



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

**TITULACIÓN DE MAGISTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**Aplicación de normas y atención de enfermería en el adulto mayor,
durante su estancia en el Hospital Quito No1 de la Policía Nacional. 2012**

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.

AUTOR: Tobar Santana, Ángela Beatriz

DIRECTOR: Ayala Munive, Luís Eduardo, Dr.

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

DR.

Luis Eduardo Ayala Munive

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

CERTIFICA:

El presente trabajo de fin de maestría, denominado “**Aplicación de normas y atención de enfermería en el adulto mayor, durante su estancia en el Hospital Quito No1 de la Policía Nacional. 2012.**” realizado por Ángela Beatriz Tobar Santana, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Quito, Diciembre 2013



Dr. Luis Eduardo Ayala Munive

DECLARACIÓN AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHO

Yo, Ángela Beatriz Tobar Santana, declaro ser autora del presente trabajo de fin de maestría **“Aplicación de normas y atención de enfermería en el adulto mayor, durante su estancia en el Hospital Quito No1 de la Policía Nacional. 2012.”** De la titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo el Dr. Luis Eduardo Ayala Munive Director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja, que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

(f).....

Tobar Santana Ángela Beatriz

Cedula: 1709147514

DEDICATORIA

A las personas que han apoyado directa o indirectamente en la realización de este trabajo, a mi familia quienes más han sentido mi ausencia, pero sobre todo me han dado la fuerza de seguir adelante con mis propósitos de superación, al personal del Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional y especialmente a las personas de la tercera edad, que siempre tienen algo que enseñarnos y nosotros mucho que aprender de ellos.

A mi madre que con su ejemplo de amor, abnegación y dedicación por sus hijos, ha sabido guiar mis decisiones y siempre ha estado ahí para apoyarme, ahora que está en el cielo es la fortaleza de este trabajo.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia Integral de Salud para el desarrollo local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada, para el mejoramiento y capacitación profesional, especialmente porque nos ayuda a mirar los problemas sanitarios desde otra perspectiva, no solo como espectadores, sino como, actores de cambio social, buscando la manera de plantear alternativas reales y eficaces para el mejoramiento de las unidades de Salud indistintamente si son públicas o privadas.

A los usuarios del Hospital, por permitir situaciones que obligan a la reflexión y generar cambios, en beneficio de los demás para sentirse proactivo y sobre todo a las autoridades de la institución que me han dado apertura, confiando en mi trabajo y facilitando escenarios de discusión y análisis en todo el proceso del proyecto.

La Autora

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA	ii
DECLARACIÓN AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMINETO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
OBJETIVO GENERAL	10
Objetivos específicos	10
CAPITULO I MARCO TEÓRICO.....	11
1.1. Marco institucional.....	12
1.2. Marco conceptual	18
1.2.1. El envejecimiento.	18
1.2.2. Evaluación geriátrica.	19
1.2.3. Antecedentes de la valoración geriátrica.	19
1.2.4. Unidad geriátrica de agudos.	20
1.2.5. Criterios de ingreso.....	22
1.2.6. Criterios de evolución.	22
1.2.7. Normas y procedimientos para la valoración geriátrica integral de acuerdo a la dirección de normalización del sistema nacional de salud.	23
1.2.8. Sistema de información de salud.	24
1.2.9. Valoración geriátrica integral.	28
Tamizaje rápido.....	29
Valoración clínica y de laboratorio.	30
Evaluación farmacológica en paciente geriátrico.	33
Evaluación de problemas de visión y audición en el paciente geriátrico.	34
Evaluación de incontinencia urinaria en el paciente geriátrico.	36
Evaluación mental y psico-afectiva del paciente geriátrico.	37
Evaluación funcional del paciente geriátrico.	41
Evaluación de riesgo de caídas del paciente geriátrico.	42
Evaluación del riesgo de úlceras por presión en el paciente geriátrico.	45
Evaluación socio-familiar en el paciente geriátrico.....	45
CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO	47
2.1. Matriz de involucrados.....	49

2.2. Árbol de problemas	51
2.3. Árbol de objetivos	52
2.4. Matriz de marco lógico.....	53
2.5. Cronograma de actividades	54
CAPITULO III RESULTADOS.....	57
3.1. Se impulsa la creación de la unidad hospitalaria con el área física y equipamiento.....	58
3.2. Personal de enfermería capacitado para el cuidado integral del paciente geriátrico.	60
3.3. Se implementa el proceso de atención del adulto mayor.	62
Análisis del fin	64
Evaluación del impacto.....	65
Análisis del propósito.....	67
CONCLUSIONES	68
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍA.....	72
ANEXOS.....	73

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso continuo que inicia desde la concepción hasta la muerte, es importante que se tomen acciones preventivas encaminadas a disminuir complicaciones especialmente de enfermedades crónico-degenerativas que pueden ser detectadas en forma temprana.

La pluripatología y la polimedicación es un problema de carácter social y sanitario, al existir efectos adversos que podrían ocasionar más dificultades de las que ya tiene el paciente, como mareos que conlleva a caídas y a su vez complicaciones, como fracturas, esguinces y por último temor, afectando la parte física y psicológica del paciente geriátrico.

La creación de la Unidad de geriatría a más de ser Normativa del Ministerio de Salud Pública, como respuesta a un mandato constitucional, es una respuesta a la problemática de la Institución Policial que se pretende normatizar el proceso de atención del adulto mayor, unificando criterios, considerando al paciente desde el punto de vista bio-psicosocial, mediante una valoración Geriátrica Integral al paciente en busca de problemas de fondo, además permite optimizar recursos con una atención de calidad y calidez.

PALABRAS CLAVES: Valoración geriátrica integral, pluripatología, polimedicación.

ABSTRACT

Aging is a continuous process that starts from conception to death, it is important to take preventive actions to reduce complications especially chronic degenerative diseases that can be detected early.

The comorbidity and polypharmacy is a problem of social and health effects to exist that could cause more difficulties than it already has the patient , such as dizziness leading to falls and turn complications such as fractures , sprains and finally fear , affecting the physical and psychological part of the geriatric patient .

The creation of the geriatric unit besides being Regulations of the Ministry of Health in response to a constitutional mandate, is a response to the problem of police institution which aims to standardize the process of care of the elderly, unifying criteria, considering the patient from the standpoint of bio - psychosocial assessment by a Comprehensive Geriatric patient for underlying problems, and resources to optimize quality care and warmth.

KEYWORDS: Comprehensive geriatric assessment, comorbidity, polypharmacy.

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento es continuo, inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte, por lo tanto, es importante que las autoridades tomen acciones desde el punto de vista de la Atención Primaria de Salud, direccionadas a la promoción de la salud, envejecimiento sano y activo, prevención de complicaciones evitando que se incremente la incidencia y prevalencia de enfermedades crónico degenerativas.

El adulto mayor que acude al Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, posee en su mayoría, una serie de patologías sobreañadidas que deben ser tratadas en forma integral, considerando al paciente como un ser bio-psico-social para procurar su bienestar, pero al recibir atención por una especialidad, se deja de lado otros problemas que podrían ocasionar mayores complicaciones, por ende, reingresos hospitalarios, lo que incrementa la demanda en la atención geriátrica, con personal de enfermería capacitado para evitar complicaciones en el paciente geriátrico.

El Hospital Quito No.1 cuenta con un médico Geriatra y tres post-gradistas que no alcanzan a cubrir la demanda de usuarios y peor aún a valorar pacientes que ingresaron por otra especialidad. Se ha calculado una población de 16.834 adultos mayores entre policías pasivos, familiares (padre y madre), y derechohabientes, cuyo riesgo de enfermar y sufrir accidentes es eminente por su avanzada edad, así como su debilidad muscular.

Los cambios demográficos que vive el mundo con una población que se incrementa geométricamente, mientras su estructura poblacional envejece paulatinamente, con un promedio de esperanza de vida que aumenta para *“el hombre de 72 años y para la mujer a 78 años”* (1) (Ecuador-Estadísticas, 2005-2010)

Las instituciones de salud deben estar preparadas para atender al Adulto Mayor con pluripatología y co-morbilidad cada vez más exigente, por lo tanto el Hospital Quito No.1 debe prepararse científica y tecnológicamente para estos cambios.

El Hospital la Policía Nacional, presta atención hospitalaria gracias al seguro de enfermedad y maternidad del Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL), además de planificar, programar, ejecutar y controlar anualmente las actividades de salud en la institución policial, debe estar preparado para satisfacer las

necesidades de un grupo poblacional, que demanda de atención prioritaria en el campo de prevención, recuperación y rehabilitación de los miembros policiales y sus familiares.

La participación interdisciplinaria y del personal de enfermería con capacitación en la atención integral del adulto mayor y la creación de la Unidad de atención geriátrica, encaminada a la detección precoz de complicaciones y rehabilitación temprana, así como, la coordinación de diferentes especialidades para lograr un tratamiento efectivo, evitando la administración excesiva de medicamentos y larga estancia hospitalaria y complicaciones, es la mejor manera de trabajar en forma participativa, crítica, aplicando los principios de Atención Primaria en Salud, dando la importancia que se merece a este grupo poblacional, al que todos esperamos llegar con una vejez digna.

PROBLEMATIZACIÓN

La Policía Nacional creada en 1938 y la sección médica en 1941, ha sufrido una transformación por su incremento poblacional, el Policlínico de la Policía se inaugura en 1954 y 4 años más tarde se inaugura el área de hospitalización con capacidad de 30 camas, con la finalidad de brindar atención a Personal policial y sus familiares.

En 1990 con 15.000 miembros policiales, se inaugura el Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional como respuesta a la demanda de pacientes, especialmente adultos mayores que necesitan una atención Integral de Salud. El policía en servicio pasivo a pesar de recibir una pensión por su jubilación, necesita de la institución a la que sirvió y dio gran parte de su vida, incluso arriesgándola para salvaguardar la seguridad interna del país.

Las proyecciones demográficas apuntan a un envejecimiento paulatino de la población, lo que supone una mayor utilización de los hospitales por las personas adultas mayores con índices de ocupación superiores al 50% en los mayores de 65 años, los ingresos hospitalarios suelen ser justificados, pero obtienen peores resultados que las personas más jóvenes por su mayor vulnerabilidad, existencia de co-morbilidad, complicaciones intra hospitalarias y el tipo de cuidado que se brinda. Aunque en las tres últimas décadas se ha buscado estrategias que minimicen el desarrollo de la fragilidad en el adulto mayor, únicamente las intervenciones dirigidas hacia la prevención de las complicaciones de los pacientes hospitalizados, han demostrado reducir la incidencia de los resultados adversos a este grupo poblacional.

“Los adultos Mayores constituyen una población en riesgo, dentro de la Constitución pertenecen al grupo vulnerable, son pocas las acciones concretas en torno a la atención del Adulto Mayor. En la Institución Policial no hay políticas de protección al Adulto Mayor, el Hospital Quito No.1, tiene un servicio de Geriátría que se inició hace siete años y lucha por aumentar sus acciones a favor de los ancianos, existiendo muchas limitaciones”, (2) (Buendía, 2006) no se cuenta con un lugar propicio para la atención Integral del Adulto Mayor, ni siquiera la Historia Clínica es específica para evaluar todos los aspectos que incluyen una valoración integral.

El Hospital Quito No. 1 de La Policía Nacional al ser una institución de salud que brinda atención al personal policial en servicio activo, pasivo y derecho habientes, no ha logrado

mejorar la atención del adulto mayor, por el contrario a medida que el usuario avanza en edad, sus necesidades son cada vez más emergentes, la mayoría de ingresos son a través del servicio de Urgencias, donde se ha evidenciado que el paciente geriátrico, debe tomar muchos medicamentos, creando confusión, y peor aún si por prescripción de otro especialista, dejó de tomar o duplicó su dosis, lo que va generando complicaciones, desconfianza e incertidumbre, a quien necesita de apoyo y un equipo especializado, capacitado para atender sus dolencias agudas y crónicas.

Otro ejemplo claro durante la atención es cuando el paciente ingresa con un diagnóstico, el mismo que es tratado por el especialista y dado de alta, sin una valoración geriátrica integral, al poco tiempo el mismo paciente, reingresa con otras complicaciones que pudieron ser detectadas durante su estancia hospitalaria.

Actualmente con 44.000 miembros policiales y una cobertura de 200.000 usuarios al año, las autoridades del Hospital se han visto la necesidad de incrementar sus servicios y el espacio físico, por lo que se encuentra en construcción el edificio para la nueva Consulta Externa; el área de hospitalización tiene una capacidad de 95 camas con un porcentaje de ocupación de 86,36%, de los cuales el 20% de los pacientes son mayores de 65 años.

En el Hospital Quito No.1 se ha considerado que adultos mayores familiares de policías (padre-madre) son aproximadamente 7.927; personal en servicio pasivo, 8.320 y particulares 587, es decir, una población de 16.834 adultos mayores, sin embargo, no hay políticas, ni el personal suficientemente preparado, que garantice una buena prestación de servicios a este grupo de pacientes.

El servicio de Geriátrica conformado desde hace siete años, cuenta con un Médico Tratante y tres post-gradistas, lo que no abasteca para la cantidad de pacientes. Tiene un índice de producción mensual de 57 pacientes mayores de 65 años en consulta externa y 82 en hospitalización, de enero a diciembre del 2011 dando un promedio de 5.8 pacientes por día, considerando que la valoración geriátrica efectiva dura aproximadamente 30 minutos por paciente. Con lo que se evidencia que es imposible que solo el servicio de geriatría cumpla la Valoración Geriátrica Integral.

El área de hospitalización está dividida en: Hospitalización 2 Norte, Hospitalización 3 Sur, y Hospitalización 3 Norte, es decir, en el segundo y tercer piso, por lo tanto el ingreso es

de acuerdo a la disponibilidad de camas, complejidad del paciente, e incluso el grado policial (tropa - oficial), ocasionando una dispersión de usuarios por todo el Hospital, sumándose a esto la atención del personal de enfermería, que brinda el mismo tipo de asistencia al adulto mayor que a los pacientes de otras especialidades como son clínicos, quirúrgicos, jóvenes y adultos.

El adulto mayor desde épocas anteriores ha sido marginado por la sociedad, es un grupo olvidado desde el punto de vista social y económico, ya que ha dejado de ser un ente productivo, representa gastos para su familia, generalmente se siente relegado y en ocasiones puede significar una carga familiar.

Si la sociedad no está preparada para afrontar este problema, peor aún las instituciones de salud que no cuentan con espacio físico acorde a las necesidades del paciente geriátrico, talento humano capacitado para brindar la atención integral y prevenir complicaciones acorde a Normas de atención del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, organismo encargado de liderar el Sistema Nacional de Salud en el país.

“Así como los médicos deben proteger la salud... son propias del joven la energía y la audacia y del adulto la madurez, al viejo, a su vez, le corresponde la prudencia de los sabios. Cada uno tiene lo suyo para aportar, pero al tiempo necesita de los otros porque todos tienen límites y carencias”. (3) (Restrepo , 2009)

JUSTIFICACIÓN

“Las Reformas del Sistema de Atención en Salud que se está desarrollando en las Américas declaran que sus propósitos son mejorar los siguientes aspectos del desempeño de los sistemas de la atención en salud y servicios: la equidad, la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social, dentro de un marco de la globalización y desarrollo social.” (4) (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Enfocarse en la Atención Primaria de Salud con énfasis en la promoción y la prevención, nos obliga a pensar que el adulto mayor es un grupo de riesgo, que cada vez va incrementando su población especialmente en los países en vías de desarrollo de América Latina y la prestación de servicios de salud a nivel nacional aún no está preparada para enfrentar este problema.

Según la ONU una población envejecida es aquella en la que, del total de sus habitantes, el 7% son personas mayores de 65 años, *“A nivel mundial se constata un aumento de la población sobre todo en América latina donde viven actualmente alrededor de 45 millones de personas mayores de 60 años.”*(5) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012)

De acuerdo a estadísticas del INEC en el último censo del año 2010 se registraron los siguientes datos; en el Ecuador hay 1'229.089 adultos mayores, de un total de 14'306.876 de habitantes, equivalente al 8.5% de la población total, es decir, ya sobrepasamos el criterio de una población envejecida de la ONU. El 11% de los adultos mayores vive solo, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que viven acompañados con un hijo 49%, nieto 16% y esposo o compañero 15%.

A pesar de que un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, Subcentros de Salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. Todo lo contrario de lo que reza en la Constitución del Estado Ecuatoriano, en cuanto a *“la protección a las personas en*

condición de doble vulnerabilidad, en los artículos 35, 36 y 37” (6). (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

“El 42% de los adultos mayores no trabaja, su nivel de educación es primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de trabajar por problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y su familia no quiere que trabaje (8%)”. (7) (INEC, 2010)

Necesitamos crear la Unidad Hospitalaria del Adulto Mayor, sostenible que responda las necesidades del adulto mayor en la atención de salud, que ayude a mejorar la calidad de los servicios, con la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos geriatras, enfermeras capacitadas, terapeutas físicos y respiratorios, trabajadores sociales, psicólogo, dietista, odontólogo, equipo que debe trabajar de manera coordinada para alcanzar una Atención Integral y detección precoz de complicaciones, con participación social y prioritaria en cuanto a accesos a los servicios de salud, que cuente con programas de promoción y prevención de complicaciones de salud, terapia física, capacitación en nutrición, apoyo social y psicológico, atención farmacológica gratuita.

La participación institucional e interdisciplinaria será de gran ayuda para el logro de este proyecto ya que el Hospital Quito Nº 1 como institución policial y al formar parte de la Red Pública Integral de Salud, puede ser un soporte estratégico para la atención de este grupo prioritario, con personal capacitado en la atención integral del adulto mayor y una Unidad de Atención de Agudos, encaminada a la detección precoz de complicaciones y una rehabilitación temprana en incapacidades físicas, así como coordinar con las diferentes especialidades para lograr un tratamiento efectivo evitando la administración excesiva de medicamentos y larga estancia hospitalaria.

OBJETIVO GENERAL

Lograr una adecuada atención integral del adulto mayor mediante la creación de la unidad geriátrica, capacitación, aplicación de normas para disminuir las complicaciones durante su estancia hospitalaria.

Objetivos específicos

- Impulsar la creación de la Unidad de atención Hospitalaria del adulto mayor con el área física y equipamiento.
- Capacitar al personal de enfermería en el cuidado integral del paciente geriátrico.
- Impulsar la aplicación de las normas para la atención del adulto mayor.

CAPITULO I MARCO TEÓRICO

1.1. Marco institucional

La Policía Nacional fue creada desde 1938 con el nombre de Cuerpo de Carabineros y no contaba con una entidad de salud, para el año 1941 se crea una Sección Médica en su Ley Orgánica y fue elevada a categoría de Departamento de Sanidad el 4 de julio de 1946, más adelante se ampliarían los servicios de botica y exámenes médicos.

En 1954, se inaugura el Policlínico de la Policía Nacional y 4 años más tarde el área de hospitalización con capacidad de 30 camas. En 1981, conformada la Unidad Ejecutora de los Hospitales de Quito y Guayaquil, se procede a la construcción de los mismos, con aprobación y financiamiento para su equipamiento. A finales de 1990 se trasladan todos los servicios del Policlínico a la nueva edificación ubicado en la Av. Occidental y Mariana de Jesús, inaugurándose en 1991 con una capacidad de 125 camas.

La puesta en marcha de los dos Hospitales policiales, determinó un avance significativo en la salud institucional este proceso se convirtió en prioridad a partir de 1998, el alto mando institucional tomó decisiones históricas dirigidas a apoyar la organización de los servicios de salud especialmente el área Materno-Infantil que entra en funcionamiento en 1999.

El Hospital se encuentra ubicado al noroccidente de la ciudad de Quito y tiene un área de influencia de las provincias del centro norte del país, especialmente de la Sierra ecuatoriana. Las provincias de la costa son atendidas por el Hospital Guayaquil No.2 de la Policía Nacional.

