiene del sueño, salud bucal, uso adecuado de medicamentos, aspectos sociales: integración y participación social, prevención de abuso –maltrato), chequeos y controles periódicos para pesquisa de enfermedades de alta prevalencia no diagnosticadas para su tratamiento precoz (enfermedades crónicas, evaluación de riesgo nutricional, etc.) y actividades vinculadas a la rehabilitación (Ej.: para personas con trastorno de equilibrio y caídas).

En la prevención secundaria y terciaria existen aspectos particulares y específicos a integrar como la prevención y adecuado manejo de los síndromes geriátricos (caídas, síntomas depresivos, deterioros cognitivos, declinación funcional o pérdida de autonomía e inmovilidad, y sus complicaciones, etc.).

Las actividades de promoción y prevención de salud deben adaptarse a grupos de riesgo y según su estado funcional y en muchos casos deben ser extensivas o proporcionarse a los familiares y cuidadores habituales, como en el caso de personas con deterioro cognitivo.

Dado que en nuestro medio no existe capacitación en geriatría y gerontología en el nivel de pregrado en la mayoría de las disciplinas de la salud, es preciso capacitar a los recursos humanos del primer nivel de atención en ello, de modo que sean capaces de adaptar los contenidos y énfasis a las características de la edad. En el mismo sentido es preciso que estos equipos se capaciten en aspectos básicos para la atención de esta población, especialmente en aquellos indispensables para la evaluación de su problemática y sus necesidades (conceptos básicos de evaluación geriátrica integral, habilidades de comunicación y técnica de la entrevista, uso de escalas para evaluación cognitiva y afectiva, evaluación funcional, etc.).

Todas estas cuestiones hacen a asegurar la calidad de atención a esta población en cuanto a asegurar una competencia mínima en los RR.HH. que les asisten y aconsejan.

En el contexto de una reconversión del modelo de atención es necesario que los equipos del primer nivel aprendan destrezas e instrumentos que les permitan manejar mejor las situaciones razón por la que sería recomendable extender y reiterar la actividad en este sentido.

La consulta especializada o apoyo del geriatra en la comunidad resulta de utilidad para la resolución de casos, cuando el nivel de complejidad del problema supera la capacidad de

resolución de los RR.HH del primer nivel. Por ello es necesario establecer a priori criterios para la derivación con objeto de una adecuada utilización de recursos y horas disponibles.

Organización de servicios geriátricos: Tipología y Clasificación de Adultos Mayores

Con el objetivo de una estrategia para el desarrollo de servicios geriátricos así como la selección de la mejor estructura atención en la gestión de situaciones es útil y necesario distinguir diferentes subgrupos de adultos mayores:

- **Adulto mayor sano o robusto:** No presenta ninguna enfermedad detectada de entidad, ni alteración funcional, mental o social. Las acciones sobre este grupo son fundamentalmente preventivas.
- **Adulto mayor enfermo:** Presenta una afección aguda o crónica generalmente aún no invalidante, sin alteraciones funcionales, mentales o sociales.
- **Adulto mayor frágil o vulnerable:** Presenta una serie de factores médicos (procesos crónicos invalidantes, polifarmacia, etc.), deterioro funcional o mental, problemas sociales (aislamiento social, ingresos insuficientes) o características demográficas (sexo femenino, mayores de 80 años), que son factores de riesgo de dependencia, institucionalización y muerte.

El rol del Primer Nivel de Atención es clave, tanto en la asistencia directa a los adultos mayores sanos y enfermos, como en la detección de los adultos mayores vulnerables, procurando la continuidad de los cuidados a estos pacientes, en este último subgrupo en coordinación con la atención especializada en Geriatria.

El prototipo de persona adulta mayor frágil o vulnerable es el de una persona de edad avanzada (generalmente mayor de 75 años), con problemas de salud complejos, con riesgo de discapacitarse o que ya presenta discapacidad para realizar de forma independiente actividades de cuidados personales y cuyo entorno social es precario, porque no existe o porque está objetivamente en vías de agotamiento.

Son factores de riesgo de fragilidad en los adultos mayores:

- La Edad igual o mayor a 75 u 80 años (*en la práctica clínica no sola como factor aislado sino asociada a los otros factores que mencionamos*).
- Vivir solo en aislamiento social.
- Viudez reciente (menor a un año)
- Institucionalización reciente (ingreso a “casa de salud”- hogar de ancianos), menor a 1 año.
- Padece una o más enfermedades crónicas que determinan incapacidad funcional: ACV / Stroke con secuela. IAM menor 6 meses. Parkinson. EPOC, Enfermedades osteoarticulares. Caídas recurrentes, déficits sensoriales severos (audición, visión).
- Enfermedad terminal: cáncer, demencia grave, cualquier insuficiencia orgánica con pronóstico vital menor a 6 meses.
- Toma 4 o más medicamentos o medicación con efectos secundarios importantes.
- Requieren atención domiciliaria cada mes.

- Reingreso hospitalario en el último mes. Ingreso hospitalario último año por cualquier causa.
- Deterioro cognitivo y/o Depresión.
- Situación socioeconómica precaria.

La Geriátría es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos. Son las personas mayores frágiles quienes más se benefician de la atención especializada en Geriátría.

El objetivo de la Geriátría es intentar restaurar la salud, y mantener o mejorar el mayor grado de independencia física y mental para limitar el deterioro funcional, determinante fundamental de la calidad de vida y principal predictor de dependencia, mortalidad, institucionalización y consumo de recursos sanitarios y sociales en los adultos mayores.

En 2008, el Instituto de Medicina de EEUU constituyó un comité de expertos para elaborar las directrices para la provisión de cuidados a los ancianos americanos en el futuro. Tras una revisión sistemática de la literatura científica publicada hasta mayo de 2008 encontró 118 estudios de alta calidad (experimentales, cuasi-experimentales y metanálisis), a partir de los cuales se concluyó que: los rasgos comunes que caracterizan la eficacia y eficiencia de las intervenciones geriátricas son: Mejores resultados a mayor precocidad e intensidad de la intervención, adecuada selección del paciente objetivo, trabajo de un equipo multidisciplinar especializado en medicina geriátrica y basado en la Valoración Geriátrica Integral (VGI), adaptaciones estructurales, formación especializada del personal e integración de los cuidados hospitalarios y comunitarios para garantizar la continuidad asistencial.

Citamos, para culminar unas conclusiones acerca del beneficio e impacto de la Valoración Geriátrica Integral: “El beneficio demostrado de la VGI es suficiente para justificar la reorganización de los servicios, sin que esta reorganización aumente los costos para los hospitales y en cambio contribuya a una reducción de los potenciales costos sociales. Parece ser necesario que las instituciones de asistencia sanitaria justifiquen su provisión de camas geriátricas adecuadas tanto en el ámbito de la atención de casos agudos como de rehabilitación” (*Ellis, Revision Cochrane traducida, 2011*)

OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS GERIATRICOS Y COORDINADOS

Tomando en cuenta el marco conceptual y lineamientos generales precedentes, es necesario considerar el Objetivo General y los Objetivos Específicos de estos servicios sanitarios de carácter geriátrico.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir a asegurar una red articulada de servicios que cubran las necesidades de atención de salud de los usuarios adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Desarrollar acciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de la salud que favorezcan la autonomía e independencia y con ello el mantenimiento de los adultos mayores en la comunidad hasta donde ello sea posible.
- Contribuir a la integración y articulación intersectorial con especial énfasis en la coordinación de los servicios sanitarios con los sociales.

