

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

Propuesta de Modelo de atención para unHospital del Día Geriátrico:Quito Ecuador

Diego Fernando Martínez Padilla

**Bernardo Ejgenberg,Dr., M.D. –E.S.P.
Director de Trabajo de Titulación**

Trabajo de Titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Especialista en Gerencia de Salud

Quito -Ecuador, Julio de 2014

**Universidad San Francisco de Quito
Colegio de Posgrados**

HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Propuesta de Modelo de atención para un Hospital del Día Geriátrico: Quito Ecuador

DIEGO FERNANDO MARTINEZ PADILLA

Bernardo Ejgenberg, MD., E.S.P.
Director de la Especialización en Gerencia de Salud
Tutor del Trabajo de Titulación

Fernando Ortega Pérez, MD., MA., PhD.
Decano
Escuela de Salud Pública

Gonzalo Mantilla MD, M. Ed., F.A.A. P.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

Víctor Viteri, Ph.D.
Decano del Colegio de Posgrados

Quito, Julio de 2014

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico, que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la Política.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma:

Nombre: Diego Fernando Martínez Padilla

C. I.: 1707759534

Fecha: Quito, Julio de 2014

RESUMEN

Los Hospitales del Día Geriátricos son unidades integradas generalmente a un Hospital de segundo o tercer nivel que sirven de puente entre la internación y la atención ambulatoria de pacientes geriátricos, considerándose como paciente geriátrico a aquellos adultos mayores frágiles portadores de múltiple comorbilidad y de trastornos funcionales, psíquicos y/o sociales.

Dentro de los objetivos del Hospital del Día Geriátrico se hallan: garantizar la estabilidad clínica y el proceso rehabilitador tras la enfermedad aguda, facilitar el alta temprana hospitalaria, recuperar las actividades de la vida diaria, proporcionar apoyo a la familia y a los cuidadores, etc.

A pesar de existir amplia evidencia en la literatura consultada de su utilidad en mejorar las condiciones de salud y calidad de vida del adulto mayor, su alto costo ha puesto en tela de juicio su beneficio en relación a otro tipo de servicios de ayuda para adultos mayores.

A través de la búsqueda de Bibliografía y de experiencias en otros países con similares características al nuestro, se propone un modelo de atención de un Hospital del Día Geriátrico y se sugieren indicadores que nos permitan realizar un plan de mejoramiento continuo de este tipo de Unidades.

Con el modelo propuesto se propone la realización de un estudio prospectivo de un año de duración que determine el beneficio de este tipo de Hospital y se promueva su adaptación a las necesidades de nuestra población.

Palabras clave: Hospital, día, Geriátrico, servicios, asistencia, adulto mayor.

ABSTRACT

The Geriatric Day Hospitals are generally integrated in to a hospital in Second or Third level that bridge between inpatient and outpatient care of geriatric patients, geriatric patients considered as those frail elderly carriers of multiple comorbidities and functional disorders, social or psychic.

Among the objectives of the geriatric day hospital are: ensure clinical stability and rehabilitation process after the acute illness, facilitate early discharge from hospital, recovering activities of daily living, providing support to families and caregivers, etc.

Although there is ample evidence in the literature of its usefulness in improving the health and quality of life of the elderly, their high cost has question edits benefit relative to other support services for seniors.

A search through the bibliography and experiences in other countries with similar characteristics to ours, the care model of a Geriatric Day Hospital aims and indicators that allow us to make a plan for continuous improvement of such units are suggested.

With the model proposed conducting a prospective study of one year to determine the benefit of this type of Hospital and promotes adaptation to the needs of our population.

Keywords:Hospital,day,geriatric,services, assistance, elderly.

CONTENIDO

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Contenido.....	7
1.-Introducción.....	8
2.-Marco teórico.....	9
3.-Justificación.....	11
4.-Objetivos.....	13
5.-Metodología.....	14
a) Diseño del proyecto.....	14
b) Universo y periodo de Investigación.....	14
c) Criterios de inclusión y exclusión.....	14
d) Informe del Comité de Bioética.....	14
e) Recolección de datos.....	15
f) Herramientas a utilizar.....	15
g) Análisis de la Información.....	16
h) Cronograma.....	17
i)Presupuesto esperado.....	18
6.-Resultados esperados.....	19
7.-Referencias Bibliográficas.....	19
8.-Anexos.....	22