A continuación se realiza un análisis estratégico de los pacientes que acuden al Hospital:

Tabla 1. Área de influencia de la población mayor de 65 años de hospitalización del Hospital Quito No. 1 (2011)

PROCEDENCIA	MUJERES	HOMBRES	PORCENTAJE	TOTAL
Pichincha	331	429	77%	760
Sierra excepto Pichincha	51	142	19,53%	193
Oriente	5	1	0,60%	6
Costa	8	21	2,93%	29
Total	395	593	100%	988

Fuente: Estadísticas del Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional 2012
Elaborado: Lic. Ángela Tobar

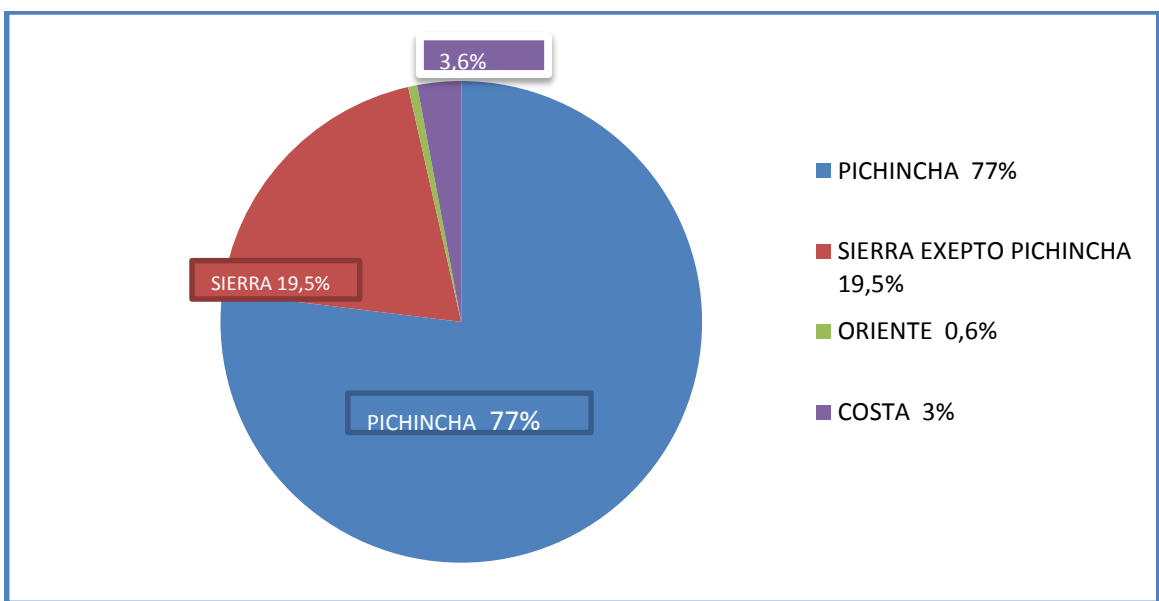


Figura 1. Área de Influencia de Adultos Mayores 2011
Fuente: Hospital Quito No.1 de La Policía Nacional 2011

En este cuadro se puede evidenciar que el 77% de pacientes pertenecen a la Provincia de Pichincha, el 19.53% reside en Provincias de la Sierra, mientras un bajo porcentaje del 3.53% vienen el Oriente y la Costa.

Tabla 2. Grupos por edad de mayores de 65 años que han sido atendidos en hospitalización de enero a diciembre 2011

EDAD	HOMBRE	MUJER	TOTAL	PORCENTAJE
65-69	91	76	167	16,90%
70-74	158	69	227	22,97%
75-79	121	87	208	21,05%
80-100	213	172	385	38,96%
TOTAL	584	404	988	100%

Fuente: Estadísticas del Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional 2012
 Elaborado: Lic. Ángela Tobar

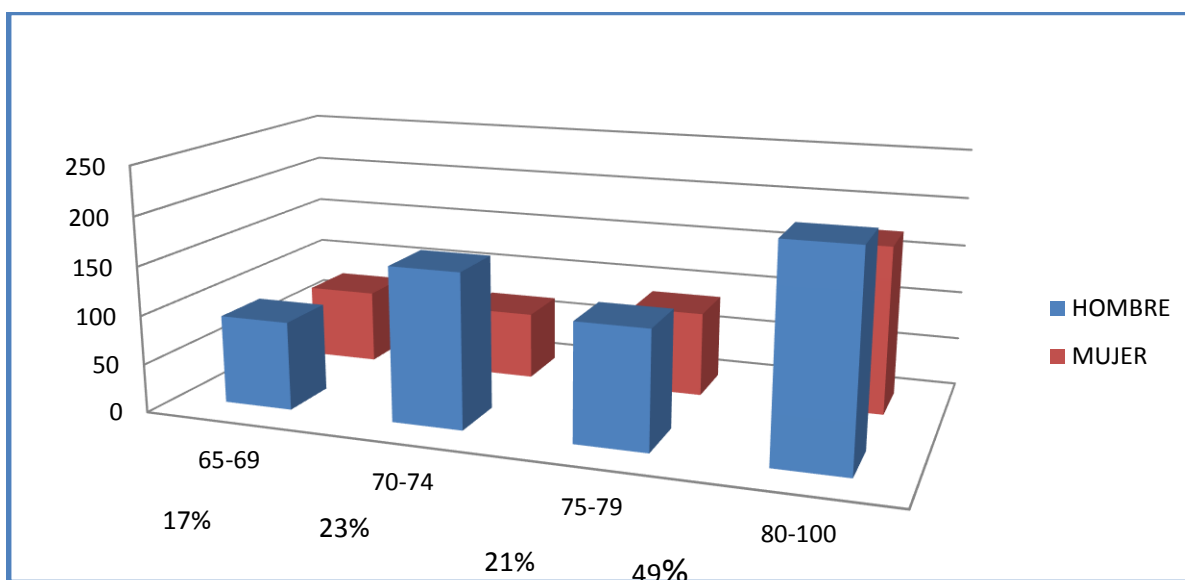


Figura 2. Grupos por edad de pacientes mayores de 65 años
 Fuente: Estadísticas del Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional (2011)
 Elaborado por: Lic. Angelita Tobar

El mayor número de pacientes se concentra en el rango de 80 a 100 años con el 38.96%, seguido del rango entre 70-74 años con el 22.97%, y casi en igual valor el 21.05% entre 75-79 años que han recibido atención por diversas especialidades, sin embargo existe más frecuencia en pacientes de sexo masculino.

MISIÓN

“La prestación de los servicios de salud de calidad y calidez en las áreas de atención ambulatoria, internación y emergencia a los titulares beneficiarios y derecho habientes del seguro de enfermedad y maternidad del ISSPOL y otros.”

VISIÓN

“Ser la primera elección en soluciones de salud, con estándares de calidad mundial a través de una estructura organizacional y tecnológica orientada a desarrollar productos y servicios innovadores, con un equipo humano profesional, altamente capacitado, creativo, permanentemente motivado y comprometido con la institución.”

“Como parte de la organización administrativa se puede señalar que la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional fue creada en el año 1991, desde entonces su dependencia orgánica ha tenido línea directa con la Comandancia General su función es la administración del Sistema de Salud de la Policía Nacional a nivel nacional, sustentada en un orgánico funcional que al momento no responde a las necesidades institucionales, más aún, ahora que se a categorizado como Unidad Administradora Financiera y los Hospitales Unidades Ejecutoras, aunque todavía está por determinarse su marco legal y la respectiva reglamentación”.(8) (Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional, 2011)

El Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional se encuentra en proceso de reestructuración física y organizacional. Al igual que la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional su participación institucional para conformar la Red Pública Integral de Salud con Rectoría del Ministerio de Salud Pública es un hecho tangible, con más razón debe ser considerado el fortalecimiento de las unidades de salud de Segundo y Tercer nivel de atención.

Actualmente el Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional presta los servicios de:

- 24 especialidades en el área de clínica
- 16 especialidades en el área quirúrgica
- Un servicio de Emergencias
- Unidad de Cuidados Intensivos de Adulto
- Unidad de cuidados Intensivos Neonatales
- Unidad de Diálisis
- Cinco Quirófanos
- Hospital de día

El Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional cuenta con capacidad para 95 camas, distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 3 Distribución de camas del Hospital Quito No.1

ÁREA	CAMAS
Hospitalización 3 Norte	28
Hospitalización 2 Norte	48
Hospitalización 2 Sur	0
Pediatría	7
Ginecología	12
TOTAL	95

Fuente: Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional 2012
Elaboración: Lic. Angelita Tobar .S

Es importante resaltar que el área de Hospitalización 2 Sur (H2S) no está habilitada, ya que se implementó con la finalidad de ampliar los servicios de Hospitalización exclusivamente para mujeres, pero por su bajo índice de rotación se la cerró, desde hace aproximadamente 3 años, subutilizándolas como oficinas o sala de reuniones, consulta de urología.

El presupuesto para el año 2012 es de USD 13'966.087, de los cuales incluyen aporte del gobierno y del ISPPOL así como de la venta de servicios, lo que implica que es una institución que tiene financiamiento mixto.

El perfil epidemiológico de adultos mayores aún no está determinado ya que el Departamento de Estadística tiene solo como un registro que aún no se ha clasificado de

acuerdo a patologías, en el desarrollo del trabajo se pretende identificar claramente este perfil, sin embargo, las principales causas de mortalidad del adulto mayor en la ciudad de Quito son:

Tabla 4 Principales causas de mortalidad en el adulto mayor en Quito 2005:

Nº	Código	Causa de mortalidad	Nº de causas
1	I69	Enfermedad cerebro vascular	317
2	I25	Enfermedad isquémica del corazón	287
3	E14	Diabetes Mellitus	272
4	J40	Enfermedad crónica de vías respiratorias	157
5	J18	Neumonías	152
6	C16	Tumor maligno del estomago	125
7	I10	Enfermedad hipertensiva	106
8	C161	Tumor maligno de próstata	70
9	A40	Septicemia	67
10	C22	Enfermedad del hígado	60
TOTAL			1613

Fuente INEG Anuario de estadísticas vitales, nacimiento y defunciones 2005.

Elaborado por: Lic. Angelita Tobar

La Policía Nacional del Ecuador cuenta con un “Plan Estratégico de Modernización y Transformación Integral de la Institución para el siglo XXI 2004 – 2014”, en su Objetivo VII se propone: *“Incrementar permanentemente el nivel de satisfacción laboral de los miembros de la Policía”*, (9) (Dirección Nacional de Salud, 2011) lo cual, permitirá fortalecer los servicios sociales en beneficio del personal policial.

Para el cumplimiento cabal de sus funciones, el personal debe estar en las mejores condiciones de salud, por lo que la Institución tiene la responsabilidad de proveer servicios de salud bien instalados, organizados y atender con calidad y calidez al personal en servicio activo, pasivo, sus familiares directos y derechohabientes.

“La Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional se ha propuesto cumplir este objetivo con sus Unidades Operativas en el próximo quinquenio, dando énfasis a la organización y administración del Sistema de Salud, modernización de la infraestructura instalada y al manejo de la calidad y calidez; la satisfacción de los usuarios en el tercer Nivel de atención”. (10) (Dirección Nacional de Salud, 2011)

El Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional ha entrado en una fase de restructuración física con proyectos que están en plena ejecución y requieren de gran inversión por parte

del ISSPOL, plan que responde al Objetivo de: “Incrementar la satisfacción del usuario mediante la remodelación y readecuación de la infraestructura hospitalaria”.

1.2. Marco conceptual

1.2.1. El envejecimiento.

Es un proceso continuo que inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte, por lo tanto es necesario que se tomen acciones desde el punto de vista de Atención Primaria en Salud direccionadas a la promoción de la salud, envejecimiento sano y activo, prevención de enfermedades y complicaciones. Se ha visto un incremento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas degenerativas que van en aumento, las mismas que pueden llevar a tener un Adulto Mayor enfermo y/o discapacitado.

El Adulto Mayor es un individuo con características diversas, tales como múltiples morbilidades, poli medicación, automedicación, sentimientos de pérdida, estado de dependencia, abandono y sentimientos de soledad. Es por ello que necesita de una atención multidisciplinaria con capacidad de entender y actuar en relación a los diversos problemas que éste presente, favorecer a la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo en la atención intrahospitalaria con enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación hasta el momento del alta, que permita la reinserción del adulto mayor a la familia, la disminución de costos por estadía hospitalaria, así como disminuir el riesgo de complicaciones durante su hospitalización y el uso excesivo de medicación.

Para (11) (Rivera Casado, 1969), el paciente geriátrico es el *“sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas”*

“El objetivo primordial en la atención integral de salud de las personas adultas mayores (PAM), es evitar y limitar la aparición y desarrollo de deterioro funcional. La edad avanzada rara vez llega sola, habitualmente se acompaña de fragilidad, comorbilidad, aislamiento social y dificultades económicas. Por lo tanto la atención de las PAM es compleja, requiere de una combinación de medicina basada en problemas y la medicina basada en diagnóstico en el marco de la Política Pública y modelo continuo, asistencial y progresivo”. (12) (Ecuador, MSP, 2011)

1.2.2. Evaluación geriátrica.

La evaluación geriátrica es definida como un proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario capaz de evaluar la capacidad, física, psicosocial, del paciente con el objetivo de desarrollar un plan adecuado de tratamiento y acompañamiento a largo plazo.

“Focaliza áreas específicas relacionadas a la deficiencia funcional tales como las alteraciones sensoriales (visuales y auditivas), la capacidad para ejecutar las actividades de vida diaria (índice de KATZ), los disturbios de movilidad y las caídas, Tinneti) la incontinencia urinaria, la deficiencia nutricional (MNA) y los disturbios cognitivos (Folstein, Pffifer); por lo que la evaluación geriátrica incorpora a la Anamnesis y al examen físico clínico tradicional varios instrumentos y escalas padronizadas de la evaluación del estado físico, cognitivo, del afecto, del soporte nutricional, social, familiar, y comunitaria.” (13) (Ecuador, MSP, 2011)

Con esta evaluación se obtiene las siguientes ventajas:

- Un incremento de la precisión diagnóstica
- Mejor orientación de la selección de intervención tanto profiláctica como terapéutica.
- Mejorar, recuperar y mantener el estado funcional, el afecto y el estado cognitivo
- Disminuir los riesgos de la polifarmacia
- Disminuir las hospitalizaciones e inclusive ingresos a repetición
- Disminuir la Institucionalización
- Detectar a tiempo y corregir los actos iatrogénicos.

1.2.3. Antecedentes de la valoración geriátrica.

En Canadá REJEAN HERBERT, y REJEAN CARRIER, han divulgado la metodología de la Evaluación Geriátrica en todos los países Francófonos, poniendo énfasis en no descuidar la interdisciplinariedad en todas sus facetas, ya que la considera imprescindible en la formación de todo el personal asistencial en la funcionalidad de los servicios, en la investigación socio-sanitaria, e incluso en la intervención económica, política, y administrativa en la gestión de centros gerontológico

FERGUSON ANDERSON en 1930 antes de la creación de la especialidad en Inglaterra fue uno de los primeros en llamar la atención sobre el hecho de que la mayoría de los ancianos permanecían en residencias sin ser diagnosticados, maltratados, con medicaciones insuficientes, inadecuadas o rutinarias; negándose toda clase de rehabilitación y otras terapias posibles en ellos.

Por otra parte, no existe conciencia crítica sobre el envejecimiento, complicaciones y prevención, inherentes al bienestar futuro que incide sobre la calidad de vida de los adultos mayores, se debe favorecer a la promoción, prevención y mantenimiento de las funciones físicas, autonomía e independencia. La falta de actualización de conocimientos al personal de enfermería, en atención geriátrica, ha sido un elemento primordial para brindar un cuidado directo, como si se tratara de un paciente más, para curar y procurar su egreso tempranamente sin considerar sus probables complicaciones post hospitalarias, sin tomar en cuenta que el paciente geriátrico disminuye el 30% de su capacidad funcional durante su estancia hospitalaria.

De acuerdo a un análisis internacional, se ha conseguido obtener un nivel de atención bastante alto, *“a pesar de las limitaciones encontradas, que se ha conseguido disminuir el número de días de hospitalización, el reingreso hospitalario, pues los registros de complicaciones y muertes son bastante bajos en los pacientes atendidos por el equipo multidisciplinario de atención gerontológico establecido, sin que exista una unidad funcionante, por lo que se sugiere su creación pues estamos seguros que una vez que esta funcione el nivel de atención se incrementará, dando así, una disminución en la demanda por parte del usuario adulto mayor, en las otras especialidades”*. (14) (Buendía, 2006)

1.2.4. Unidad geriátrica de agudos.

“Es un nivel asistencial dentro de un Servicio de Geriátrica integrado en un Hospital General, presta atenciones especializada a pacientes ancianos hospitalizados con procesos agudos, enfermedades crónicas descompensadas y pacientes que ameriten hospitalización” (15) (Solís, 2009), para una buena valoración geriátrica y así mejorar la gestión de recursos en la derivación intra y extra hospitalaria.

Los requerimientos del personal para integrar el área de Geriátría en el Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional son los siguientes:

- Médico Geriatra
- 15 Enfermeras
- Terapista Físico
- Terapista de Lenguaje
- Terapista Ocupacional
- Terapista Respiratorio
- Psicóloga
- Nutricionista
- 5 Auxiliares de enfermería.

Como norma general, en las Unidad de agudos el número de camas que debe tener un médico geriatra debe ser alrededor de 10 camas.

“En la Unidad de agudos debe haber un promedio de 5 camas por cada 1000 habitantes y el número máximo de 9 pacientes que cada enfermera debería atender en una unidad, la estancia promedio de una unidad geriátrica de agudos debe oscilar entre un mínimo de 8 días y un máximo de 15 días. La tasa de mortalidad no debe sobrepasar el 13%.” (16)
(Solís, 2009)

Arquitectura y Funcionalidad

Según la normativa internacional las puertas del área deberán medir 1.50 metros de ancho, para facilitar la movilidad de pacientes en sillas de ruedas, el empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes, triángulos para soporte y movilidad de paciente encamado son requerimientos indispensables para el manejo de pacientes geriátricos.

Las camas deben tener una altura regulable, además esta Unidad debe contar con: sillones geriátricos, andadores, colchones anti-escaras, alzas de baño, sillas de baño, asideros abatibles de pared, alza de WC con brazos, son implementos que serán de mucha ayuda para la atención hospitalaria del paciente geriátrico.

1.2.5. Criterios de ingreso

- Pacientes mayores de 65 años.
- Enfermedad aguda o agudización / complicación de una patología crónica.
- Tendencia a la incapacidad de la enfermedad causa del ingreso. Pluripatología y polifarmacia.
- Evolución condicionada por factores mentales y/o sociales.

La Unidad de Agudos tiene una filosofía rehabilitadora, su punto de partida en el cuidado progresivo, debe estar presente en la mente y actuación del equipo cuidador.

1.2.6. Criterios de evolución.

Para la valoración del paciente sobre el estado funcional y mental es imprescindible las referencias que se puede obtener durante una entrevista con los familiares:

- Habitualmente un mes antes de la enfermedad causa del ingreso.
- En el momento del ingreso.
- Durante la estancia en la unidad.
- En el momento del alta.

Esto obliga a la utilización de escalas que cuantifiquen el estado funcional y mental del paciente.

Atención interdisciplinaria, se dará por un Equipo multidisciplinario que se reúne semanalmente en una sesión en la que se evaluará el progreso clínico y rehabilitador de todos los pacientes, se toman decisiones conjuntas sobre ellos y se decide el momento del egreso del paciente.

1.2.7. Normas y procedimientos para la valoración geriátrica integral de acuerdo a la dirección de normalización del sistema nacional de salud.