- Contribuir a asegurar una adecuada articulación entre la atención primaria y la atención especializada hacia los adultos mayores.
- Evitar ingresos hospitalarios e institucionalizaciones inadecuadas e innecesarias, potenciando el desarrollo de servicios alternativos adecuados (hospital de día, atención domiciliaria, etc.)
- Contribuir a asegurar la integralidad y continuidad de los cuidados entre los diversos niveles de atención.

Para ello es preciso que los prestadores sanitarios, tanto públicos como privados, consideren la complementación de servicios entre sí y desarrollen la articulación intersectorial con el Sistema Nacional Integrado de Cuidados, en especial para la atención de personas adultas mayores con pérdida de autonomía y dependencia (frágiles y vulnerables).

Por otro lado es necesario definir unos contextos, estructuras de servicios especializados, geriátricos, a desarrollar así como pautas generales para su normalización.

Esto último supone: definir las estructuras para la atención de los adultos mayores, estableciendo los requisitos para su desarrollo; delimitar las funciones, actividades y competencias de cada una de estas estructuras y elaborar indicadores de seguimiento y evaluación para cada una de ellas. Esto es un modelo de servicios coordinados con pautas básicas, definiciones, requisitos materiales y de los recursos humanos para que puedan considerarse servicios geriátricos y parte del modelo que se asume en estas normas.

El desarrollo de estos servicios supone un proceso progresivo, en etapas, desde los más sencillos a los más complejos y estará condicionado por las situaciones locales y regionales.

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN A LA SALUD (CRITERIOS GENERALES Y PAUTAS)

Para abordar este aspecto tomamos como base las pautas del MSP en cuanto atención en el primer nivel.

Una adecuada atención geriátrica se basa en: el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de la Evaluación o Valoración Geriátrica Integral y la atención del adulto mayor en niveles asistenciales, con el objetivo de asegurar la asistencia integral y progresiva.

La asistencia geriátrica incluye un conjunto de niveles sanitarios hospitalarios y extra hospitalarios y sociales que atienden las situaciones que presentan los ancianos. Esta asistencia reconoce como pilares fundamentales. El Primer Nivel de Atención (en el contexto de la estrategia de APS), pero es necesario identificar y reconocer en ellos problema sanitarios que les superan absolutamente en resolutiva y hasta razonable utilización de recursos.

Se debe mejorar e incrementar el aporte de los servicios sociales comunitarios en niveles operativos y más concretos, relacionados a la atención de mayores en este nivel... Por ello debemos avanzar en disponer de servicios sociales de enlace en el ámbito privado y en mejorar los existentes en el espacio público. Si ellos como sistema organizado todo el esfuerzo inmenso que se eriza en este campo y respecto de esta población serán fútiles.

OBJETIVO GENERAL: El Objetivo General del Primer Nivel de Atención es el de colaborar en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad, durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover la salud de los adultos mayores.
- Desarrollar la prevención primaria, secundaria y/o terciaria.
- Dar asistencia a los problemas específicos cuando corresponda.
- Detectar e intervenir sobre factores de riesgo bio psico sociales que conduzcan al deterioro funcional.
- Detectar precozmente las incapacidades funcionales, cognitivas y las disfunciones sociales.
- Priorizar el mantenimiento de la función y la autonomía.
- Implementar protocolos de valoración de las personas mayores en Atención Primaria, a efectos de detección de problemas - síndromes geriátricos y coordinación con Servicios Especializados.
- Desarrollar estrategias que permitan la detección de adultos mayores vulnerables.
- Priorizar la visita domiciliaria cuando la incapacidad o gravedad hagan difíciles el seguimiento ambulatorio.
- Realizar actividades de educación para la salud hacia los usuarios adultos mayores y sus cuidadores de forma de promover el auto cuidado y la autonomía.
- Ayudar a una muerte digna mediante una atención basada en los cuidados paliativos domiciliarios.

ESTRUCTURA:

- **Marco de Referencia:** Región, zona y área de salud.

Estructura Física: - Centros de Salud
 - Consultorios del Primer Nivel de Atención (PNA)

Recursos: - **Humanos:**- Médico General o Médico de Familia
 - Licenciada en Enfermería
 - Trabajador Social
 - Otros posibles: Aux. Enfermería, Psicólogo,
 Fisioterapeuta, etc.

- Personal de apoyo no sanitario.

-Materiales:-Equipamiento básico de consultorio.

-Servicios complementarios: laboratorio, radiología, etc.

(según capacidad - resolutivez adjudicada)

Relación con la atención especializada en Geriatría: La creación e inserción de Unidades de Valoración Geriátrica (VGI) en hospitales generales y/o en sedes secundarias implica la posibilidad de que la atención en Geriatría interactúe directamente con equipos del primer nivel de atención (para ello debe existir una carga horaria específica) y actúe en apoyo de los mismos. Esta interacción y apoyo del Geriatra se dará principalmente en: breves jornadas de discusión clínica de casos complejos (rounds clínicos), apoyo y asesoramiento en el manejo de síndromes geriátricos y un muy limitado número de interconsulta ambulatoria.

FUNCIONES, ACTIVIDADES Y COMPETENCIAS

- Prevención y promoción de la salud.
- Protección específica (vacunas: antitetánica, antigripal y antineumocócica)
- Valoración Geriátrica Integral: áreas médica, mental, social, funcional.
- Realización del Carné del Adulto Mayor y seguimiento.
- Capacitación.
- Coordinación socio sanitaria. Coordinación entre niveles asistenciales.
- Formación, orientación y apoyo a cuidadores familiares.

Entre las actividades de promoción y educación para la salud se priorizarán los siguientes tópicos:

- Hábitos tóxicos (tabaco y alcohol).
- Ejercicio físico.
- Nutrición.
- Uso apropiado de medicamentos.
- Prevención de caídas y otros accidentes.
- Formación de cuidadores familiares.

Las actividades preventivas pueden variar según la condición global de salud de las personas mayores. La siguiente tabla resume una guía para el control periódico de adultos mayores en el primer nivel de atención.

La misma ha sido tomada, por su actual vigencia, del manual “Atención de las Personas Adultas Mayores en el Primer Nivel de Atención de Salud, Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos, Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2007”, adaptada a su vez de las recomendaciones del Consenso de la BGS (British Geriatrics Society) y de la AGS (American Geriatrics Society), sobre el tema.

Actividad	Adulto Mayor Robusto e Independiente	A. Mayor frágil o con deterioro funcional significativo	A. Mayor con demencia moderada y expectativa de vida de 2 a 10 años	A. Mayor con expectativa de vida menor a 2 años
Educación en estilos de vida saludables	En cada visita/ Control de salud	En cada visita/ Control de salud	Discutir en cada visita con el cuidador familiar	_____
Control de presión arterial incluyendo detección de hipotensión ortostática	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita
Revisión de medicación (prescrita, autoprescrita y “alternativa”)	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita	Realizar en cada control/ Visita
Control de Peso y pesquisa de riesgo nutricional	En cada visita o control si existe pérdida de peso significativa	En cada visita o control si existe pérdida de peso significativa	En cada visita o control si existe pérdida de peso significativa	_____
Evaluación de visión y audición	Cada año	Cada año	Cada año	_____
Valoración funcional (desempeño en actividades de la vida diaria)	Cada año	En cada control/ Visita	En cada control/ Visita	En cada control/ Visita
Valoración Mental/Cognitiva	Cada año y si existen cambios cognitivos	Cada año y si existen cambios cognitivos	Si existen cambios y síntomas	Si existen cambios y síntomas
Valoración Afectiva/pesquisa de depresión	Cada año y si existen síntomas	Cada año y si existen síntomas	Cada año y si existen síntomas	Cada año y si existen síntomas
Evaluación del equilibrio y marcha	Cada año y si existen síntomas	Cada año y si existen síntomas	Cada año y si existen síntomas	Si existen síntomas
Valoración Geriátrica Integral (VGI)	Una vez por año	Mínimo 1 vez año y hasta 4 por año	Mínimo 1 vez año y hasta 4 por año	Según necesidad
Talla y Altura	Una vez por año	Una vez por año	_____	_____
Interrogar incontinencia orina	Una vez por año o si existen cambios	Una vez por año o si existen cambios	Una vez por año o si existen cambios	Una vez por año o si existen cambios
Glicemia	Si está sintomático o cada 3 años si tiene factores de riesgo	Si está sintomático o cada 3 años si tiene factores de riesgo	Si está sintomático o cada 3 años si tiene factores de riesgo	Si está sintomático