1.-INTRODUCCIÓN

A nivel mundial nos estamos enfrentando a un envejecimiento de la población, el mismo que se relaciona con la disminución de la tasa de natalidad y el incremento de la expectativa de vida, lo cual está produciendo en forma progresiva una inversión de la pirámide poblacional. En los próximos años se producirá un incremento importante de la población Mundial, especialmente de aquel grupo de adultos mayores que sobrepasan los 75 años, por lo que es fundamental generar soluciones para prolongar los años libres de discapacidad. (Guillen, F.& Del Molino,J.&Petidier,R.2008)

Según las tasas de fecundidad, mortalidad y crecimiento de población(CEPAL/CELADE 1996) Ecuador se halla en una fase de transición demográfica, con una tasa de fecundidad de 2.6, una esperanza de vida de 75 años y una proporción del 5,7 % de adultos mayores. Además los datos históricos demuestran que se ha reducido la fecundidad e incrementado el grupo de población de adultos mayores,por lo que se espera que en los próximos años se produzca un aumento importante de esta población.(Freire, et al, 2010, SABE-Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento). Por lo tanto, es fundamental generar soluciones para prolongar los años libres de discapacidad, lo que podría a futuro evitar el quiebre de los sistemas de salud.

En Latinoamérica existen muy pocos países que tienen Hospitales del día geriátricos y en Ecuador solamente existe un Hospital del día de estas características, el cual funciona desde hace cuatro años y se halla ubicado en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor (HAIAM)al Norte de la Ciudad de Quito.

En Quito, según el último Censo (INEC 2010), existen 1.619.146 habitantes, de los cuales son 103.750 adultos mayores, que equivalen al 6,4% de la población, porcentaje en incremento progresivo, que obliga a generar Unidades de atención Geriátrica especializada.

El HAIAM se halla ubicado en el sector de San Carlos en la Calle Ángel Ludeña y Pedro de Alvarado. Inició su funcionamiento en el primer Hospital de la Liga Ecuatoriana Antituberculosa (LEA), cuya estructura fue abandonada cuando se inauguró el actual Hospital Pablo Arturo Suarez, inicialmente se lo denominó Hospital Geriátrico Los Pinos hasta el año 1999 en que se cambia su denominación a Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.En este año se empieza una remodelación importante de sus instalaciones hasta la época actual en que brinda atención especialmente a la población del Noroccidente de Quito a través de los servicios de Consulta Externa,Unidad de Mediana Estancia y Hospital del día.

El Hospital del Día durante los últimos años ha sido fortalecido, y ha funcionado con diferentes modalidades de atención, lo que ha producido que se pierda la noción real de su funcionamiento. Por ese motivo se hace necesario generar un documento que norme los procesos que se realizan en esta Unidad Hospitalaria.

2.-MARCO TEÓRICO

El concepto de Hospital del Día Geriátrico fue desarrollado a mediados del siglo XX como una alternativa a las estancias hospitalarias prolongadas. El Primer Hospital del día Geriátrico se inauguró en Cowley Road en Oxford (Gran Bretaña) en 1951. Posteriormente estos Hospitales del día se popularizaron y se extendieron por Europa Septentrional y Continental.(Salvado,Guillen, Ruiperez; 2003).

El Hospital del Día Geriátrico es un servicio puente entre un Hospital generalmente de segundo o tercer Nivel al cual se halla integrado y el domicilio. Presta atención integral a través de un equipo multidisciplinario con especial hincapié en la recuperación funcional del paciente geriátrico.(Fernandez , Solano J., 2006;Guillen Llera 2008)

Se considera paciente Geriátrico, al adulto mayor de edad avanzada, especialmente frágil que presenta pluripatología productora de problemas funcionales y que además presenta problemática social o mental sobreañadida. (Ribera 1993 Guillen, Del Molino, Petidier 2008 Martin, Fernández, Merino 2010)

Existen algunas variedades de Hospitales del Día Geriátricos, las que van relacionadas directamente con los pacientes que reciben y que pueden ser acordes a su finalidad: Unidades para la rehabilitación postquirúrgica, para la realización de quimioterapias, transfusiones, curaciones, problemas de caídas, deterioro cognitivo, secuelas ECV, enfermedades neurodegenerativas, evaluaciones integrales, control de tratamientos, etc.