Definición:

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional, e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que se puede haber perdido.

“Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor.” (17) (Álvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010)

La VGI comprende:

- Valoración clínica y de laboratorio (HCU).
- Valoración funcional rehabilitación ejercicio físico.
- Valoración psíquica.
- Valoración social.
- Valoración nutricional.

“Cada una con sus correspondientes escalas para evaluar el estado de salud de las personas adultas mayores, el envejecimiento es una etapa de la vida a la que todos los seres humanos esperamos llegar, pero en ese largo proceso nuestros órganos envejecen a diferente velocidad, dependiendo de las condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y estilos de vida de cada individuo.” (18) (Ecuador, MSP, 2011)

Lograr un envejecimiento activo, digno, con buena funcionalidad física y autonomía mental, debe constituirse en el principal propósito de las Unidades de salud, apoyadas en el Ministerio de Salud Pública, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, que ha promulgado NORMAS Y PROTOCOLOS de Atención del adulto mayor en el 2010 y que hasta la fecha no han entrado en práctica en la mayoría de Instituciones de Salud Pública.

Con estos antecedentes se pretende socializar estas Normas y Protocolos con participación activa de los involucrados en la atención del adulto mayor, considerando especialmente la Valoración Geriátrica Integral oportuna, la importancia de la referencia y contra referencia, de tal manera que permita mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la independencia y autonomía del paciente.

A pesar de contar con recursos humanos en el área de Geriátrica, estos son insuficientes para atender las necesidades de este grupo poblacional. Por lo que es necesario aplicar una herramienta práctica que le permita al médico (Especialistas de diferentes áreas) identificar y diferenciar la población geriátrica que requiere atención especializada.

Esta pequeña capacitación tiene como finalidad dar al profesional de la salud los elementos esenciales para la Valoración Integral del paciente geriátrico en su Unidad de Gestión con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que presente el adulto mayor.

Objetivos de la Valoración Geriátrica

- Identificar al paciente geriátrico en las unidades médicas de atención.
- Estandarizar el abordaje inicial para la atención del paciente geriátrico
- Definir las acciones de atención dirigidas al paciente geriátrico para evitar complicaciones durante su estancia en el área de hospitalización.

1.2.8. Sistema de información de salud.

Es el conjunto de componentes y procedimientos organizados e interrelacionados en forma permanente que permiten generar información de series de estadísticas e indicadores de salud, a través de formularios relacionados a la producción de establecimientos y programas de atención en Salud.

Formularios de registro y notificación

El principal formulario de registro de información de atención ambulatoria y hospitalización del adulto mayor está contenido en la nueva Historia Clínica Única con la siguiente nominación: SNS-MSP/HCU-fomr.057/2010. Atención al Adulto Mayor.

El segundo formulario de registro de información de atención del Adulto Mayor relacionado a la prevención y morbilidad es el parte diario de atención ambulatoria: SNS-MSP/form.504 Parte Diario de Atención Ambulatoria

Existen otros formularios de vigilancia Epidemiológica que deberán ser reportados en forma periódica con relación a enfermedades infectocontagiosas que ameritan vigilancia y control post hospitalario y comunitario.

Datos que deben ser llenados obligatoriamente durante la valoración médica:

Signos Vitales

Presión Arterial.- Es la fuerza ejercida por la sangre contra la pared arterial. Expresada como Presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

Criterios de Diagnóstico:

- Presión arterial optima: < 120/80 mmHg
- Presión arterial normal: 120-129/80-84 mmHg
- Presión arterial alta: 130-139/85-89 mmHg

Temperatura Corporal.- Es la intensidad de calor que presenta el cuerpo. La temperatura Normal es el resultado del equilibrio establecido, entre el calor producido y el calor perdido por el organismo.

- Valor normal medio: Oral 37.0 C, rectal 37.5 0 C, axilar 36.5 0 C.
- Fiebre temperatura superior a 37.20C por la mañana o mayor a 37.7 0 por la tarde.

Pulso.- Es la expansión y contracción causada por el impacto de la sangre Impulsada por el corazón. Sufre modificaciones cuando el volumen de sangre bombeada disminuye o cuando hay cambios en las arterias.

Cifras Normales: varía de acuerdo a diferentes factores, el más importante es la edad.

Respiración.- Es el intercambio gaseoso entre el organismo y la atmósfera.

Cifras normales del adulto mayor: menos de 16 respiraciones por minuto.

Antropometría.- Es el estudio de las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos, sirve de base en salud para establecer el diagnóstico nutricional del adulto mayor.

Las medidas utilizadas son:

- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal
- Perímetro de cintura
- Perímetro de cadera
- Perímetro de pantorrilla

Índice de masa corporal (IMC).- Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

Índice de Masa Corporal

Hombres	Valor IMC	Mujeres	Valor IMC
50-59 años	24.7 – 31	50-60 años	23.6-32.1
60-69 años	24.4 -30	60-69 años	23.5-30.8
70-79 años	23.8-26.1	70-79 años	22.6-29.9
80 y más	22.4-27	80 y más	21.7-28.4

Fuente: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 2010.
Elaborado por: Lic. Ángela. Tobar

IMC = Peso Bajo

El IMC = $\frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla}^2}$ indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

Ejemplo de cálculo de IMC

Peso = 72 kg

Talla = 1.65 m

IMC =

72	72
1.65 m X 1.65m	= 2.72

IMC = 26.47

Perímetro de cintura o circunferencia abdominal.-Es la medición de la circunferencia de la cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva.

Método: Trace una línea imaginaria que parta del hueco de la axila hasta la cresta Iliaca. Sobre esta identifique el punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta Iliaca (cadera) en este punto se encuentra la cintura.

Coloque la cinta métrica en el punto antes mencionado y proceda a la medición de esta circunferencia con el paciente de pie y la cinta métrica horizontal, registre el resultado en el casillero correspondiente.

Valores que representa un riesgo cardiovascular

Mujer: Cintura > 85 cm.

Hombre: cintura > 95 cm.

Perímetro de cadera.- Constituye la máxima circunferencia a nivel de los glúteos. Permite conocer la distribución de la grasa y su combinación en el índice de cintura/cadera mediante una aproximación sencilla distribución de la grasa corporal.

Los valores del índice de cintura/ cadera considerados de riesgo han sido estimados de adultos: > a 1 para hombres y 0.85 para mujeres.

Procedimiento: con el adulto mayor de pie, coloque la cinta métrica en la parte de los glúteos en forma paralela al piso cuidando que no se tuerza, registre en el casillero correspondiente.

Perímetro de la pantorrilla.- la persona debe permanecer de pie en una superficie alta que facilita la medición.

Método: se debe colocar la cinta métrica justo a la mitad y alrededor de la parte carnosa y abultada de la pierna por debajo de la corva. Para realizar esta medición se elegirá la pierna derecha si la persona es diestra o la izquierda si es zurda. Registre el resultado en el casillero correspondiente.

1.2.9. Valoración geriátrica integral.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	ESCALAS	EVALUACIÓN
TAMIZAJE RÁPIDO	Formulario Correspondiente	Determina las condiciones geriátricas
VALORACIÓN CLÍNICA Y DE LABORATORIO	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
VALORACIÓN FUNCIONAL	Índice de Katz modificado Lawton y Brody modificada	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ³
VALORACIÓN PSÍQUICA COGNITIVA	MMSE modificado Pfeiffer Yesavage Modificada	Déficit cognitivo Complementa evaluación Depresión
VALORACIÓN NUTRICIONAL	Mini nutricional Assesment MNA. Índice de masa corporal Medidas antropométricas	Estado nutricional Tendencia del estado nutricional
VALORACIÓN SOCIAL	Guijón abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

Fuente: Normas y protocolos de atención Integral de salud de las y los Adultos Mayores 2010

Tamizaje rápido.

Ayuda a identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo, y orienta al personal de salud en la toma de decisiones oportunas.

Actividad	Responsable	Frecuencia	Tiempo Estipulado
Aplicación del cuestionario.	Personal seleccionado y capacitado.	-Primera consulta -Subsecuentes de acuerdo a la evolución y necesidades del paciente.	5 minutos

Fuente: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 2010.

Cuestionario de tamizaje rápido

PROBLEMA	ACCIÓN	RESULTADO
VISIÓN	Dos acciones: 1. pregunte: ¿tiene usted dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. en caso afirmativo evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene.	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer >20/40 en carta de Snellen.
AUDICIÓN	Susurre al oído: ¿me escucha usted?, de ambos lados.	no responde
MOVILIDAD DE PIERNAS	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “levántese de la silla”, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 seg. o menos.
INCONTINENCIA URINARIA	Dos partes: 1. pregunte ¿”el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente la orina? 2. de ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las 2 preguntas.

NUTRICIÓN, PERDIDA DE PESO	Dos partes: 1. pregunte ¿ha perdido usted, involuntariamente 4,5 kilos (10 libras) o más en los últimos 6 meses? 2. pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso <45.5 kg.
MEMORIA	Mencione 3 objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los 3 objetos mencionados.	Incapaz de recordar los 3 objetos.
INCAPACIDAD FÍSICA	Seis preguntas: ¿es usted capaz de: 1. Ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿salir de compras? 4. ¿ir a lugares donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿bañarse solo en tina o ducha? 6. ¿vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas.

Fuente: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 2010. MSP

Valoración clínica y de laboratorio.

Proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, que debe ser realizado por profesionales médicos ante un evento agudo o crónico, clínico o quirúrgico, a través de todos los pasos de la historia clínica geriátrica, para llegar a un diagnóstico. Es la primera intervención dentro del continuo asistencial y progresivo, que permite aplicar la valoración geriátrica integral (primera consulta).

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo Estipulado
Atención motivo de consulta Valoración clínica y laboratorio. Plan de tratamiento de acuerdo al caso. Aplicación de valoraciones geriátricas específicas, según caso y situación. Post consulta. Referencia al nivel superior si el caso lo amerita. IEC familia y/o cuidador.	Médico y enfermera, equipo interdisciplinario.	1) Demanda	30 minutos

Control y seguimiento			
<p>Cita Programada</p> <p>Valoraciones específicas: detectar riesgo y evitar complicaciones.</p> <p>Plan de Intervención.</p> <p>Post consulta</p> <p>Asistencia continua y progresiva a domicilio.</p> <p>Inscripción a grupos organizados de adulto mayor o redes de apoyo formales e informales.</p> <p>Referencia a nivel superior. si el caso lo amerita.</p> <p>ICE e involucramiento de la familia o cuidador.</p> <p>Control y seguimiento</p>	Médico y enfermera, equipo interdisciplinario.	2) Anual	30 minutos
<p>Atención evento agudo</p> <p>Valoración clínica y laboratorio.</p> <p>Valoración geriátrica integral.</p> <p>Interconsulta si el caso lo requiere. tratamiento específico.</p> <p>vigilancia médica.</p> <p>Cuidados específicos de enfermería.</p> <p>Involucrar a la familia y / o cuidador.</p> <p>Plan de cuidados de equipo multidisciplinario.</p> <p>Elaboración del plan de alta.</p> <p>Contra referencia al primer Nivel.</p> <p>De no contar con apoyo familiar y económico. Referencia al tercer nivel.</p>	Médico y enfermera, equipo interdisciplinario.	Demanda o referencia	8 a 12 días
<p>Recuperación funcional</p> <p>Valoración clínica y de laboratorio.</p> <p>Valoración geriátrica Integral en la primeras 72 horas: Valoración Funcional, Valoración Psíquica, Valoración Social, Valoración Nutricional.</p> <p>Inter consultas</p> <p>Plan de tratamiento según Protocolos de atención.</p> <p>Vigilancia médica.</p> <p>Cuidados específicos de enfermería.</p> <p>Involucramiento de la familia y cuidador.</p> <p>Coordinación para el alta con el nivel primario y la familia.</p> <p>Plan de alta.</p> <p>Atención Ambulatoria en Hospital de acuerdo evolución.</p> <p>Contra- referencia a primer Nivel.</p>	Equipo multidisciplinario	Continua por sesiones	15 a 45 días

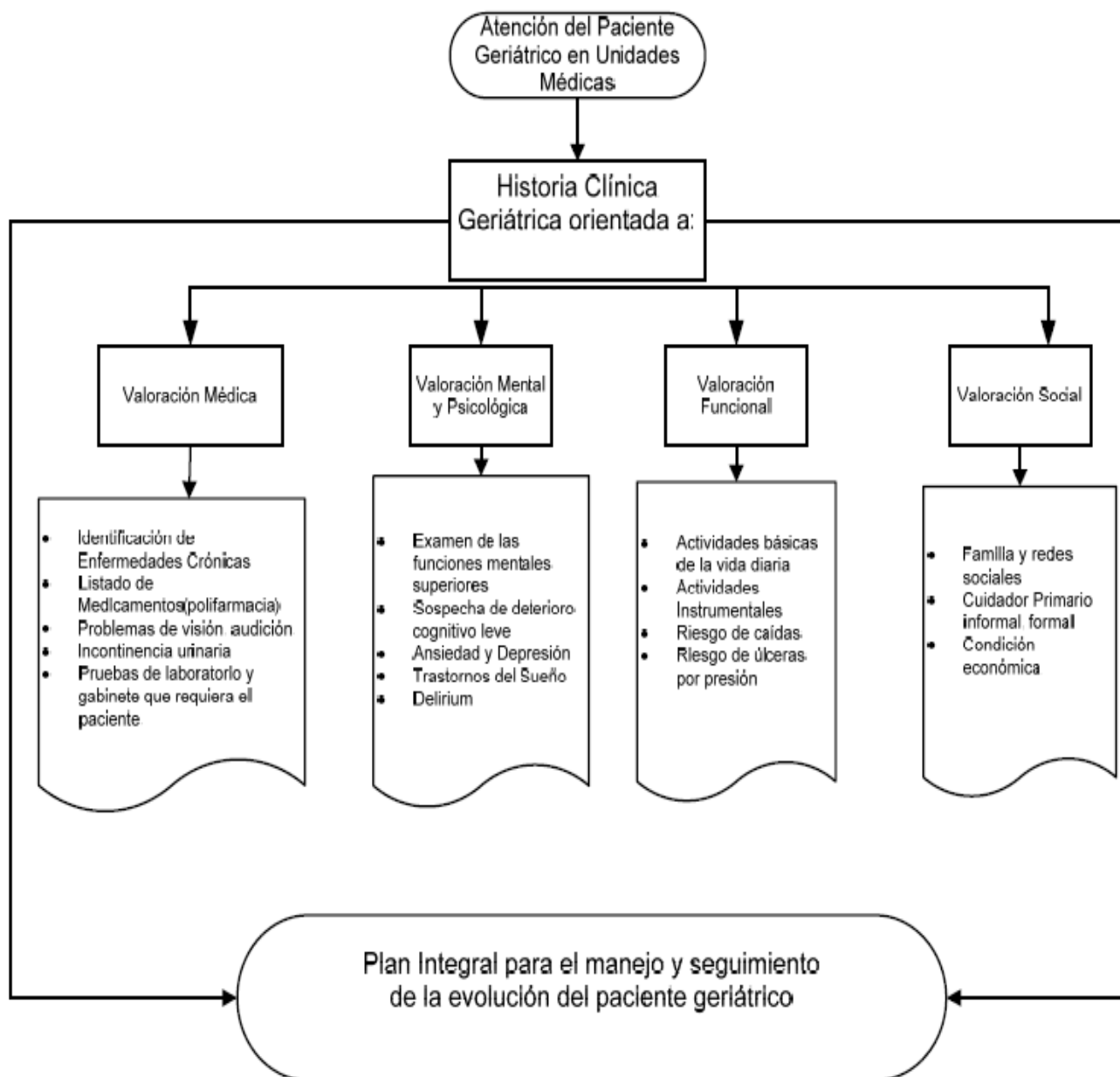
Fuente: Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores 2010.MSP

La valoración Geriátrica Integral al ser un proceso diagnóstico multidisciplinario destinado a identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan de cuidados integrales que permitan una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr un mayor grado de autonomía.

El equipo Multi-Interdisciplinario Geriátrico Integral aportará con una serie de conocimientos, habilidades y aptitudes que no suelen estar al alcance de un solo profesional, por lo tanto su finalidad es ofrecer una atención integral en la que todos los profesionales trabajen para conseguir un objetivo común que es el bienestar del adulto mayor. Este equipo estará conformado por médico, enfermera, trabajadora social, psicólogo entre otros profesionales de apoyo como terapeuta, nutricionistas.

Su funcionamiento exige la participación y responsabilidad de sus miembros, focalizando su trabajo sobre áreas específicas tales como alteraciones sensoriales: visuales y auditivas, capacidad para ejecutar actividades de la vida diaria (Índice de KATZ), disturbo de la movilidad y caídas (Tinneti), incontinencia urinaria, deficiencia nutricional (MNA) y los disturbios cognitivos (Folstein, Pffiter); por lo que esta evaluación geriátrica incorpora varios instrumentos y escalas que se detallan a continuación.

Algoritmo 1 . Evaluación inicial del paciente geriátrico



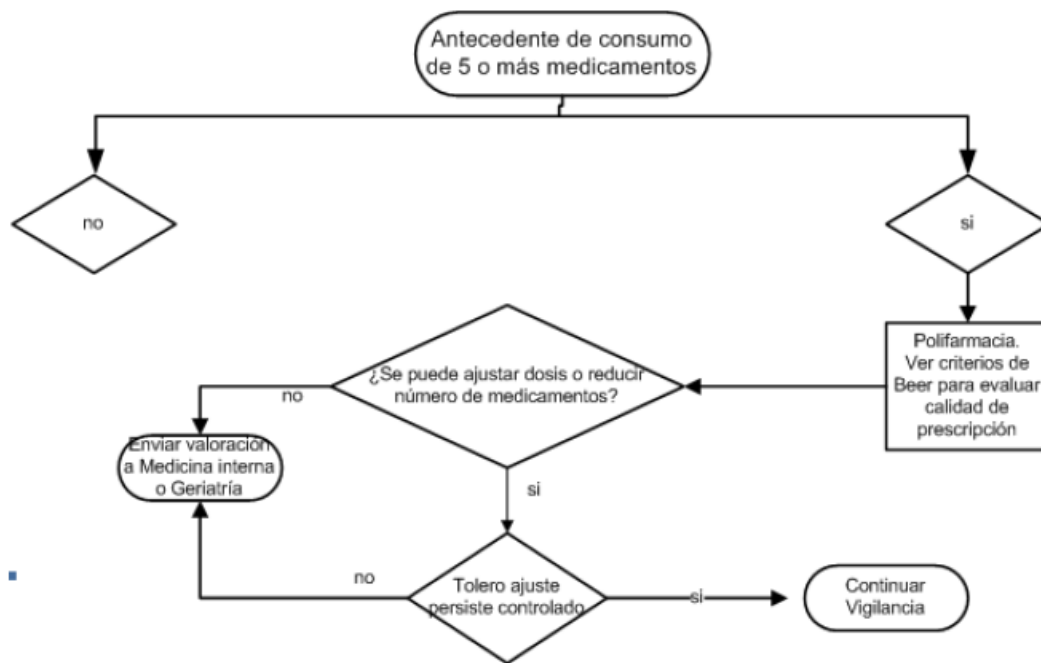
Fuente: Rivera Casado

Evaluación farmacológica en paciente geriátrico.

Rivera, C. (1969) Indica que diferentes estudios muestran que hasta el 90% de los adultos mayores de 65 años ingiere uno o más medicamentos y hasta el 50% ingieren 2 o más medicamentos. Se estima que 1,9 millones de efectos adversos registrados en mayores de 65 años, 180 mil pusieron en peligro la vida de estas personas y de estos, el 50% son prevenibles y alrededor del 12% de los pacientes geriátricos hospitalizados, fue debido a una reacción adversa al fármaco.