Colesterolemia	Entre 65a 75a si existen FF. Riesgo	Entre 65a 75a si existen FF. Riesgo	_____	_____
PSA	Discutir pros y contras	Discutir pros y contras	Discutir pros y contras c/ cuidador	_____
TSH, P. Tiroideo	Cada 2 años	Cada 2 años	Cada 3 años	Considerar en cada caso
Examen de Mama	Cada año	Cada año	Cada año	_____
Mamografía	Cada 1 a 2 años hasta los 80 años	Cada 1 a 2 años hasta los 75 años	Cada 1 a 2 años hasta los 70 años	_____
AP	Discútalos con la paciente si antes no se lo realizaba	_____	_____	_____
V. antigripal	Cada año	Cada año	Cada año	Cada año
V. antineumocócica	Una vez	Una vez	Una vez	Una vez
Carné del adulto mayor	Cada año y renovado todos los años	Cada año y renovado todos los años	Cada año y renovado todos los años	Cada año y renovado todos los años

Atención Domiciliaria

La atención Domiciliaria es un servicio que prestan los recursos humanos del primer nivel de atención para atender personas mayores que no pueden desplazarse al centro de salud o policlínico y requieren de cuidados en esta población generalmente de tipo crónico. Esta modalidad está contemplada en los servicios que proporcionan unos cuantos pero no todos los prestadores sanitarios y sería deseable se desarrollara en todo el territorio nacional.

La atención domiciliaria debe dirigirse a:

- Personas mayores enfermas o frágiles con incapacidad para desplazarse al centro de salud.
- Personas mayores en situación de enfermedad terminal que requieren de cuidados paliativos.
- Toda persona mayor de 75 años que sido dada de alta de un hospital, debería recibir una visita domiciliaria precoz (idealmente en un plazo de 72 horas), valorándose individualmente la indicación. Continuidad de la atención.

La frecuencia de visitas, carácter interdisciplinario, duración, etc., dependen de las necesidades del paciente.

Es recomendable que la atención domiciliaria de los adultos mayores sea realizada por equipos interdisciplinarios a partir de los equipos de área (médico, enfermera, trabajador social), asegurando al menos una visita interdisciplinaria semestral o anual programadas en el caso de los mayores frágiles o con aislamiento social.

La atención domiciliaria bajo la forma de rondas sanitarias programadas mensuales (no a demanda espontánea), es recomendable como sistema de seguimiento de pacientes institucionalizados en residencias u hogares de larga estadía. Su eficacia y eficiencia se ve condicionada si existen condiciones que dificultan la accesibilidad al servicio (Ej.: copagos).

ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL SEGUNDO

NIVEL DE ATENCIÓN

Es necesario y recomendable el desarrollo de estructuras específicas geriátricas en el nivel de hospitales generales. Según el dimensionado y envejecimiento del padrón institucional y según capacidades instaladas (recursos materiales, recursos humanos especializados, etc.), en algunos prestadores pueden ser necesarios servicios propios y en otros el desarrollo de modelos concertados y de complementación de servicios (público-privado, privado - privado, etc.)

La consideración de iniciativas de servicios sanitarios hacia esta población y/o su aprobación debiera analizar y considerar el envejecimiento por región, tanto en Montevideo como en el interior y aplicarse los ratios de dimensionado y requerimientos técnicos que se establecen en estas Recomendaciones y Criterios Técnicos.

El desarrollo de estas estructuras, contextos de atención, puede ser de carácter modular, progresivo, escalable en complejidad, pero en una secuencia en etapas determinadas, articulado con los otros servicios hospitalarios y requiere de la asignación de los recursos humanos y materiales específicos, necesarios para su implementación.

La unidad básica inicial es el Equipo o Unidad de Valoración Geriátrica. Luego las Unidades de Media Estancia o Rehabilitación (UME), luego la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) y el Hospital de Día (HD).

En este documento técnico se describen pautas generales respecto de cada uno de estos tipos de servicios. El desarrollo de cada uno de ellos merece proyectos específicos más acabados en términos lógico administrativos, cuestión que excede el objetivo primario de estas Normas.

LOS OBJETIVOS GENERALES DE ESTOS SERVICIOS SON:

- Racionalizar la asistencia hospitalaria al paciente adulto mayor en especial para el adulto mayor frágil o vulnerable, adecuando los procesos diagnósticos y terapéuticos a sus necesidades específicas, evitando las intervenciones y aplicación de recursos excesivos para la expectativa y calidad de vida, así como la discriminación por edad.
- Favorecer que las personas adultas mayores en sus diferentes situaciones de enfermedad reciban asistencia idónea para sus problemas de salud, fomentando entornos amigables y una actitud positiva hacia el proceso de atención.
- Limitar el uso del hospital a lo estrictamente necesario, evitando la prolongación de estadías, teniendo en cuenta siempre que para ello se deben priorizar: (1) Disponer de medios para el logro de la máxima autonomía funcional personal (2) Intentar que la mayoría de ellos vuelva a su entorno socio familiar habitual lo que está condicionado a una adecuada coordinación de recursos sanitarios y sociales en la comunidad.

EQUIPO – UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA (UVG)

Concepto: Es una unidad geriátrica hospitalaria, funcional, de carácter interdisciplinario y básica en la atención específica a los pacientes adultos mayores frágiles y vulnerables del centro, y de apoyo a la Atención Primaria de la región correspondiente.

Objetivos:

- Detectar precozmente el riesgo de incapacidad, dependencia y cronificación de los pacientes subsidiarios y derivarlos al contexto de atención más adecuado para minimizar este riesgo.
- Realizar al menos una Valoración Geriátrica Integral (VGI) al mayor número de usuarios tributarios de la misma.

- Dar apoyo a otras unidades del hospital en relación a problemas de manejo diagnóstico y/o terapéutico de pacientes adultos mayores frágiles-vulnerables complejos, así como cuando existe riesgo de prolongación inadecuada de la estadía hospitalaria.
- Reducir el riesgo de institucionalización mediante la utilización de protocolos o guías sobre los principales problemas a evitar: inmovilidad, caídas, úlceras por presión, incontinencia, iatrogenia medicamentosa, etc.
- Colaborar con otros servicios hospitalarios en las altas hospitalarias difíciles y en la coordinación y utilización adecuada de recursos asistenciales extra hospitalarios.
- Apoyar al primer nivel de atención mediante valoraciones conjuntas, consultas telefónicas, elaboración conjunta y consensuada de protocolos, facilitar y racionalizar el acceso a medios hospitalarios, etc.

Estructura:

- **Recursos Humanos:**

- Médico especialista en Geriatría (Coordinador del equipo). 40 hrs
- Lic. en Enfermería. 40 hrs
- Trabajador Social. 40 hrs

- **Recursos Materiales:**

- 1 área administrativa pequeña.
- 1 consultorio.
- 1 área de enfermería.

Las cargas horarias mencionadas se distribuirán entre las diferentes actividades y niveles.