Además de su principal objetivo que es la recuperación funcional del paciente geriátrico podemos mencionar otros objetivos del HDD Geriátrico: (Fernandez M, Solano J., 2006):

- Evaluación y control exhaustivo de pacientes de alto riesgo, además de proporcionar cuidados médicos y de enfermería que no pueden ser realizados en sus domicilios
- Facilitar el alta temprana de otros servicios, sean estos de pacientes que provienen de la Unidad Geriátrica de agudos, mediana estancia o referidos de unidades de Orto geriatria, cirugía vascular, etc.
- Completar la rehabilitación ya iniciada en otros niveles.
- Potenciar la coordinación con el nivel primario de atención para evitar reingresos Hospitalarios o Institucionalización.
- Proporcionar apoyo a la familia y cuidadores.

Según Young el objetivo se ha resumido en: “facilitar una vida prolongada e independiente a los ancianos en la comunidad”

Se considera que su radio de acción debe ser de 18 Km. y su superficie de 13 a 20 m² por paciente, aprovechando el sistema de transporte de la misma institución. (Salgado, Guillen, Ruiperez 2003)

El HDD funciona en horario diurno generalmente de 09:00 a 16:00 y lo ideal es que se encuentre dentro de una Unidad Hospitalaria, pero puede estar fuera de ella, siempre concebido como un nivel asistencial. (García J.2003)

Del punto de vista del talento humano, el equipo está conformado principalmente por el Médico Geriatra (coordinador) además de la enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, trabajadora social y puede ser complementado a nivel Hospitalario por el trabajo de psicólogos, podólogos, terapeutas de lenguaje, nutricionistas, médicos de interconsulta de otras especialidades, etc.(Fernández M 2006)

Se recomienda la siguiente dotación de personal: (García J.2003)

Una enfermera y un auxiliar de enfermería por cada 12 plazas.

Un Terapeuta Físico y un Terapeuta Ocupacional por cada 15 plazas.

Una Trabajadora social a medio tiempo.

Además de un Guardia y personal de secretaria.

Desde el punto de vista del seguimiento de los pacientes, la evaluación de los mismos queda a cargo de cada uno de los miembros del equipo quienes coordinan y formulan un plan de manejo con las metas a perseguir durante su estadía.

En este tipo de Hospitales Del Día constan tres áreas bien definidas;(Guillen F.1994)

-El área clínica encargada de la Valoración Integral y en la que se incluye procedimientos diagnósticos, terapéuticos con el objeto de ofrecer en una sola jornada una amplia aproximación diagnóstica y en la que la enfermera, además de sus funciones como educadora, puede realizar ciertos procedimientos.

-El área Rehabilitadora encargada de la recuperación motora y de la recuperación de las actividades básicas de la vida diaria como bañarse, vestirse, alimentarse, y actividades instrumentales como salir de compras, contestar el teléfono, etc.

-El Área social en la que se incorpora además de la evaluación respectiva, la socio terapia de grupo y otras actividades encaminadas a fortalecer las redes de apoyo.

Las sesiones se realizan por lo general de dos a cinco veces a la semana en sesiones cortas, dependiendo de la necesidad individual y tolerancia de los adultos mayores. (Guillen,F. &Del Molino, J. &Petidier,R.2008), y se ha comprobado que esta asistencia durante un tiempo aproximado de tres meses corresponde a una necesidad de dos cupos por cada mil

ancianos sin embargo es difícil ajustarse a este número de plazas, pues como sucede en España la media es de 18 plazas(1,7x1000).(García J.2003)

Sus diferencias con un Centro diurno son muy obvias ya que este HDD está incluido en el ámbito Hospitalario, tiene posibilidades diagnósticas y terapéuticas, y dispone de medios de rehabilitación.(Guillen F. 1994)

El costo de los HDD ha sido muy cuestionado e incluso autores como Hildick en 1984 consideran que la asistencia de más de dos veces por semana puede ser más cara que la asistencia hospitalaria. En un estudio de Forster en 1.991 se considera muy alto su costo incluso en una revisión sistemática realizada por Forster en 1.999 considera que este tipo de atención es efectiva, pero no más efectiva y probablemente más cara que otros tipos de asistencias a los adultos mayores.

A pesar de lo anteriormente expuesto, los beneficios de este tipo de Unidades han sido ampliamente demostrados. Según Mac.Farlane la asistencia al HDD disminuyó el tratamiento hospitalario en 8% de pacientes y retrasó o evitó el ingreso a Hospitalización en 42%. Según el estudio de Berry, su cierre por 16 semanas produjo un incremento considerable de los ingresos agudos hospitalarios y muertes.

Tomando en consideración que se pueden dar tiempos largos de espera, estos se han intentado reducir con asistencias de mediodía, aumentando el número de pacientes atendidos y se ha sugerido también que el espacio utilizado puede servir adicionalmente para reuniones de grupos de enfermos crónicos o para brindar consulta especializada de ciertos problemas geriátricos. (García J.2003)

3.-JUSTIFICACIÓN

La Constitución de la República del Ecuador en su artículo 3 indica que es un deber primordial del Estado garantizar sin discriminación el efectivo goce de los derechos, entre ellos el de la salud.

En el artículo 32 se indica que “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud con enfoque de género y generacional”.

El Art. 38, indica que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

Se indica en particular, que el Estado tomará medidas de: atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos y se propenderá al desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. Se les dará protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

En el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud se indica que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Diseñar e implementar programas de atención integral y con calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.

Dentro de los objetivos estratégicos del Manual del Modelo de Atención Integral en salud en su Capítulo 4 (4.4.1) se menciona que se garantiza una respuesta oportuna, eficaz, efectiva y continuidad en el proceso de recuperación de la salud, rehabilitación, cuidados paliativos; con enfoque intercultural, generacional y de género.

Se indica la necesidad de acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutive del primero y segundo nivel, organizando la funcionalidad del sistema de manera tal que se garantice que el primer nivel de atención se constituya en la puerta de entrada obligatoria al sistema de salud y que los hospitales, dependiendo de su capacidad resolutive, se conviertan en la atención complementaria del primer nivel de atención.

En el Reglamento general de la Ley del Anciano (N°3437), en el Capítulo VI Art 21. sección b que fue expedido en el Gobierno del Dr. Rodrigo Borja el 17 de Junio de 1992 se especifica el derecho de los adultos mayores a recibir atención gerontogeriatrica preferente para su readaptación social.

El aumento de la demanda asistencial secundaria y el aumento progresivo de la población de adultos mayores resultan económicamente en un elevado costo. Las permanencias hospitalarias son más prolongadas y la desvinculación familiar agravan este problema (García Sierra2003)

El deterioro físico y cognitivo afecta a un gran porcentaje de esta población, especialmente a mayores de 75 años (población frágil), situación que se ve agravada en condiciones de pobreza. (Freire, et al, 2010, SABE)

Según Freire et al, en el estudio SABE Encuesta de Salud Bienestar y Envejecimiento, se detectó que uno de cada cuatro Ecuatorianos mayores de 60 años presentaron una o más limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, las mismas que se incrementan en forma directa en relación al número de enfermedades crónicas y la edad.

Las redes sociales vinculadas a las personas mayores representan un punto crítico, ya que en caso de enfermedad, no ofrecen un adecuado apoyo para su rehabilitación. Uno de cada

diez adultos mayores viven solos y otros dos de cada diez viven solo con sus cónyuges, situación que se ve agravada en condiciones de pobreza. (Freire, et al., 2010, SABE). En caso de tener hijos estos estudian o trabajan, lo cual incrementa el riesgo de deterioro funcional y cognitivo luego de una enfermedad.

La Organización Mundial de la salud establece que un aprovechamiento eficaz de la atención al anciano solo es posible cuando existen estructuras intermedias que permiten mantenerlo en su domicilio. (García J. 2003)

Dentro de los objetivos básicos de la atención geriátrica se encuentra la recuperación y/o mantenimiento de la funcionalidad, para lo cual se necesita un sistema médico de atención continua y progresiva, siendo los Hospitales del Día parte de este sistema de atención.

Es importante reconocer que “resolver sobre el uso de los recursos disponibles y los dilemas morales que surgen en los cuidados geriátricos se está convirtiendo en un patrón que dominara la atención de salud en las próximas décadas”. (Daichman R. 2001)

4.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Proponer un modelo de atención para un Hospital del Día Geriátrico en Quito Ecuador, a través de la búsqueda de la mejor evidencia científica, y evaluar su efectividad a través de un estudio prospectivo de un año de duración instrumentado en el Hospital del día del Hospital de Atención Integral del adulto Mayor de Quito Ecuador. (HAIAM)

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Aplicar el modelo de atención que se propone en el Hospital del día del HAIAM.
2. Adaptar el modelo de atención propuesto, a las necesidades específicas de la institución y normatizar su funcionamiento.
3. Aplicar indicadores reconocidos e identificar nuevos indicadores que nos permitan mejorar la calidad de atención de los usuarios externos del HDD del HAIAM.
4. Determinar si los recursos que se están utilizando actualmente en los diferentes programas son adecuados y proponer correctivos en su utilización.

5-METODOLOGIA

A. DISEÑO DEL PROYECTO

El presente es un estudio prospectivo cuantitativo, que se realizará en base de la propuesta de un modelo de atención, resultado de recabar la mejor evidencia científica disponible, modelo que se aplicará en el Hospital del Día Geriátrico del HAIAM del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en base a indicadores de funcionamiento y resultados luego de un año de la implementación del mismo.

B. UNIVERSO Y PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El Universo del estudio está constituido por todos los usuarios externos que acuden al Hospital del día geriátrico del HAIAM en el periodo desde Agosto del 2014 hasta Julio del 2015.

C. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

- 1.-Paciente Geriátrico mayor de 65 años.
- 2.-Que se encuentre en condiciones clínicas y psicológicas estables.
- 3.-Con aceptable capacidad auditiva y visual.
- 4.- Que amerite manejo integral.
- 5.-Que sea potencialmente recuperable.
- 6.-Que desee participar voluntariamente en los programas (firma de consentimiento informado)
- 7.-Que disponga de redes de apoyo adecuadas que aseguren su acompañamiento durante su estancia en el HDD.
- 8.-Que cumpla criterios de inclusión específicos para cada programa del HDD.

D. INFORME DEL COMITÉ DE BIOÉTICA

Al ser un estudio de intervención en el que se establecerá un protocolo, se requerirá de los permisos correspondientes de la institución; el consentimiento informado de los participantes y de la autorización del Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

E. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los datos serán recolectados por el personal del Hospital del Día del HAIAM durante un año, cumpliendo con todos los requisitos indicados por el Comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito.

F. HERRAMIENTAS A UTILIZAR.-

a) Cuestionario o encuestas

Las encuestas que utilizaremos en nuestra propuesta serán reconstruidas en base a encuestas utilizadas en el exterior, aplicando previamente pruebas piloto a los efectos de la validación de las mismas, y contar con un instrumento cuya validez interna tenga un 95% de nivel de confianza.

Dichas encuestas internacionales de referencia las encontramos en los ANEXOS 1 a 5.

Las encuestas se realizarán en el universo de pacientes que concurren al Hospital del Día del HAIAM con el objetivo de determinar, su estado funcional, afectivo y cognitivo al ingreso y egreso del HDD del HAIAM.

Las encuestas tienen el carácter de anónimas y se garantiza la confidencialidad de los datos.

Las preguntas son cerradas y se especifica el puntaje correspondiente.

b) Selección de variables

La selección de las variables nos permitirá obtener la información general, la específica y los indicadores para cumplir con los objetivos propuestos.

b.1 Condiciones socioeconómicas, familiares y demográficas.

- Aspecto socioeconómico: edad, género, nivel de dependencia económica, alimentación, afiliación al Seguro Social, años de escolaridad, ocupación en el pasado y ocupación actual.
- Familiar: estado civil, vínculos familiares,
- Demográfico: lugar de residencia, condiciones de vivienda, etc.

b.2 Estado general de salud del paciente

- Estado al ingreso a través de la medición del Índice de Barthel -Anexo N° 1 y Lawton Anexo N° 2
- Estado al egreso a través de la medición del Índice de Barthel y Lawton

b.3 Información específica

- Número de pacientes ingresados al HDD por mes.
- Número de pacientes egresados del HDD por mes.

- Reingresos y causas de los mismos.
- Número de Atenciones integrales realizadas
- Número de evaluaciones integrales a pacientes nuevos
- Número de pacientes subsecuentes atendidos en consulta
- Porcentaje de recuperación funcional clínica y social en clínica de caídas, clínica de estimulación cognitiva y de recuperación funcional. Anexos N°3, N° 4 y Anexo N° 5
- Porcentaje de mejoría con aplicación de escalas de calidad de vida.
- Índice de ocupación, porcentajes de asistencia y abandono del programa.

b.4 Indicadores

- Índice de pacientes nuevos corregido; Diseñado para conocer la rotación de pacientes.

$$\frac{\text{Número de pacientes nuevos}}{\text{Asistencias totales del periodo}} \times 10$$

- Rotación o renovación de pacientes; Pacientes nuevos/Total de pacientes o Número de pacientes nuevos/número de plazas.
- Asistencia media total: Media del número total de asistencias por paciente.(mide la actividad del HDD).

G. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La Información será procesada en hoja electrónica Programa Excel, posteriormente en el paquete estadístico EPI- INFO versión 3.2.2. Los datos cuantitativos se expresarán mediante su promedio y desviación estándar.

I. PRESUPUESTO ESTIMADO

Recursos humanos	Cantidad	Costo unitario USA dólares Dos horas/semana.	Costo total USA dólares
Director Hospital del Día	1	-----2h/s	-
Psicólogo	1	-----2h/s	-
Fisioterapeuta	2	-----2h/s	-
Terapista ocupacional	1	-----2h/s	-
Recursos técnicos			
Internet	Acceso sin costo	-----	-----
Laptop	1	-----	-----
Impresiones	Documento final	0,05	10
Recursos materiales e insumos			
Papel de 75 g.	1 resma	4,5	4.5
Copias	200	0,03	4
CD	2	1	2
Memory flash	1	10	10
TOTAL			30,5

Se requieren para la propuesta de investigación 30,5 dólares americanos los mismos que serán financiados por la institución beneficiaria de la investigación, debiéndose considerar además el costo que representa el trabajo de los miembros del equipo de investigación los cuales ocuparan dos horas semanales para el levantamiento de la información.

6.-RESULTADOS ESPERADOS

- 1.-Al final de esta investigación se espera determinar un modelo de atención para el Hospital del día Geriátrico del HAIAM basado en datos estadísticos reales y proponer los indicadores más adecuados para la evaluación de su funcionamiento.
- 2.-Se espera presentar reformas necesarias al funcionamiento actual del HDD del HAIAM para mejorar el uso de los recursos.
- 3.-Se propone determinar el beneficio de este tipo de Modelo de Hospital del Día Geriátrico y promover su adaptación a las necesidades de nuestra población.

7.-REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS-

- Berry PNE;increase in acute admissions and death after closing a geriatric day hospital. BMJ 1986;292: 176-178
- Constitución de la República del Ecuador.Articulo3,32,38.
- DaichmanRaskin L.S. Controversias en los criterios éticos en los cuidados en geriatría.121
- Acta Bioethical 2001; año VII, n° 1
- Donaldson C, Wriqth KG, Maynard AK, Determining value for money in day hospital care for the elderly. Age Ageing 1986;15:1-7
- Ecuador hoy y en el 2025: Apuntes sobre la evolución demográfica.Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.2008
- Encuesta Nacional de Salud Bienestar y Envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010 Ministerio de Inclusión Económica y Social. Programa Aliméntate Ecuador.
- (Fernandez M, Solano J., 2006).&Mazoterias,V.& González, A.&Avizanda, P.(2012).Organización asistencial en la atención sanitaria del anciano. En Avizanda, P. et al, Medicina geriátrica(pp.113-114).Barcelona: Editorial MASSON.
- Foster A,Young JB: Cost analysis of geriatric day hospital: J Clin. Exper. Gerontol. 1991; 13:247-262
- Forster A,Langhom P.,Young J: Systemic review and meta-analysis of day hospital care for older people BMJ 1999; 318:837-841
- Foster A, Young J, Langhorne P. 1999.En Niveles asistenciales en geriatría de María Fernández, --Solano Juan en Pág. 85 Tratado de Geriatría para Residentes. Sociedad española de Geriatría y Gerontología .Madrid 2006.

- Freire W.et al. Encuesta nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE1 Ecuador 2009-2010 primera Edición 2010
- García Sierra,J.L. &Hornillos Calvo M. (2003) Hospital de día Geriátrico. En Salgado, A. &Guille, F. &Ruiperez,L. Manual de Geriátria(pp.171-180). España: ElsevierMasson.
- Guía operativa del modelo de atención de los centros diurnos del buen vivir para el adulto mayor. Ministerio de Inclusión Económica y Social. República del Ecuador .2013.
- Guillen,F. &Del Molino, J. &Petidier,R.(2008) Síndromes y Cuidados en el paciente Geriátrico. España: Elsevier Masson.
- Hildick Smith M.geriatric day Hospitals.Changing emphasis in costs.AgeAgeing 1984; 13:95-100
- INEC. (2010). *Censo de Población y Vivienda*. Ecuador: INEC.
- Leturia,F.Uriarte,A.Yanguas,J.(2007)Centros de día: Atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo. Departamento de servicios Sociales. Diputación Fioral de Guipúzcoa. Fundación Matia.
- Ley del Anciano. República del Ecuador.1998 (Nº3437), en el Capítulo VI Art 21. Sección b que fue expedido en el Gobierno del Dr. Rodrigo Borja el 17 de Junio de 1992
- Ley Orgánica de Salud. Artículo 6.
- MacFarlane JPR, Collins T. Graham K, Macintosh JC. Day hospitals in modern clinical practice:Cost benefit. Ageageing 1979; 8(suppl):80-86
- Manual del Modelo de Atención Integral en salud en su Capítulo 4 (4.4.1)
- Martín-Sánchez F.J., Fernández Alonso C. Merino C.El paciente geriátrico en urgencias The geriatric patient and emergency care. An. Sist. Sanit. Navar. 2010, Vol. 33, Suplemento 1
- Plan de acción Nacional Para la atención del Adulto-Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador.(2007)
- Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017.Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo.2013.
- Programa Nacional de Atención Integral de salud del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. República del Ecuador.
- Ribera Casado,J.M.Características generales del paciente geriátrico .Servicio de Geriátria Hospital Universitario San Carlos. Madrid. Clínicas Urológicas de/a Complutense, 2, 13-23, Editorial Complutense de Madrid. 1993.

-Rodríguez,R.&Lazcano,G.(2011).Practica de la Geriatria. México:Interamericana Editores S.A.Mc Graw Hill.

-Ross DN Geriatric day hospitals: counting the cost compared to other methods of support.AgeAgeing 1976; 5:171-175

-Salgado,A.&Guillen,F. &Ruiperez,I.(2003) Manual de Geriatria. España: Elsevier Masson.

-Santacruz,C&Morelo,L(2006)enLópez&Cano.C& Gómez J(Primera Edición) Geriatria (pp. 75-76) Medellín; Corporación para investigaciones Biológicas.

-Young,J.(2005) .Rehabilitación principios generales. Tallis,R. &Fillit,H.En Brocklehursts Geriatria (pp.237).New York. Editorial Marban.

-Zúñiga, C.(2008). La gestión de los servicios de salud Pública para una población envejecida. Material Bibliográfico Gerencia de Salud para adultos mayores. México.

8.-ANEXOS

ANEXO N° 1 ESCALA DE BARTHEL

Comer

0 = incapaz

5 = necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.

10 = independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

0 = incapaz, no se mantiene sentado

5 = necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado

10 = necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)

15 = independiente

Aseo personal

0 = necesita ayuda con el aseo personal.

5 = independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.

Uso del retrete

0 = dependiente

5 = necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.

10 = independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/Ducharse

0 = dependiente.

5 = independiente para bañarse o ducharse.

Desplazarse

0 = inmóvil

5 = independiente en silla de ruedas en 50 m.

10 = anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).

15 = independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.

Subir y bajar escaleras

0 = incapaz

5 = necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.

10 = independiente para subir y bajar.

Vestirse y desvestirse

0 = dependiente

5 = necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.

10 = independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.

Control de heces:

0 = incontinente (o necesita que le suministren enema)

5 = accidente excepcional (uno/semana)

10 = continente

Control de orina

0 = incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.

5 = accidente excepcional (máximo uno/24 horas).

10 = continente, durante al menos 7 días.

Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)

ANEXO N°2 ESCALA DE LAWTON Y BRODY.

Capacidad para usar el teléfono

Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los
Números, etc. 1

Marca unos cuantos números bien conocidos (familiares) 1

Contesta el teléfono, pero no marca 1

No usa el teléfono 0

Ir de/hacer compras

Realiza todas las compras necesarias con independencia 1

Realiza con independencia pequeñas compras 0

Necesita compañía para realizar cualquier compra 0

Completamente incapaz de ir de compras 0

Preparación de la comida

Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1

Prepara las comidas si se le dan los ingredientes 0

Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada 0

Necesita que se le prepare y sirva la comida 0

Cuidado de la casa

Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) 1

Realiza tareas domésticas ligeras como lavar platos o hacer la cama 0

Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable 0

Necesita ayuda en todas las labores de la casa 0

No participa en ninguna labor doméstica 0

Lavado de ropa

Lava por sí solo toda su ropa 1

Lava por sí solo pequeñas prendas 1

Necesita que otro se ocupe del lavado 0

Medios de transporte

Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1

Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte público 1

Viaja en transportes públicos si lo acompaña otra persona 1

Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros 0

No viaja en absoluto 0

Responsabilidad sobre la medicación

Es capaz de tomar su medicación, dosis y horas correctas 1

Toma su medicación si se le preparan las pastillas (dosis preparadas) 0

No es capaz de administrarse su propia medicación 0

Capacidad de utilizar dinero, manejo de sus asuntos económicos

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo

(Recoge y conoce sus ingresos)1

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes compras, etc.1

Incapaz de manejar el dinero0

ANEXO N° 3 ESCALA DE TINNETI

Evaluación de la marcha y el equilibrio

1. **MARCHA** Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a “paso normal” luego regresa a “paso ligero pero seguro”.

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).
 - Algunas vacilaciones o múltiples para empezar.....0
 - No vacila.....1
2. Longitud y altura de peso
 - a) Movimiento del pie derecho
 - No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.....0
 - Sobrepasa el pie izquierdo.....1
 - El pie derecho no se separa completamente del suelo.....0
 - El pie derecho se separa completamente del suelo.....1
 - b) Movimiento del pie izquierdo-
 - No sobrepasa el pie derecho con el paso.....0
 - Sobrepasa al pie derecho.....1
 - El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso...0
 - El pie izquierdo se separa completamente del suelo.....1
3. Simetría del paso
 - La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual.0
 - La longitud parece igual.....1
4. Fluidez del paso
 - Paradas entre los pasos.....0
 - Los pasos parecen continuos.....1
5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)
 - Desviación grave de la trayectoria.....0
 - Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria....1
 - Sin desviación o ayudas.....2
6. Tronco
 - Balanceo marcado o uso de ayudas.....0
 - No se balancea pero flexiona las rodillas ola espalda o separa los brazos al caminar.....1
 - No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas.....2
7. Postura al caminar
 - Talones separados.....0
 - Talones casi juntos al caminar.....1

-PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN

2. **EQUILIBRIO** Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyar brazos. Se realizan las siguientes maniobras:

- 1.-Equilibrio sentado
 - Se inclina o se desliza en la silla.....0
 - Se mantiene seguro.....1

2. Levantarse	
-Imposible sin ayuda.....	0
-Capaz, pero usa los brazos para ayudarse.....	1
-Capaz de levantarse de un solo intento.....	2
3. Intentos para levantarse	
-Incapaz sin ayuda.....	0
-Capaz pero necesita más de un intento.....	1
-Capaz de levantarse de un solo intento.....	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
-Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco.....	0
-Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse... 1	
-Estable sin andador, bastón u otros soportes.....	2
5. Equilibrio en bipedestación	
-Inestable.....	0
-Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte.....	1
-Apoyo estrecho sin soporte.....	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
-Empieza a caerse.....	0
-Se tambalea, se agarra pero se mantiene.....	1
-Estable.....	2
7. Ojos cerrados (en la posición 6)	
-Inestable.....	0
-- Estable.....	1
8. Vuelta de 360 grados	
-Pasos discontinuos.....	0
-Continuos.....	1
-Inestable (se tambalea, se agarra).....	0
Estable.....	1
9. Sentarse	
-Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla.....	0
-Usa los brazos o el movimiento es brusco.....	1
-Seguro, movimiento suave.....	2

-PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16TOTAL: 28

ANEXO N° 4 ESCALA DE YESAVAGE

1. ¿En general, está satisfecho/a con su vida? Sí No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? Sí No
3. ¿Siente que su vida está vacía? Sí No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? Sí No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? Sí No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? Sí No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? Sí No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a? Sí No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? Sí No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? Sí No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo? Sí No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil? Sí No
13. ¿Se siente lleno/a de energía? Sí No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento? Sí No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? Sí No

ESCALA Nº 5 MINI MENTAL STATE EXAMINACIÓN (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

¿En qué año estamos? 0-1

¿En qué estación? 0-1

¿En qué día (fecha)? 0-1

¿En qué mes? 0-1

¿En qué día de la semana? 0-1

ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)

¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1

¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1

¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1

¿En qué provincia estamos? 0-1

¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1

ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)

Nombre tres palabras árbol-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) arazón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.

FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)

Si tiene 30 suces y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?

Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.

30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1

(O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)

ATENCIÓN CÁLCULO (Máx.5)

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.

Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1

(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)

RECUERDO diferido (Máx.3)

DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1

REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1

ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".

Coge con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1

LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1

ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1

COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1

LENGUAJE (Máx.9)

Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal

24 ó menos: sospecha patológica

12-24: deterioro

9-12: demencia

Puntuación Total(Máx.: 30 puntos)