Es recomendable que en cada consulta se analice la lista de medicamentos prescritos y auto medicados, “con el propósito de identificar las posibles acciones medicamentosas, asegúrese de no prescribir medicamentos considerados inapropiados para pacientes geriátricos, y en la medida de lo posible debe ser atendido por un solo profesional capacitado para que pueda abarcar con la mayor integridad un organismo que sufre por varias dolencias,” (19) (Rivera, 1969) las mismas que se puede eliminar con medidas físicas y no farmacológicas, así como empezar el tratamiento con dosis bajas dentro de los límites terapéuticos y ajustarlas progresivamente

Algoritmo 2 . Evaluación de polifarmacia en el paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

Evaluación de problemas de visión y audición en el paciente geriátrico.

En los adultos mayores la disminución de la agudeza visual y auditiva tiene repercusiones importantes, condiciona aislamiento, comprometiendo la socialización, su independencia funcional y calidad de vida. “La pérdida auditiva llega a tener una prevalencia de un 25% a 40% en el grupo de 65 años y se incrementa hasta 80% en mayores de 85 años, se asocia con síndromes depresivos y aislamiento social. La disminución de la agudeza visual es un factor de riesgo para caídas y dependencia funcional”. (20) (Rivera, 1969)

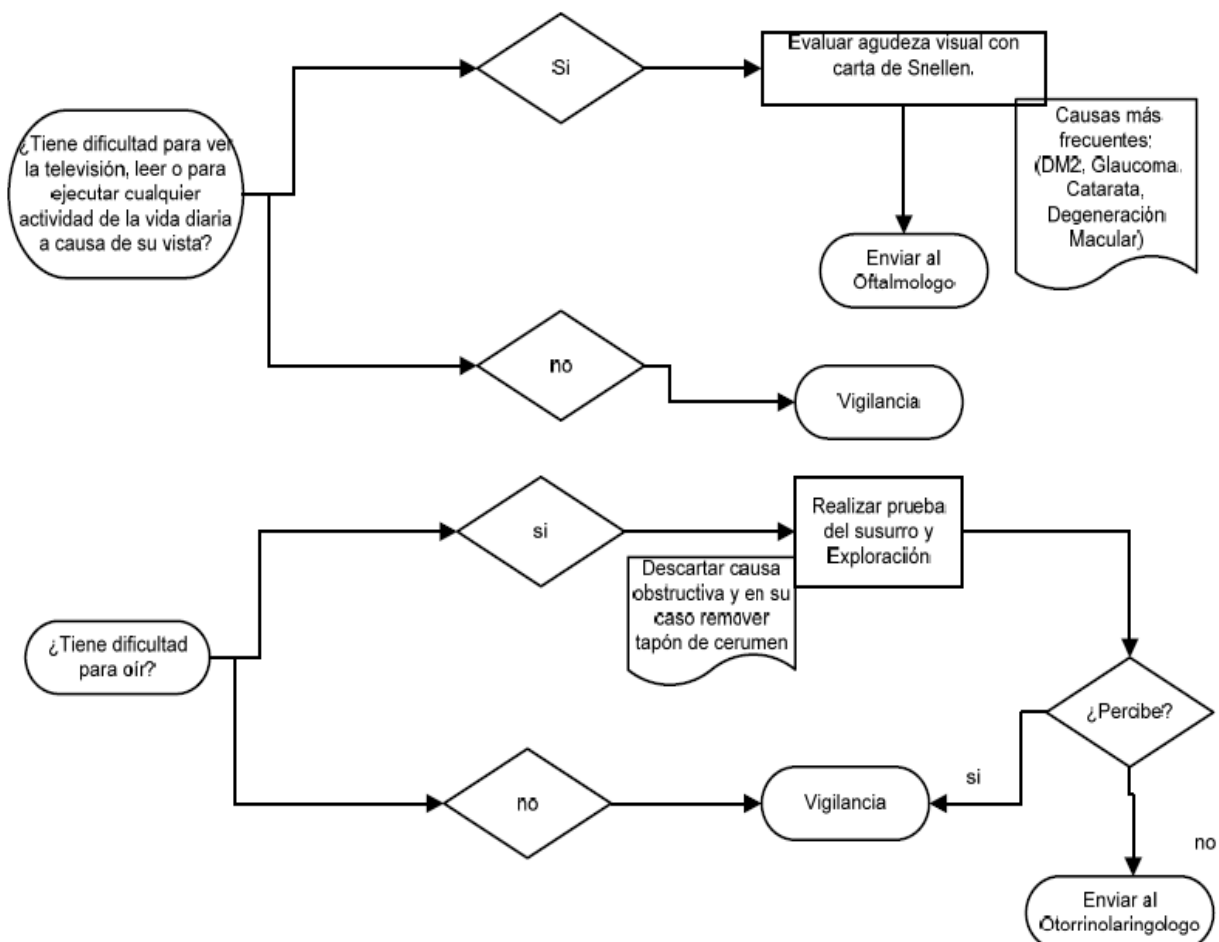
Para una detección inicial de la pérdida de la agudeza visual o auditiva es suficiente con preguntar al adulto mayor o a su cuidador lo siguiente:

- ¿Tiene dificultad para ver la televisión, leer o para ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?,
- ¿Tiene dificultad para oír?

Si la respuesta es positiva para cualquiera de las preguntas se deberá buscar la causa tratable o enviar a valoración por el especialista correspondiente.

Se realice la evaluación de la carta de Snellen con el uso de corrección Óptica, si la tiene.

Algoritmo 3. Evaluación de problemas de visión y audición en el paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

Evaluación de incontinencia urinaria en el paciente geriátrico.

La incontinencia urinaria incrementa el riesgo de úlceras por presión, infecciones del tracto urinario, sepsis, caídas, fracturas, depresión, aislamiento, polifarmacia, dependencia, carga al cuidador e incremento de los costos de atención.

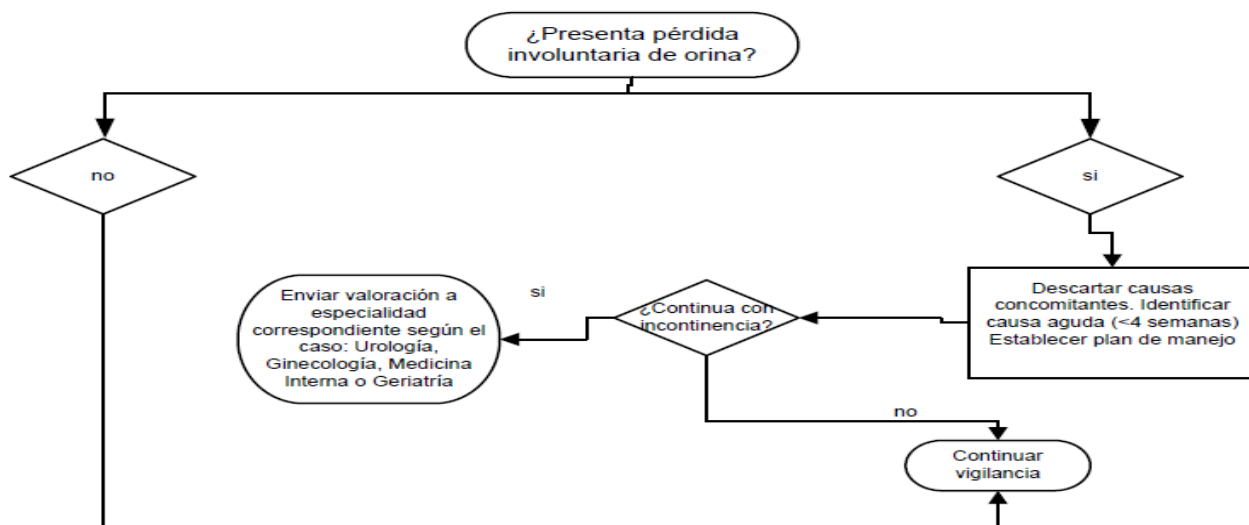
Cualquier escape de orina que provoque molestias al paciente. Se puede preguntar en la valoración inicial, en el último año, ¿Alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina?

De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina al menos 6 días diferentes?

Se deberían descartar causas concomitantes de incontinencia urinaria aguda (< de 4 semanas) que puedan tratarse como infección de vías urinarias diabetes desconocida, impactación fecal, atrofia vaginal, delirium, polifarmacia.

“Se recomienda que al diagnosticarse incontinencia urinaria de urgencia y esfuerzo se indique ejercicios de piso pélvico y entrenamiento vesical. Para el tratamiento vesical de la incontinencia urinaria es suficiente la información que refiera el paciente sin necesidad de estudios invasivos”. (21) (Rivera, 1969)

Algoritmo 4 . Evaluación de incontinencia urinaria en el paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

Evaluación mental y psico-afectiva del paciente geriátrico.

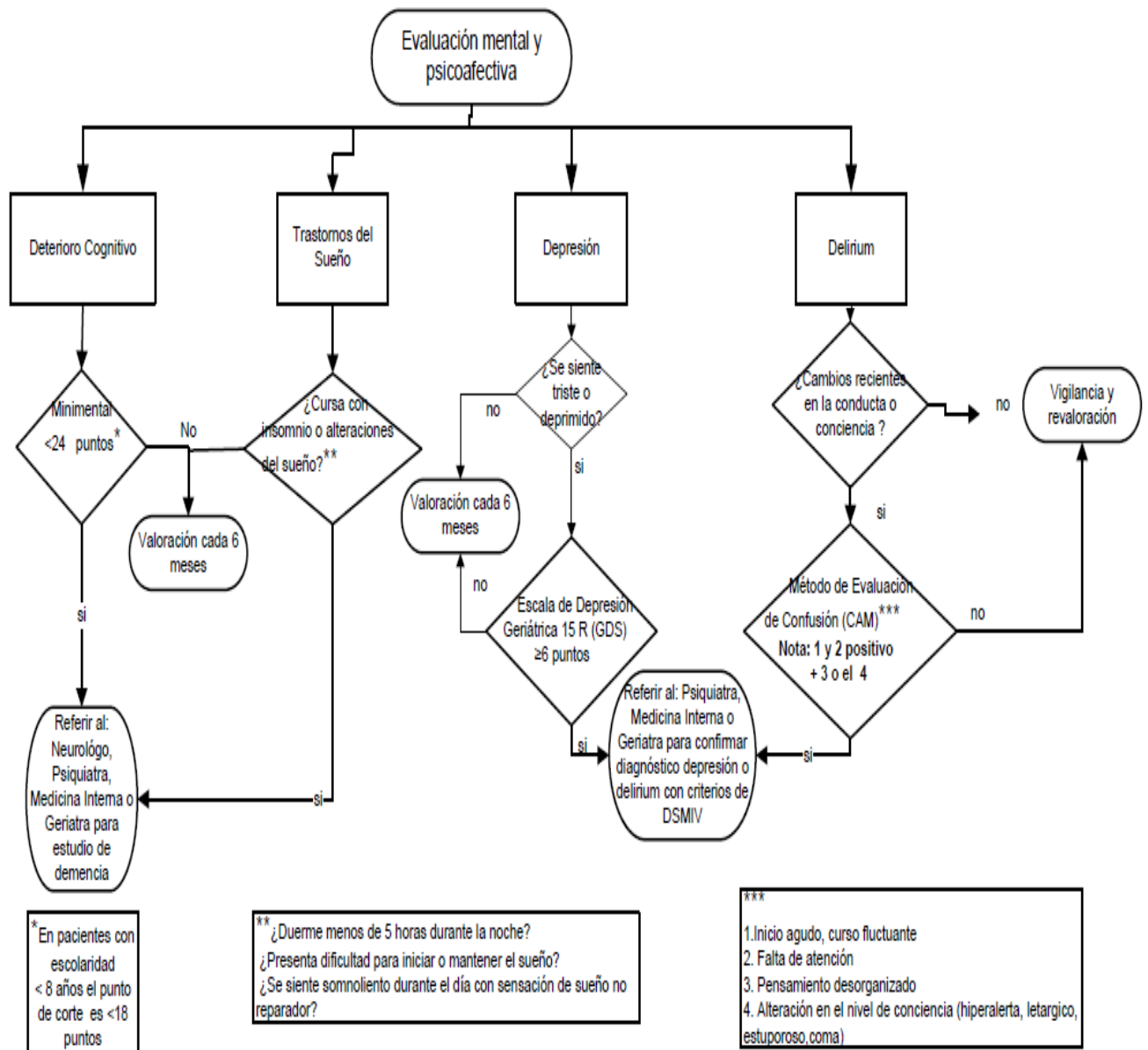
Evaluación de deterioro cognitivo

“El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) Modificado, es útil como instrumento de detección. Puede ser utilizado en cualquier nivel de atención. Su aplicación lleva sólo 5 minutos,” (22) (Ecuador, MSP, 2011) por lo tanto, es práctico. Tiene una especificidad del 46-100% para detectar deterioro cognitivo.

El resultado de MMSE deberá ser ajustado a la edad y escolaridad de los sujetos. Con una media normalidad de 26 puntos para individuos con 5 a 8 años de escolaridad y de 22 para los que tienen de 0 a 4 años de escolaridad. En personas con más de 8 años de escolaridad el MMSE establece como deterioro cognitivo: leve 19 a 23 puntos, moderado 14 a 18 puntos, severo <14 puntos.

En el paciente geriátrico que se sospeche deterioro cognitivo a prueba MMSE puede ser utilizada como prueba inicial. Con una puntuación menor a 24 puntos en la prueba MMSE se recomienda valoración por el especialista correspondiente.

Algoritmo 5 . Evaluación mental y psicoafectiva del paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

Evaluación de trastornos del sueño

La prevalencia de trastornos del sueño se incrementa con la edad. Se estima que un 80% de los ancianos tienen uno o más de los siguientes problemas: dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano, fragmentación del sueño y ronquido.

La consecuencia clínica de estos problemas condiciona somnolencia, diurna, desorientación, delirium, deterioro cognitivo, incremento en el riesgo de caídas y lesiones, deterioro en la calidad de vida, incremento del uso de recursos y de los costos de atención y sobrecarga al cuidador entre otras. Considerando el beneficio potencial de identificar y tratar los trastornos del sueño en el anciano, es importante que se investigue sobre el sueño y se incorpore una búsqueda rutinaria en toda historia clínica.

Se recomienda que al detectar algún trastorno del sueño se indiquen medidas de higiene del sueño y terapias de relajación como medida inicial, ajustar en lo posible los fármacos que puedan afectar el sueño como:

- Fluoxetina
- Diuréticos
- Teofilina
- Salbutamol
- Estimulantes del SNC
- Anti colinérgicos
- Cafeína
- Alcohol
- Anti psicóticos
- Cortico esteroide

Además se recomienda investigar depresión y/o ansiedad concomitante o como etiología del insomnio. Evitar utilizar benzodicepinas de vida media larga, y solo si lo requiere, iniciar con dosis bajas y titulares gradualmente, evitar dar por más de 2 meses.

“En cada consulta analiza la lista de medicamentos prescritos y auto medicados, incluso los herbolarios y homeopáticos con el propósito de identificar las posibles interacciones

medicamentosas o de fármaco-enfermedad.” (23) (Esquivel, Cortés, Durán, Martínez, & Torres, 2010, pág. 24)

Evaluación de depresión

El trastorno depresivo mayor en el anciano se asocia a síntomas inespecíficos como pérdida de peso, insomnio y somatizaciones, incrementando la morbi mortalidad en el Adulto Mayor del 80% al 90% de ancianos deprimidos hospitalizados en unidades de agudos no son diagnosticados.

“La escala de depresión geriátrica de 30,15 y 5 reactivos (Geriatric DepressionS cale GDS) actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos. Con una sensibilidad y especificidad de 97% y 85% respectivamente”. (24) (Esquivel et al, 2010)

Un abordaje más conciso consiste en una sola pregunta *“¿Se siente triste o deprimido?”* Ha sido validado y comparado con la escala de 30 preguntas. Cuando la respuesta es afirmativa se recomienda aplicar el GDS (Escala de Depresión Geriátrica) de 15 reactivos. Se deberá referir al paciente al nivel correspondiente cuando el resultado del GDS sea 6/15 puntos *“probable depresión en la escala de Yesavage”* (25) (Álvarez, Pazmiño, Villalobos, & Villacís, 2010, p. 242)

Evaluación de delirium

“El delirium tiene una alta prevalencia en las áreas de urgencias y de hospitalización de agudos. Se registra una prevalencia de 14 a 24% al momento de la admisión. De 6 al 56% durante la hospitalización, postquirúrgico se presenta de 10-52% de los casos... La mortalidad asociada a delirium (25-33%), es tan alta como la relacionada con el infarto al miocardio o sepsis.” (26) (Esquivel et al, 2010, p. 25)

Es recomendable entrevistar al familiar más cercano, si ha observado cambios en la conducta, si presenta alucinaciones, o imagina personajes de ser afirmativo se deberá remitir al especialista correspondiente: Neurólogo, Psiquiatra o Geriatra

Evaluación funcional del paciente geriátrico.

Actividades básicas de la vida diaria

La pérdida de la capacidad funcional se presenta con frecuencia en la edad avanzada es un indicador útil en el diagnóstico de una nueva enfermedad, además puede ser un predictor de mortalidad, prolongar la estancia hospitalaria que nos indica que el paciente requiere de hospitalización.

“El índice de Katz tiene seis elementos ordenados en forma jerárquica, según la secuencia en la que los pacientes pierden o recuperan la independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria”. (27) (Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica, 2010, p. 29) Se debe valorar la funcionalidad para detectar su pérdida aguda o crónica, mediante la escala de KATZ. A detectar limitación para las ABVD (Actividades básicas de la vida diaria) en un paciente hospitalizado, al estabilizarse se deberá iniciar un programa de rehabilitación o reacondicionamiento Físico y continuarlo a su egreso.