Funciones:

- ❖ Valoración Geriátrica Integral de pacientes frágiles-vulnerables, seguida de la orientación asistencial correspondiente.
- ❖ Asesoramiento y seguimiento a demanda de otros servicios del hospital. Participar en la elaboración de protocolos para grupos de riesgo: inmovilizados, caedores, etc.
- ❖ Incidir en la coordinación asistencial intra / extra hospitalaria, facilitando la referencia.
- ❖ Asesorar y apoyar al primer nivel de atención del área –región de referencia (trasladándose incluso al mismo) en todo lo que suponga favorecer la permanencia en comunidad de ancianos frágiles.
- ❖ Participación de la educación continua a todo el personal de salud que asiste adultos mayores; profesionales intra y extra hospitalarios estudiantes, cuidadores principales y divulgación en general.

Actividades:

- ❖ Interconsultas a demanda de otros servicios para actuar en casos de pacientes adultos mayores frágiles-vulnerables.
- ❖ Organización, promoción y participación en reuniones interdisciplinarias, tanto en el mismo Equipo de Valoración Geriátrica como con otros servicios, para protocolizar actividades, programas de altas, discusión de casos, formación continua, etc.
- ❖ Visitas programadas a Centros de Salud con iguales fines y propósitos al ítem anterior
- ❖ Consulta externa de Valoración Geriátrica para atender pacientes referidos por el primer nivel de atención según criterios de referencia - contra referencia preestablecidos. El seguimiento posterior es llevado a cabo por el Equipo del Primer Nivel de Atención.
- ❖ En casos seleccionado pueden añadirse actividades de seguimiento domiciliario, siempre que: el caso se produce a demanda del equipo de atención primaria, no requiere hospitalización, existen condiciones de entorno socio familiar para el mantenimiento en domicilio y no existe posibilidad razonable de asistencia ambulatoria.

Cobertura:

De inicio, las necesidades mínimas son de una UVG a tiempo completo o dedicación total por cada 200.000 habitantes para una población con un envejecimiento de 14 %, debiendo adecuarse la estimación en la proporción necesaria si el envejecimiento poblacional supera el mencionado. **El Objetivo** sería que todo hospital general cuente con una UVG y que todo prestador que preste cobertura a usuarios adultos mayores cuente con una UVG, contemplando los ratios normativos, realizándolo directamente o a través de terceros en territorio mediante convenios.

Criterios generales mínimos para la puesta en marcha:

- ❖ Si ya hubiera recursos humanos calificados en Geriátrica, por reordenamiento de los mismos.
- ❖ Si no existen servicios geriátricos con recursos calificados, cuando estén adjudicados y operativos por asignación específica los recursos humanos necesarios con la forma y cargas horarias previamente descritas.

Criterios de Calidad:

- Horario habitual de mañana y/o tarde, igual que resto de servicios del hospital.
- Actividades propias de las funciones ya mencionadas.
Elaboración de protocolos-guías.
- Trabajo interdisciplinario expresado en reuniones conjuntas interdisciplinarias. Actividad de capacitación de RR.HH.
- Desplazamientos a Centros de Salud y Centros Gerontológicos de la región.

Indicadores para seguimiento y evaluación de la unidad (ejemplos):

Indicadores de estructura:

- Composición de la UVG con personal competente básico: Equipo básico de geriatra, enfermera y trabajador social cubiertos con las cargas horarias previstas.
- Formalización de criterios de referencia y contra referencia con otros servicios y en especial en relación al primer nivel de atención.
- N° de horas dedicadas por la UVG a las actividades de interconsultas, consultas externas, formación de RR.HH.

Indicadores de proceso:

- N° de servicios cubiertos por la UVG
- N° de pacientes evaluados.
- Tiempo de respuesta desde interconsulta (establecer).
- N° de contactos con el primer nivel de atención (en relación a los pacientes valorados)
- N° de reuniones interdisciplinarias de la UVG.(semanal)
- N° de sesiones de discusión conjunta con equipos de hospital y del primer nivel de atención.(establecer)

Indicadores de resultado:

- Satisfacción de los usuarios y/o familias con el servicio.

**UME: UNIDAD GERIÁTRICA DE MEDIA ESTANCIA (CONVALECENCIA –
REHABILITACIÓN DE PACIENTES GERIÁTRICOS)**

Concretada la UVG, el segundo módulo a desarrollar sería el de las Unidades de Media Estancia o Convalecencia y Rehabilitación (UME).

La eficacia y eficiencia de las unidades hospitalarias de media estancia, convalecencia y recuperación funcional están ampliamente demostradas, objetivándose importantes reducciones en la incidencia de deterioro funcional, mortalidad y necesidad de institucionalización (*Bachman et al 2010; Handoll et al 2009*).

Concepto: Es un nivel asistencial destinado a restablecer funciones, actividades o secuelas alteradas como consecuencia de procesos médicos, quirúrgicos o traumatológicos. Se trata de un servicio destinado en general de pacientes adultos mayores frágiles o vulnerables, con diferentes enfermedades de base que requieren recuperación funcional y tienen buen potencial rehabilitador.

Objetivos:

- Restablecer el estado funcional en el mayor grado posible.
- Favorecer la adaptación del paciente y entorno socio familiar a la nueva situación de dependencia cuando esta existe.

- Controlar o estabilizar síntomas o secuelas.
- Facilitar y potenciar la reinserción familiar y social.
- Formación de profesionales y cuidadores.
- Controlar o estabilizar síntomas o secuelas.
- Facilitar y potenciar la reinserción familiar y social.
- Formación de profesionales y cuidadores.

Estructura:

❖ Recursos humanos:

- Propios:**
- 40 horas de Geriatra (*para 25 a 30 camas*)
 - Lic. Enfermera por turno. y Aux. de Enfermería (*similar a otras salas de agudo*)
 - Trabajador social: el mismo de la UVG (*si la UME está en el mismo centro*)
 - Fisioterapeutas (al menos 3). Terapeuta ocupacional (1)
 - Psicólogo (1)

Compartidos con otros servicios: Psiquiatra, Fisiatra, Fonoaudiólogo, etc.

- ##### ❖ Recursos Materiales:
- La ubicación ideal es en un hospital general, pero también es viable en otros contextos cercanos a un hospital general y que cuente de medios de traslado propios ante necesidad

La planta física: Debe ser accesible, sin barreras arquitectónicas, con pasamanos y pisos no deslizantes: Baños adaptados. Debe contar con un consultorio con espacio para reuniones interdisciplinarias, Debe existir disponibilidad de gimnasio propio o cercanía de gimnasio en la misma planta, disponibilidad o acceso cercano a sala de estar de día y comedor común. Este puede ser un área multiuso también, para instrucción de familiares. Se agrega en el mobiliario relojes de pared y panel para orientación a la realidad.

Funciones:

- Diagnóstico y valoración de pacientes frágiles subsidiarios (*este es un aspecto medular y supone la aplicación de estrictos criterios de selección, con criterios de inclusión y exclusión: biomédicos, mentales, funcionales y sociales, determinantes del potencial de*

rehabilitación, para evitar desvirtuar el uso de la unidad y su eficiencia. Ej.: la carencia entorno social es en general un criterio de exclusión en estas unidades)

- Rehabilitación funcional.
- Tratamiento de síntomas y/o secuelas.
- Coordinación inter disciplinar intra y extra hospitalaria. Programación del alta
- Propiciar la capacitación de recursos humanos.
- Realizar la educación a los cuidadores familiares.
- Investigación sobre problemas clínicos y asistenciales.

Actividades:

- Valoración geriátrica y asistencia clínica a los pacientes ingresados.
- Rehabilitación: fisioterapia, terapia ocupacional, logoterapia. Manejo de problemas clínicos geriátricos.
- Elaboración de protocolos terapéuticos.
- Coordinación con otros profesionales, especialmente del primer nivel de atención y otros servicios hospitalarios.
- Formación de recursos humanos.
- Educación de cuidadores familiares en la estancia y las rutinas del cuidado.

