

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



**NORMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD
GERONTO-GERIÁTRICA DEL ISSS**

ABRIL 2017

A



Presentación.



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** en su Política de “Adoptar el Sistema de Calidad que garantice la atención en salud y prestaciones económicas integrales a los derechohabientes”, ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, según acuerdo #2015-0458.ABR. dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

En este sentido la “NORMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD GERONTO-GERIÁTRICA DEL ISSS” será el documento normativo que tendrá como objetivo de regular el funcionamiento de la Unidad Geronto-Geriátrica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los centros de atención para la referencia de pacientes geriátricos a nivel Institucional. Los directores, médicos generales y especialistas de los Centros de Atención y personal de los Centros de Atención de Día (CAD), quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

A handwritten signature in blue ink is positioned to the left of a circular official stamp. The stamp contains the text 'INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL' around the perimeter and 'DIRECTOR GENERAL' in the center.

Dr. Ricardo Cea Rouanet.
Director General del ISSS

EQUIPO REGULATORIO



Nombre	Procedencia
Dr. David Jonathan Hernández.	Jefe Departamento Planificación y Regulación Técnica en Salud.
Dra. Ana Guadalupe Argueta B.	Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.
Ing. Luis Asdrúbal Ovando M.	Colaborador Técnico en Salud I Sección Regulación Técnica en Salud.
Dra. Mirna Elizabeth Pérez	Colaboradora Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.
Dr. Víctor Manuel Campos M.	Colaborador Técnico en Salud II Sección Regulación Técnica en Salud.

Profesionales que elaboraron la normativa.



Nombre	Procedencia
Dra. Ana Margarita Pineda Colorado.	Coordinadora Nacional de Geriatría.
Dra. Zuri Adriana Bazán Molina	Geriatra Unidad Geronto-geriátrica U.M. Atlacatl
Dra. Ana Lilian Miranda de Vargas	Medico Internista Unidad Geronto-geriátrica U.M. Atlacatl
Lic. Lilian Santos de Ascencio	Enfermera Unidad Geronto-geriátrica U.M. Atlacatl
Lic. Francisca Lopez Ramos	Trabajadora Social Unidad Geronto-geriátrica U.M. Atlacatl
Sra. Marta Isabel Sanchez	Recepcionista Unidad Geronto-geriátrica U.M. Atlacatl

Profesionales que validaron normativa

D



Nombre	Procedencia
Dra. Ana Margarita Pineda Colorado.	Coordinadora Nacional de Geriatría.
Dra. Julia Elizabeth Hernández Chacón	Medico Internista Coordinadora ETLAM UM Santa Ana
Dra. Lorena Anabella Gómez Argueta	Jefe Medicina Interna Hospital Amatepec
Dra. Carmen Santamaría de Martínez	Médico Familiar Emergencia Hospital Regional Sonsonate
Licda. Patricia Yanet Berrios Vásquez	Trabajadora Social Unidad Médica Atlacatl.
Dr. José Elmer Ramos	Médico Familiar Coordinador ETLAM Policlínico Zacamil
Dra. Ángela Margarita Herrera Nuñez	Médico General Coordinadora ETLAM C. C. Panamericana San Miguel
Licda. Flor de María Quintanilla de Martínez	Trabajadora Social Coordinadora Centro de Atención de Día (CAD) Paleca
Licda. Verónica Eunice Ramirez de García	Educadora en Salud ETLAM C.C. Santa Catarina Usulután
Mg. Milagro Cecilia Hernández de Nerio	Coordinadora Institucional de Enfermería.

Contenido

A. LEX ARTIS.	1
B. MARCO LEGAL.	3
C. INTRODUCCIÓN.	11
D. OBJETIVOS.	12
E. PROPÓSITO.	12
F. CAMPO DE APLICACIÓN.	12
I. NORMAS.	13
II. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCION CLÍNICA.	14
III. ATENCIÓN INTEGRAL GERONTO-GERIÁTRICA.	15
IV. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	15
V. PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL GERONTO GERIÁTRICA.	15
VI. CRITERIOS DE ALTA	16
VII. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS.	16
VIII. EXPEDIENTE CLINICO.	16
IX. EXAMENES DIAGNÓSTICOS, IMAGENOLOGÍA Y LABORATORIO CLINICO.	16
X. MEDICAMENTOS.	17
XI. SUPLEMENTOS Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES.	17
XII. FUNCIONES DEL PERSONAL.	17
OBSERVANCIA DE LA NORMA.	24
INFRACCIONES Y SANCIONES.	24
DISPOSICIONES GENERALES.	24
VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.	24
OFICIALIZACIÓN.	25
GLOSARIO	26

BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXO 1	31
ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD GERONTO GERIATRA.....	31
ANEXO 2	32
ORGANIZACIÓN UNIDAD GERONTO-GERIATRICA	32
ANEXO 3.	33
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES GERIATRICOS	33
ANEXO 4.	34
TAMIZAJE RAPIDO DE LAS CONDICIONES GERIATRICAS	34
ANEXO 5	35
EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO 1	35
ANEXO 6.	36
EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) 1	36
ANEXO 7.	37
EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) 1	37
ANEXO 8.	38
ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA (E D G)	38
ANEXO 9.	39
HOJA DE SINTESIS	39
ANEXO 10.	40
FICHA TÉCNICA DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS.....	40
ANEXO 11	41
MINI-EXAMEN NUTRICIONAL	41
ANEXO 12.	42
DIAGNÓSTICO SOCIAL:	42
ANEXO 13	46
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES	46



A. LEX ARTIS.

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la lex artis escrita, cuya aplicación robustece el juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de los Derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la Institución, así como, todos los medios académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular –como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por la Institución.

B. MARCO LEGAL.

NORMAS CONTROL INTERNO ESPECIFICOS DEL ISSS.

CAPITULO III ACTIVIDADES DE CONTROL.

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art 2. El sistema de control interno: Es el conjunto de procesos continuos, interrelacionados e integrados en todas las actividades inherentes a la gestión administrativa, operativa y jurisdiccional realizada por los servidores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, diseñados para evitar o minimizar los riesgos internos y externos que afectan las actividades del Instituto, detectando y previniendo las desviaciones que puedan alterar la coherencia entre la acción y objetivos, proporcionando un grado de seguridad razonable en la eficiencia, eficacia, y economía de las operaciones, en la confiabilidad de la información financiera y en el cumplimiento de leyes, reglamentos, políticas, disposiciones administrativas y otras regulaciones aplicables.

Art. 3. El sistema de control interno proporcionará al Instituto seguridad razonable sobre el cumplimiento de los siguientes objetivos:

Objetivos de gestión: Están relacionados con la eficiencia, eficacia y transparencia de los procesos administrativos en el desarrollo de las auditorías y rendición de cuentas.

Objetivos relacionados con la información: Impactan en la efectividad del reporte de la información suministrada a nivel interno y externo y va más allá de la información financiera.

Objetivos relacionados con el cumplimiento de leyes, reglamentos, disposiciones administrativas, y otras regulaciones aplicables: Están relacionadas con el cumplimiento de la normativa legal y técnica aplicable a la gestión del Instituto, por parte de sus servidores.

Art. 48. Los Centros de Atención, Unidades y Divisiones del Area Administrativa del ISSS se registrarán por el cumplimiento de las funciones establecidas en los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos respectivamente, además de toda la normativa legal vigente aplicable al correspondiente Centro de Atención, los cuales deberán ser actualizados periódicamente de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Art. 49. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas velar por la mejora de los procesos, actualizaciones que deben ser expresadas en Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, a fin de garantizar la eficiencia de los mismos.

Art. 50. Será responsabilidad de cada una de las Jefaturas que conforman el ISSS, la divulgación interna y el cumplimiento de las normas y procedimientos, establecidos en los Manuales de Normas y Procedimientos y demás Normativa Legal Vigente, cada vez que estos sufran modificaciones o actualizaciones, a fin de que se garantice el óptimo funcionamiento de los mismos.

Art. 51. Será responsabilidad de todas las dependencias informar al jefe inmediato superior, cualquier diferencia, inconsistencia, falla de los sistemas de información u omisión a los procedimientos, a fin de actualizar los Manuales de Organización y Manuales de Normas y Procedimientos, u otra normativa legal vigente y aplicar acciones correctivas correspondientes.

LEY DE ATENCION INTEGRAL PARA LA PERSONA ADULTA MAYOR

TITULO UNICO

CAPITULO I

OBJETO DE LA LEY, DERECHOS Y DEBERES

Art. 1.- La presente Ley tiene por objeto garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores, y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia.

Art. 2.- Para los efectos de la presente Ley se considerará persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad.

Art. 3.- La familia tendrá la responsabilidad primaria de atención a las personas adultas mayores y el Estado estará obligado a brindar el apoyo a través de las instancias respectivas.

Art. 4.- A falta de una familia para las personas adultas mayores, el Estado garantizará su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin.

Art. 5.- Son derechos fundamentales de las personas adultas mayores, los siguientes:

1°. No ser discriminado en razón de su edad, sexo o cualquier otra condición.

2°. Ser atendido con propiedad para el goce y ejercicio de sus derechos.

3°. Recibir alimentación, transporte y tener vivienda adecuada.

4°. Vivir al lado de su familia, con dignidad, en un ambiente que satisfaga plenamente sus diversas necesidades y les proporcione tranquilidad.

5°. Recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica, en forma oportuna y eficaz.

6°. Recibir buen trato, consideración y tolerancia por parte de la familia, la sociedad y el Estado.

7°. Disfrutar en forma gratuita de programas recreativos, culturales, deportivos y de esparcimiento.

8°. Ocupar su tiempo libre en educación continuada, empleo parcial remunerado o labores de voluntariado.

9°. Recibir protección contra abuso o malos tratos de cualquier índole; asistencia especializada de cualquier tipo para su bienestar y asistencia jurídica gratuita para la defensa de sus derechos.

10°. Ser oídos, atendidos y consultados en todos aquellos asuntos que fueren de su interés y asegurarles la participación y comunicación en actividades de la comunidad que preserven su autoestima de personas útiles a la sociedad.

11°. No ser obligados a realizar labores o trabajos que no sean acordes a sus posibilidades o condiciones físicas y que menoscaben su dignidad.

12°. Recibir oportunamente pensión por retiro o cuotas subsidiarias para gastos personales y que se revise periódicamente su pensión a fin de adecuarla al costo de vida vigente.

13°. Ser informados de sus derechos y de las leyes que se los garantizan.

14°. Disfrutar de un envejecimiento útil a la sociedad, entendiéndose éste como el aprovechamiento máximo de sus experiencias adquiridas participando activamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades.

15°. Gozar de los demás derechos que les reconocen la Constitución, los Tratados Internacionales ratificados por El Salvador y demás leyes que les garanticen su protección.

Art. 6.- Son deberes de las personas adultas mayores los siguientes:

1°. Respetar y considerar a los miembros de su familia, sus costumbres, el orden y las normas de conducta que rigen el hogar.

2°. Orientar con sus consejos a los miembros de su familia, compartir con ellos sus conocimientos y experiencias, transmitiéndoles enseñanzas que los capaciten para enfrentar el porvenir con acierto.

3°. Guardar especial consideración y tolerancia con los niños, niñas y adolescentes, por su inmadurez e inexperiencia, debiendo tratar de orientarlos y dirigirlos con ejemplos y consejos oportunos.

4°. Colaborar en la medida de sus posibilidades, en las tareas y ocupaciones cotidianas del hogar.

CAPITULO II ATENCION INTEGRAL

Art. 7.- Créase para la ejecución del conjunto de acciones gubernamentales y no gubernamentales, a favor de la protección integral de las personas adultos mayores el CONSEJO NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LOS PROGRAMAS DE LOS ADULTOS MAYORES, que estará conformado por el titular o el representante legal de las siguientes instituciones:

1°. Secretaría Nacional de la Familia, que será quien coordine el Consejo y tendrá la representación legal.

2°. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3°. Ministerio de Educación.

4°. Ministerio de Trabajo.

5°. Instituto Salvadoreño del Seguro Social.

6°. Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos.

7°. Procuraduría General de la República.

8°. Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada.

9°. Asociación Geriátrica de El Salvador.

10°. Un técnico de la Corporación de Municipalidades de la República de El Salvador.

11°. Asociación Nacional de la Empresa Privada.

12°. Las Asociaciones o Fundaciones legalmente constituidas e inscritas en la Secretaría Nacional de la Familia que trabajan a favor de las personas adultas mayores.

La forma de elección del representante de cada institución, se hará de conformidad a lo que establece el Reglamento de la presente Ley.

Art. 8.- Son atribuciones del Consejo, entre otras:

1°. Realizar y promover los estudios e investigaciones que generan el conocimiento de los problemas y circunstancias que tengan relación con el envejecimiento de la población y formular políticas integrales.

2°. Desarrollar programas de educación para la formación de una conciencia en la sociedad sobre el proceso de envejecimiento y la responsabilidad de la familia para con las personas adultas mayores.

3°. Crear y ejecutar programas de capacitación y acciones conjuntas en coordinación con instituciones, que tengan como fin la atención a las personas adultas mayores.

4°. Buscar los mecanismos necesarios para facilitar a las personas adultas mayores su establecimiento en la residencia de su núcleo familiar.

5°. Facilitar a las personas adultas mayores el acceso a actividades productivas acordes con sus condiciones y capacidades, respetando su vocación y deseos.

6°. Crear y ejecutar programas tendientes a evitar el abandono y el maltrato a las personas adultas mayores, por parte de su familia y la sociedad.

7°. Crear y organizar un registro nacional de instituciones dedicadas a la atención de las personas adultas mayores.

8°. Establecer y garantizar la creación y cierre de los centros de atención públicos y privados para personas adultas mayores a fin de supervisar su funcionamiento y las condiciones de dicha atención.

9°. Impulsar programas tendientes a incorporar a la persona adulta mayor en actividades ocupacionales, vocacionales y recreativas.

10°. Garantizar la atención integral de las personas adultas mayores en igualdad de oportunidades.

11°. Estimular la formación de organizaciones sociales de personas adultas mayores destinadas a mejorar su calidad de vida.

12°. Garantizar marcos regulatorios con el fin de establecer que la infraestructura de las instituciones públicas y privadas permita la movilidad física de las personas adultas mayores dentro de sus instalaciones.

13°. Vigilar y facilitar que las instituciones públicas, privadas y los gobiernos locales dispongan y brinden la información adecuada sobre los derechos y deberes de las personas adultas mayores.

CAPITULO IV SALUD Y NUTRICION

Art. 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

Art. 11.- Los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención Geronto-Geriátrica. La prestación de estos servicios se regirá por el Reglamento de la presente Ley.

Art. 12.- Las personas adultas mayores deberán recibir oportuna y eficazmente todas las formas de tratamiento que necesiten con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, nutricionales, restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.

CAPITULO V REGIMEN DE SEGURIDAD Y PREVISION SOCIAL

SEGURIDAD SOCIAL

Art. 20.- El Sistema de Ahorro para Pensiones deberá prestar la cobertura de atención a particulares que deseen contribuir al Régimen de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia, a efecto de que gocen de sus beneficios para lo cual se adecuarán a los Reglamentos respectivos.

Art. 21.- El Consejo supervisará que las instituciones públicas de salud fortalezcan la cobertura de los servicios de atención médica integral a las personas adultas mayores a nivel nacional.

Art. 23.- En caso de desamparo o abandono, corresponde al Estado la atención de las personas adultas mayores, ya sea en forma directa o por medio de instituciones establecidas o creadas para tal efecto, entre ellas Hogares, Asilos o Casas de Asistencia Social. Podrán existir convenios con instituciones privadas para tal efecto. Se considera una persona adulta mayor en situación de abandono o riesgo social, cuando:

- 1°. Carezca de medios de subsistencia.
- 2°. Se vea privado de alimentos o de las atenciones que requiere su salud.
- 3°. No disponga de una habitación cierta.
- 4°. Se vea habitualmente privado del afecto o del cuidado de sus hijos o familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad.
- 5°. Sea objeto de violencia intrafamiliar o malos tratos por terceras personas.
- 6°. Existan circunstancias de desamparo que lleven a la convicción de que se encuentra en situación de abandono, la cual será declarada por los Tribunales correspondientes.

Los servicios de asistencia legal para estas personas se brindarán, gratuitamente por las instituciones correspondientes.

MEDIDAS DE PROTECCION

Art. 24.- A efecto de prevenir la violencia física, psicológica o sexual contra las personas adultas mayores, se aplicarán las disposiciones que para tal efecto contempla la Ley contra la Violencia Intrafamiliar y la normativa de familia, penal y procesal penal. Estarán legitimados para ejercer tal acción, los representantes de las instituciones públicas y privadas, encargados de los programas de atención a las personas adultas mayores, así también cualquier persona que conozca de estos abusos.

CAPITULO VI BENEFICIOS

Art. 25.- Los beneficiarios de esta Ley son las personas adultas mayores quienes deberán identificarse por medio de un carné, o en su defecto por cualquier otro medio legal que los identifique.

Art. 26.- Las personas adultas mayores gozarán gratuitamente de los servicios que preste el sector público, excepto de los impuestos, tasas y contribuciones municipales. Además ingresarán en forma gratuita a los Centros de recreación del Estado.

Art. 27.- Las personas adultas mayores tendrán trato preferencial cuando realicen gestiones personales ante las dependencias del Estado, gobiernos locales y del sector privado.

Art. 28.- Los derechos y beneficios de las personas adultas mayores contemplados en la presente Ley son intransferibles.

C. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento tiene que analizarse de forma dinámica, ya que es un proceso que se inicia con el nacimiento y que a partir de los 30 años alcanza la plenitud, momento en el que existe un cambio donde los procesos catabólicos superan a los anabólicos. Esto conlleva una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión e implica mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir.

Existe una pérdida de vitalidad, definida como la incapacidad progresiva que tiene el organismo para realizar sus funciones biológicas y fisiológicas, inclusive en ausencia de enfermedad. Hay una gran variabilidad entre las personas y entre los diversos órganos y sistemas de cada una de ellas, y cuando aumentan los requerimientos frente a una situación de sobrecarga funcional, la pérdida de vitalidad se hace evidente generando una incapacidad para mantener la homeostasis.

Envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien en la denominada tercera edad aparecen un gran número de enfermedades que, asociadas a las pérdidas funcionales, determinarán el grado de compromiso del adulto mayor. Deberán también tomarse en cuenta aspectos fisiológicos, patologías previas y tiempo de evolución de las mismas, así como los factores ambientales vinculados al estilo de vida, tales como la actividad física, la alimentación y los factores de riesgo a los que el individuo está o estuvo expuesto, su actividad laboral, tabaquismo, alcoholismo y abuso de drogas lícitas e ilícitas. Cuanta más información obtengamos de la vida del individuo mejor comprenderemos el estado funcional, orgánico y psicológico del adulto mayor.

El envejecimiento, además de ser un progresivo deterioro generalizado de la función con una pérdida de respuesta adaptativa al estrés y el riesgo creciente de enfermedad relacionado con la edad, está asociado con cambios biológicos que aumentan el riesgo de morbilidad, discapacidad y muerte, así como con cambios en la situación económica, la composición de la familia y el hogar y sus relaciones sociales; pudiendo todo esto influenciar en los cambios de estado de salud.

Es en este contexto que la Institución, a través de la Sección Regulación Técnica en Salud, tiene a bien por medio del presente documento normar la atención que se brinda en la Unidad Geronto-Geriátrica del ISSS a este importante grupo poblacional, constituido por los derechohabientes de 60 o más años.

D. OBJETIVOS.

GENERAL.

Regular la atención integral, en los aspectos biológico, psicológico, funcional y social, que se brinda en la Unidad Geronto-Geriátrica del ISSS a las personas adultas mayores derechohabientes.

ESPECÍFICOS.

1. Establecer los criterios para la atención clínica que brinda la Unidad Geronto-Geriátrica del ISSS.
2. Definir el portafolio de servicios de la Unidad Geronto-Geriátrica.
3. Definir las funciones del equipo multidisciplinario de la Unidad de Geronto-Geriátrica.

E. PROPÓSITO.

El propósito fundamental de la Unidad Geronto-Geriátrica es brindar una atención integral del Adulto Mayor con Síndromes Geriátricos derechohabientes del ISSS, considerando tres aspectos prioritarios: Estado de salud (físico, social, mental, funcional), estado socio-económico y factores ambientales.

La asistencia brindada al adulto mayor estará centrada en una atención integral y continuada de su salud, la cual pasa por la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación, con el propósito fundamental de mejorar su calidad de vida.

F. CAMPO DE APLICACIÓN.

La presente normativa es de aplicación para el personal multidisciplinario de la Unidad Geronto-Geriátrica del ISSS, en lo que respecta a las diferentes actividades que desarrollan en la atención, tanto en consulta externa como en el domicilio, de las personas adultas mayores derechohabientes.

Aplica, además, para los adultos mayores derechohabientes que llegan a la Unidad Geronto-Geriátrica del ISSS referidos de los diferentes centros de atención a nivel institucional, así como, desde otras instancias que brindan cuidados a este grupo poblacional, como el Instituto Nacional de Pensiones (INPEP), Procuraduría de Derechos Humanos, Secretaría de Inclusión Social, Juzgados y Registro Nacional de Personas Naturales (Duicentros), entre otros.

I. NORMAS.

A. DISPOSICIONES GENERALES.

1. La atención integral proporcionada por la Unidad Geronto-Geriátrica será brindada a personas adultas mayores (60 años o más) con algún síndrome geriátrico que ocasione dependencia total o parcial.
2. La atención integral proporcionada por la Unidad Geronto-Geriátrica se brindará a todo paciente referido por médicos de los diferentes niveles de atención y trabajadoras sociales de los Centros de Atención de Día (CAD) del ISSS. También se atenderán adultos mayores (derechohabientes) provenientes de clínicas privadas, tanto del país como del exterior.
3. Para toda intervención, ya sea ésta farmacológica o no farmacológica, brindada a pacientes será requisito indispensable la Evaluación Geronto-Geriátrica.

En caso de ser requerido por Médico Geriatra, será necesaria la Valoración Social del paciente la cual será realizada por la Trabajadora Social del equipo, ya sea en la Consulta Externa del Centro de Atención o en la residencia del mismo.

4. Todos los pacientes que consulten a la Unidad con complicaciones agudas, serán referidos a la Emergencia u Hospitalización de los Centros de Atención de la red del ISSS.
5. Las atenciones de la Unidad Geronto-Geriátrica estarán definidas por el Portafolio de Servicios descrito en el apartado V del presente documento.
6. El personal multidisciplinario de la Unidad Geronto - Geriátrica podrá realizar visitas domiciliarias a los pacientes geriátricos con dependencia funcional, evaluados por el médico geriatra en la Consulta Externa o por los médicos geriatras en Hospitalización.
7. El médico geriatra podrá realizar peritajes diagnósticos para la "Valoración Geriátrica Integral de Adultos Mayores" a solicitud de las Instituciones Gubernamentales que así lo soliciten o requieran.
8. El médico geriatra podrá indicar, en cuanto a las medidas no farmacológicas, la entrega de insumos tales como bastones (uno o cuatro puntos), andaderas, colchones antiescaras para cama y sillas de ruedas, entre otros; los cuales serán retirados de Almacén del Centro de Atención, vía vale de consumo.

9. En caso de no existencia de los implementos de apoyo antes mencionados, la Dirección del Centro de Atención gestionará la compra de éstos a través del procedimiento establecido en las normativas vigentes.
10. En cuanto a las medidas farmacológicas, para pacientes polimedicados y de acuerdo a la valoración clínica, el médico geriatra podrá mantener, eliminar o agregar nuevos medicamentos. Es requisito indispensable que a partir de la sexta receta se justifique la indicación al reverso de la misma, adjuntando el diagnóstico y motivo de indicación, con firma y sello del especialista.
11. La Unidad de Geronto-geriátrica le podrá suprimir a los pacientes geriátricos "policonsultantes" las consultas de otras especialidades, para asumir de este modo su manejo integral.
12. El médico geriatra, de acuerdo a la evaluación integral, al detectar deficiencias nutricionales (malnutrición) en pacientes geriátricos podrá indicar suplementos o complementos nutricionales, de acuerdo a los requerimientos de los diferentes estadios de dichas deficiencias.

II. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS DE ATENCION CLÍNICA.

13. La recepción de la Unidad Geronto-Geriátrica deberá poseer una base de datos en línea y conectada en red para comprobar la acreditación al derecho a la atención.
14. Todo paciente geriátrico deberá ser registrado en Recepción de la Unidad Geronto-Geriátrica a través del Documento Unico de Identidad (DUI) o Tarjeta de Afiliación (Extranjeros) para el establecimiento de derecho.
15. A todo paciente geriátrico de primera vez se le deberá elaborar un expediente clínico, bajo custodia de Recepcionista de la Unidad de Atención Geronto-Geriátrica.
16. Las citas de primera vez y subsecuentes deberán ser proporcionadas a través de Recepción de la Unidad Geronto-Geriátrica, previo visto bueno del Coordinador de la Unidad.

III. ATENCIÓN INTEGRAL GERONTO-GERIÁTRICA.

17. Se atenderá consulta externa integral de pacientes geriátricos referidos para el manejo de enfermedades crónico-degenerativas, sus consecuencias y secuelas (Ej.: Atención domiciliaria, residencial, entre otras), sean estos en su estado funcional dependiente o semidependiente.

IV. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

18. Se excluye la atención en la Unidad Geronto-Geriátrica a los pacientes:

- Derechohabientes que no son adultos mayores.
- Derechohabientes adultos mayores sin Síndromes Geriátricos.

V. PORTAFOLIO DE SERVICIOS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL GERONTO GERIÁTRICA.

19. El portafolio de servicios de la Unidad Geronto-geriátrica es el siguiente:

A. Atención integral ambulatoria a pacientes adultos mayores con:

- ✓ Polifarmacia.
- ✓ Pluripatología (Tres o más enfermedades crónicas que causen dependencia).
- ✓ Sospecha de maltrato (En las esferas biológica, psicológica o social).
- ✓ Síndrome de caídas.
- ✓ Úlceras por presión.
- ✓ Inmovilidad.
- ✓ Trastornos de la marcha y el equilibrio.
- ✓ Delirium (Estados confusionales agudos).
- ✓ Demencia.
- ✓ Deterioro cognitivo.
- ✓ Depresión.
- ✓ Incontinencia urinaria ó fecal.
- ✓ Temblor (Parkinson, esencial, parkinsonismo, entre otros)

B. Visita Domiciliar a pacientes con:

- ✓ Condiciones sociofamiliares que repercuten negativamente en la salud de la persona adulta mayor (Ver formato anexo).
- ✓ Dependencia funcional total.

C. Programa educativo a los pacientes y sus respectivos cuidadores.

D. Asistencia telefónica a libre demanda.

E. Enlace sanitario entre el Hospital y la Comunidad.

VI. CRITERIOS DE ALTA

20. Se les dará el alta de la Unidad Geronto-Geriátrica a los pacientes:
- Derechohabientes adultos mayores con síndromes Geriátricos resueltos.
 - Derechohabientes con cambio de domicilio permanente hacia el exterior del país.
 - Derechohabientes fallecidos.

VII. CRITERIOS ADMINISTRATIVOS

21. El trámite, entrega y elaboración de constancias médicas, resúmenes clínicos, entre otros documentos administrativos, será gestionado y distribuido por Trabajo Social, previa valoración social y geriátrica. Estos documentos podrán ser solicitados por el paciente (si se encuentra bien cognitivamente) o por el familiar encargado (tutor), en los casos en los que el paciente tenga demencia u otra enfermedad que lo haga dependiente. El arancel por dichos documentos clínicos será realizado en la Administración del Centro de Atención bajo los parámetros establecidos.
22. El trámite para la entrega de los implementos de apoyo indicados por el médico geriatra será realizado por el paciente o familiar responsable, para ser retirado del Almacén de Artículos Generales del Centro de Atención, previa presentación del vale de consumo generado.

VIII. EXPEDIENTE CLINICO.

23. La Unidad Geronto-Geriátrica deberá poseer Recepción y Archivo Clínico propios para adultos mayores, brindandose tanto en éstos como en el resto de la Unidad atención privilegiada y con respeto a la dignidad de los pacientes.
24. El expediente clínico de pacientes geriátricos inscritos estará bajo responsabilidad y custodia del personal de Recepción de la Unidad Geronto-Geriátrica.
25. El expediente geriátrico estará conformado y ordenado según lo establecido en la Norma del Expediente Clínico del ISSS.

IX. EXAMENES DIAGNÓSTICOS, IMAGENOLÓGIA Y LABORATORIO CLINICO.

26. Todos los estudios diagnósticos de imagenología y laboratorio clínico serán tomados, cuando se indiquen, en el Centro de Atención u en otro Centro que cuente con dichos servicios, acorde al Centro de Atención de Adscripción correspondiente a la residencia del paciente. (De acuerdo a Norma de Referencia y Retorno).

X. MEDICAMENTOS.

27. Los medicamentos esenciales prescritos por los médicos geriatras de la Unidad Geronto-Geriátrica están definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).
28. El trámite de entrega de medicamentos a domicilio los realizará el paciente o familiar responsable directamente con el encargado o delegado de medicamentos a domicilio de la Farmacia del Centro de Atención.

XI. SUPLEMENTOS Y COMPLEMENTOS NUTRICIONALES.

29. Los suplementos y complementos nutricionales prescritos por los médicos geriatras de la Unidad Geronto-Geriátrica están definidos en el Listado Oficial de Medicamentos (LOM).
30. El trámite de entrega de suplementos o complementos nutricionales los realizará el paciente o familiar responsable directamente en la Farmacia del Centro de Atención o la Farmacia de la Red de Adscripción del paciente geriátrico.

XII. FUNCIONES DEL PERSONAL.

31. La Unidad Geronto-Geriátrica deberá estar conformada por su propio equipo multidisciplinario, quienes deben poseer actitud, experiencia y conocimientos en la atención geronto-geriátrica. Este se encontrará conformado por:
 - ✓ Médicos geriatras.
 - ✓ Médicos internistas.
 - ✓ Enfermeras (Licenciadas en Enfermería para consulta ambulatoria y visita domiciliar).
 - ✓ Auxiliar de Enfermería.
 - ✓ Trabajadora Social.
 - ✓ Recepcionista y Archivo.
 - ✓ Auxiliar de Servicio.
32. El personal de apoyo clínico al personal multidisciplinario de La Unidad Geronto-Geriátrica estará conformado por :
 - ✓ Nutricionista.
 - ✓ Fisioterapista.
 - ✓ Médico psiquiatra.
 - ✓ Médico neurólogo.
 - ✓ Psicólogo.

33. Las funciones del personal multidisciplinario de la Unidad Geronto-Geriátrica son las siguientes:

➤ **Geriatra Coordinador de la Unidad Geronto-Geriátrica:**

- a) Planificar y coordinar las actividades de supervisión del personal, a través de la programación, asignación, distribución y definición de las funciones, con el fin de cumplir con la Normativa Institucional.
- b) Conocer y utilizar los criterios técnicos que se requieran, para supervisar la operatividad del servicio, con el fin de contar con líneas de acción preestablecidas para el debido ejercicio de las funciones del personal.
- c) Velar por el cumplimiento de las políticas, objetivos y metas institucionales enmarcadas en los proyectos, programas y planes del ISSS.
- d) Planificar y elaborar el plan de trabajo, partiendo del diagnóstico de la Unidad, a fin de programar metas, de acuerdo a necesidades y capacidad instalada.
- e) Garantizar la disponibilidad del recurso humano asistencial requerido, tomando en cuenta los estándares establecidos, para una adecuada prestación de los servicios.
- f) Garantizar y facilitar las competencias técnicas, docentes, investigativas y de formación continua del personal, con el objetivo de generar o adoptar nuevos conocimientos que ayuden al diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades.
- g) Evaluar periódicamente los índices o resultados de acuerdo a la especialidad, con el propósito de definir posibles acciones correctivas de forma oportuna y cumplir con las metas propuestas.
- h) Mantener informado al nivel local y central de las actividades, así como solicitar apoyo a las estrategias y necesidades que se presenten.
- i) Revisar aleatoriamente casos clínicos para verificar que la aplicación correcta de criterios, diagnósticos terapéuticos y tratamientos o procedimientos, sea efectiva; de acuerdo a la patología que el paciente presenta.
- j) Coordinar a nivel técnico la adecuada ejecución de los procedimientos, con el propósito de cumplir con los resultados esperados y la satisfacción de los usuarios.

- k) Comunicar de forma vertical y horizontal con efectividad los avances y resultados de los proyectos y acciones tomadas, ya sea formal o informalmente, con el objetivo de establecer vías de comunicación con los recursos bajo su coordinación y a la vez mantener informado a su jefe inmediato.
- l) Apoyar a su jefe inmediato en la gestión de insumos y equipo, con el objetivo de obtener los recursos necesarios para la funcionalidad.
- m) Establecer reuniones con el personal para orientar, asesorar, definir y decidir los criterios de carácter técnico que se requieran para la toma de decisiones o el debido ejercicio de las funciones del Servicio.
- n) Apoyar el adiestramiento del personal nuevo de su especialidad y velar porque se cumpla su plan de inducción.
- o) Revisar y autorizar documentación relacionada al área, así como informes, notas, reportes, controles administrativos y otros, para su trámite respectivo.
- p) Realizar otras actividades asignadas por la jefatura inmediata.

➤ **Médicos Geriatras:**

- a) Brindar consultas integrales con enfoque geronto-geriátrico, acorde a los principios de atención de la especialidad.
- b) Interpretar las pruebas de tamizaje de la especialidad, valorando a partir de ellas el manejo adecuado de los pacientes.
- c) Brindar capacitaciones periódicas dentro y fuera de la Unidad, como parte del proceso de formación al personal de la misma, del Centro de Atención y de la Institución en general.
- d) Realizar visitas domiciliarias cuando se requieran.
- e) Implantar programas innovadores y proyectados a mejorar la atención del adulto mayor.

➤ **Médicos Internistas:**

- a) Elaborar plan de jornadas de educación para los cuidadores y sus familiares. Así como participar activamente en el desarrollo de estas actividades.
- b) Elaborar programa y llevar a cabo las visitas domiciliarias.

c) Como miembro del ETLAM (Equipo de trabajo local del adulto mayor) reportar cada mes los resultados e indicadores del programa.

➤ **Licenciadas en Enfermería:**

- a) Realizar la toma de peso y talla a los pacientes.
- b) Realizar evaluaciones de tamizaje.
- c) Llenar y revisar hoja de medicamentos.
- d) Anexar al expediente hojas de tamizajes con resultados respectivos.
- e) Asistir a todas las actividades programadas de la unidad.
- f) Colaborar en las actividades educativas dirigidas a los pacientes y cuidadores.
- g) Brindar apoyo directo a las capacitaciones dentro y fuera de la institución.

Nota: Una de ellas estará encargada de la Visita Domiciliar y la otra será responsable de la Consulta Externa. El personal de enfermería deberá dejar cubierta la ausencia del recurso en Consulta Externa cuando se acompañe la visita domiciliar.

➤ **Auxiliar de Enfermería:**

- a) Realizar tomar peso y talla a los pacientes
- b) Mantener la papelería y el equipo médico debidamente preparado en el consultorio del médico.
- c) Preparar el expediente clínico.
- d) Revisar y llenar hoja de medicamentos después de cada consulta.
- e) Llenar completa y correctamente las recetas y exámenes de laboratorio y gabinete.

➤ **Trabajadora Social:**

- a) Elaborar Evaluaciones Sociales Geriátricas (Entrevistas con diagnóstico social y plan de manejo) y Socioambientales a los adultos mayores de la Visita Domiciliar y a los que el médico en la Consulta Externa indique, con el respectivo monitoreo subsecuente.
- b) Realizar labores de investigación social (fuentes colaterales).
- c) Ejecutar labores de coordinación y valoración de redes de apoyo.

- d) Realizar las gestiones pertinentes para el transporte del paciente encamado hacia la consulta externa y/u hospital.
- e) Ofrecer asesoría a la familia sobre la disponibilidad de hogares o residencias sustitutas, así como realizar las gestiones pertinentes para el traslado del paciente hacia éstos.
- f) Participar en las discusiones de caso pertinentes con el equipo de la Unidad y/o equipos multidisciplinarios de otras instituciones.
- g) Realizar valoración de cuidadores (Entrevista y plan de intervención).
- h) Ejecutar coordinaciones intra e interinstitucionales.
- i) Realizar derivación de casos pertinentes a instancias respectivas.
- j) Citar a la familia cuando ésta sea requerida por el equipo de salud.
- k) Asistir a las reuniones familiares en las cuales sea invitada a participar y que sean de beneficio a la salud del paciente.
- l) Brindar asesorías técnicas educativas.
- m) Programar y desarrollar charlas informativas, jornadas, cursos, entre otras actividades de educación.
- n) Ofrecer educación al paciente, familia y cuidadores tanto en la Consulta Externa como en la Visita Domiciliar.
- o) Elaborar constancias médicas y otros documentos, previa valoración geriátrica y social, a los pacientes independientes y familiares responsables que lo soliciten, dirigidos a las diferentes instituciones que así lo requieran según Manual de Normas y Procedimientos para Emisión de Constancias Médicas y Resúmenes Clínicos en los Centros de Atención del ISSS.
- p) Colaborar en la elaboración de resúmenes y notificaciones legales a presentar, según requerimiento, en las diferentes Instituciones que los soliciten: Tribunales de Justicia, Procuraduría, Fiscalía, etc.
- q) Elaborar solicitud de medicamentos y constancias médicas para el extranjero.
- r) Facilitar la gestión de viáticos y transporte a paciente, según derecho.
- s) Brindar asesoría en casos de maltrato.
- t) Capacitar al resto del personal de Trabajo Social del ISSS y compartir las experiencias de los programas con sus avances.

u) Conformar actividades concernientes al apoyo de programas dentro de la Unidad Geronto-Geriátrica.

➤ **Recepcionista/archivista:**

- a) Preparar con anticipación los expedientes de la consulta asignada a cada médico, revisando que tengan adjuntos todos los estudios solicitados.
- b) Anexar al expediente de la Unidad el expediente de base del Servicio.
- c) Verificar la adecuada disponibilidad de insumos de papelería y requerimientos de oficina.
- d) Colaborar en tareas específicas en cualquier momento si se le requiere, previa autorización del coordinador.
- e) Atender el teléfono y, si es necesario, contactar por este medio a los pacientes cuando no hay médico.

➤ **Auxiliar de servicio:**

- a) Realizar el aseo del área, para lograr su buen funcionamiento y mantenimiento en óptimas condiciones de higiene, a fin de satisfacer las necesidades de limpieza del Servicio.
- b) Sacudir, desempolvar, trapear, lavar, encerar, pulir y/o desinfectar áreas, mobiliario, equipo, accesorios médicos y/o de oficina, tales como pisos, vestíbulos, corredores, muros, cancelas, puertas, columnas, ventanas, interiores, cortinas, persianas, elevadores, baño, etc.
- c) Utilizar el uniforme y equipo necesario para llevar a cabo con seguridad las actividades asignadas.
- d) Llevar a cabo limpiezas exhaustivas y de prevención de riesgos en las áreas físicas asignadas.
- e) Asistir en las reuniones de trabajo a las que se le requiera, relacionadas con la Unidad.
- f) Cumplir con el reglamento interno del Centro de Atención, para su buen desempeño laboral.

- g) Preparar y aplicar soluciones, detergentes, desinfectantes, y soluciones para la limpieza.
- h) Mover camas, muebles, equipo y materiales cuando sea necesario, en orden y forma oportuna, cumpliendo las indicaciones de higiene ocupacional.
- i) Acompañar a los pacientes que ameriten su ayuda en la realización de procesos dentro de la Unidad y el Centro de Atención.
- j) Informar a la jefatura administrativa cualquier deterioro, descompostura o falta de material, equipo, insumos y/o recursos de trabajo a su cargo.
- k) Asistir a los cursos de capacitación y adiestramiento necesarios para garantizar el correcto desempeño de las actividades inherentes a su puesto.
- l) Contar con la capacitación necesaria y conocimiento de los procedimientos para llevar a cabo los trabajos de limpieza y desinfección.
- m) Conocer y aplicar las medidas de seguridad necesarias para desarrollar sus actividades, disminuyendo con ello el riesgo de lesiones.
- n) Realizar con efectividad todas las actividades relacionadas con las funciones establecidas y las que se le demanden según programas prioritarios.

OBSERVANCIA DE LA NORMA.

La vigilancia del cumplimiento de la “**NORMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD GERONTO-GERIÁTRICA DEL ISSS**” corresponderá al Coordinador de la Unidad de Geronto-Geriatria, los Directores de los diferentes Centros de Atención, Jefes de Servicios Clínicos, así como la Subdirección de Salud, a través de las Unidades, Departamentos y Secciones que la conforman.

INFRACCIONES Y SANCIONES.

Las infracciones y sanciones al incumplimiento a las presentes normas y procedimientos en ámbito de su competencia, está tipificado en las normativas legales vigentes.

DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en la presente normativa, serán consideradas por Subdirección de Salud, a través de la Sección de Regulación Técnica en Salud.

La revisión de la norma, de oficio se realizará cada 5 años, y a solicitud de los especialistas de Geriatria las veces que se considere necesario.

VIGENCIA DE LOS LINEAMIENTOS.

La **NORMA DE FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD GERONTO-GERIÁTRICA DEL ISSS**, será autorizada y entrará en vigencia a partir de su aprobación.

San Salvador, Abril de 2017.

OFICIALIZACIÓN.


Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona
Jefa Sección Regulación Técnica en Salud




Dr. David Jonathan Hernández Somoza
Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.




Dra. Danneth L. Quijano de Flores.
Jefe División Políticas y Estrategias de Salud.




Dr. Ricardo Federico Flores Saldzar.
Subdirector de Salud.





GLOSARIO

Paciente policonsultante: Si bien no hay una definición clara de lo que se entiende por "paciente policonsultante", existe cierto consenso en que dicha denominación responde a pacientes que presentan un elevado número de consultas espontáneas —más de siete en un año— en un mismo centro de salud. Lo que resulta más relevante es que dichas consultas aparecen como injustificadas para los profesionales que las reciben. Esto último debido a que los pacientes refieren síntomas múltiples y recurrentes que, agrupados, constituirían síndromes funcionales; pero ni las causas ni el curso que sigue dicha sintomatología se ajusta a los requisitos para ser consideradas enfermedades. Como hipótesis, se suele suponer que se trata de depresiones encubiertas, de trastornos somatomorfos o, simplemente, de intentos de manipulación. Además, suelen ser pacientes poco dóciles, que muestran cierta resistencia e inadecuación a los protocolos de tratamiento

Confusión Aguda (delirio): Deterioro global de las funciones cognitivas, presentando un comienzo agudo, con curso fluctuante con agitación y alteración del ciclo sueño vigilia.

Inmovilización: Descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras, lo que lleva a situación de postración.

Estreñimiento: Cuando la emisión de las heces es menor a una cada 3 días, o tiene una frecuencia de tres veces por semana. Se suma el criterio objetivo de cambio de patrón habitual con heces duras, pequeñas, con sensación de evacuación incompleta o dolor asociado.

Caída: Precipitación repentina, involuntaria, con o sin lesión secundaria, confirmado por el paciente o por un testigo presente.

Síncope: Pérdida repentina de la conciencia, asociada a una incapacidad para mantener el tono postural.

Incontinencia: Si no se especifica, se asume la referencia a la de carácter urinario, definida como la pérdida involuntaria de orina objetivamente demostrable, que constituye un problema higiénico y social. La incontinencia fecal se define como la expulsión involuntaria de heces.

Deprivación sensorial: La disminución de la visión y audición es un problema muy común en las personas adultas mayores, teniendo más de la mitad de los mayores de 75 años algún tipo de disfunción auditiva y, en una mayor, proporción disfunción visual. Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psicosociales, pues al producir problemas de comunicación del paciente con su entorno lo lleva a una desconexión del medio y una poca participación en eventos sociales. Se consideran instrumentos de medición para la auditiva el test del susurro, y para la visual, la exploración física y la tarjeta de Jaeger.

Trastorno del sueño: Dificultad para iniciar o mantener el sueño, o la ausencia de un sueño reparador. Dicha alteración debe ser no menor de tres veces por una semana y/o durante un mes y que además produzca cansancio diurno.

Úlcera de presión: Solución de continuidad o rotura de una superficie epitelial del organismo a causa de ausencia de movilidad o mala postura: Se usa la escala de Norton para el riesgo de desarrollo, y si la lesión ya está presente, la clasificación de acuerdo a la extensión en su profundidad.

Ortostatismo: Disminución en la presión sistólica mayor de 20 mm Hg., al primer, tercer y quinto minuto después de ponerse de pie.

Prostatismo: Cambio en la frecuencia urinaria, acompañada de nicturia, disminución de la fuerza del chorro urinario u obstrucción total.

Evaluación nutricional: Se evalúa el estado nutricional del adulto mayor de acuerdo al índice de masa corporal (IMC). Se procede a la toma del peso en kilogramos y la medición de la talla en metros, para obtener el IMC ($\text{Peso en Kg.} / (\text{talla en metros})^2$). En el adulto mayor el punto de corte según el IMC es diferente del adulto joven, considerando bajo peso un valor menor a 22, peso normal de 22 a 27 y más de 27 sobrepeso. Otra herramienta a considerar es el Mini-Nutritional Assessment que además permite identificar el riesgo de desnutrición; encontrándose actualmente la mencionada escala en proceso de validación en nuestro medio.

Evaluación cognitiva: Para su valoración inicialmente se aplica la prueba de Mini-mental de Folstein (traducida al castellano por Lobo), realizándose a aquellos pacientes que tengan como mínimo educación primaria. Caso contrario, se puede aplicar para este fin el cuestionario del estado mental de Pfeiffer.

Evaluación funcional: Para su valoración se utiliza el índice de Katz de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Bañarse, vestirse, ir al baño, levantarse, continencia, alimentación. Se hace una pequeña modificación, ya que en vez de usar categorías que van de la A (independencia) a la G (dependencia total), se establecen tres niveles: Independencia parcial (1-5 ítems) y Dependencia total (6 ítems). Existen otras escalas como la de Barthel (autocuidado), y la de la Cruz Roja que también pueden utilizarse. Para actividades instrumentales se dispone de la escala de Lawton.

Evaluación afectiva: Utilizamos como instrumento para este efecto la Escala de Depresión de Yesavage, que consta de 15 preguntas. Esta escala es la versión reducida de la escala de depresión geriátrica (GDS) que consta de 30 preguntas. En el año 2006 se valida una escala reducida de 4 preguntas para evaluar la depresión, con una sensibilidad del 93% y un valor predictivo negativo del 98%. Las preguntas incluidas son:

- ¿Está insatisfecho con su vida?
- ¿Se siente indefenso?
- ¿Tiene problemas de memoria?
- ¿Siente desgano respecto a actividades e intereses?

Para el tamizaje de depresión se requieren dos o más ítems positivos.

Evaluación social: Se utiliza la escala de valoración socio-familiar, modificada por Merino para nuestra realidad. Hay dos categorías que se establecen:

- a. Entorno social adecuado
- b. Riesgo y problema social

Fragilidad: Se utilizan los criterios de Fried, considerando a una persona frágil si cumple por lo menos tres de los cinco criterios y prefrágil si cumple uno o dos de ellos:

- Pérdida de peso no intencional.
- Debilidad muscular (medida con dinamómetro).
- Lenta velocidad para caminar.
- Agotamiento.
- Pobre actividad física.

En el 2010, Varela y cols. publicaron en Lima-Perú un estudio sobre la velocidad de la marcha como indicador de fragilidad en los adultos mayores de la comunidad, concluyendo que una velocidad de la marcha (medida en 8 metros de distancia) menor a 0.7mts/seg es un indicador de fragilidad para la población descrita.

Funcionalidad: La funcionalidad o independencia funcional es la capacidad de cumplir acciones requeridas en el diario vivir, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente. Cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne.

En el ISSS se utilizan 2 escalas para medir funcionalidad: Katz (actividades básicas de la vida diaria) y Lawton (actividades instrumentales de la vida diaria). Según éstas se clasifican en independientes (I) Necesita ayuda (A) y Dependientes (D).

Se considera (I) independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda sólo para un componente de la actividad, y (D) dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo supervisión o guía, para todos los componentes de la actividad; el (A) grado intermedio de dependencia es aquella persona que "requiere de asistencia" para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I); 1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A); y 0 si es totalmente dependiente (D). Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro. También puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

Salud oral: Para su evaluación en 2007 se valida el GOHAI (Índice de valoración de salud oral geriátrica), con una sensibilidad del 93% y un valor predictivo positivo del 96%.

Equilibrio y marcha: Componente fundamental de la valoración funcional y probablemente la herramienta más útil para identificar a los adultos mayores con riesgo de caídas.

Envejecimiento: Proceso normal asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y, además, aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y la enfermedad. Esta etapa comprende un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos. No se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, ya que también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida.

Envejecimiento activo: Definido por la Organización Mundial de la Salud como el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, psíquico y mental a lo largo de todo su ciclo vital, y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras se les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan de asistencia.

Valoración Geriátrica Integral (VGI): Es un proceso diagnóstico evolutivo multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que puedan presentar los adultos mayores, especialmente los más frágiles, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos, a fin de lograr el mayor grado de autonomía y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Complementos alimenticios: Compuestos que ayudan a establecer o restablecer niveles de deficiencia.

Suplementos alimenticios: Aquellos compuestos que pueden llegar a suplir alguna deficiencia dietética y no necesariamente se circunscriben a la alimentación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Panamericana de la Salud/Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional. Protocolo 2 Atención general de la Persona Adulta Mayor en Atención Primaria de Salud. 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y salud. 2015.
3. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. Pubmed.gov. 1993.
4. Kane RA, Bayer AJ. Assessment of functional status. Principles and practice of geriatric medicine. 2nd ed. Chichester: John Wiley & Sons. 1991.
5. AM J Med. Screening for common problems in ambulatory elderly: clinical confirmation of a screen instrument". 1996.

6. Blue Cross and Blue Shield. Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society. 1998.
7. Folstein MF, Folstein S, MacHugh PR. "Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". Pubmed.gov. 1975.
8. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini Mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile." 1999.
9. Sheikh JL, Yesavage, JA. "Geriatric Depression Scale: recent evidence and development of a shorter versión" In: Clinical Gerontology: A guide to assesment and intervention. 1986.
10. Pfeiffer E, ed. Multidimensional functional assesment: The OARS methodology. Durham, North Carolina: Center for the Study of Aging and Human Development. Center for the Study of Aging and Human Development, Duke University. 1975.
11. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes. 2006.
12. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Estándares de calidad en Geriatria. 2007.
13. Macías Núñez JF, Guillén Llera FG, Ribera Casado JM. Geriatria desde el principio. 2001.

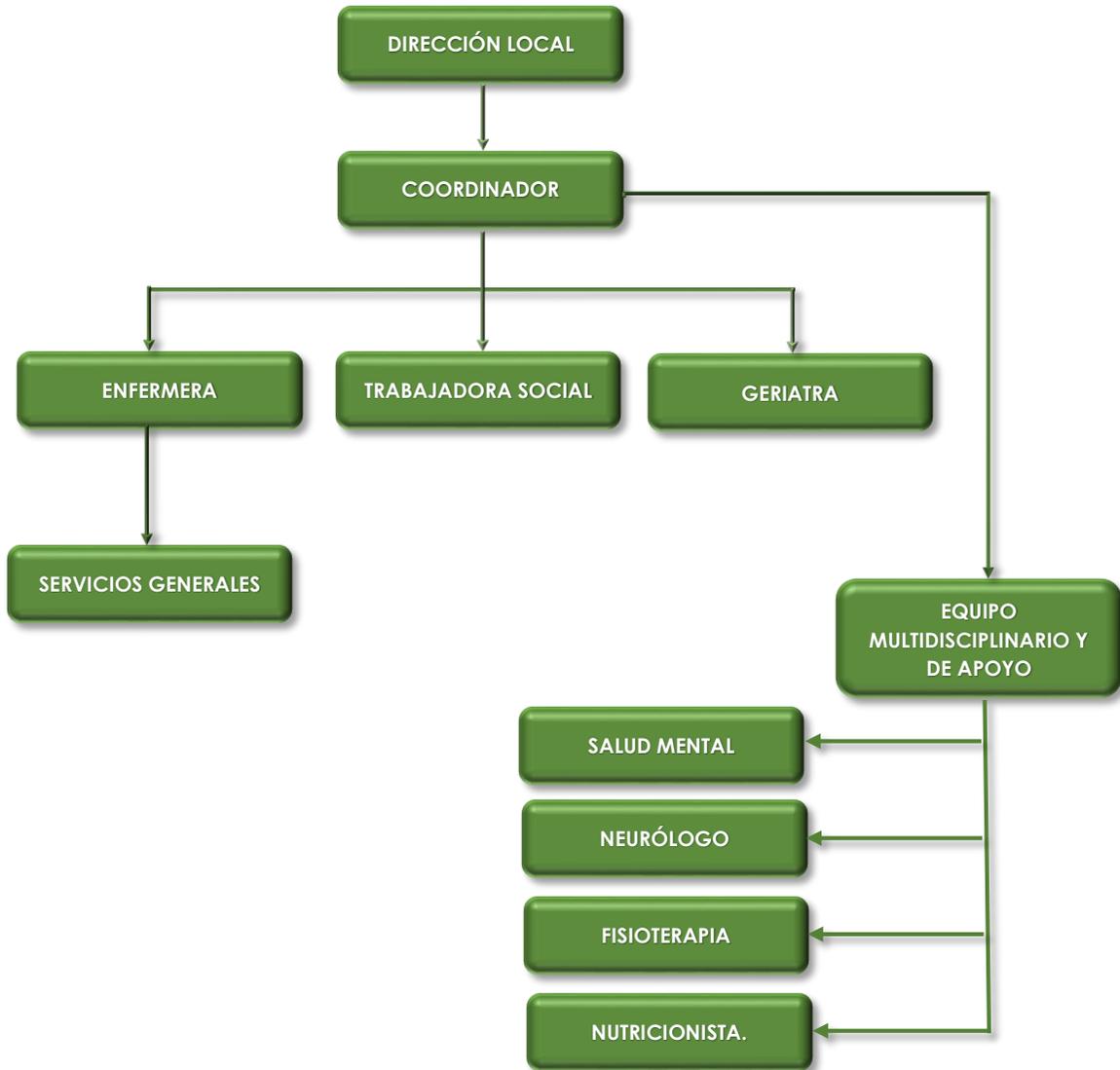
Anexos

Anexo 1



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA

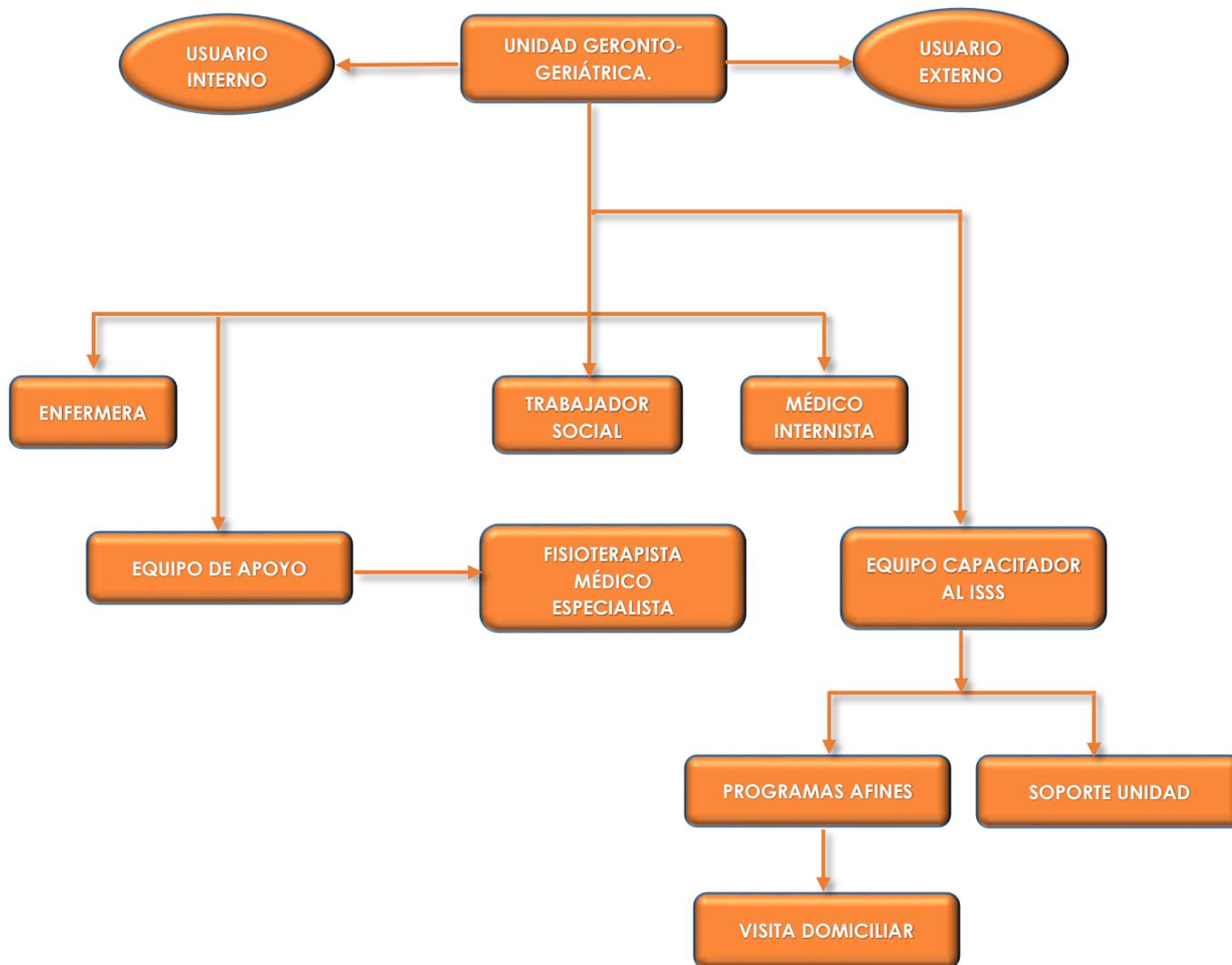
ORGANIGRAMA DE LA UNIDAD GERONTO - GERIATRICA



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA



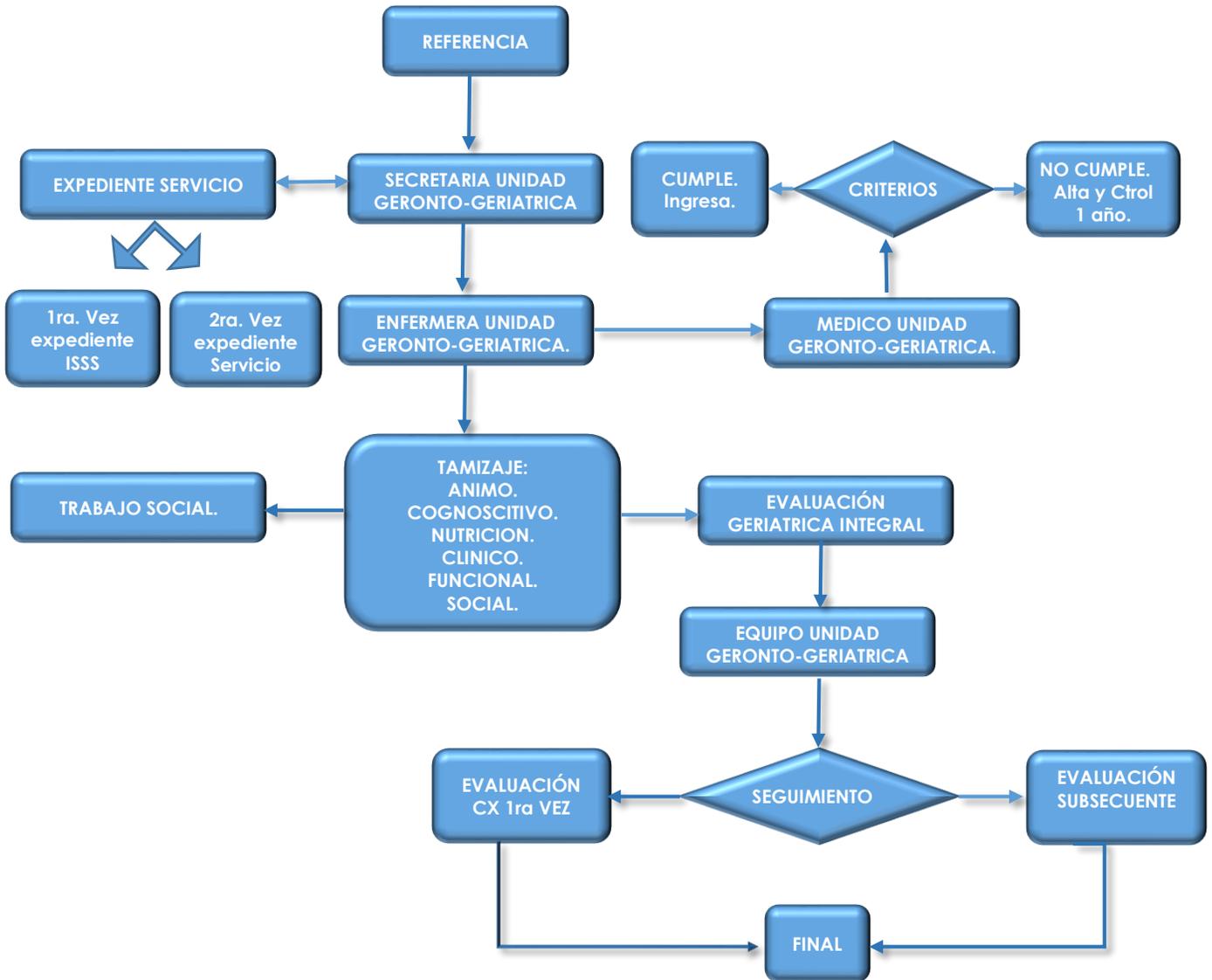
ORGANIZACIÓN UNIDAD GERONTO-GERIÁTRICA





INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES GERIATRICOS



Anexo 4.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA**

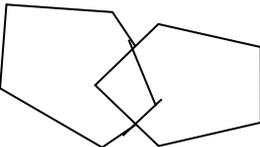
TAMIZAJE RAPIDO DE LAS CONDICIONES GERIATRICAS

Problema	Acción	Resultado Positivo
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 segundos o menos.
Incontinencia urinaria	Dos partes: 1. Pregunte: ¿En el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿Ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta: Afirmativa a las dos preguntas.
Nutrición, pérdida de peso	Dos partes: 1. Pregunte ¿Ha perdido usted, involuntariamente, 5 Kg. o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta: Afirmativa o peso < de 45 Kg.
Memoria	Mencione tres objetivos: Árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados	Incapaz de recordar los tres objetos.
Depresión	Pregunte: ¿Se siente usted triste o deprimido?	Respuesta Afirmativa.
Incapacidad	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 a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta:



Anexo 5
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA.

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO 1

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Mes _____</p> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Día: _____ Mes: _____ Año: _____</p> <p>Anote un punto por cada respuesta. Total: _____</p>	
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.</p> <p style="text-align: right;">Árbol: _____ Mesa: _____ Avión: _____</p>	
<p>Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.</p>	<p>Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p>
<p>Número de repeticiones: _____ Total: _____</p>	
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9</p> <p>Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.</p>	<p>Respuesta Paciente: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1</p> <p>Total: _____</p>
<p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Coloca: _____</p> <p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	<p>Toma papel: _____ Dobla: _____</p>
<p>5. Hace un momento leí una serie de 3 palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Avión: _____</p> <p>Total: _____</p> <p>Anote un punto por cada objeto recordado.</p>	<p>Árbol: _____ Mesa: _____</p>
<p>6. Por favor copie éste dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se Cruzan. La acción está correcto si los dos pentágonos se cruzan Y forman un cuadrilátero:</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Correcto: _____</p> <p>Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> </div>
<p>SUME LOS PUNTOS ANOTADOS :</p>	

1 Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile," OPS/OMS, 1999.



Anexo 6.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA.**

**EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) 1
ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO**

CODIGOS: 1=INDEPENDIENTE A=REQUIERE ASISTENCIA D=DEPENDENCIA

Información obtenida del:			
Paciente	Informante	Actividad	Guía para evaluar:
I A D	I A D	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para levantarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda A= Necesita ayuda para levantarse más de una parte del cuerpo, y/o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera. D= Totalmente incapacitado para darse un baño por sí mismo.
I A D	I A D	Vestirse	I= Toma la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos. A= Recibe ayuda para tomar la ropa y/o vestirse completamente. D= Totalmente incapacitado para vestirse por sí mismo.
I A D	I A D	Usar el inodoro	I= Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa. A=Recibe ayuda para acceder al inodoro, limpiarse, ajustarse la ropa y/o recibe ayuda en el uso del orinal. D=Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
I A D	I A D	Trasladarse	I=Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente (o sin el uso de auxiliares mecánicos) A=Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones. D=Totalmente dependiente para levantarse o acostarse, incorporarse o sentarse o ambas.
I A D	I A D	Continen- cia	I= Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación. A=Incontinencia en la micción y/o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales. D= Depende totalmente de sonda o colostomía.
I A D	I A D	Alimentarse	I= Sin Ayuda A=Necesita ayuda para comer o necesita ayuda sólo para cortar carne o untar el pan. D=Es alimentado por sondas o vía parenteral.

1 Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.



Anexo 7.



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA**

**EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD) 1
ESCALA DE LAWTON**

CODIGOS: I = Independiente A= Requiere asistencia D= Dependiente

Información obtenida del: Paciente Informante		Actividad	Guía para evaluación
I A D	I A D	Capacidad para usar el Teléfono	I= Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A= Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D= Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por sí mismo.
I A D	I A D	Uso de medios de transporte	I= Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A= Sólo viene si lo acompaña alguien. D= No puede viajar en absoluto.
I A D	I A D	Ir de compras	I= Realiza todas las compras con independencia. A= Necesita compañía para realizar cualquier compra. D= Totalmente incapaz de ir de compras.
I A D	I A D	Preparación de la comida	I= Organiza, prepara y sirve las comidas
I A D	I A D	Control de sus medicamentos	I= Es capaz de tomar sus medicamentos a la hora y la dosis correcta. A= Toma su medicación si alguien lo recuerda y le prepara la dosis. D= No es capaz de administrarse su medicamento.
I A D	I A D	Manejo de sus asuntos económicos	

1 Traducido y adaptado con permiso de Modules in Clinical Geriatrics by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society

TOTALES DE LAS PREGUNTAS 1 A 6.

SUMA TOTAL :



Anexo 8.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE GERONTO-GERIATRICA

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA ABREVIADA (E D G)

Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas Según como se ha sentido Ud. Durante la ÚLTIMA SEMANA

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| 1. ¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida? | SI | NO |
| 2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas? | SI | no |
| 3. ¿Siente que su vida está vacía? | SI | no |
| 4. ¿Se siente aburrido frecuentemente? | SI | no |
| 5. ¿Está Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo? | SI | NO |
| 6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar? | SI | no |
| 7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SI | NO |
| 8. ¿Se siente con frecuencia desamparado? | SI | no |
| 9. ¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas? | SI | no |
| 10. ¿Siente Ud., que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad? | SI | no |
| 11. ¿Cree Ud., que es maravilloso estar vivo? | SI | NO |
| 12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente? | SI | no |
| 13. ¿Se siente lleno de energía? | SI | NO |
| 14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual? | SI | no |
| 15. ¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted? | SI | no |

SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0

TOTAL: _____

1 Sheik JL, Ysavage JA. "Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter versión". Clinical Gerontology 1985.5: 165-172

Anexo 9.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD GERONTO-GERIATRICA

HOJA DE SINTESIS

DX DE INGRESO (Principal) _____ No. DX: _____ SERVICIO QUE REFIERE: _____
MOTIVO MANIFIESTO: _____ MOTIVO SUPUESTO: _____
QUEJA PRINCIPAL: _____ SINDROME GERIATRICOS (CLAVES): _____

DIAGNOSTICO NUTRICIONAL

1. NORMAL 2. BAJO PESO 3. DESNUTRIDO 4. OBESO ()

DX PSIQUIATRICO:

MMSE: _____ GDS: _____

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA:

DX SOCIAL:

ESTADO.CIVIL: _____, ESCOLARIDAD: _____ PROCEDENCIA: _____ SUFICIENCIA \$: SI () NO () FAMILIA ()
1. FUNCIONAL 2. DISFUNCIONAL. TIENE CUIDADOR: SI () NO () CARACTERISITCAS ()
1. EFICIENTE 2. AGOBIADO 3. SE DESCONOCE REQUIERE: SI () NO () VISITA DOMICILIAR: SI () NO ()

DX FUNCIONAL:

DEPENDENCIA: () 1. INDEPENDIENTE 2. PARCIALMENTE DEPENDIENTE 3. TOTALMENTE DEPENDIENTE.
DETERIORO: () 1. BASICO 2. INSTRUMENTAL 3. AVANZADO.
TIEMPO DE EVOLUCION _____
KATZ: _____ LAWTON: _____ TINETTI TOTAL: _____ BALANCE _____ REGRESION PSICOMOTRIZ SI () NO ()

NUEVOS PROBLEMAS IDENTIFICADOS

MEDICOS

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

PSICOLOGICOS:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

SOCIALES:

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

RECOMENDACIONES.

1. APOYO DIAGNOSTICO. CONSULTANTE (S) ESPECIFICAR: _____
ESTUDIO(S) ESPECIFICAR: _____
2. CUIDADOS A LARGO PLAZO:
PROVEER SERVICIOS (ESPECIFICAR): _____
SE LE DIERON LAS EXPLICACIONES DE SU ENFERMEDAD AL MOMENTO DEL ALTA SI () NO ()
3. PROGRAMA DE REHABILITACION:
INESTABILIDAD Y CAIDAS: _____ INCONTINENCIA (ESPECIFICAR): _____
INMOVILIDAD (OBSERVACIONES) _____ HABLA / LENGUAJE: _____
DEFICIT SENSORIAL (ESPECIFICAR): _____ REGRESION PSICOMOTRIZ: _____
MARCHA: _____ OTRO: _____
4. NUTRICIÓN. ESTADO DENTAL: _____ APOYO NUTRICIONAL: _____
OTRO: _____
5. FALLA CEREBRAL/ DEPRESION (ESPECIFICAR): _____
6. TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO: _____

7. RECOMENDACIONES MÉDICA GENERALES:

SEGUIMIENTO: SI () NO () MOTIVO _____

LLENÓ: _____ CAPTURÓ: _____



Anexo 10.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD GERONTO-GERIATRICA.

FICHA TÉCNICA DE PRESCRIPCIÓN DE FÁRMACOS

Nombre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Registro: _____

MEDICAMENTOS	PRESENTACIÓN	DOSIS X TOMA	INTERVALO	TIEMPO DE ADMON.	POR RAZON NEC.
1)					
2)					
3)					
4)					
5)					
6)					
7)					
8)					
9)					
10)					
11)					
12)					

Siempre lleve con Usted esta hoja y preséntala en el lugar donde usted consulta.
Revise bien las indicaciones, puede evitar con ello problemas posteriores a su salud.

LA FINALIDAD DEL DISEÑO DE ESTA FICHA TÉCNICA ES PARA AGILIZAR Y OPTIMIZAR LOS ESFUERZOS QUE LA INSTITUCIÓN LLEVA AL DERECHOHABIENTE EN SUS CUIDADOS FARMACOLÓGICOS.
ESTA DEBERA SER LLENADA POR LA ENFERMERA QUE EN EL MOMENTO ATIENDA EL DESPACHO DEL PACIENTE Y HARA DEL CONOCIMIENTO DEL MEDICO DE TURNO TRATANTE. DEBERA COLOCAR NOMBRES GENERICOS Y CON LETRA CLARA Y BOLÍGRAFO, REALIZAR LOS CAMBIOS YA SEA DOSIS, INTERVALOS O EN SU DEFECTO SEÑALAR AL PACIENTE EN LA HOJA LA SUSPENSIÓN SI SE INDICARA POR EL MEDICO. HACER ÉNFASIS SIEMPRE EN LA PORTACION DEL TARJETERO COMO MEDIDA DE SEGURIDAD AL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y EL ADECUADO USO DE LOS RECURSOS FARMACOLÓGICOS.
TAMBIEN ESTO EVITARA DUPLICACIÓN DE MEDICAMENTOS.



Anexo 12.



INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD GERONTO-GERIATRICA.

DIAGNÓSTICO SOCIAL

Objetivo: Hacer una evaluación geriátrica social como proceso de diagnóstico multidimensional que cuantifique las capacidades y problemas sociales del adulto mayor con la intención de llegar a un tratamiento y seguimiento multidisciplinario.

FICHA TÉCNICA

1. Datos de Identificación.

Nombre: _____ Número de afiliación: _____
_____ Asegurado _____ Beneficiario _____
Edad: _____ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Estado civil: _____ Religión o Credo: _____
Año de Jubilación _____ ¿Posee cuidador? _____
Dirección de la vivienda: _____ Tel: _____
Con quien vive explique: _____

2. Motivo de Atención.

Referencia: (por que, para qué, Cuando.)

3. Situación Familiar.

Padre: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Madre: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Esposa: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____
Hijos: _____ Edad _____ Escolaridad _____
Ocupación _____

¿Cual es su rol en la familia? _____



¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia? _____

¿Conversa los problemas con su familia? _____

¿Se toma en cuenta su opinión? _____

¿Los fines de semana los comparte con su familia? _____ ¿Siente que su familia lo (la) quieren y se interesan por ustedes? _____

Tipifique sus relaciones familiares: _____

Otro Familiar que puede apoyar (Especificar): _____

Observaciones: familia con funcionamiento normal.

- Familia con disfunción moderada
- Familia con disfunción severa
- Genograma Trigeneracional? Si No

4. Situación de salud.

Esquema de inmunización: _____

Enfermedades más frecuentes: _____

Hábitos que afectan su salud: (Sedentarismo, Fumar, alcohol, Estrés, Otros.) _____

¿Ha sido víctima del maltrato? Especifique: _____

Accidentes sufridos: _____

5. Situación Económica:

¿Trabaja o realiza otra actividad laboral de paga? _____

¿Es proveedor del Hogar? _____ ¿Sus ingresos le permiten cubrir sus necesidades básicas? _____

¿Es pensionado(a)? \$: _____

¿Recibe otros ingresos?: _____

¿Posee propiedades?: _____

¿Posee cuentas de ahorro?: _____



Egresos: _____

Observaciones:
Nivel socio económico bajo
Nivel socio económico medio
Nivel socio económico alto

6. Recreación.

Tipo de actividad recreativa, cultural o deportiva que realiza:

Destrezas y habilidades:

¿En que le gustaría participar?:

¿Ha dejado algún tipo de esparcimiento o actividad debido a discapacidad o barreras? _____

7. Red Social.

¿Forma parte de algún comité comunitario o social? _____
¿Coopera con los proyectos comunitarios? _____ ¿Participa en actividades Religiosas? _____
¿Tiene amigos que le apoyen? _____

8. Conclusiones.

9. Recomendaciones.





Anexo 13
INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD GERONTO-GERIATRICA

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RECURSOS SOCIALES

1. Estado civil	1. Soltero 2. Casado/unión libre 3. Viudo 4. Divorciado/separado
2. ¿Con quién vive?	1. Nadie 2. Cónyuge 3. Hijos 4. Nietos 5. Otros familiares 6. Otros no familiares
3. ¿Cuántas personas lo visitan?	1. Nadie 2. _____
4. ¿Con cuántas personas ha hablado por teléfono últimamente?	1. Nadie 2. _____
5. ¿Cuántas veces durante la última semana estuvo con alguien que no vive con usted?	1. Ninguna 2. Una vez al día 3. Una vez a la semana 4. 2-6 veces por semana
6. ¿Tiene usted alguien en quien pueda confiar?	1. Sí 2. No
7. ¿Se siente sólo con frecuencia?	1. Frecuentemente 2. Algunas veces 3. Casi nunca
8. ¿Ve a sus familiares con la frecuencia que desea?	1. Tan frecuente como deseo 2. Poco
9. Si usted se enfermara, ¿Podría contar con alguien que le ayude? Si responde sí, pregunte 9a y 9b 9a. ¿Le podrían ayudar si estuviera enfermo 1-6 semanas? 9b. ¿Le podrían cuidar si estuviera enfermo más de 6 semanas?	1. Sí 2. No
10. ¿Considera que usted y su pareja tienen suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?	1. Sí 2. No

- Recursos sociales excelentes o buenos: Las relaciones sociales son satisfactorias y extensas; al menos una persona estaría dispuesta y podría cuidarlo por tiempo indefinido o al menos 6 semanas.
- Recursos sociales medianamente deteriorados: las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene muy poca familia y pocos amigos, pero por lo menos hay una persona en la que puede confiar y que podría ocuparse de cuidarlo al menos por 6 semanas
- Recursos sociales muy deteriorados: Las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene poca familia y pocos amigos y sólo podría encontrar ayuda ocasionalmente.
- Sin red de recursos sociales: Las relaciones sociales no son satisfactorias, tiene muy poca familia o amigos y no hay nadie que estuviera dispuesto o que pudiera ayudarlo ni siquiera ocasionalmente.

Preguntas seleccionadas y adaptadas del cuestionario OARS (Older americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire), elaborado por Gertrude Fillenbaum, ph.D. Duke University Center for the Study of Aging and Human Development.



SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN DE REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD
ABRIL - 2017