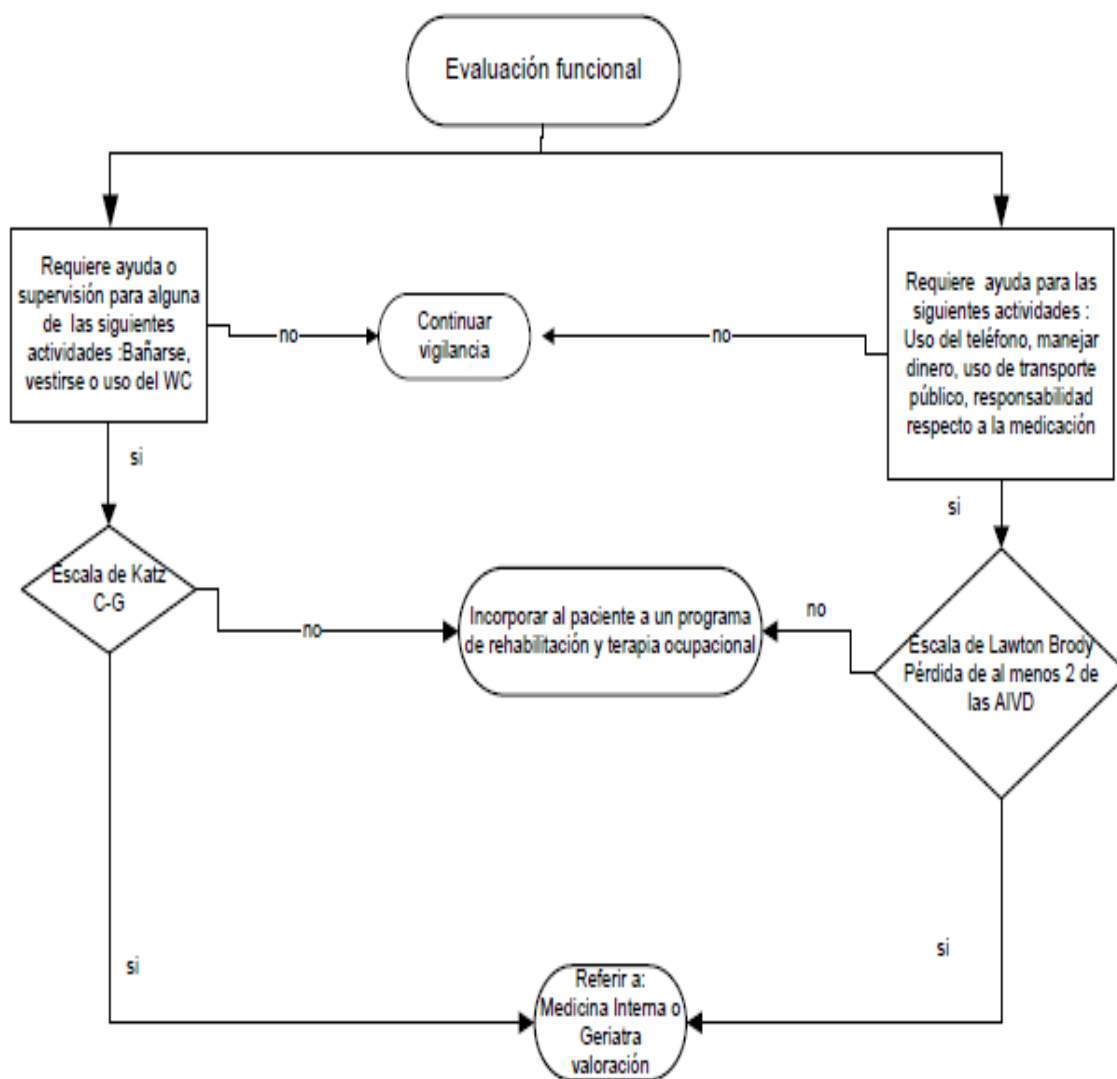
Actividades instrumentales de la vida diaria

“Evalúan la relación con el entorno, implican mayor complejidad y pueden reflejar integridad física, cognitiva y psicoafectiva. La pérdida de algunas de ellas significa sospecha de deterioro cognitivo o depresión.”(28) (Guía de Práctica, 2010, p. 30)

La dependencia en algunas de las actividades instrumentales de la vida diaria, como uso del teléfono, bañarse, lavar ropa, uso del transporte, preparar su comida, ir de compras, realizar tareas del hogar y controlar su medicación; está asociada con una mayor demanda de servicios de salud.

La escala de Lawton-Brody (1969) fue creada para valorar autonomía física y actividades instrumentales de la vida diaria: valorada en estos 8 ítems, *“si un paciente presenta menor rendimiento funcional o incapacidad funcional tiene mayor riesgo de muerte en los próximos 2 a 5 años si no toma medidas preventivas.” (29) (Guía de Práctica, 2010, p. 30)*

Algoritmo 6 . Evaluación funcional del paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

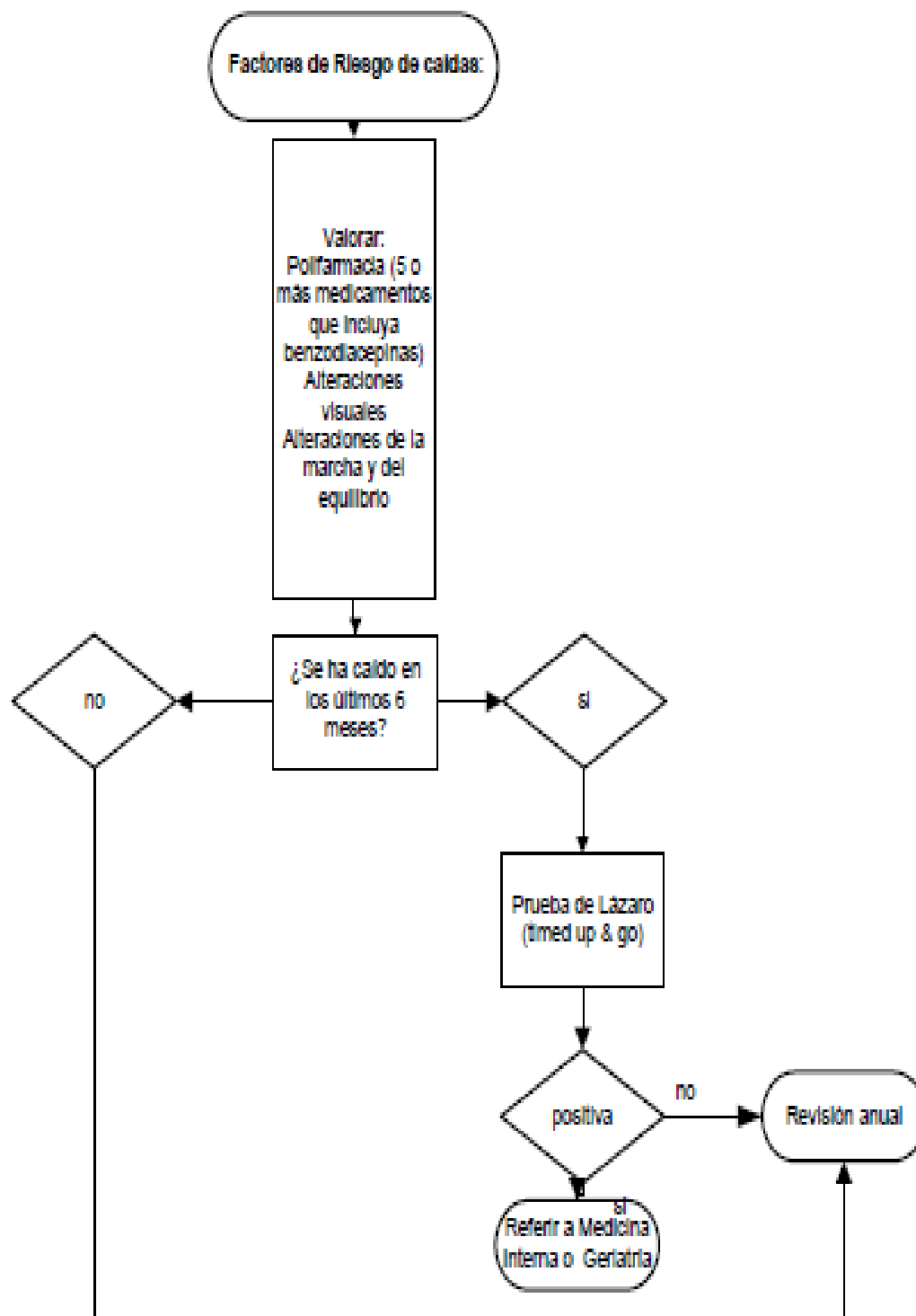
Evaluación de riesgo de caídas del paciente geriátrico.

Una o varias caídas suelen ser de origen multifactorial, en el adulto mayor, puede ser manifestación de enfermedad y generar dependencia funcional creando un círculo vicioso, pues este a su vez se relaciona con caídas. *“La historia de caídas y la hospitalización aguda, es un riesgo para el paciente geriátrico para mayor desacondicionamiento, requiere de un plan de rehabilitación intrahospitalaria y a su egreso”*, (30) (Guía de Práctica, 2010, p. 30)

En salas de Emergencias es frecuente ver adultos mayores que acuden por caídas, en ocasiones no recuerdan que actividad estaban realizando, o simplemente sintieron sensación de mareo, lo que refleja una alteración del sistema orgánico que probablemente puede pasar por desapercibido.

"La presencia de un síndrome de caídas en el paciente geriátrico se puede realizar a través de un a pregunta específica: ¿Se ha caído en los últimos seis meses? en caso positivo se debe incorporar al paciente a un programa de reacondicionamiento de la marcha y el equilibrio".(31) (Rivera,1969) Por lo que debería referirse al servicio de Fisioterapia y Rehabilitación, así como valoración por Geriátrica con la finalidad de identificar las causas potenciales y eliminar los factores de riesgo que provocaron las caídas.

Algoritmo 7. Evaluación del Riesgo de Caídas del paciente geriátrico



Fuente: Rivera Casado

Evaluación del riesgo de úlceras por presión en el paciente geriátrico.

Las úlceras por presión son una consecuencia del síndrome de inmovilidad aguda y/o crónica. Los factores de riesgo relacionados son diversos, susceptibles de intervenciones, por lo que deben reconocerse. Se debe considerar el riesgo de desarrollar úlceras por presión, que puede valorarse con la escala de Braden la cual ofrece una detección del riesgo para el desarrollo de úlceras por presión lo pueden llevar a cabo el médico o la enfermera a cargo del paciente y el cuidador previamente capacitado.

“La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de sustancia cutánea y producida por presión o presión entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado.” (32) (Ecuador, MSP, 2011, p. 81).

Evaluación socio-familiar en el paciente geriátrico.

La evaluación del funcionamiento social sirve para determinar los factores protectores con los que cuenta el individuo para su bienestar, identificar los factores de riesgo que necesitan vigilancia y quizás intervención psicosocial. La evaluación socio-familiar, permite conocer los recursos con que cuenta la persona, así como sus redes de apoyo.

Los cuidadores primarios cuando se trata de adultos mayores que cursan con sobrecarga de cuidados tienen un riesgo de 50% de morir en los siguientes 4 años. Al detectar alguna alteración en la función socio familiar, se deberá profundizar con otros instrumentos específicos instrumento de valoración de recursos sociales entre otros. La valoración socio familiar debe llevarse a cabo en conjunto con Trabajo Social para asegurar la continuidad de la atención.

“Una atención integral para las personas adultas mayores debe contar con variedad de servicios vinculadas y coordinadas con los Centros de Salud y los EBAS (Equipos Básicos de atención en Salud) para contar con una coordinación básica que facilite la atención del Adulto Mayor, así se puede evitar referencias precipitadas o improcedentes.”(33) (Ecuador, MSP, 2011, p. 250) esta evaluación debe partir de la información de la Historia Clínica, se complementa con la entrevista de la Trabajadora Social y continua con la Valoración Integral médica, de enfermería y nutricional, para llegar a un diagnóstico social

del paciente y se elabora el Plan de cuidados de acuerdo a los recursos disponibles en la Institución, familiares y sociales.

Criterios para la referencia del paciente geriátrico:

- Edad 70 años.
- Comorbilidad (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática).
- Síndromes Geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, derivación, sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión.)
- Deterioro cognitivo o delirium.

Deberán reunir los siguientes criterios:

- Primer criterio: 1 + 2 + 3 de las condiciones mencionadas.
- Segundo Criterio: 1 + 2 + 4 de las condiciones mencionadas.
- Tercer Criterio: 1 + 4 de las condiciones mencionadas.

CAPITULO II DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto es estratégico porque pretende ser participativo e integrador aumenta las posibilidades de éxito que se necesita, con el aporte de varias especialidades para llegar a convertirse en un proyecto real. Además buscará puntos estratégicos de convergencia con una visión compartida, que viabilice la participación de todos los involucrados en el proceso de atención del adulto mayor, tomando en cuenta las necesidades de este grupo vulnerable que necesita atención prioritaria, reconocido por la Constitución de la República y en ocasiones olvidado por la sociedad.

Al ser un proyecto estratégico de carácter social identifica y promueve el desarrollo de la institución acorde a las características económicas, ambientales y sociales de la institución policial y del país.

Este proyecto define actores como son médicos, enfermeras, tecnólogos terapeutas físicos, trabajadoras sociales, nutricionistas; encargados de brindar atención a los usuarios de esta casa de salud, quienes identifican factores de riesgo como: polimedicación, caídas a repetición, problemas de visión y audición, trastornos del sueño, entre otros, para lograr acciones futuras y alcanzar el objetivo deseado, mediante la creación de la Unidad de pacientes geriátricos, la Valoración geriátrica integral y capacitación al personal de Enfermería, considerados como un pilar fundamental en la promoción y prevención de la salud y poco a poco llegar a la excelencia en el proceso de atención del paciente geriátrico.

En cuanto a la gestión institucional, la puesta en marcha de este proyecto creará capacidad de acción, confianza institucional, desarrollando una cultura de cambio en los usuarios para combatir una situación preocupante, que en el futuro puede empeorar si no se toma acciones de promoción y prevención en la salud del adulto mayor. La planificación, tratamiento, seguimiento y evaluación de los pacientes permiten dar continuidad a este proceso integrado con medidas de retroalimentación, en beneficio del paciente, de la familia y la comunidad.

2.1. Matriz de involucrados

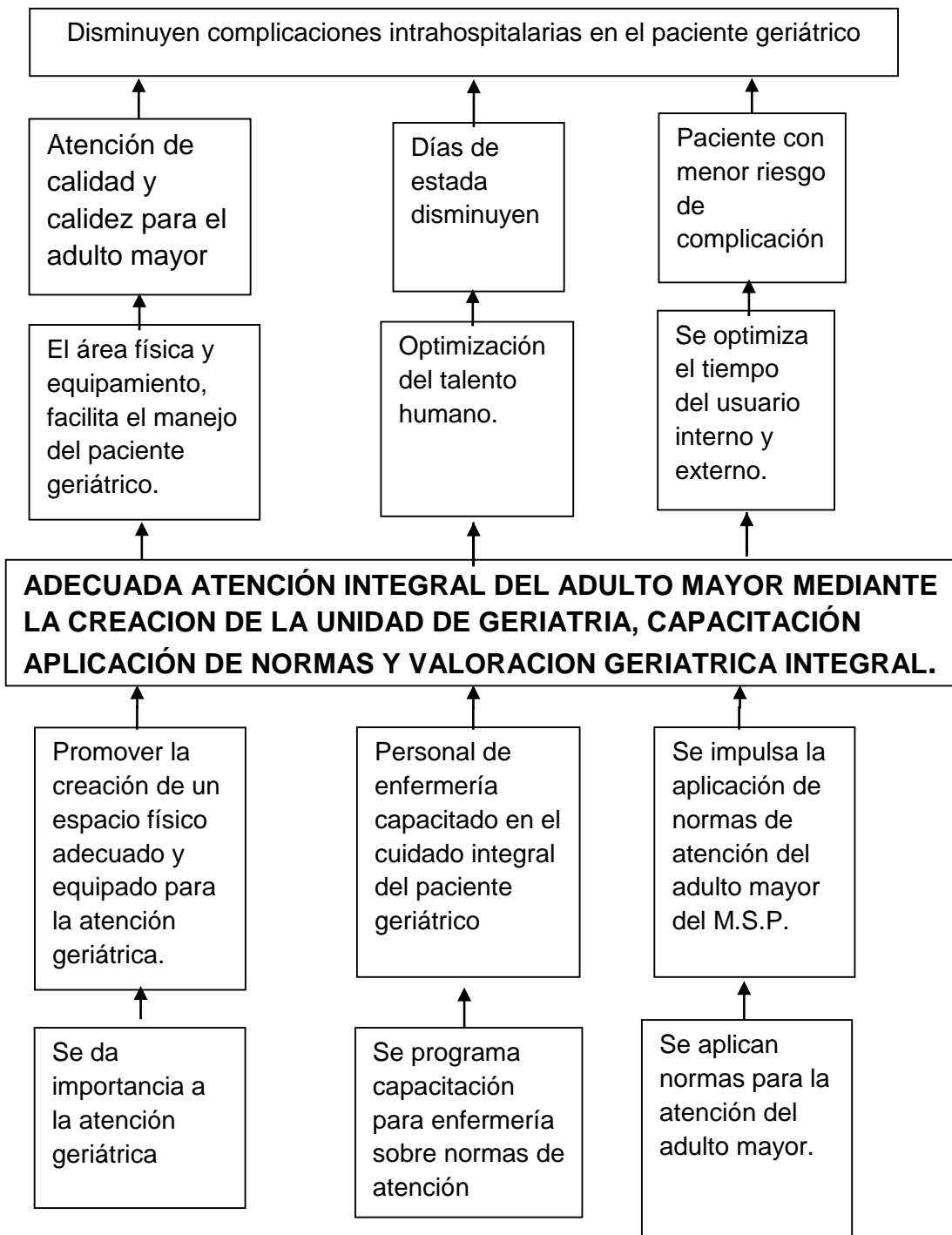
Grupos o instituciones	Intereses	Recursos y mandatos	Problemas percibidos
Autoridades del Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional: Director, Subdirector Administrativo, Subdirector Médico, Jefe del Dpto. de Recursos Humanos	Incentivar el buen desempeño de los servidores, para brindar una atención de calidad y calidez en los servicios de salud	MANDATOS Constitución de la República art.158,163, 359, al 363, 370 Reglamento Interno de la Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional	Cambios administrativos frecuentes.
Adulto mayor de 65 años que acude al Hospital Quito N° 1	Mejorar su situación de salud	Grupo poblacional de riesgo reconocido en la Constitución en sus Art. 36, 37 y 38	Desconocimiento en cuanto a cuidados por parte de familiares.
Geriatría, Fisiatría Cirugía General Medicina Interna Traumatología Endocrinología Emergencia Residentes e Internos Rotativos	Brindar atención médica de calidad para mejorar la salud de los usuarios	Recursos Humano con conocimientos adquiridos y experiencia. Mandato Constitución de la República	Exceso de pacientes, falta actualización en la atención del adulto mayor
Personal de Enfermería que labora en Hospitalización 2 Norte.	Brindar atención de enfermería efectiva para lograr una pronta recuperación	Recurso Humano con conocimientos adquiridos y experiencia.	Desconocimiento de las Normas de atención del adulto mayor.

<p>Servicios de apoyo: Trabajo Social, Nutrición, Terapia Física, Respiratoria Y Psicológica,</p>	<p>Brinda apoyo en la atención para lograr óptimas condiciones de salud del adulto mayor.</p>	<p>Elaboración de informes o reportes de: nutrición, terapia física, condición social, estado psicológico, etc.</p>	<p>Abastecimiento inadecuado de medicinas y material. Falta de concientización sobre la importancia de prevención.</p>
<p>Maestrante</p>	<p>Aportar el conocimiento adquirido en la maestría</p>	<p>Mandato: Instructivo de la UTPL para elaboración del proyecto de tesis. Recursos: Recolección de datos, reuniones de análisis talleres y capacitación.</p>	<p>Indiferencia por diferentes servicios ocasionaría un retraso en la ejecución del proyecto.</p>

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz de marco lógico

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Disminuir complicaciones intra hospitalarias en geriatría.			La institución aplica normas de Atención Integral de Geriatría del Ministerio de Salud Pública.
PROPÓSITO Promover la aplicación de normas y atención de enfermería para disminuir complicaciones durante la estancia hospitalaria.	El 35% de avance en la creación de la Unidad de Geriatría.	Unidad de Geriatría en proceso de creación.	Las autoridades del Hospital de La Policía Nacional apoyan la implementación de la unidad de geriatría.
COMPONENTE O RESULTADO 1.- Se impulsa la creación de la Unidad hospitalaria con el área física y equipamiento.	El 100% de actividades programadas de julio a noviembre del 2012. Número de actividades realizadas/ Número de actividades propuestas.	Oficios de solicitud, de aprobación y certificación de partida presupuestaria.	El Hospital de La Policía Nacional facilita el manejo del paciente geriátrico con área física y equipamiento adecuados.
2.- Personal de enfermería capacitado en el cuidado integral del paciente geriátrico	El 88% del personal de enfermería capacitado en el mes de Julio del 2012	Listado de asistentes, fotos.	El personal de enfermería participa activamente en la capacitación.