Cobertura: Se estima necesario un número de camas igual a 5% del total de camas de agudo de adultos del prestador o 5% del total de camas de agudo de adulto en cada región, para un envejecimiento de 14%. A su vez, por razones de mejor gestión se estima que una UME debe de tener un mínimo de 12 camas y un máximo de 30 camas, como se ha descrito previamente.

Criterios mínimos para la puesta en marcha:

Su puesta en marcha supone la existencia de un Servicio de Geriátrica con un Equipo o Unidad de Valoración Geriátrica previamente.

Criterios de Calidad:

- Existencia de protocolos específicos y por síndromes geriátricos: inmovilidad, caídas, etc.
- Existen protocolo de rehabilitación por temas (ACV, fractura de cadera, declinación funcional)

- Existe rehabilitación con énfasis en actividades de la vida diaria.
- Existe de enseñanza – capacitación a cuidadores familiares.
- Existe alta programada y coordinación precoz con el primer nivel de atención.
- Existen reuniones interdisciplinarias de discusión de casos.

Indicadores para seguimiento y evaluación (ejemplos):

Indicadores de estructura:

- Ratio de personal/camas
- Porcentaje de camas/camas de agudos

Indicadores de proceso:

- Utilización de instrumentos de valoración geriátrica objetivos y validados.
- Aplicación de protocolos para el manejo de problemas comunes.
- Realización de reuniones semanales de equipo interdisciplinario.
-
- Preparación y programación de altas documentadas.

Indicadores de resultado:

- 100% de adecuación de ingresos (*proceso causante susceptible de mejoría*)
- 30 días de Estadía Media.
- Complicaciones intrahospitalarias (caídas, infecciones, etc.)
- Resultados funcionales (diferencia entre incapacidad al ingreso y al alta)
- < 25% de institucionalización al alta.
- Satisfacción de pacientes y/o familias.

UGA: UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Las unidades geriátricas de agudos reducen significativamente la incidencia de deterioro funcional al alta en un 13% y aumentan la proporción de pacientes que regresan a sus domicilios en un 25%, con una reducción de la estancia media y de los costos directos de la hospitalización del 10% (2014).

Concepto:

Es un servicio o nivel asistencial geriátrico, brindado por personal competente, coordinado por un geriatra, destinado a la hospitalización de personas adultas mayores frágiles-vulnerables, para

realizar una evaluación exhaustiva, manejo de procesos agudos o reagudizaciones de procesos crónicos.

Objetivos:

- Mejorar la calidad asistencial de los pacientes asistidos.
- Racionalizar la utilización de recursos asistenciales (*menor estadía media hospitalaria, menor institucionalización al alta*).
- Favorecer una capacitación y actitudes adecuadas y amigables hacia el paciente adulto mayor frágil tanto a nivel intra como extra hospitalario.
- Obtener mejores resultados funcionales al alta y reducir el potencial de reingresos.

Estructura:

❖ Recursos Humanos:

Propios: -Médico Especialista en Geriátría (*1 cada 10 a 12 Camas, 40 horas, como coordinador*)

-Lic. en Enfermería por turno y personal sanitario (Aux. Enfermería, etc.) en número similar a salas de agudos/cuidados moderados, adecuado a nivel dependencia (*Ratio:0,40 en turno matutino y vespertino*).

-El mismo Trabajador Social de la UVG.

Compartidos con otros servicios: fisioterapeutas, fisiatra, psiquiatra, psicólogo.

❖ Recursos materiales y planta física:

Dimensionado mínimo: 10 camas ubicadas en hospital general, con los recursos propios de cualquier sala de hospitalización de agudos moderados, pero con especial énfasis en: corrección de barreras arquitectónicas – accesibilidad, pisos antideslizantes, pasamanos, baños adaptados, sala de estar común o habitación de día, para enfermos y familiares. etc. Se añade al área de consultorio una pequeña sala de reuniones interdisciplinarias y para educación de familiares. Se agrega en el mobiliario relojes de pared y panel para orientación a la realidad.

Funciones:

- Diagnóstico y valoración de pacientes frágiles subsidiarios de ingreso hospitalario.
- Tratamiento de procesos agudos o crónicos reagudizados, rehabilitación precoz.
- Coordinación interdisciplinaria con los diferentes niveles asistenciales intra y extra hospitalarios.
- Educación de cuidadores familiares.
- Trabajo de altas programadas. Aseguramiento de la continuidad de la atención del paciente anciano frágil.

Actividades:

- Valoración geriátrica y asistencia de los pacientes ingresados.
- Elaboración de protocolos diagnósticos y terapéuticos.

- Realización de reuniones semanales interdisciplinarias sobre los pacientes ingresados.
- Coordinación con otros profesionales, especialmente del primer nivel de atención.
- Promover un espacio de docencia-aprendizaje.

Cobertura:

Se estima que se requiere un mínimo de una dotación de 15 camas por cada 200.000 usuarios y para un envejecimiento de 14% de población usuaria adulta mayor. Esta estimación mínima debe adecuarse al porcentaje de envejecimiento por padrón o por región y según el modelo de desarrollo y complementación entre prestadores que exista.

Criterios mínimos para la puesta en marcha:

Que esté funcionando la UVG y asignados los recursos materiales y humanos específicos mencionados para este tipo de Unidad. Mejor sería que también esté funcionando un Hospital Geriátrico de Día, para que las tres estructuras actúen con perspectiva sistémica, armónica y articulada con la asistencia tradicional, en este caso sobre los mayores más frágiles y complejos.

Criterios de Calidad:

- Trabajo interdisciplinar.
- Aplicación de protocolos específicos.
- Educación de cuidadores familiares.
- Capacitación de recursos humanos.

Indicadores de estructura:

- N° de camas según la pauta.
- Ratio personal /camas

Indicadores de proceso:

- Utilización de instrumentos objetivos y validados de valoración geriátrica.
- Existencia de protocolos para el manejo de los grandes síndromes geriátricos.
- Reuniones formales semanales del equipo interdisciplinario.
- Preparación del alta.
- Capacitación de recursos humanos.
- Indicadores de proceso
- Utilización de instrumentos objetivos y validados de valoración geriátrica.
- Existencia de protocolos para el manejo de los grandes síndromes geriátricos.

- Reuniones formales semanales del equipo interdisciplinario.
- Preparación del alta.
- Capacitación de recursos humanos.

Indicadores de resultado:

- 100% de adecuación de ingresos (*cumplimiento de criterios de paciente adulto mayor frágil*).
- Estadía media.
- Mortalidad.
- Complicaciones intrahospitalarias (caídas, ulcera por presión).
- Resultados funcionales (incapacidad al ingreso y al alta).
- Reingresos.
- Institucionalización al alta.
- Satisfacción de pacientes y familias.

HDG: HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Concepto:

Es un servicio sanitario, diurno, interdisciplinario, integrado en un hospital, donde se asiste el adulto mayor frágil, habitualmente con incapacidad física para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y posteriormente regresar diariamente a su domicilio. No es un centro diurno de carácter social.

Objetivos:

- Manejo (valoración y tratamiento) de pacientes subsidiarios del mismo.
- Potenciar la autonomía funcional.
- Disminuir la utilización de camas hospitalarias, evitando ingresos o acortando estadías.
- Retrasar o evitar la institucionalización crónica en centros residenciales.

Estructura:

- **Recursos Humanos** (*dotación mínima*):
Para una dotación de 20 plazas/lugares (a 8 horas de funcionamiento /días hábiles):
 - Lic. en Enfermería.
 - 3 Aux. de Enfermería.
 - Terapeuta Ocupacional.
 - Fisioterapeuta.
 - Médico geriatra (24 horas /semana)
 - Trabajador Social (24 hrs. /semana)

- Administrativo
- Otros (*compartidos con otras áreas del hospital*): psiquiatra, psicólogo, fisiatra, podólogo, etc., compartidos con otras áreas del hospital.
- **Recursos Materiales:**
 - Ubicación en planta baja con acceso desde el exterior a medio de transporte - traslado. Ubicación con fácil relacionamiento con servicios de diagnóstico y rehabilitación. Accesibilidad de planta física y servicios, pasamanos, dos baños adaptados, pisos antideslizantes. Escritorio – consultorio con camilla, compartido. Área de enfermería limpia y sucia, Salón multiuso y terapia ocupacional (estadía, comedor, terapias). Área de recepción, espera y guardarropa. Área estación sillas ruedas. Mobiliario adaptado, sillones usuarios. Relojes pared, tablero orientación a la realidad, material terapia ocupacional.

Funciones:

- Valoración geriátrica integral de pacientes adultos mayores complejos.
- Manejo de problemas geriátricos: incontinencia, caídas, etc.
- Seguimiento clínico y consolidación de altas precoces o situaciones de enfermedad inestable.
- Aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas que requieren el ámbito hospitalario.
- Fisioterapia (en gimnasio general del hospital).
- Terapia ocupacional con énfasis en la recuperación de actividades de la vida diaria.
- Educación de pacientes y cuidadores familiares.

Actividades:

- Transporte en los casos estrictamente necesarios (*en un radio máximo predefinido*).
- Desayuno, almuerzo, merienda.
- Consultas médica y de enfermería.
- Realización de estudio coordinados
- Curaciones, sondas, etc.
- Hospitalización de un día.

- Fisioterapia activa y pasiva.
- Podología.
- Logoterapia.
- Terapia ocupacional.
- Cuidados diarios de higiene.
- Educación de pacientes y/o cuidadores familiares.

Cobertura:

Una plaza /lugar de HDG (Hospital de Día Geriátrico) por cada mil usuarios mayores de 65 años para un índice de envejecimiento de 14%. También se considera 4 plazas /lugares cada 1000 usuarios mayores de 75 años. El tiempo de desplazamiento al centro es condicionante de la cobertura, no siendo recomendables desplazamientos mayores a 30 minutos salvo que la frecuencia de concurrencia sea muy baja. Debe establecerse una radio máximo de traslados. Como objetivo de largo plazo es deseable un HDG por cada región.

Criterios para la puesta en marcha:

Debe existir al menos la Unidad de Valoración Geriátrica (UVG). Deben existir en la región al menos 15. 000 mayores de 65 años.

Criterios de Calidad:

- Funcionamiento de lunes a viernes de 9 a 17 horas. Posibilidad de jornada continuada de mañana y/o de tarde.
- Posibilidades de traslados por la familia del paciente o por medios propios del HDG.
- Trabajo interdisciplinario con reuniones conjuntas semanales
- Actividad asistencial en cada una de las áreas previamente mencionadas.

Indicadores básicos para seguimiento y evaluación (ejemplos):

- N° medio de asistencias por cada paciente.
- Índice de ocupación.
- Frecuencia de estancias diurnas/pacientes (no mayor 2 veces semana).
- Alta proporción de pacientes dados de alta a domicilio.

- Baja proporción de reingresos.

RECOMENDACIONES y CRITERIOS TÉCNICOS GENERALES PARA LA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS DE PSICOGERIATRÍA

En esta sección haremos énfasis en los aspectos y criterios generales de estos servicios, asumiendo se requiere de un desarrollo de los aspectos específicos de cada contexto de atención y tipo de servicio que se menciona, como se ha realizado previamente respecto de cada tipo de servicio de Geriatria.

También y cuando se trata de definir unas Normas y Criterios Técnicos hacia servicios sanitarios focalizados en la salud mental, es necesario considerar la tipología de usuarios a que van dirigidos y las recomendaciones internacionales y basadas en evidencia que existen.

Para ello tomamos en cuenta las propuestas incluidas en la última revisión realizada en este campo (Programa de Atención a las Personas Mayores con Enfermedades Mentales. Psicogeriatría) en el MSP en 2003, basadas en las Declaraciones de Consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Psychiatry Association (WPA), sobre Psiquiatría Geriátrica, (Declaraciones de Laussane, 2002). Ellas permanecen vigentes en lo sustancial

Si bien se trata de una población heterogénea, que comprende a quienes han envejecido con una enfermedad mental y a quienes la adquieren en el curso de su vida, a los efectos de la organización de servicios de psicogeriatría y con enfoque de riesgo, es práctico y útil considerar dos grandes subgrupos de usuarios: (a) Personas adultas mayores con o sin enfermedad mental no discapacitante y (b) Personas adultas mayores con enfermedad mental, discapacidad y problemas médico sociales complejos y por tanto vulnerables.

OBJETIVO

El Objetivo principal de los servicios de psicogeriatría incluye el desarrollo de la promoción y prevención de la salud mental, la detección precoz y sistemática de problemas prevalentes, la organización de un continuo de estructuras asistenciales en todos los niveles de atención, con énfasis en el primer nivel y la capacitación de los recursos humanos informales (socio familiares) y formales (profesionales y no profesionales, con perspectiva intersectorial.

La concreción de este objetivo requiere de la concreción y confluencia principal entre la Geriatria y la Psiquiatría, pero también de la Neurología, Neuropsicología, la Imagenología funcional y estructural, la Psicología, la Psicomotricidad, la Enfermería, el Trabajo Social y otras múltiples disciplinas de la salud, las que deben desarrollar conocimientos, habilidades y destrezas específicas en este campo.

Considerando estas necesidades, el modelo y estructura de servicios debe:

- La atención integral hacia las personas mayores con enfermedades mentales merece un abordaje multidimensional a interdisciplinario, centrada en el binomio paciente cuidador familiar, sustentada en la metodología de la Valoración Geriátrica Integral, que integra aspectos biomédicos, mentales sociales y funcionales.

- Debe ser articulada o coordinada de forma de obtener el mejor uso de los recursos existentes y asegurar progresividad y continuidad en la atención, incluyendo los cuidados en el final de la vida.
- La estructura de los servicios (organización lógico administrativa, cobertura, recursos materiales, planta física, recursos humanos: estructura de cargos, competencia y calificación del personal), debe ser coherente y congruente con estos criterios generales.
- Debe implicar necesarios apoyos más allá del sector salud propiamente dicho: las propias personas mayores y sus organizaciones de pares, sus familias y entorno comunitario, las organizaciones de familiares, los prestadores (públicos y privados) y el propio Estado desde su función rectora.
- La atención integral de las personas con problemas de salud mental supone respuestas intersectoriales e interinstitucionales.

Para las personas mayores con enfermedad mental y vulnerables, las acciones prioritarias deben dirigirse a su detección sistemática y precoz y al desarrollo y organización de un continuo de estructuras de atención, que incluyen:

- Atención continuada, apoyo y supervisión del individuo y sus cuidadores.
- Información, consejo y asistencia psicológica, incluyendo la posibilidad de acceso a sistemas de sistemas de consejo e información telefónica en horarios predeterminados.
- Servicios de respiro para el entorno de cuidados, los que pueden establecerse en centros diurnos, con oferta de estancias nocturnas o estancias temporales en hogares de medio camino, o residencias en grupos de convivencia para mayores con demencias a cargo de cuidadores entrenados, etc.
- Unidades de Psicogeriatría y Unidades de Demencias en servicios de media y larga estancia.
- Internaciones en hospitales generales de agudos o en unidades de agudos (Unidades de Salud Mental y Unidades de valoración Geriátrica asociadas en hospitales generales) y finalmente, internación en hospital psiquiátrico, como último recurso o en última instancia.

Deben definirse para cada caso y recursos asistencial la población objetivo (con criterios biomédicos y capacidad funcional), considerando los cuidados custodiales necesarios y la situación socio familiar.

Para todos los contextos y servicios deben definirse Equipos Psicogeriátricos, los que más allá de aspectos específicos o particulares deben incluir al menos el siguiente personal:

Un Psiquiatra, un Geriatra, un Lic. En Enfermería, un Psicólogo, un Trabajador Social (*todos con formación y competencias en Geriatría*); Técnicos en rehabilitación: Psicomotricista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, un docente en educación especial y un administrativo.

Obviamente que se asume que esta es una estructura de cargos a alcanzar progresivamente, aprovechando también la reorientación de recursos humanos existentes y formatos de dedicación parcial o total en el esquema de trabajo de las distintas unidades.

RECOMENDACIONES SOBRE ASPECTOS GENERALES

En este capítulo consideramos un tema o temas a considerar con vista a un desarrollo futuro de servicios y que aún carecen de inserción en la agenda temática relativa a este desafío. Consideramos, por un lado la coordinación socio sanitaria y por otro las necesidades y demandas locales de especialistas en Geriatria.

La coordinación socio sanitaria: criterios y consideraciones generales

La coordinación socio sanitaria es imprescindible para la atención integral a las personas mayores, pacientes crónicos, con limitaciones de autonomía personal o que precisan asistencia profesional intensa.

Como ya dijimos, para que esto ocurra en los servicios, en la gestión clínica de situaciones, debe existir un continuo de contextos de atención, con enfoque sistémico, que con énfasis en la comunidad, articule con todos los niveles de atención, de forma de asegurar la progresividad y constancia de los cuidados.

En cada prestador, en cada área y región deben identificarse servicios sociales y sanitarios capaces de satisfacer las necesidades, coordinar los recursos de forma que todas las actividades (promoción, prevención, atención primaria orientada al manejo y control de problemas habituales, rehabilitación y atención paliativa), se desplieguen en forma armónica e integrada en torno a las necesidades particulares de los usuarios mayores, especialmente los frágiles.

No existen soluciones sanitarias para los problemas sociales o al menos lo hacen a un costo superior y no razonable, pero tampoco existen soluciones predominantemente sociales para personas con problemas de salud complejos, con consecuencias sociales concomitantes, quienes habitualmente quedan a la intemperie de toda solución.

La Coordinación o Articulación Socio Sanitaria implica al conjunto de técnicas, regulaciones organizacionales y modelos que procuran la conexión, articulación – coordinación y cooperación operativa dentro y entre los servicios sanitarios y sociales ya sea en la provisión de los mismos, su administración y/o incluso en su financiación. (*Kodner et al, 2000*)

Las personas mayores, los pacientes crónicos, con limitaciones de autonomía personal y requerimientos intensivos y sostenidos confluyen en un espacio mixto, socio sanitario, en el que es ineludible la articulación sistémica e incluso el desarrollo de una cultura organizacional, sistemas de información y micro gestión clínica común, más allá de que las prestaciones en sí reconozcan actores institucionales, prestadores y modelos de financiación diferentes. Todo ello tiene, por la naturaleza de los problemas que aquejan a estos usuarios, una fuerte impronta sanitaria.

El estado actual del tema coordinación socio sanitaria en nuestro país es sumamente primitivo, limitado a la “coordinación espontánea” que personas o actores de diversas disciplinas realizan por vocación en algunas situaciones, pero dista mucho de ser un aspecto que se considere seriamente con enfoque sistémico, ni en la reforma sanitaria ni en el diseño del sistema de cuidados.

Sin embargo, cabe destacar que el abordaje y desarrollo de algún modelo local para la coordinación socio sanitaria es o debe ser, una prioridad en términos de políticas públicas en salud, ya que está demostrada su eficacia y eficiencia en la mejora la calidad de atención sanitaria y la calidad de los cuidados, su impacto en la mejora en la utilización de los recursos y con todo ello la mejor calidad del gasto en la atención de esta población.

Necesidades de formación local de Especialistas en Geriatría:

Si bien existen recomendaciones internacionales (OMS), no existe una estándar universal aplicable a cualquier modelo sanitario. No son los mismos los requerimientos en el Reino Unido, donde el médico de familia tiene sólida formación en Geriatría y donde existen todos los tipos de servicios y contextos de atención que hemos citado, y donde estos se desarrollan en el marco de un enfoque sistémico, que los requerimientos en un país como Uruguay u otros en América Latina.

Con estas consideraciones previas cabe añadir que en nuestro país los registros son magros y es muy difícil establecer cuantos geriatras activos existen a la fecha. Basados en criterios formales (registros del MSP, información de la Escuela de Graduados y de la Sociedad), se estima que disponemos de unos 50 geriatras. Considerando los criterios internacionales más aceptados, ello implica que disponemos de la mitad de los geriatras necesarios en nuestro medio, para nuestro porcentaje de envejecimiento actual. Sin embargo y como ya dijimos, ello está condicionado al modelo de atención y tipología de servicios, donde la experiencia internacional demuestra que cuanto menos servicios geriátricos coordinados existen, mayor es la demanda o cantidad de recursos calificados en Geriatría. De ahí la recomendación de por un lado incrementar la carga horaria obligatoria de formación en Geriatría en el grado, de al menos multiplicar por 5 la exigencia de créditos y carga horaria en Geriatría en disciplinas como la Medicina Familiar, de triplicar los cargos de Residentes de Geriatría y finalmente priorizar los cargos de alta dedicación en Geriatría como condición básica en todos los prestadores de salud.

Glosario de Principales Términos

ACV (Stroke): Accidente cerebrovascular.

AVDs: Actividades de la vida diaria.

ABVDs: Actividades básicas de la vida diaria.

AIVDs: Actividades instrumentales de la vida diaria.

AAVDs: Actividades avanzadas de la vida diaria.

Barthel Índice: Es una escala numérica que califica de forma jerárquica la situación funcional de una persona según su nivel de desempeño en las actividades de la vida diaria y la movilidad básica. Clasifica según desempeño o grados de deterioro.

CD: Centro Diurno o Centro de Día.

Comorbilidad: coexistencia de múltiples enfermedades en una misma persona.

Deterioro-declinación funcional: es la pérdida de habilidad en el desarrollo de una o más actividades de la vida diaria, de forma brusca o aguda (fractura) o lenta y progresiva (Alzheimer) según el factor desencadenante, en un terreno generalmente multifactorial.

EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

Geriatría: La Geriatría es la rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades en los ancianos.

HDG: Hospital de Día Geriátrico.

IAM: Infarto Agudo de Miocardio.

Institucionalización: ingreso a una institución de larga estadía, establecimiento para personas mayores (*residencia, hogar, "casa de salud"*).

Pluripatología: igual a comorbilidad. Coexistencia de múltiples enfermedades en una misma persona.

Polifarmacia: ingesta de 4 o más fármacos – medicamentos diferentes.

Primer Nivel de Atención: Comunidad, Servicios Comunitarios de salud.

Segundo Nivel de Atención: Hospitales generales.

UGA: Unidad Geriátrica de Agudos.

UME: Unidad de Media Estancia.

UVG: Unidad de Valoración Geriátrica. También se puede identificar como EVGI (Equipo de Valoración Geriátrica Integral).

VGI: Valoración Geriátrica Integral.

Glosario de Siglas - Instituciones:

ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado (prestador sanitario público).

BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

DIGESA: Dirección General de la Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas. Uruguay.

IAMCs: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (prestadores mutuales privados).

IMM: Intendencia Municipal de Montevideo.

MIDES: Ministerio de Desarrollo Social.

MSP: Ministerio de Salud Pública.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

UdelaR: Universidad de la República (Montevideo- Uruguay).

WPA (World Psychiatry Association): Asociación Psiquiátrica Mundial.

Bibliografía

1. Pérez del Molino J. Asistencia coordinada al anciano en la comunidad. Relación entre atención primaria de salud, servicios sociales y servicio de Geriátrica hospitalario. *Care of elderly* 1994; 1: 221-8; 291-6.
2. Champion EW. The value of geriatric interventions. *N Engl J Med* 1995; 332:1376-78.
3. Estudio sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay. Escuela Andaluza de Salud Pública. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Helpage International. Federación Internacional de la Vejez, 1999.
4. García Navarro JA. Calidad asistencial en unidades de media estancia y convalecencia geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2000; 35 (supl. 6): 47-60.
5. Guillén Llera F, Ribera Casado JM. Geriátrica XXI. Análisis de necesidades y recursos en la atención a las Personas Mayores en España. Madrid: EDIMSA. 2000
6. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320: 569-572.
7. Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe, Informe Preliminar, OPS, OMS, 2001.
8. Fried LP, Tangen CM, Walston J, et al. Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *J Gerontol Med Sci* 2001; 56A: M146–156.
9. Declaraciones de Consenso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la World Psychiatry Association (WPA) , sobre Psiquiátrica Geriátrica, (Declaraciones de Laussane). *Rev Psicogeriatría*, Vol 2 (1), 2002.
10. Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo, OPS, OMS, 2002.

11. Santasuana V, Galí López J, Puig Rossell C. Estudio coste-efectividad de la evaluación geriátrica integral en pacientes afectados de fractura de cadera. Resultados preliminares. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2002; 37 (S 1): 126.
12. Covinsky K E, Palmer R M, Fortinsky R H et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:451-458
13. Lucero R, Atchugarry M, Savio I, Do Campo O. Programa Nacional de Salud Mental. Programa de Atención a las Personas Mayores con Enfermedades Mentales (Psicogeriatría). Propuesta de Revisión. Ministerio de Salud Pública. *Revista de Salud Pública*, 2003.
14. Gillespie W, Campbell J, Gardner M, et al. Best practice evidence-based guideline. Acute management and immediate rehabilitation after hip fracture amongst people aged 65 years and over. *New Zealand Guidelines Group*. Wellington, 2003.
15. Coleman EA, Bernson RA. Lost in transition: challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Ann Intern Med* 2004; 140: 533-536.
16. Savio Italo. Lucero Abreu Rossana, Atchugarry Marcos, Fierro Aldo, Casali Giannina, Rolando Danilo, Levi Sarah: Manual de Geriatría y Psicogeriatría. FEFMUR/AEM. Oficina del Libro, 2004.
17. Dobkin BH. Strategies for stroke rehabilitation. *Lancet Neurol* 2004; 3: 528-536.
18. Ferrucci L, Guralnick M, Studenski S, et al, for The Interventions on Frailty Working Group. Designing randomized controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: A consensus report. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52:625-34.
19. Programa Nacional del Adulto Mayor, División Salud de la Población, Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2005.
20. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, Madrid 2005.
21. Young J. Ageism in services for transient ischaemic attack and stroke. *Br Med J* 2006;333: 508-509
22. Savio I, Clavijo E, Lucero R, Presa D, Riverón M, Rorher C, Regina R, Queirolo C, Atención de las Personas Adultas Mayores en el Primer Nivel de Atención de Salud, Protocolos para el manejo en el Primer Nivel de Atención de los Principales Síndromes Geriátricos, Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud Pública, 2007.
23. Serra Rexach JA, Ruipérez Cantera I (coordinadores). Estándares de Calidad en Geriatría. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Madrid: IMC, 2007.
24. López Martín I, Petidier Torregrossa R. Geriatría y Atención Primaria de Salud. En: Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Elsevier Masson. Barcelona, 2008. Pags 117-132.

25. Vidán MT, Sánchez García E, Alonso M, et al. Deterioro funcional durante la hospitalización en ancianos. Beneficios del ingreso en el servicio de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008; 43: 133-8.
26. Warshaw GA, Bragg EJ, Fried LP, et al. Which Patients Benefit the Most from a Geriatrician's Care? Consensus Among Directors of Geriatrics Academic Programs. *J Am Geriatr Soc* 2008; 56:1796–801.
27. Cruz - Jentoft A J, Franco A, Sommer P, et al. European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 2009; 44:61-5.
28. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomized controlled trials. *Health and Social Care in the Community* 2009; 17: 447–458.
29. Hermush V, Daliot D, Weiss A, et al. The impact of geriatric consultation on the care of the elders in community clinics. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49: 260-262.
30. Lee DH, Buth KJ, Martin PJ et al. Frail patients are at increased risk for mortality and prolonged institutional care after cardiac surgery. *Circulation* 2010; 121:973-978
31. Van Craen K, Braes T, Wellens N. et al. The Effectiveness of Inpatient Geriatric Evaluation and Management Units: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58:83-92.
32. Oliva J, Zunzunegui M V, García Gómez P, Herrera E. Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. *Gac Sanit.* 2011;25(S):1– 4.
33. Ouslander JG, Berenson RA. Reducing unnecessary hospitalizations of nursing home residents. *N Eng J Med* 2011; 365: 1165-67.
34. Ellis G, Whitehead M, O'Neill D, et al. Evaluación geriátrica integral para pacientes de edad avanzada ingresado en el hospital (Revisión Cochrane traducida). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011a Issue 7. Art. No.: CD006211. DOI: 10.1002/14651858.CD006211
35. Italo Savio, Gabriel Wajner, Rosalía Panza. Criterios Para la Organización de Servicios Para el Adultos Mayor en el Ámbito de ASSE. Programa del Adulto Mayor. D.D. Institucional. Documento Técnico 001 /2011, 2011
36. Ellis G, Whitehead M, Robinson D, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2011b; 343: d6553 doi: 10.1136/bmj.d6553.
37. Díaz-Gegúndez M, Paluzie G, Sanz-Ballester C, et al. Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2011; 46: 261-264.
38. Fundación Vodafone España. Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. Madrid, 2011.

39. Stuck AE, Iliffe S. Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*. 2011; 343: d6799 doi: 10.1136/bmj.d6799.
40. Reuben DB Tinetti ME. Goal-oriented patient care – an alternative health outcomes paradigm. *N Eng J Med* 2012; 366:777-9
41. Ribera Casado JM. Los tiempos de la geriatría. Cien años de compromiso con la salud del anciano. Discurso de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid: Senda Ed. 2012.
42. Ribera Casado J M. La dependencia: También un problema médico. Fundación CASER para la Dependencia, 2013.
43. Savio I., Articulación socio sanitaria, una perspectiva desde la salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud, centrado en las personas mayores, eficiente y de calidad. (En Prensa). 2014.
44. Modelo Básico de Atención en Residencias para Personas Mayores Consejería de Salud y Bienestar Social de La Mancha. España. 2014
45. OEA. Convención Interamericana de Protección de los Derechos de los Adultos Mayores: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
46. Plan Estratégico de Geriatría en el Entorno de la Libre Elección. Servicio Madrileño de Salud. Comunidad de Madrid. PLAN 2011-2015
47. Varela J. Las reformas necesarias en los hospitales: 10 recomendaciones para mejorar la eficiencia, la calidad y la efectividad. *Med Clin (Barc)*.2016;146(3):133–137