3.- Aplicación de las normas en la atención del adulto mayor.	El 100% de actividades realizadas para implementar el proceso de atención en emergencia.	Memoria de reunión de coordinación y verificación del flujograma de aplicación para emergencia.	El personal de Emergencia e Internos Rotativos comprometidos para aplicar las normas
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

2.5. Cronograma de actividades

RESULTADOS	RESPONSABLE	CRONOGRAMA			RECURSOS
1. RESULTADO ESPERADO Se impulsa la creación de la unidad hospitalaria en el área física y equipamiento					
1.1 Presentación y análisis de la Propuesta para la creación de la Unidad de Geriátricos	Autora del Proyecto	31 de julio			Papel bond, computadora, proyector, técnico en sistemas
1.2 Solicitar aprobación para la creación de la Unidad de Geriátricos	Autora del proyecto		8 de Agosto		Papel bond, computadora, proyector, técnico en sistemas
1.3 Solicitar la disponibilidad Presupuestaria	Autora del proyecto			29 de noviembre	Papel bond, computadora, impresora

1.4 Disposición de la autoridades para la creación de la Unidad de Geriátricos	Cnel. Luis Lara Director Administrativo			29 de noviembre	Papel bond computadora, impresora
2. RESULTADO ESPERADO Personal de Enfermería capacitado para el cuidado integral del paciente geriátrico					
2.1 Reunión con la Jefe de Enfermería para coordinar capacitación sobre atención integral del adulto mayor	Autora del Proyecto	05 de julio			Hojas de papel Bond esferos
2.2 Taller a enfermeras en cuidados de enfermería del paciente geriátrico	Autora del proyecto	10 de julio			Papel, computadora, proyector y técnico en sistemas
2.3 Elaboración y entrega de trípticos sobre la valoración geriátrica integral.	Autora del proyecto		6, 14, 23 octubre		Computador, copiadora, impresora.
3. RESULTADO ESPERADO Aplicación de normas para la atención del adulto mayor.					
3.1 Reunión con Coordinadores Departamentales y Jefe de Enfermería	Dr. Patricio Buendía y Autora del proyecto	22 de julio			

3.2 Entrega de Normas de atención Adulto Mayor en la Consulta Externa y Emergencia.	Autora del proyecto			15 de noviembre	Papel, computadora, impresora, proyector y técnico en sistemas, pizarra y tiza líquida
3.3 Entrega de flujograma de atención a la Jefa de emergencia para su aplicación.	Autora del proyecto			24 de noviembre	Papel bond e impresora

CAPITULO III RESULTADOS

Los resultados del proyecto sobre Aplicación de normas y atención de enfermería para disminuir complicaciones del Adulto Mayor durante su estancia en el Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, se los ha dividido en 3 componentes importantes:

PRIMER RESULTADO

3.1. Se impulsa la creación de la unidad hospitalaria con el área física y equipamiento.

3.1.1. Presentación y Análisis de la propuesta para la creación de la unidad de geriátricos

Se realizó un análisis causal de las complicaciones y riesgos sobre añadidos, así como, dificultades que implica la atención del adulto mayor en el área hospitalaria, en vista de que la institución no dispone de una área específica para este tipo de pacientes, por lo que se determinó la importancia de la creación de la Unidad de Geriátrica conjuntamente con las Autoridades del Hospital, el Jefe del Servicio de Geriátrica y la Jefa de Enfermeras. Como se demuestra en el Oficio sin número suscrito por la autora del Proyecto con fecha 31 de julio del 2012 en el que se solicita la autorización para realizar este trabajo. **(Anexo 1.1)**

3.1.2. Aprobación para la de la Unidad de Geriátricos

En cuanto a la disponibilidad del área física mediante reuniones mantenidas con el Director Administrativo, Subdirector Médico, Coordinadora de Enfermería y Jefe del Servicio de Geriátrica se ha llegado a la conclusión que el área de Hospitalización 2 Sur que se encuentra ocupada por las oficinas de Planificación, Red de Salud, Jefatura de Enfermería, Laboratorio de Patología, Urología, Electroencefalografía, espacio suficiente para habilitar la Unidad de Atención Geriátrica, tomando en cuenta que este espacio físico tiene la infraestructura de hospitalización, es decir, tomas de Oxígeno, baños, closets, timbres eléctricos, habitaciones para 5 camas, habitaciones individuales, utilerías y área de estación de enfermería.

Mediante Memorando N° 2012-6339-DHQ-PN, de fecha 08 de agosto del 2012, suscrito por el señor Cnel. de Policía de E.M. Dr. Ronald Contreras Andrade Director Administrativo del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional (Acc.) autoriza la realización del proyecto **(Anexo 1.2)**

El señor Myr. de Policía Edison René Peralta Alarcón Jefe del Dpto. de Administración y Desarrollo de Recursos Humanos (Acc.), comunica la autorización para realizar el Proyecto, para lo cual se deben efectuar las respectivas coordinaciones por parte de la autora. **(Anexo 1.3)**

3.1.3. Solicitar la disponibilidad presupuestaria para la creación de la Unidad de Geriátricos

Mediante reunión con las autoridades del Hospital y la señora Jefa de Enfermeras Lic. Wilma Alvear, se estableció un presupuesto general para equipamiento del área de Hospitalización 2 Sur, para lo cual se elaboró un listado de mobiliario y equipamiento que será indispensable para el buen desenvolvimiento de la Unidad de Geriátrica en la que se adjunta la solicitud de requerimiento mediante Oficio No. 605-HQPN-2012 de fecha 17 de diciembre del 2012, suscrito por la Lic. Wilma Alvear. **(Anexo 1.4)**

Con un valor referencial de \$ 547.050,00 ya que se incluyen en esta proforma equipamiento complementario para otras áreas, este presupuesto se ha comprometido entre el 2012 y el 2013 tal es así, que se inició con la adquisición de 30 camas para toda el área de Hospitalización 2 Sur, el resto de equipamiento consta en el Plan Anual de Compras (PAC 2013) del Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional, y se iniciará la adquisición a partir del mes de marzo del 2013. **(Anexo 1.5)**

Se solicita a la Jefe Financiera del Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional Certificación presupuestaria, quien remite cedula presupuestaria de enero 2013, en el que certifica que hay disponibilidad presupuestaria en la Partida 840000 correspondiente a Mobiliario y Equipos por un valor codificado de 1'057.104,25. **(Anexo 1.6)**

3.1.4. Autorización para la creación de la unidad de pacientes Geriátricos

En cuanto a la autorización para la creación de la unidad de pacientes geriátricos se ha venido manteniendo reuniones con la Dirección Administrativa, Subdirección Medica, Jefe de Geriatria, Coordinadora del Dpto. Enfermería, en la que se ha tomado la decisión desde la Dirección Administrativa del Hospital como lo manifiesta el señor Coronel de Policía de E.M. Lic. Luis Enrique Lara mediante certificación con fecha 29 de noviembre del 2012, además manifiesta que las áreas administrativas se trasladarán a la nueva edificación, una vez que se desocupe se habilitará el área de Hospitalización 2 Sur. **(Anexo 1.7)**

SEGUNDO RESULTADO

3.2. Personal de enfermería capacitado para el cuidado integral del paciente geriátrico.

3.2.1. Reunión con la Jefatura de Enfermería para coordinar el taller de capacitación sobre la atención integral del adulto mayor.

Se coordinó con la Sra. Lic. Vilma Alvear, Jefe de Enfermeras para la programación del taller con el Tema Atención de Enfermería del paciente Geriátrico, con la participación del Personal de Enfermería de Hospitalización 2 Norte, bajo la responsabilidad de la autora del proyecto, el día 10 de julio del 2012 a las 8 horas el personal está dispuesto a asistir, siempre que se programe en horas laborables, por lo que planificó que sea conjuntamente en la reunión mensual del piso llevándose a cabo en el Salón Auditorio del hospital, en este taller se revisó los cuidados de enfermería que se brinda al paciente geriátrico.

3.2.2. Taller de Capacitación al personal de enfermería

Se realizó un taller de revisión y capacitación dirigido a enfermeras y auxiliares, luego de lo cual se elaboró una memoria técnica en el que se evidencia que el cuidado integral del adulto mayor no es complicado, al contrario, el personal de enfermería recordó que estos cuidados se realizan de manera parcial o total, pero en ocasiones lo realiza el personal Auxiliar de enfermería convirtiéndose en una actividad rutinaria. **(Anexo 2.1 Memoria Técnica de Capacitación)**

Se ha logrado con gran aceptación la capacitación al personal de enfermería sobre las normas básicas de atención del adulto mayor, el mismo que ha captado el interés de los asistentes, se realizó presentaciones en Power Point por 2 ocasiones, pretendiendo incluir a todo el personal que labora en Hospitalización 2 Norte (H2N) con un porcentaje del 88% de asistencia, se adjunta el listado de los asistentes. **(Anexo 2.2 Nómina y 2.3 Fotos)**

Conjuntamente con la Jefa de enfermería se acordó replicar este taller en otras áreas como: Hospitalización 3 Norte y Hospitalización 3 Sur, es decir en el tercer piso, a fin de difundir la información a todo el personal de enfermería, con el propósito de actualizar y refrescar conocimientos para aplicarlos en el cuidado de enfermería en el paciente geriátrico y así brindar atención de calidad con calidez en todas las áreas, especialmente ahora, que la institución forma parte de la Red Pública integral de Salud, y se ha convertido en un hospital de referencia a nivel nacional.

3.2.3. Elaboración y entrega de trípticos

Se elaboró un tríptico con la colaboración del Dr. Patricio Buendía Jefe de Geriátrica, previa la revisión bibliográfica del Manual de Normas y protocolos de atención de Salud de los Adultos Mayores del MSP, para difundir la información en área de Consulta Externa y Hospitalización sobre la importancia de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) a los usuarios internos y externos, el mismo que contiene información sobre el cuidado del paciente geriátrico y signos de alarma para prevenir complicaciones, así como indicaciones importantes del que hacer para mejorar el estilo de vida de quienes hoy más nos necesita. **(Anexo 2.4 Tríptico).**

En este documento se encontrará información acerca de los principales Síndromes Geriátricos, los mismos que de no ser identificados a tiempo, pueden causar daños físicos y psicológicos que comprometan la autonomía y agraven la dependencia física del paciente, durante su entrega se generó inquietudes por parte de los pacientes que se respondió en ese momento. **(Anexo 2.5 Fotos de entrega de trípticos)**

TERCER RESULTADO

3.3. Se implementa el proceso de atención del adulto mayor.

3.3.1. Reunión con coordinadores médicos y Jefa de enfermeras.

Con fecha 26 de septiembre del 2012 se llevó a cabo una reunión de trabajo, bajo la coordinación del Dr. Patricio Buendía Jefe del Servicio de Geriátría con la finalidad de analizar la importancia de aplicar los formatos del Ministerio de Salud Pública para la Valoración Geriátrica Integral, de acuerdo a las Normas del MSP. Reunión a la que asisten 10 de Médicos Coordinadores de área, algunos galenos como los Coordinadores de Cirugía, Cardiología y Traumatología, expresan que es difícil aplicar escalas de valoración geriátrica en sus consultas, porque se requiere de mayor tiempo; lo que es de difícil aplicación en 15 minutos, tiempo que dura la consulta y debería ser el Médico Tratante de Geriátría, quien realice esta valoración.

Se decidió además que esta valoración geriátrica sea realizada por los médicos residentes e internos rotativos de medicina cuando el paciente ingresa a piso, o por el personal de enfermería debidamente capacitado.

Si el paciente ingresa por Emergencia será valorado por el Médico que está de turno, aplicando un Tamizaje Rápido, es decir, valoración de la audición, visión, incapacidad física, movilidad, incontinencia urinaria entre otras; así detectar a tiempo patologías sobreañadidas. **(Anexo 3.1 Informe de la Reunión)**

3.3.2. Entrega de normas del Ministerio de Salud Pública para la atención del Adulto Mayor.

Se realiza la entrega del Manual de Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los Adultos Mayores del Ministerio de Salud Pública en cada consultorio, en el transcurso de la asistencia geriátrica y con las normas establecidas por el Ministerio de Salud Pública, esta actividad es de aplicación obligatoria para todas las Unidades de Salud que brinden atención a pacientes Geriátricos, especialmente en lo referente a:

- Tamizaje Rápido
- Valoración Clínica y Laboratorio
- Valoración Funcional
- Valoración Psíquica cognitiva
- Valoración Nutricional
- Valoración Social

Es importante recalcar que se analizó la posibilidad de que la Valoración Geriátrica Integral puede ser aplicada por personal de enfermería o Internos Rotativos. Una vez analizados los formatos de valoración geriátrica del MSP se requiere del conocimiento básico y de un tiempo aproximado de 30 minutos, cuya información puede ser completada durante 2 visitas médicas. **(Anexo 3.2)**

3.3.3. Elaboración y entrega de Flujograma de atención en el servicio de Emergencia.

En coordinación con el Jefe de Geriátrica se realiza un flujograma de atención de paciente geriátrico en Emergencia, el mismo que será de gran utilidad para la valoración geriátrica, donde se realiza un tamizaje rápido en cuanto a: Valoración de la Visión, Audición, Movilidad, Incontinencia Urinaria, Nutrición, Polimedicación, si el paciente presenta alguna alteración debe comunicarse al médico especialista correspondiente mediante interconsulta y al médico geriatra de acuerdo a la patología y necesidades del paciente. Si el paciente no presenta Pluripatología se lo remitirá al servicio de Geriátrica para un nuevo control en 6 meses. **(Anexo 3.3 Flujograma de atención de Emergencia)**

Si la admisión del paciente es por Consulta Externa será valorado de acuerdo a Formularios del Ministerio de Salud por el Interno Rotativo, quien realiza la Historia Clínica, e informará al médico Residente de Geriátrica, el mismo que realizará la valoración necesaria y se notificará al médico Tratante de Geriátrica, quien hará el seguimiento respectivo.

Mediante reunión mantenida con la señora Cap. de Policía Dra. Fanny Grados Jefe del Servicio de Emergencia, se acuerda realizar Valoración Geriátrica Integral a todo paciente mayor de 65 años en la sala de Urgencias, utilizando los formularios del Ministerio de Salud para valoración Geriátrica, si se encuentran pacientes con Pluripatología, que

ameriten seguimiento se debe comunicar al Médico Residente de Geriátría, quien hará un estudio minucioso de los problemas e informará al Médico Geriatra, de la misma manera pedirá interconsultas necesarias a los diferentes especialistas de acuerdo a la condición del paciente. **(Anexo 3.4 Memorando del Servicio de Emergencia)**

Según el flujograma elaborado es de fácil aplicación, ya que brinda la posibilidad de ser aplicados por personal de enfermería, internos rotativos, personal de terapia física, e incluso trabajo social, lo que disminuirá la demanda de pacientes geriátricos en otras especialidades.

Análisis del fin

La realización de este trabajo ha sido enriquecedor, ha permitido la aplicación de conocimientos adquiridos durante la Maestría de Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, lo que permite discernir y aclarar términos que a simple vista dan la idea de generalidades, pero en realidad resulta importante conocer la terminología específica en el desenvolvimiento de las actividades diarias para cumplimiento de un propósito en beneficio social y porque no decirlo del País.

Al hablar de promoción y prevención en Salud tenemos la idea de que se realizarán campañas de vacunación, desparasitación, incluso pensaríamos en prevención de muertes, embarazos, etc. pero al estudiar la realidad de un grupo poblacional, en este caso el Adulto Mayor nos damos cuenta que es un grupo vulnerable, que cada día incrementa su población y el Sistema de Salud de la Policía Nacional, no ha dado la importancia debida a este tema, tampoco hay instituciones públicas que brinden este servicio a la población geriátrica.

Por otro lado la formación académica de los profesionales de la Salud hasta el momento sigue siendo biológica, esperando que el paciente esté gravemente enfermo para emprender acciones curativas que lo único que ha ocasionado es gastos, impotencia, y arrepentimiento de no haber hecho las cosas a tiempo por parte de familiares y amigos.

En el Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional se han iniciado los primeros pasos para la atención del adulto mayor, con el conocimiento de la Valoración Geriátrica Integral, y el Tamizaje Rápido en Emergencia, con la participación de profesionales jóvenes y el apoyo

de médicos especialistas en diferentes ramas. Así realizar interconsultas de acuerdo a los problemas encontrados, de tal manera que en hospitalización existe el conocimiento de posibles complicaciones que se pueden presentar el paciente durante la estancia Hospitalaria.

Evaluación del impacto.

El impacto se medirá en el 2013 al comparar estadísticas de años anteriores de pacientes geriátricos que presentan complicaciones especialmente se medirá con pacientes ingresados en el servicio, el momento que el paciente es detectado a tiempo con algún riesgo, se direccionará hacia el especialista, así estamos fomentando un enfoque en la Atención Primaria en Salud mediante promoción y prevención, con personal de enfermería capacitado y comprometido para mejorar la calidad de atención del adulto mayor.

El trabajo más difícil ha resultado ser la utilización de Normas del Ministerio de Salud Pública (MSP), si bien, se conoce del tema, hay resistencia por parte de especialistas de varios servicios, personal que tiene gran experiencia y prestigio en su campo, sumándose a esto, una alta demanda de pacientes, que deben ser atendidos en el menor tiempo posible, por lo que justifican su falta de colaboración para aplicar la Valoración Geriátrica Integral.

Dentro de las actividades planificadas para Impulsar la creación de la Unidad del Paciente Geriátrico, se ha logrado un avance del 35% del total de las requeridas para la implementación de la Unidad, se han planificado 4 actividades y todas se han cumplido gracias a la predisposición de las autoridades del Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional.

Quedando pendiente para un segundo momento la entrega del área física, que no ha sido posible por la construcción de la nueva edificación que avanza lentamente, una vez entregada, se procederá a su equipamiento recalcando que existe la asignación presupuestaria en la partida 840000 correspondiente a mobiliario y equipos, es importante recalcar que uno de los objetivos de la Dirección Nacional de Salud es “Incrementar la Satisfacción del usuario mediante la remodelación y readecuación de la infraestructura hospitalaria”. La Policía Nacional actualmente se encuentran en estado de emergencia

por lo que hay coyuntura y se dará prioridad a la contratación de personal, el mismo que será incluido con su respectiva partida para la implementación de la Unidad de Geriátrica mientras tanto la implementación del equipamiento cuenta con el presupuesto en el Plan Anual de Contratación (PAC 2013).

El segundo componente en cuanto a la capacitación del personal de enfermería, ha sido un taller productivo, se ha logrado la participación del 88% del personal que labora en Hospitalización 2 Norte, el mismo que afirma que la atención de enfermería en ocasiones es rutinaria, ha nacido la preocupación del personal en cuanto a los cuidados de enfermería que se brinda el adulto mayor, ya que se necesita de un área y cuidados específicos para dar atención de calidad, la falta de conocimientos y la falta del área física son factores que inciden en la calidad de atención.

Por lo que considero que el trabajo ha sido eficaz durante su ejecución, además el personal está presto a recibir capacitación para mejorar el nivel de satisfacción, no solamente en infraestructura sino también en calidad de atención geriátrica entre otras especialidades.

En cuanto a la implementación del proceso de atención del adulto mayor, inicialmente se esperaba la participación de médicos especialistas pero por las razones antes mencionadas se ha concretado implementar en el servicio de Emergencia con la participación de personal Médico e Internos Rotativos para lo cual se ha elaborado un flujograma de atención para pacientes mayores de 65 años. En el área de hospitalización esta valoración se realiza con ayuda de residentes e interno rotativos y con mayor capacitación será aplicada por el personal de enfermería.

Al hablar de recursos para la realización del trabajo puedo mencionar que se han utilizado todos los recursos programados, necesarios para las reuniones, taller de capacitación, elaboración de trípticos, etc.

Las actividades programadas se han cumplido en un 85% si mencionamos que los médicos especialistas se excusaron para aplicar la Valoración Geriátrica integral. No así los residentes e internos rotativos que disponen de mayor tiempo durante sus turnos de 24 horas. Estratégicamente me parece una buena decisión en vista de que es personal joven, que continua formándose académicamente, así los futuros especialistas tendrán

un criterio amplio sobre la valoración geriátrica y la importancia de la prevención y promoción de la Atención Primaria en Salud en el adulto mayor, especialmente en la institución policial.

Análisis del propósito.

En el proceso de capacitación sobre el manejo de atención de enfermería al paciente geriátrico para disminuir complicaciones durante su estancia hospitalaria, se ha identificado que son actividades cotidianas, en ocasiones está a cargo de personal auxiliar incluso de los familiares que lo realizan sin técnica y sin los cuidados pertinentes, cuando no ha recibido suficiente capacitación.

Al contrario del personal de enfermería que conoce los riesgos y complicaciones del adulto mayor, la frecuencia con que se lo realiza cada actividad y las razones para realizar dichos cuidados, se ha creado conciencia de que la atención del adulto mayor debe ser individualizada y personalizada para brindar un mejor servicio en función de los conocimientos adquiridos, la experiencia y condición del paciente.

Al valorar la condición física del paciente podemos encontrar signos de alarma que ponen en alerta al personal de salud para un buen tratamiento y así evitaremos complicaciones, reingresos en el área de hospitalización.

Al aplicar el Flujograma de atención en el área de emergencia se está aplicando las normas del Ministerio de Salud Pública en la valoración geriátrica integral que aportan en la identificación de pacientes con pluripatología, polimedicación, deterioro cognitivo, fragilidad, entre otros síndromes que advierten futuras complicaciones en la vida del adulto mayor.

CONCLUSIONES

1. Promover la creación de la unidad de atención hospitalaria del adulto mayor en el área física y equipamiento.

El poder de decisión de las autoridades, ha sido un eje importante para la consecución de este proyecto ya que se ha analizado varias alternativas para utilizar el área de H2 Sur, sin embargo la creación de la unidad de pacientes geriátricos es la más aceptada como respuesta a la problemática que vive el hospital, ya que el porcentaje de adultos mayores hospitalizados es del 20%; y de acuerdo a las estadísticas poblacionales esta cifra seguirá aumentando, conforme avanza el promedio de vida del adulto mayor, sin embargo para que sea una realidad se espera la entrega del nuevo edificio para la consulta externa y con ello la disponibilidad del área física en Hospitalización 2 Sur (H2S), cabe mencionar que se ha logrado involucrar a las autoridades del Hospital en la consecución del proyecto lo que es un gran avance para coordinar los procesos de atención del adulto mayor.

2. Personal de enfermería capacitado en el cuidado integral del paciente geriátrico.

La capacitación a enfermeras ha sido exitosa con una asistencia del 88% del personal en esta actividad se ha conseguido concientizar la importancia de atención de calidad enfocado en la prevención, especialmente de complicaciones como son: caídas, úlceras por presión, hipotermia, mantener la actividad funcional de sus articulaciones entre otras, las reuniones de discusión y análisis han sido de gran ayuda para llegar a acuerdos con el propósito común de mejorar la calidad de atención en enfermería incluso los cuidados de enfermería si se los realiza, pero en ocasiones se transforman en actividades rutinarias, por otro lado con la elaboración de trípticos sobre la valoración geriátrica integral se ha logrado despertar el interés de los pacientes y los familiares quienes han solicitado mayor información, además es una alerta para detectar síndromes geriátricos que podrían causar complicaciones y agravar la condición física del paciente.

3. Aplicación de las normas para la atención del adulto mayor.

La implementación de normas de atención del paciente geriátrico, ha sido una tarea muy difícil ya que se encontró resistencia por parte de personal médico especialista, quienes

aducen su falta de colaboración, por pérdida de tiempo para optimizar la atención al resto de pacientes, la aplicación de normas en la atención del adulto mayor es un proceso que implica específicamente a médicos, enfermeras, terapistas; lamentablemente su formación biológica no les permite dar la importancia que se merece a la valoración geriátrica integral, en todo caso el personal se está sensibilizando para iniciar este proceso.

En el área de emergencia se está aplicando el Flujograma de atención y en lo posible se realiza interconsultas y valoración de especialidad de acuerdo a los problemas que presenta el paciente.

Por otro lado se ha contratado otro médico especialista en Geriátrica para dar soporte al adulto mayor en consulta externa y en hospitalización.

Las Normas de atención del adulto mayor son de fácil aplicación para personal de enfermería, así como internos rotativos, tecnólogos en rehabilitación, con lo que disminuirá considerablemente la demanda de pacientes geriátricos en la consulta externa de diferentes especialidades. Una vez que se detecte pacientes que ameritan seguimiento serán notificados al médico Geriatra quien coordinará con el tratamiento respectivo.

RECOMENDACIONES

1.- Para llegar a la ejecución de los proyectos es importante la participación de los involucrados, considerar sus puntos de vista en la toma de decisiones, conocer la realidad institucional con sus fortalezas y amenazas lo que permitirá viabilizar acciones en beneficio del usuario interno y externo y la mejor manera de lograrlo es mediante una comunicación horizontal a pesar de que esta institución es jerarquizada.

2.- Un gran porcentaje de problemas detectados en las Instituciones de salud es por desacuerdos o falta de comunicación, una vez que se logra empatía la comunicación puede fluir y los problemas pueden ser resueltos sin necesidad de sanciones o disgustos entre los profesionales de la Salud.

3.- Otro problema detectado en las áreas de salud es la falta de capacitación hacia el personal en general, aunque contamos con buenos especialistas sino se logra difundir su conocimiento este se perderá cuando el profesional no esté presente por lo que pienso que deben llevarse programas de capacitación continua, que responda a las necesidades de cada servicio.

4.- La resistencia encontrada por el personal médico especialista para aplicar las normas de atención del paciente geriátrico, ha sido posible superarla con los médicos residentes, internos rotativos en el área de emergencia en el transcurso de estos meses el personal de enfermería puede capacitarse para aplicar las normas y protocolos, siendo una guía que puede ser aplicada en todo nivel de atención, no se necesita de especialistas para utilizarla, ya que sus herramientas de valoración geriátrica son de fácil comprensión y utilización, y permite el trabajo en la prevención de complicaciones, tratamiento y rehabilitación del paciente, lo importante es intentarlo y socializar la información, solo un cambio de actitud en la atención médica biológica permitirá un cambio en el futuro de la salud de nuestro país

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, P., Pazmiño, L., Villalobos, A., & Villacís, J. (2010). *Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores*. Quito: MSP Dirección de Normatización de SNS.
2. Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Montecristi, Manabí, Ecuador.
3. Buendía, P. (2006). Equipo Multidisciplinario de Atención Gerontológico. *Revista Salud Quito*.
4. Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional. (2011). *Plan Estratégico*. Recuperado el Marzo de 2012, de <http://dns.policiaecuador.gob.ec/index.php?id=1036>: <http://dns.policiaecuador.gob.ec/index.php?id=1036>
5. DNSPN. (2011). *Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional*. Recuperado el Abril de 2012, de Plan Estratégico.: <http://dns.policiaecuador.gob.ec/index.php?id=1036>
6. Ecuador, MSP. (2011). Dirección Nacional de Normatización. En W. Estrella, I. Ordoñez, & L. Pazmiño, *Guía de mejoramiento de la calidad de atención integral de salud de las personas adultas mayores*. Quito.
7. Ecuador-Estadísticas. (2005-2010). *Guía del Mundo*. Recuperado el 20 de marzo de 2012, de [Guiadelmundo.org](http://www.guiadelmundo.org).: <http://www.guiadelmundo.org/uy/cd/countrie/ecu/Indicators.html>
8. Esquivel, G., Cortés, R., Durán, V., Martínez, F., & Torres, L. (septiembre de 2010). *Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica*. Recuperado el 20 de abril de 2012, de http://www.isssteags.gob.mx/guias_praticas_medicas/gpc/docs/IMSS-190-10-ER.pdf:
9. INEC. (2010). <http://www.inec.gob.ec>. Recuperado el 15 de Abril de 2012, de <http://www.inec.gob.ec>: <http://www.inec.gob.ec>
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Aspectos psicológicos y sociales del envejecimiento de gerontología (2012).org*. Recuperado el 10 de Abril de 2012, de <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/El-envejecimiento-y-la-vejez.pdf>:
11. Organización Mundial de la Salud. (2008). *La Transformación de la Gestión de los Hospitales en América Latina y El Caribe*. OPS.
12. Restrepo, J. (2009). Red Latinoamericana de Gerontología. *La vejez en la comunicación Intergeneracional*. Montevideo.

13. Rivera Casado, J. (1969). *Valoración Geriátrica Integral*. Madrid.
14. Solís, M. (2009). *Especialización en Gerencia en Salud para personas Mayores*. . Costa Rica.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

1. Armijos, N. (2011) *Planificación Estratégica* Loja, Ed. UTPL.
2. Biblioteca Central UCES (2010), *Citas y Referencias Bibliográficas*, Guía basadas en la Normas APA, 2da edición, Buenos Aires.
3. Buele, N. (2012) *Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud*. Ed. UTPL. Loja.
4. Burgwal, G. Cuellar, J. (1999) *Planificación Estratégica y Operativa Aplicada a los Gobiernos Locales* 1ª Ed. Abya Yala Quito.
5. Ecuador, (2010). INEC *Anuario de estadísticas vitales, nacimiento y defunciones*, Quito
6. Guía a la Redacción en el estilo APA (2009), 6ta. Edición, Biblioteca de la Universidad Metropolitana, Venezuela.
7. García, D. (2011), Instructivo para la elaboración y presentación de Trabajo de Investigación, Dirección de postgrados. Ed. UTPL. Loja.
8. INEC. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2001, 2005, 2010), Recuperado de: www.inec.gob.ec en el 2012
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2008) *La Transformación de la Gestión de los Hospitales en América Latina y El Caribe*, OPS.
10. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, (2012) *Red Pública Integral de Salud*, Instructivo 001-2012 Quito.
11. Ministerio de Salud Pública, *Guías Clínicas Gerontológicas* Recuperado el 2012 de: <http://www.alimentatecuador.gob.ec/images/documentos/GUIAS%20CLINICAS%20GERONTO.pdf> en el 2012
12. Piedra, M. (2011) *Guía didáctica Diseño Ejecución y Gerencia de Proyectos para la Salud*. Ed. UTPL. Loja.
13. Quintanilla, M. (2007). *Enfermería Geriátrica Cuidados Integrales en el anciano*, Tomo 1, Ed. Instituto Monsa, Barcelona.
14. Rodríguez, P. (2007) *Manual de los servicios de ayuda a domicilio planificación y gestión de casos* 2ª edición Ed. Panamericana, España.

ANEXOS

**POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR**

Quito DM, 31 de julio del 2012

Señor Coronel de Policía de E.M.
Lic. Crim. Luis Lara Jácome
DIRECTOR DEL HOSPITAL QUITO No. 1 DE LA POLICIA NACIONAL
En su Despacho.-

Mi Coronel:

Luego de expresar un atento y cordial saludo me dirijo a usted con la finalidad de solicitar de la manera más comedida se me autorice la realización del Proyecto de Tesis con el Tema **IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE AGUDOS DE GERIATRÍA EN EL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA POLICIA NACIONAL. QUITO 2012**, ya que es una población representativa en el área de hospitalización y amerita cuidado especial por parte del personal de enfermería para brindar una atención integral de calidad y evitar complicaciones. Con actualización de conocimientos científicos y una mejor coordinación con otros servicios.

Además me permito poner en su conocimiento que es un requisito indispensable para la obtención del Título de Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local en la Universidad Técnica Particular de Loja.
Adjunto copia proyecto.

Por la favorable atención que se digna dar a la presente anticipo mis agradecimientos.

De usted muy Atentamente,
DIOS. PATRIA Y LIBERTAD

Ángela Tobar S.

Lic. Ángela Tobar Santana
Cabo Segundo de Policía
**COORDINADORA DE RED INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL QUITO No.1
DE LA POLICIA NACIONAL**






POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO No.1
DIRECCION ADMINISTRATIVA

MEMORANDO No. 2012-6339- DHQ-PN
 Quito, 0 de agosto del 2012

Señor Mayor de Policía
 Edison Peralta
**JEFE DEL DPTO. DE ADMINISTRACION Y
 DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS ENC. HQ.1**
 Presente.

Adjunto al presente remito el Oficio S/N, de fecha 31 de julio del 2012, suscrito por la señora Coordinadora de Red Integral de Salud de esta Casa de Salud, informo que esta Dirección autoriza el contenido del mismo en tal virtud sírvase comunicar a la persona interesada.

Atentamente,
 DIOS, PATRIA Y LIBERTAD


 Dr. Renald Contreras Andrade
 Coronel de Policía de E.M.
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL QUITO No 1. Acc.

Adj.: Lo indicado
 LELJ/all.

JEFATURA DE UARB-HQ 1

08 ABO 2012
 TRAMITE: 11:45



HOSPITAL QUITO No. 1
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN Y
DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

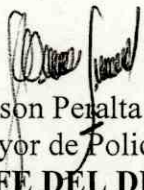
Memorando. 2012-2692-DADRH-HQ-PN
Quito DM, 08 de agosto de 2012

Ref. Memo No 2012-6339-DHQ-PN

Señora Cabo Primero de Policía
Lda. Ángela Tobar Santana
**COORDINADORA DE RED INTEGRAL DE
SALUD DEL HQ1.**
Presente.

Remito a usted el documento de referencia en el que el señor Director Administrativo de esta casa de salud autoriza la realización del Proyecto de Tesis, para lo que deberá realizar las respectivas coordinaciones.

Atentamente,
DIOS, PATRIA Y LIBERTAD.


Edison Penalta Alarcón
Mayor de Policía
**JEFE DEL DPTO. DE ADMINISTRACIÓN Y
DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS (Enc)**

Adj.: Lo indicado.
Ely C



Recibido
09-08-2012
10:15



1.4

ANEXO 1.4

POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO No.1

Oficio N° 605-HQPN-2012
Quito, 17 de diciembre del 2012

Señor Mayor de Policía
Rene Peralta Alarcón
SUBDIRECTOR ADMINISTRATIVO DEL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA POLICIA
NACIONAL
Presente.-

Mi Mayor:

Dando cumplimiento al memorando circular N° 023-GPR-HQPN, del 13 de diciembre del 2012, adjunto al presente se dignará encontrar información en medio magnético y físico el listado del mobiliario para la implementación del H2 Sur, referente a las necesidades y proyectos para el año 2013.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente,



Lic. Wilma Alvear
Sargento Primero de Policía de Sanidad
JEFE DEL DPTO. DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA
POLICIA NACIONAL

Recibido
17/12/2012
19h00
Σ



**POLICIA NACIONAL
HOSPITAL QUITO N° 1**

REQUERIMIENTOS DEL HOSPITALIZACIÓN H2 SUR PARTIDA 840000

PARTIDA	DESCRIPCIÓN DEL BIEN	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
840000	SILLA DE RUEDAS	5	600,00	3000,00
840000	VIDEL	24	400,00	9600,00
840000	SEMILUNAS MEDIANAS	24	70,00	1680,00
840000	CAMA HOSPITALARIA	24	333,33	8000,00
840000	VELADOR HOSPITALARIO	24	1000,00	24000,00
840000	SOPORTE DE MANOS	8	1000,00	8000,00
840000	ELEVADOR DE BAÑO	8	5000,00	40000,00
840000	COCHE DE PARO	1	5000,00	8000,00
840000	SILLAS	4	90,00	360,00
840000	ESTACION DE ENFERMERIA	1	2000,00	2000,00
840000	VITRINAS PARA MEDICACIÓN	2	200,00	400,00
840000	LAVACARAS	10	50,00	500,00
840000	VALDES ACEROINOXIDABLE	3	150,00	450,00
840000	DUCHAS DE MANO	4	15,00	60,00
840000	GRUA PARA PACIENTE	4	20000,00	80000,00
840000	COLCHONES ANTIESCARAS 100% NEOPREN	30	2.600,00	39000,00
840000	COLCHONES DE VISCO ELÁSTICO, CON ESPUMA DE GRAN ELASTICIDAD, PARA CAMAS ELÉCTRICAS.	40	1.800,00	72000,00
840000	ADQ. DE 5 SILLAS DE RUEDAS	1	1.696,25	1696,25
840000	MOBILIARIO PARA DIFERENTES AREAS DE HOSPITALIZACION	1	248.303,75	248303,75
	TOTAL=			547050,00

Elaborado por


 Lic. Wilma Alvarado
 Sargento Primero de Policía

COORDINADORA DEL DPTO. DE ENFERMERIA
 DEL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA POLICIA NACIONAL



**HOSPITAL QUITO No.1 POLICIA NACIONAL
UNIDAD DE PRESUPUESTO**

Oficio No.2013-43-SP-HQ-PN
Quito, 05 de Febrero del 2013

Señor Teniente Coronel de Policía.
Ing. Fin. Renan Cevallos
**JEFE FINANCIERO DEL HOSPITAL
QUITO No.1 DE LA POLICIA NACIONAL**
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio del presente me permito poner en su conocimiento mi TCrl; la Modificación Presupuestaria INTRA 1 al Presupuesto vigente en el grupo 53 y 84 con recursos FISCALES GENERADOS EN LA INSTITUCION a fin de cancelar los compromisos contraídos por adquisición de EQUIPOS MEDICOS adquiridos en el año 2012, CAMARA RETINAL, ASCENSORES, CAMAS ELECTRONICAS, TERMOCUNA, MESA DE TRABAJO PARA PATOLOGIA, CAMPANA DE OLORES.

FONDO	CUENTA	DESCRIPCION	VALOR
002	530826	INSUMOS PARA PROCEDIMIENTOS MEDICOS	-1.000.000.00
002	840104	MAQUINARIA Y EQUIPOS	1.000.000.00

Por lo anteriormente expuesto, solicito que por su intermedio se oficie a la Dirección con la finalidad de solicitar autorización a la **Subsecretaría de Presupuesto del Ministerio de Economía y Finanzas** para realizar una modificación presupuestaria del **GRUPO de gastos 53 Y 84** con recursos Fiscales Generados en la Institución por el valor de \$ 1.000.000.00 y a su vez poner en conocimiento de los encargados de llevar el registro de las **HERRAMIENTAS INFORMATICAS GPR, PPAP Y PAC.**

Por la favorable atención que se digne dar a la presente le anticipo mis agradecimientos.

Atentamente,

Econ. Susana Morales Pérez
**JEFE DE PRESUPUESTO DEL HOSPITAL
QUITO No.1 DE LA POLICIA NACIONAL**
DEPARTAMENTO
FINANCIERO
SECCIÓN PRESUPUESTO



**HOSPITAL QUITO
No.1 P.N.**

06 FEB. 2013

12623

SECRETARIA FINANCIERA

Ejecución de Gastos - Reportes - Información Consolidada
Ejecución del Presupuesto (Grupos Dinámicos)
Expresado en Dólares

PAGINA : 1 DE 1
FECHA : 05/02/2013
HORA : 9:38.43
REPORTE : R00804768.rpt

- Grupo Gasto -

DEL MES DE ENERO AL MES DE ENERO

EJERCICIO: 2,013

DESCRIPCION	ASIGNADO	MODIFICADO	CODIFICADO	MONTO CERTIFICADO	COMPROMETIDO	DEVENGADO	PAGADO	SALDO POR COMPROMETER	SALDO POR DEVENGAR	SALDO POR PAGAR	% EJEC
510000 GASTOS EN PERSONAL	4,737,478.00	-396,568.37	4,340,909.63	0.00	203,564.51	203,564.51	203,564.51	4,137,345.12	4,137,345.12	0.00	4.69
530000 BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	8,855,381.24	-849,438.91	8,005,942.33	2,304,489.55	663,975.69	617,659.79	70,838.59	5,037,477.09	7,388,282.54	546,821.20	7.72
570000 OTROS GASTOS CORRIENTES	123,228.00	0.00	123,228.00	0.00	0.00	0.00	0.00	123,228.00	123,228.00	0.00	0.00
840000 BIENES DE LARGA DURACION	250,000.00	807,104.25	1,057,104.25	0.00	18,717.20	18,717.20	2,005.41	1,038,387.05	1,038,387.05	16,711.79	1.77
980000 OTROS PASIVOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL :	13,966,087.24	-438,903.03	13,527,184.21	2,304,489.55	886,257.40	839,941.50	276,408.51	10,336,437.26	12,687,242.71	563,532.99	6.21





POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO No.1

Quito, 29 de Noviembre del 2012

A quien Interese

Informo que conozco la existencia del Proyecto de Creación de la Unidad para Pacientes Geriátrico del Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional, en el que ha venido trabajando la Lic. Angelita Tobar, lamentablemente el área de Hospitalización 2 Sur, hasta la fecha continua ocupada con áreas administrativas de esta casa de Salud, que próximamente se trasladarán hacia la nueva edificación, por lo que debo manifestar que dicho Proyecto será considerado para su habilitación en los próximos días, para lo cual se ha considerado la adquisición equipos e instrumental de acuerdo al área física asignada.

Es todo cuanto puedo manifestar en lo referente al Proyecto.

La interesada puede hacer usos de la información, en el caso que lo considere conveniente.

Atentamente.

Lic. Crim. ~~Luis Enrique Lara Jacome~~
Coronel de Policía de E.M.
DIRECTOR ADMINISTRATIVO
HOSPITAL QUITO No. 1 DE LA POLICIA NACIONAL



MEMORIA TECNICA DEL TALLER DE CAPACITACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA

PARTES DEL TALLER	CARATERISTICAS
<p align="center">A. DATOS GENERALES</p>	<p>Institución: Hospital Quito No 1 de la Policía Nacional</p> <p>Tema: Cuidados de enfermería del Adulto Mayor</p> <p>Responsable: Lic. Ángela Beatriz Tobar S.</p> <p>Fecha: 10 de julio del 2012</p> <p>Meta: Se planificó capacitar al 80% del personal de enfermería de Hospitalización 2 Norte</p> <p>Participantes: Personal de enfermería del área de Hospitalización 2 Norte</p> <p>Situación del programa: El Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional no cuenta con un Manual de Atención de Enfermería al paciente Geriátrico, lo que dificulta la aplicación de cuidados de enfermería, por lo tanto se ha revisado el Manual para cuidadores del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, en el que basa los cuidados básicos, así como prevención y tratamiento oportuno en el área de hospitalización para brindar una atención de calidad con calidez.</p>
<p align="center">B.GENERALIDADES</p>	<p>Este taller se lo realiza con la finalidad de refrescar conocimientos sobre la atención de enfermería del adulto mayor.</p> <p>La falta de espacio físico ha obligado al personal de enfermería a idearse técnicas y procedimientos para dar una atención satisfactoria al adulto mayor, es así que no se cuenta con baños dotados de, pasamanos, duchas, y equipamiento específico para el paciente geriátrico.</p> <p>El porcentaje de ocupación de pacientes geriátricos en el Hospital Quito N° 1 de la Policía Nacional es un 20% lo que implica que si es necesario contar con una Unidad de Atención Geriátrica.</p>

	<p>Los temas a desarrollarse son los siguientes:</p> <p>Tema 1: Signos y síntomas de alarma en el paciente geriátrico</p> <p>Tema 2: la Comunicación con el adulto mayor</p> <p>Tema3: Apoyo emocional</p> <p>Tema 4: Cambios del envejecimiento</p> <p>Tema 5: Aparato urogenital</p> <p>Tema 6: El adulto mayor dependiente</p> <p>Tema 7: Higiene del adulto mayor.</p> <p>Tema 8: Precauciones en los cuidados del adulto mayor: caída, dismovilidad, incontinencia urinaria. Problemas de los pies, úlceras por presión, fragilidades, estreñimiento, hipotermia, retención urinaria, demencia, depresión, temblores.</p> <p>Metodología: Este taller se lo presenta en Power Point con los temas principales a tratarse, en el caso de dudas podemos resolverás en el momento que se presente para que sea participativo y de aprendizaje grupal. Además es un método inductivo de análisis y autorreflexión sobre los cuidados brindados en la atención de enfermería.</p> <p>Criterios de evaluación: La evaluación del grupo se realizó en forma verbal en la que los participantes hacen una reflexión de que están dispuesto a recibir capacitación siempre y cuando se tome en cuenta las horas laborables, se evidencio que el cuidado del adulto mayor no es complicado, sin embargo se recordó que estos cuidados se realicen de la manera rutinaria, y en ocasiones en forma parcial.</p>
<p>C. OBJETIVOS</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Difundir y actualizar los cuidados de enfermería de atención al paciente geriátrico. b. Unificar criterios al cuidado del paciente geriátrico c. Prevenir complicaciones del paciente geriátrico hospitalizado.

D. INTRODUCCIÓN	El tema a enfocarse es la adecuada atención de enfermería al paciente geriátrico para prevenir complicaciones y así brindar una atención con calidad y calidez.
E. CONCLUSIONES	<p>La capacitación al personal de enfermería sobre las normas básicas de atención del adulto mayor ha sido de gran interés para los asistentes alcanzado un porcentaje del 88% de asistencia de acuerdo a la nómina.</p> <p>Adicional a esta capacitación se acordó con la Jefe de enfermería replicar el taller en hospitalización 3 Norte y Sur a fin de difundir la información a todo el personal de enfermería</p>
F. BIBLIOGRAFIA	Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2010) Dirección de Normatización del SNS. Área de Salud del Adulto Mayor. Manual para cuidadores, de la persona adulta mayor dependiente. MSP.

Elaborado por: Lic. Ángela Tobar

**LISTADO DE PERSONAL QUE ASISTE A LA CAPACITACIÓN SOBRE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR**

Fecha: 10 de Julio / 2012

Hora: 8hs


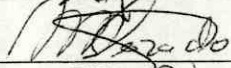

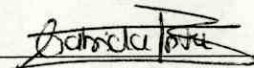
NOMBRE	SERVICIO	FIRMA
Lic. Anita Puertas	H2 Norte	<i>Anita Puertas</i>
Lic. Rosita Páez	H2 Norte	<i>Rosita Páez</i>
Lic. Vilma López	H2 Norte	<i>Vilma López</i>
Lic. Verónica Chicaiza	H2 Norte	<i>Verónica Chicaiza</i>
Lic. Rosa Urquiza	H2 Norte	<i>Rosa Urquiza</i>
Lic. Sandra Caiza	H2	<i>Sandra Caiza</i>
Lic. Mirian Cañizares	H2 Norte	<i>Mirian Cañizares</i>
Lic. Pilar Tituaña		<i>Pilar Tituaña</i>
Lic. Gladys Cuzco	H2 Norte	<i>Gladys Cuzco</i>
Lic. Tatiana Hidalgo	H2 Norte	<i>Tatiana Hidalgo</i>
Lic. Yolanda Cando		
Lic. Alexandra Andrade	H2 Norte	<i>Alexandra Andrade</i>
Lic. Jessenia Guzmán	H2 Norte	<i>Jessenia Guzmán</i>
Lic. María Garcés		
Lic. Pilar Marcillo		

Lic. Irma González	H2 Norte	<i>Irma González</i>
Lic. Flor Rodríguez	H2 Norte	<i>Flor Rodríguez</i>
Lic. Bertha González		<i>B. González</i>
Lic. Cristina Moreno		<i>Cristina Moreno</i>
Lic. Elvia Paucar		<i>Elvia Paucar</i>
Lic. Zonia Moreno		<i>Zonia Moreno</i>

LISTADO DE PERSONAL QUE ASISTE A LA CAPACITACIÓN SOBRE NORMAR Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

Fecha: 10 Julio / 2012

Hora: 8/5.

Lic. Fanny Aguagallo	H2N	
Lic. Mónica Jara	H2N.	
Lic. María Paneluiza	H2N.	
Lic. Gabriela Toapanta	H2N	

TALLER DE CAPACITACIÓN DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL QUITO N°1 DE LA POLICIA NACIONAL



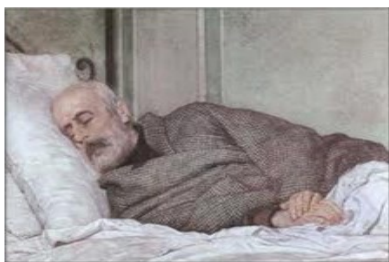
SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Son alteraciones de salud frecuentes en el adulto mayor, si no son identificados a tiempo pueden ser causantes de daños físicos, psicológicos que comprometan la autonomía y agraven la dependencia. Entre estos tenemos:

- **Caídas.**
- **Dismovilidad.**
- **Incontinencia urinaria y/o fecal.**
- **Problemas de los pies.**
- **Úlceras por presión.**

DISMOVILIDAD.

Es una disminución de la actividad física de la persona adulta mayor que puede agravar la dependencia.



¿Cómo ayudar a la persona mayor con dismovilidad?

Motívele a realizar movilización activa y pasiva.

Observe las habilidades que la persona tiene y motívelas.

Trate que la persona se vista a la misma hora todos los días.

Bríndele afecto, comprensión y apoyo emocional

SINDROME DE FRAGILIDAD

La fragilidad debe ser considerada por ser un factor de riesgo que puede manifestar como enfermedad de base como neumonías, infección de vías urinarias, entre otras. Se caracteriza por presentar debilidad general del cuerpo y se puede presentar en varios órganos, alterando diferentes funciones.

Factores de riesgo:

- Mayor de 80 años.
- Vivir solo.
- Viudez menor de 1 año.
- Presencia de varias enfermedades.
- Toma de más de tres medicamentos.
- Ingreso hospitalario en el último año.
- Deterioro de la capacidad mental.

FUENTE: Normas y protocolos de atención de la salud de los adultos mayores. Dirección de Normatización del SNS.

ELABORADO POR: Lic. Angelita Tobar S- Hospital Quito No.1 de la Policía Nacional.

DISEÑO GRÁFICO: Mishell Montenegro T.



Hospital Quito N°1 de la Policía Nacional

CUIDADOS DEL ADULTO MAYOR



“Saber cómo envejecer es la obra maestra de la sabiduría, y uno de los capítulos más difíciles en el sublime arte de vivir”

HENRI FRÉDÉRIC AMIEL .



Hospital Quito N° 1 de la Policía

El Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional y el servicio de Geriátrica concientes de la realidad social de la población Adulta Mayor ha visto la necesidad de informar al paciente y sus familiares sobre la Importancia de la **Valoración Geriátrica Integral**, signos y síntomas de alarma, así como probables complicaciones que pueden prevenirse si son detectadas a tiempo.

¿Que es la Valoración Geriátrica Integral?

La evaluación geriátrica es un proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario capaz de evaluar la condición de salud y el estado psicosocial del paciente a través de escalas para conocer deficiencias funcionales como las alteraciones visuales y auditivas, la capacidad para ejecutar las actividades de vida diaria, disturbios de movilidad y caídas, la incontinencia urinaria, la deficiencia nutricional y los disturbios cognitivos; con el objetivo de desarrollar un plan adecuado de tratamiento y acompañamiento a largo plazo.

ENVEJECIMIENTO

Es un proceso continuo, que inicia desde el momento de la concepción hasta la muerte, el incremento de la frecuencia enfermedades crónico degenerativas van apareciendo hasta llegar a tener un Adulto Mayor enfermo y /o discapacitado.



La edad avanzada rara vez llega sola, habitualmente se acompaña de fragilidad, varias enfermedades, aislamiento social y dificultades económicas. El objetivo primordial en la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores, es evitar y limitar la aparición y desarrollo de deterioro funcional.

LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE LA PERSONA ADULTA MAYOR DEPENDIENTE.

A mayor edad, una persona, necesita más su familia, por lo tanto no importa el grado de dependencia que la persona tenga, ésta debe permanecer junto a sus seres queridos, por principios de lazos afectivos y humanitarios.

La familia es la base social en la que se apoyan todos sus miembros, es aquí donde se satisfacen las necesidades físicas, mentales, económicas, de apoyo y atención.



**Día del Adulto Mayor
Felicidades!**

ENTREGA DE TRIPTICOS A PACIENTES GERIATRICOS







INFORME DE LA REUNIÓN CON MÉDICOS COORDINADORES, JEFA DE ENFERMERAS, JEFE DE GERIATRÍA Y AUTORA DEL TRABAJO

-Con fecha 22 de julio del 2012 se lleva a cabo una reunión de trabajo, bajo la coordinación del Dr. Patricio Buendía Jefe del servicio de geriatría con la finalidad de analizar la importancia de aplicar los formatos del Ministerio de Salud Pública para la valoración geriátrica integral, a la que asisten aproximadamente un 50% de Médicos Coordinadores de área, en la que algunos los galenos como los doctores Jefes de: Cirugía, Cardiología, Traumatología, expresan que es difícil aplicar escalas de valoración geriátrica en sus consultas, ya que se requiere de tiempo, ellos tienen un tiempo de 15 minutos por paciente y debería ser el Médico Tratante de Geriatría, quien aplique esta valoración.

-El Dr. Buendía manifiesta que la valoración Geriátrica es de aplicación obligatoria para todas las especialidades y para todos los niveles de atención, por lo tanto la Institución está en la obligación de aplicar las Normas y Protocolos de atención geriátrica bajo el control de la Autoridad Sanitaria del M.S.P.

-Por otro lado la Jefa de enfermeras, Lic. Wilma Alvear plantea que esta valoración geriátrica puede ser realizada por los médicos residentes e internos rotativos, cuando el paciente está en piso. Incluso podría capacitarse el personal de enfermería para aplicar las escalas de valoración del adulto mayor en la Consulta Externa.

Si el paciente ingresa por Emergencia puede ser valorado por el Médico que esta de turno, aplicando un Tamizaje Rápido, es decir, valoración de la audición, visión, incapacidad física, movilidad, incontinencia Urinaria entre otras y así, detectar a tiempo patologías sobreañadidas.

-La Dra. Fanny Grados Jefa de Emergencia, acepta la sugerencia y manifiesta que en lo posible se llama al especialista cuando las condiciones del paciente lo amerita, sin embargo, es necesario que se informe al médico Geriatra. Por lo que se acuerda elaborar un flujograma de atención para pacientes geriátricos en el Servicio de Emergencia, por lo que el Dr. Buendía, y mi persona nos comprometimos para la

elaboración del flujograma de atención en coordinación con el Sr. Subdirector Médico y la Jefa de Emergencia, acogiendo los diferentes puntos de vista.

Elaborado por:
Lic. Angelita Tobar S.
Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional.

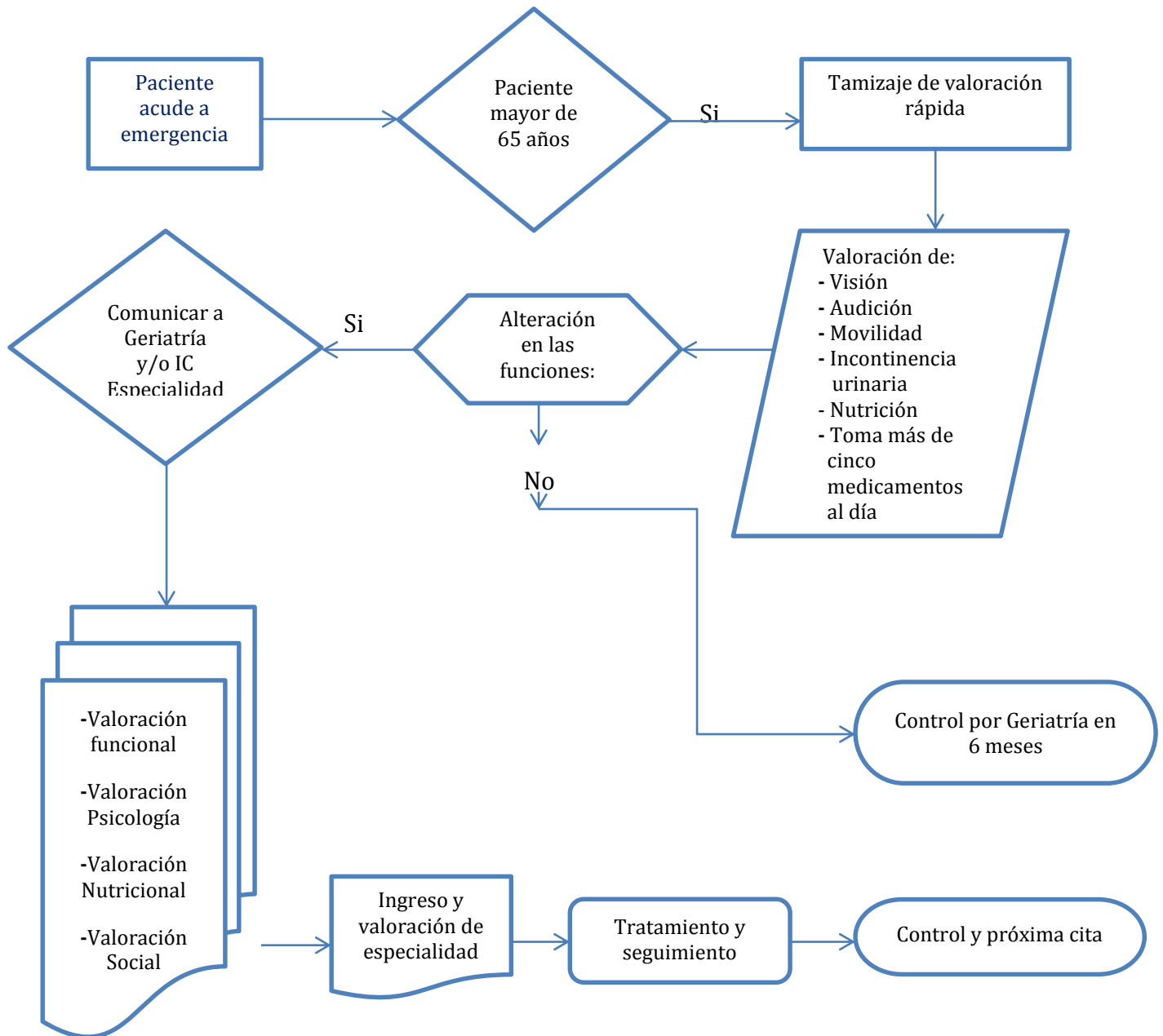
ENTREGA DEL MANUAL DE NORMAS DEL ADULTO MAYOR DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA





POLICÍA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO No.1

**FLUJograma DE ATENCIÓN GERIÁTRICA PARA EL SERVICIO DE EMERGENCIA
DEL HOSPITAL QUITO N° 1 DE LA POLICIA NACIONAL**



Elaborado por:

E.C. Dr. Patricio Buendía	Jefe de Geriatria
Cptn. Dra. Fanny Grados	Jefe del Servicio de Emergencia
Cbos. Lic. Angelita Tobar S.	Autora



**POLICIA NACIONAL DEL ECUADOR
HOSPITAL QUITO N0.1
SERVICIO DE EMERGENCIA.**

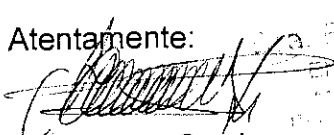
Quito, 27 de Noviembre del 2012
Oficio N0. 2012-045-SE HQ.1

PROCEDIMIENTOS DE EMERGENCIA CON GERIATRIA.

Se debe realizar Valoración Geriátrica Integral a todo paciente mayor de 65 años, que presente pluripatología, comunicar al médico residente de geriatría, quien hará un estudio minucioso de los problemas encontrados e informará al médico Geriatra, a fin de que se realice seguimiento y control de especialidad o realice interconsultas necesarias si el caso lo amerita.

Particular que pongo en su conocimiento para los fines pertinentes.

Atentamente:


Dra. Fanny Grados
EMERGENCIAS
HOSPITAL QUITO N0.1
POLICIA NACIONAL DEL ECUADOR

Dra. Fanny Grados.

Cap. de Policía de Sanidad.

COORDINADORA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA