

**INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACION PÚBLICA  
ICAP**



**ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**PROGRAMA DE GERENCIA MODERNA Y  
GESTIÓN DEL CAMBIO EN SALUD**

**PROPUESTA DE ADECUACIÓN EL MODELO DE ATENCIÓN DEL  
HOSPITAL NACIONAL DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA DR. RAÚL  
BLANCO CERVANTES, ANTE LA APERTURA DE SERVICIOS DE  
GERIATRÍA A NIVEL NACIONAL**

**Yalile Muñoz Chacón**

**San José, Costa Rica  
Junio 2008**

Esta Tesina fue aprobada por el Tribunal Examinador del Programa de Postgrado en Gerencia de la Salud del ICAP, como requisito para obtener el título de Especialista en Administración de Servicios de Salud.

---

**Harys Regidor Barboza**  
**Presidente del tribunal**

---

**MSc. Sergio Brilla Boza.**  
**Director de Tesina**

---

**Dra. Milena Bolaños Sánchez**  
**Examinador designado**

**Yalile Muñoz Chacón**  
**Sustentante**

**Agradecimientos**

**A la Dra. Milena Bolaños por sus aportes en el análisis de la información.**

**Al personal de estadística del Hospital Nacional de Geriátría por la buena  
disposición en la entrega de información.**

## Resumen Ejecutivo

El Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes ha asumido desde su creación, la atención de la población anciana del país con importantes logros, en estos años de trabajo uno de los frutos ha sido la formación de profesionales en geriatría y el fortalecimiento de la red de atención geriátrica.

Este aporte ha propiciado la coyuntura favorable para la apertura de servicios de geriatría en los hospitales generales tanto nacionales como regionales.

El *Plan para el desarrollo de los servicios de Geriatría* esta amparado por la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor (7935) y actualmente esta en un proceso avanzado para lograr su operativización en la Caja Costarricense del Seguro Social.

Con la apertura de estos servicios en el tercer y segundo nivel de atención, se espera un impacto en la complejidad y cantidad de demanda hacia el Hospital Nacional de Geriatría, ya que actualmente este centro recibe sus referencias principalmente del primer nivel de atención.

Para definir cual podría ser la oferta de servicios que debería ofrecer el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología se realizaron entrevistas a expertos en geriatría, revisión de estadísticas y de bibliografía sobre modelos de atención geriátrica.

Se proponen algunas estrategias para adecuar la oferta, de manera que se mejore la calidad de la atención y se logre satisfacer las expectativas de los geriatras, potenciales referidores de casos, la propuesta abarca dos aspectos principales:

- Hacer un tamizaje de los pacientes nuevos y subsecuentes de manera que se actualice su condición y nivel de atención correspondiente con impacto en tiempos de espera de consultas y mejor utilización de recursos según nivel de complejidad.
- Propuesta de alternativas de atención, fortaleciendo la especialización del abordaje y la satisfacción de los futuros usuarios.

## Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo.....	iv
INTRODUCCIÓN.....	1
Generalidades de la Caja Costarricense del Seguro Social.....	1
Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.....	2
Misión.....	2
Visión.....	2
Planteamiento del problema:.....	4
CAPITULO I. MARCO CONTEXTUAL.....	6
1.1 Justificación.....	7
1.2. Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo general.....	11
1.2.2 Objetivos específicos:.....	11
1.3. Alcances y limitaciones.....	12
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO.....	13
2.1. Niveles de atención en salud.....	14
2.2. Envejecimiento y atención al adulto mayor.....	15
2.2.1. Estrategias de intervención al adulto mayor hospitalizado.....	20
2.2.2. Perfil del paciente geriátrico.....	22
2.2.3. Tipos de atención hospitalaria en geriatría.....	25
2.3. Oferta de servicios del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.....	27
2.3.1. Ambulatorios:.....	27
2.3.2. Hospitalización:.....	28
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	30
CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL.....	32
4.1. Descripción de población blanco.....	33
4.1.1. Generalidades.....	33
4.1.2. Utilización de los servicios de la CCSS por los adultos mayores.....	34
4.2. Utilización de los servicios del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (HNGGRBC).....	37
4.2.1. Consulta externa.....	37
4.2.2. Hospitalización.....	39
4.3. Expectativas y recomendaciones de geriatras externos al Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.....	40
4.3.1. Oferta de Geriatras.....	40
4.3.2. Opinión de geriatras sobre oferta de servicios del HNGGRBC.....	43
CAPÍTULO 5. SOLUCIONES E IMPLEMENTACIÓN.....	46
5.1. Consulta externa.....	47
5.1.1. Primera etapa.....	47
5.1.2. Segunda etapa:.....	49
5.1.3. Otros servicios ambulatorios en funcionamiento.....	51
5.2. Hospitalización.....	53

5.3. Estrategias para implementación.....	54
5.4. Operativización de actividades.....	57
CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.....	59
BIBLIOGRAFIA.....	62
ANEXOS.....	63
Organigrama servicios de atención directa.....	64
Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.....	64
Cuestionario N° 1.....	65
Cuestionario N° 2.....	67

# INTRODUCCIÓN

## ***Generalidades de la Caja Costarricense del Seguro Social.***

El Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr., Raúl Blanco Cervantes (HNGGDRBC) es un Hospital Nacional Especializado, que corresponde al tercer nivel de atención, perteneciente a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

La CCSS es una institución estatal autónoma encargada de la atención de la salud de las personas mediante un financiamiento tripartito (estado, patrono y trabajador).

Tiene una cobertura cercana al 90% de la población mediante un sistema sectorizado geográficamente y por niveles de atención, el primer nivel inicia con sectores de salud a cargo de Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS), los sectores conforman las Áreas de Salud a cargo de Equipos de apoyo multidisciplinarios y las Áreas de Salud forman las siete Regiones de Salud del país.

A nivel nacional se cuenta con tres Hospitales Generales Nacionales (Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, Hospital México, Hospital San Juan de Dios) y los Hospitales Nacionales Especializados: Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología, Hospital Nacional

Psiquiátrico, Centro Nacional de Rehabilitación, Hospital Nacional de las Mujeres (1).

### ***Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.***

El Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, inició la atención geriátrica en el año 1976, previo a esto este centro se dedicó exclusivamente la atención de personas con Tuberculosis.

En el año 1991, fue declarado *Hospital Nacional*, lo que define su área de cobertura.

Esta Ubicado en San José, en el distrito Hospital, en cercanía geográfica con el Hospital San Juan de Dios (Hospital Nacional General) y el Hospital Nacional de Niños.

### **Misión**

Brindar y promover atención integral en salud para los adultos mayores con calidad, calidez, en donde la proyección a la comunidad, la docencia y la investigación fortalecen sus áreas de servicio.

### **Visión**

Seremos una institución que trabaja para restaurar y mantener la función y la dignidad de las personas mayores e integrarlas a sus familias y la comunidad. La innovación será la fortaleza que genere las situaciones que permitan sostenibilidad y el fortalecimiento de la atención integral

especializada, garantizando a la sociedad una atención de calidad tomando en cuenta las necesidades y prioridades del momento. (2)

La estructura administrativa se muestra en el organigrama (anexos)

Cuenta con un total de 140 camas de hospitalización, las cuales están distribuidas de la siguiente manera: 8 para cuidados críticos, 25 para rehabilitación funcional (Mediana Estancia) y el resto para atención de agudos (diagnóstico y tratamiento). En el área ambulatoria cuenta con consulta externa, Hospital de Día y la Unidad de atención comunitaria geriátrica para atención de crónicos en su casa (con 750 camas extrahospitalarias) y Servicio de Valoración de emergencias.

Todos los médicos son especialistas cuenta con: 19 geriatras (3 de ellos en área administrativa), dos fisiatras, un cardiólogo, un neurólogo, un endocrinólogo, dos psiquiatras, un gastroenterólogo, un neumólogo, un urólogo y un internista.

Dentro de profesionales de apoyo se encuentran: Psicólogo, nutricionistas, trabajadoras sociales.

Ofrece otros servicios no tradicionales como: Unidad de Valoración Geriátrica (casos nuevos de consulta externa) Unidad de Soporte Nutricional, Clínica de Memoria, Clínica de Úlceras por presión, Clínica anticoagulados, Clínica de Incontinencia Urinaria (fase implementación) (3)

### ***Planteamiento del problema:***

Históricamente el HNGGRBC ha asumido la atención del adulto mayor ya que no se contaba con la preparación médica para abordar este grupo poblacional en los otros niveles de atención, esta situación afortunadamente ha cambiado.

Algunas universidades han incluido la Geriatria en la formación de médicos generales, se han impartido cursos de Geriatria básica para médicos en el primer nivel de atención. La Universidad de Costa Rica imparte la maestría de Gerontología para otros profesionales como enfermeras, trabajadoras sociales, médicos generales, psicólogos etc.

La organización de Servicios de Geriatria en Hospitales Generales de Tercer nivel y Segundo nivel cuenta con la anuencia de la Gerencia Médica y esta en proceso de aprobación por parte de las altas jerarquías de la CCSS.

Por lo tanto se visualiza que en un plazo de 5 años se contará con Servicios de Geriatria formando una red de servicios de tercer y segundo nivel donde el HNGGRBC debe de asumir un papel rector y formador pero además ofertar servicios que no se puedan desarrollar en otros centros. De manera que se constituya en un centro de referencia de los Servicios de Geriatria de la red de salud nacional geriátrica.

Por consiguiente debe realizarse una reorganización e innovación de los servicios ofrecidos por HNGGRBC y modificar el esquema hasta ahora planteado de atención progresiva donde hay poca presencia del segundo nivel de atención y ausencia del tercer nivel de atención geriátrica en Hospitales Nacionales Generales.

Este trabajo pretende realizar una propuesta de reorganización de servicios y perfil del paciente en el HNGGRBC; la cual debe operativizarse por etapas e implementarse en su totalidad en un plazo de 5 a 10 años.

## **CAPITULO I. MARCO CONTEXTUAL**

## **1.1 Justificación**

En el año 2002 se publica la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor N° 7935 que en su capítulo segundo, Salud, artículo 17, sobre deberes estatales, inciso d), textualmente dice:

“...creación de servicios de Geriatría en todos los hospitales generales nacionales públicos y las clínicas III y IV. Estos centros médicos deberán contar con personal especializado en la rama, recursos adecuados, físicos, humanos y financieros para garantizar una atención adecuada al usuario y deberán ser asesorados por el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes” (5)

En la sesión No.6558, artículo No.20, del 26 de septiembre de 1991, la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobó el plan Institucional Estratégico para el Desarrollo de los Programas de la Tercera Edad, 1991-1995. En dicho plan en el Área Servicios de Salud, sub. Área 1 Atención Integral apartado 1.3 indica: “Contar con servicios de Geriatría en los Hospitales Nacionales, Regionales y Periféricos”, y en el inciso 1.3.1 establece: “Diseñar la estructura general del Servicio o Unidad de Geriatría para los diferentes hospitales “, y el inciso 1.3.2 “Coordinar a través de las Gerencias, para lograr la inclusión de estos servicios en los Hospitales”.

La apertura de Servicios de Geriátría a nivel nacional, repercute importantemente en el tipo de demanda de servicios que debería prestar el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología como centro especializado de tercer nivel.

En estudio realizado por la Jefatura de Consulta Externa del HNGGRBC, en el año 2005, se evidenció que el 90% de los pacientes atendidos en este centro corresponden a la Gran Area Metropolitana, segregado por cantones los de mayor demanda son Desamparados, Hatillo, Tibás, San Sebastián y cantón Central de San José. Por lo tanto se esperaría que los nuevos Servicios de Geriátría absorban en gran parte estas referencias y la demanda del primer y segundo nivel hacia el HNGGDRBC se reduciría significativamente.

Según datos suministrados por el departamento de estadística del HNGGDRBC, los primeros tres diagnósticos de consulta externa para el año 2007 en el HNGG son: Hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. Los principales diagnósticos de egreso en el año 2007 son: Cuadros infecciosos de origen urinario y pulmonar, enfermedad vascular cerebral, enfermedades cardiovasculares.

Como se demuestra en los diagnósticos frecuentes teóricamente, estos podrían ser abordados en los Servicios de Geriátría, de hospitales generales y la mayoría contra referidos a niveles de menor complejidad para su seguimiento.

Del total de referencias recibidas en el 2007, el 58% son para la especialidad de geriatría y el resto para las otras especialidades, la segunda especialidad en frecuencia de referencias es oftalmología. Llama la atención que cerca del 40% de las referencias son para especialidades diferentes a la Geriatría, lo que hace suponer que el motivo de referencia no es la valoración geriátrica sino solventar la dificultad de acceso a la valoración de otras especialidades dentro de la institución como lo es la especialidad de oftalmología.

Los cinco principales diagnósticos por los cuales se refiere a geriatría son: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Osteoartritis y Depresión.

La apertura de Servicios de Geriatría significa un reto para este hospital nacional ya que debe de adecuar la oferta a las demandas de los Servicios de Geriatría y adecuar el perfil del paciente que se admite en este centro de manera que se evite la duplicidad de servicios.

En este contexto al Hospital Nacional le correspondería responder a la demanda de los Servicios de Geriatría del tercer y segundo nivel de atención que contarían con recursos asistenciales amplios, cuyas necesidades de apoyo posiblemente demandarían alternativas no existentes en este momento.

Este trabajo pretende proponer alternativas de cambio para la prestación de servicios del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología, que cubra la

demanda de alta complejidad que se genere de los servicios de geriatría en un plazo de aproximadamente de 2 a 5 años.

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general.**

Proponer un modelo de atención para el Hospital Nacional de Geriatria Dr. Raúl Blanco Cervantes que se adapte al cambio de demanda generada por la inminente apertura de Servicios de Geriatria a nivel nacional.

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

- Describir las características de la demanda de servicios asistenciales actuales del HNGGDRBC.
- Describir la utilización de los servicios del HNGGDRBC, por parte de los geriatras que laboran fuera de este nosocomio.
- Determinar las necesidades de apoyo asistencial por parte de los geriatras que laboran fuera del HNGGRBC.
- Definir los modelos de prestación de servicios geriátricos de mayor aceptación por los geriatras.
- Proponer alternativas de servicios que prestaría el Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, según las necesidades de los geriatras, potenciales referentes.

### **1.3. Alcances y limitaciones.**

El estudio pretende realizar una propuesta factible a mediano largo plazo que logre adecuar el perfil de pacientes y el modelo de atención a una demanda prevista de los geriatras que conformarían los servicios de geriatría.

Esta adecuación del modelo lograría mejorar los indicadores de producción del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología en cuanto a complejidad de atención brindada, calidad de atención y proyección nacional del Hospital como ente rector de la atención geriátrica.

No es conocido un modelo similar en el mundo donde actualmente existen escasos Hospitales Generales exclusivos para personas mayores (Tokio y Bruselas). Lo existente son Hospitales Generales de Adultos con Servicios de Geriatría con áreas de cobertura limitadas.

Las alternativas propuestas se basan en los principios de la atención geriátrica ya conocidos desde los años treinta. Sin embargo el planteamiento es innovador en cuanto a la forma de aplicación en un hospital geriátrico de tercer nivel de atención con cobertura nacional y una red de servicios geriátricos integrados.

Las limitaciones son políticas ya que se requiere apoyo en esta área para la implementación de los cambios y administrativas pues implica un cambio en los indicadores de producción y costos que pueden ser poco atractivos para los encargados del área económica.

Por otra parte esta propuesta debe ser sometida a consideración por un panel de expertos en el área económica, planificación y de especialistas en geriatría, que defina los indicadores más apropiados, el cronograma óptimo y la etapas de implementación, aspectos que no se cubren a profundidad en este trabajo, el cual tiene el alcance de un análisis básico para la discusión de la situación.

## **CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Niveles de atención en salud**

Los niveles de atención en salud de acuerdo a la Organización Mundial de la salud incluyen tres que se definen de la siguiente manera:

**2.1.1. Primer nivel de atención.** Resuelve aproximadamente el 80% de los problemas, es brindado por médicos generales y está inserto en la comunidad, enfatiza en la prevención y promoción de la salud y brinda servicios asistenciales de poca complejidad tanto de monitoreo como en caso de emergencia.

**2.1.2. Segundo nivel de atención:** Resuelve el 15% de los problemas mediante atención médica hospitalaria y consulta especializada de medicina interna, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, cuenta con más recursos en servicios de apoyo como estudios de laboratorio y gabinete.

**2.1.3. Tercer nivel de atención:** Se concentran actividades de alta complejidad médica y súper especialidad. Cubre además la formación de recurso humano y la investigación en campos de interés. Teóricamente resuelve el 5% de los problemas restantes. En este nivel se incluyen los Hospitales especializados en ciertos campos como, rehabilitación, geriatría, psiquiatría. (OPS).

## **2.2. Envejecimiento y atención al adulto mayor.**

El envejecimiento es un proceso fisiológico que se define como los cambios que ocurren en los organismos a través del tiempo. Este fenómeno también se observa a nivel de la composición de las poblaciones.

Si se coloca la población en forma de gráfico por grupos de edad y sexo la distribución tiende a formar una pirámide cuya base está compuesta por los de menor edad y el vértice por los de mayor edad. Conforme una población envejece esta base es más angosta y el vértice más ancho. Para que esto suceda se necesita varias decenas de años y se combinan varios factores como menores nacimientos, menores embarazos por cada mujer y más cantidad de años de vida de la población.

Este fenómeno es de vital importancia, pues la distribución de la población determina, cuáles enfermedades serán las más frecuentes, que servicios son los que ameritará la mayoría de la población y cuál será el costo de esta atención social.

Una población envejecida se define cuando su porcentaje de personas mayores alcanza o supera el 8%.

Según el Censo Nacional del año 2000 Costa Rica tiene una población mayor de sesenta años cercana al 9%.

Esto implica que los servicios sociales deben prepararse para atender un número creciente de ancianos y sus principales problemas.

La atención a la población adulta mayor implica desde el punto de vista gerontológico, redes de apoyo comunitario como centros diurnos, residencias para adultos mayores, pensiones, recreación, acceso a servicios de salud, etc.

La Geriátría es la especialidad médica que se encarga de la atención a los adultos mayores. La base del abordaje de esta especialidad es la integridad de la intervención, que incluye valoración del área social, psíquico, funcional y médico; la atención de la enfermedad y sus secuelas.

El ámbito de acción por tanto abarca desde la comunidad hasta los niveles más complejos de atención en salud, y se realiza mediante la intervención de equipos multidisciplinarios.

Dentro de la comunidad podemos encontrar población adulta mayor independiente, portadora de enfermedad que no repercute en su calidad de vida o por el contrario adultos mayores catalogados como frágiles, que tienen algún grado de dependencia física o riesgo social asociado a enfermedades prevalentes en este grupo de atención. El grupo de adultos mayores frágiles se ubican en su mayoría en edades superiores a los 75 años y son las personas claramente beneficiadas de ser atendidos en un Servicio de Geriátría.

Los servicios geriátricos ambulatorios descritos en la literatura incluyen: consulta externa, atención domiciliar, Hospital de día, valoración emergencias. (4)

Los servicios geriátricos hospitalarios incluyen: unidades de recuperación funcional (rehabilitación) y unidades de agudos (diagnóstico y tratamiento y cuidados intensivos)

Por tanto un servicio de geriatría completo debería de incluir: consulta externa, consulta domiciliar, valoración emergencias, unidad de hospitalización de agudos y/o para recuperación funcional (rehabilitación), que brinde entrenamiento a la familia para asumir los cuidados en el domicilio y coordinación con el primer o segundo nivel de atención para completar el plan de atención.

Actualmente en Costa Rica, solamente el Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (HNGGRBC) cuenta con esta organización. (Fig.1).

Figura 1



Según la experiencia de otros países los servicios de geriatría están insertos en un hospital general donde cuentan con servicios de apoyo como rehabilitación, emergencias o unidades de terapia intensiva donde el geriatra se incorpora como parte del equipo tratante.

En el caso de la atención geriátrica, al tratarse de un grupo poblacional de alta comorbilidad y vulnerabilidad deben de definirse estrategias en todos los niveles de atención. Principalmente si consideramos la salud en todo el

ciclo de la vida y que más del 95% de los adultos mayores están en sus domicilios. (7)

En caso que el adulto mayor amerite hospitalización (tercer y segundo nivel) los servicios deben de estar preparados para las características de este grupo poblacional.

La respuesta de los servicios sanitarios a las particularidades de la población anciana debe desarrollarse integrando el diagnóstico y la valoración global (interdependencia de factores médicos, mentales y ambientales) con sistemas de tratamiento y recuperación funcional (compensación de incapacidad y reeducación funcional), que tienen tanta relevancia como los recursos destinados a curación de la enfermedad (Salgado 1983)

“Apoyándonos en la literatura científica, la realidad de los estudios publicados nos dice reiteradamente que los mayores de 65 años ingresan más adecuadamente y con patologías más graves en el hospital que otros grupos de edad (González-Montalvo et al 1994; Zambrana et al 2001; Aminzadeh et al 2002) y que, pese a que su estancia media es un 32% superior, el porcentaje de estancias inadecuadas no se asocia a la edad (Peiró 1995; Mirón et al 2000). Por el contrario, cuando se analiza el motivo de las estancias hospitalarias inadecuadas en anciano, menos de un 3% parecen debidas a problemas sociales o falta de alternativas a la hospitalización. La mayoría de las estancias parecen estar en relación con

problemas de la programación hospitalaria y con el proceso de cuidados médicos (Suárez et al 2001). (8)

Por tanto, frente a los esfuerzos de gestión por buscar alternativas a la hospitalización de los ancianos, la evidencia científica nos dice que el esfuerzo debe hacerse en el desarrollo de “alternativas hospitalarias a los cuidados proporcionados en unidades convencionales de hospitalización”. Así es conveniente no confundir convalecencia o recuperación espontánea, con la necesidad de rehabilitación para conseguir un grado de recuperación mayor al esperado espontáneamente”. Tomado de Pág. 16 de Informe de la Sociedad Española de Medicina Geriátrica (8)

### **2.2.1. Estrategias de intervención al adulto mayor hospitalizado.**

Se han descrito fundamentalmente tres factores que repercuten en malos resultados derivados de la hospitalización del anciano en comparación con personas jóvenes (Ruben 2000):

- Cambios fisiológicos relacionados con la edad que generan menor resistencia para responder a enfermedades agudas (“fragilidad”).
- Tipo de enfermedad que precipita la hospitalización (reagudización de enfermedades crónicas y su repercusión funcional), comorbilidad pre-existente e incidencia de complicaciones intrahospitalarias.
- Tipo de cuidados dispensados durante la hospitalización.

Las intervenciones que se han demostrado son prioritarias para mejorar los resultados de la hospitalización son las siguientes (Calkins et al 1999)

- Identificación precoz del anciano frágil con mayor riesgo de deterioro funcional.
- Valoración integral y exhaustiva de la función física, cognitiva y social realizada por un profesional que desarrolle a la vez un plan de intervención.
- Equipo especializado que trabaje interdisciplinariamente mediante el uso de protocolos validados para los principales problemas detectados.
- Integración de cuidados hospitalarios y comunitarios que asegure la continuidad y seguimiento de los mismos en forma bidireccional. Alta planificada y coordinada.

Gran parte de las medidas que se adoptan en estas unidades son preventivas dirigidas a evitar la aparición de complicaciones asociadas a la hospitalización, como instrumento más eficaz para reducir la incidencia de los resultados adversos más relevantes en este grupo poblacional como son: deterioro funcional, institucionalización, mortalidad, estancia hospitalaria inadecuada. Los factores relacionados con estancia inadecuada son: iatrogenia especialmente en uso de fármacos, diagnósticos insuficientes, infecciones nosocomiales, caídas, delirium.

La exactitud diagnóstica es un elemento fundamental en el anciano frágil, que frecuentemente se afecta debido a la presentación atípica de las enfermedades, dificultad en la elaboración de la historia clínica o la exploración insuficiente del enfermo.

El retraso en el diagnóstico y tratamiento adecuado incide directamente en el mayor riesgo de morbilidad hospitalaria. Con frecuencia el clínico solo objetiviza el problema ante consecuencias muy evidentes como delirium, caídas o úlceras por presión, cuando por otra parte las posibilidades de éxito en la intervención curativa y restauradora del estado de salud son más limitadas y se presentan las estancias inadecuadas. Enfocar de esta manera las necesidades sanitarias del paciente anciano es infravalorar las virtudes de la medicina geriátrica, cuya filosofía no consiste solo en limitar las consecuencias de la dependencia cuando esta es irreversible, sino en su capacidad para prevenir y tratar de forma precoz estas complicaciones para evitar o limitar el grado de dependencia. (8)

### **2.2.2. Perfil del paciente geriátrico.**

La manifestación de la enfermedad en el paciente geriátrico tiene tres grandes perfiles que se superponen:

**Comorbilidad**: dos o más enfermedades coexistentes.

**Discapacidad:** deterioro físico o mental que limite sustancialmente una o más de las actividades mayores de vida diaria.

**Fragilidad:** Síndrome clínico caracterizado por múltiples características incluyendo, pérdida de peso, fatiga, debilidad, poca actividad, baja condición física, anormalidad en balance y marcha. Componente deterioro cognitivo.

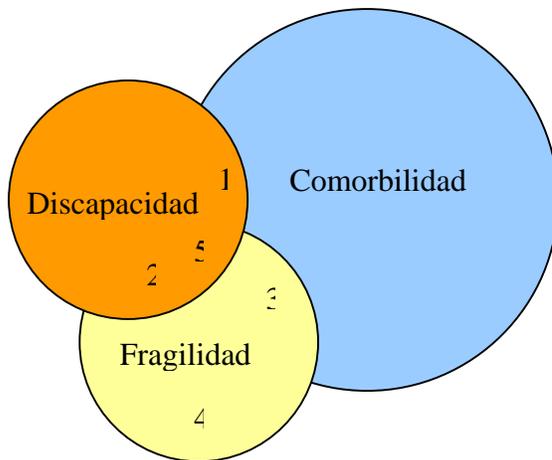
La característica del paciente tributario a atención por geriatría sería el que convine estos perfiles, o se considere frágil; de manera que tendríamos cinco caracterizaciones de paciente que se beneficiaría de atención especializada geriátrica: Fig. 3 (9)

1. Comorbilidad y discapacidad.
2. Discapacidad y fragilidad.
3. Comorbilidad y fragilidad.
4. Paciente frágil.
5. Fragilidad, discapacidad y comorbilidad.

El paciente que presenta únicamente comorbilidad sería de manejo por medicina interna o medicina general según su complejidad. Y el paciente con solo presenta discapacidad idealmente sería manejado por fisiatría.

Los adultos mayores sanos en la comunidad deben ser sujetos de los programas preventivos en el primer nivel.

Figura 3



La atención de estos cinco tipos o caracterizaciones de pacientes se atenderían por los servicios de geriatría en segundo y tercer nivel según recursos del sistema y una vez compensados según su condición referidos al nivel primario para su control.

Estos pacientes una vez cumplidas las metas se referirán al segundo o primer nivel según su condición.

El abordaje del paciente frágil implica: abordaje multidisciplinario, capacitación del personal de salud, alternativas de mantenimiento funcional, y de hospitalizaciones planificadas apropiadamente para reducir estancias y riesgo nosocomial del anciano.

Se estima que sólo el 10-15% de los pacientes mayores ingresados en un hospital cumplen con criterios de “paciente geriátrico” y deben por tanto ser atendidos en unidades geriátricas especializadas, la hospitalización se considera óptima en aproximadamente el 1% de la población anciana. (4)

Los pacientes tributarios al tercer nivel de atención geriátrica principalmente son los que por su condición de fragilidad, ameriten programas para su recuperación funcional en varios ámbitos (física, mental, social) o entrenamiento a cuidadores por disciplinas específicas, o atención por equipos multidisciplinarios altamente especializados.

### **2.2.3. Tipos de atención hospitalaria en geriatría.**

**Hospital Geriátrico:** dedicación exclusiva a personas ancianas, con servicios centrales completos, en otras palabras hospitales generales para personas mayores acreditados para docencia en la mayoría de los casos.

**Servicio de Geriatría:** integrado a un hospital general de un área sanitaria. Debe disponer de un conjunto de niveles asistenciales capaces de garantizar la continuidad de cuidados: hospital de día, hospitalización, y unidad de atención geriátrica domiciliar.

**Unidades monográficas:** constan de uno o varios niveles de la cadena asistencial y no completan por tanto un servicio de geriatría en todos sus recursos. Por ejemplo unidades psicogeriátricas, unidades de larga o mediana estancia u hospitales de día que funcionan aisladamente.

La alternativa de Hospitales Generales exclusivos para ancianos han sido muy cuestionados por los altos costos de atención, especialmente si no cuentan con adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención.

(4)

La estructura de los Servicios de Geriátría expuesta en el *Plan de acción para el desarrollo de los servicios de Geriátría* incluye (6)

## **1. Unidad de atención ambulatoria:**

### **Hospital de Día Geriátrico.**

Se debe visualizar el Hospital de Día Geriátrico como el corazón de los servicios de geriatría a nivel hospitalario y con proyección comunitaria, ya sea de un hospital nacional, regional o periférico.

Se define como un servicio hospitalario de funcionamiento diurno sin camas para hospitalización continua, con un enfoque de atención integral que cuida los aspectos preventivos, de rehabilitación psíquica y social del paciente, regresando la persona diariamente a su hogar.

### **Unidad de atención geriátrica comunitaria.**

Es un nivel asistencial con base en el Servicio de Geriátría Hospitalario, que tiene como función el colaborar con la Atención Primaria en el manejo de los pacientes cuya complejidad desborde las posibilidades de ésta, y lograr la permanencia de las personas adultas mayores de riesgo en su hogar.

### **Consulta externa de valoración geriátrica.**

Este servicio se refiere a la consulta externa de geriatría con un enfoque de valoración cuadrifuncional y un abordaje por riesgos del paciente.

Una vez diagnosticado y con planes de abordaje definidos, puede ser referido a un nivel de menor complejidad donde se le continúe seguimiento y tratamiento.

### **Unidad de hospitalización.**

Se hace necesario ir dotando de camas hospitalarias destinadas a pacientes con perfil típicamente geriátricos. No todos los mayores de 65 años se internarían a esas camas, sino aquellos pacientes típicamente geriátricos que requieran de la atención especializada del geriatra y el equipo interdisciplinario. Se puede iniciar con una dotación de 6 camas por centro hospitalario. (6)

Esta estructura responde a las recomendaciones internacionales y a servicios de geriatría descritos en otros países (8).

## ***2.3. Oferta de servicios del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.***

Comprende los siguientes servicios:

### **2.3.1. Ambulatorios:**

**Consulta externa** de seguimiento en un concepto tradicional.

**Unidad de Valoración Geriátrica (UVAGE):** realiza valoración de casos nuevos con historia clínica geriátrica y brinda en promedio tres seguimientos hasta definir alta o referencia a otras consultas dentro del hospital.

**Atención Comunitaria Geriátrica:** Brinda consultas monitoreo en el domicilio a pacientes con limitaciones físicas severas y cuidados paliativos. Cubre un área aproximada de 10 Km. a la redonda.

**Valoración de emergencias:** consulta no programada, atención de emergencias y clasificación de referencias para definir si se valora de inmediato o es referido a UVAGE en caso de pacientes nuevos.

**Hospital de Día:** sistema alternativo a la hospitalización, con abordaje multidisciplinario.

### **2.3.2. Hospitalización:**

**Diagnóstico y tratamiento:** atención pacientes agudos.

**Unidad de Cuidados Intermedios (UCI):** atención de pacientes críticos.

**Mediana Estancia:** servicio de rehabilitación geriátrica, pacientes estables de su comorbilidad que requieren hospitalización para una intervención multidisciplinaria para recuperación funciones físicas, mentales y sociales.

Kalache y Keller en su capítulo: Futuro de la Geriátrica en los países en desarrollo dice: “Los trabajadores de atención primaria suelen contar con un equipamiento a todas luces insuficiente para tratar los problemas derivados

de envejecimiento. Las oportunidades de la geriatría son infinitas. Si los especialistas las aprovechan, adoptando activamente funciones nuevas como formar, difundir conocimiento, abogar por el cambio y generar estrategias de atención la disciplina florecerá rápidamente". (10)

En este sentido la creación de una estrategia de red de servicios geriátricos adaptado a los recursos y necesidades de la población y los profesionales de salud es imperante para lograr indicadores de salud compatibles con el envejecimiento exitoso.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

En la primera etapa se investigan datos estadísticos del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes orientados a describir la demanda de servicios en cuanto a tipo de referencias enviadas, diagnósticos de consulta externa y de egresos.

Se realizó encuesta (anexo 1) a geriatras que laboran fuera del Hospital Nacional de Geriátría y gerontología, en hospitales nacionales , regionales o clínicas periféricas en funciones propias de geriatría, se excluye los que están fuera de servicios de medicina interna, en clínicas especializadas, servicios quirúrgicos o que ejercen otra especialidad en la institución.

La investigación de la política institucional en el tema de la conformación servicios de geriatría que impactarían en la demanda del Hospital Nacional se realiza por medio de entrevista (anexo 2) a la encargada de la formulación del plan, en la Dirección de Desarrollo de los servicios de salud de la CCSS.

Se realiza búsqueda en PUB-MED con palabras claves: servicios geriatría, alternativas atención, Hospital Geriátrico. Así como bibliografía afín al tema a nivel nacional.

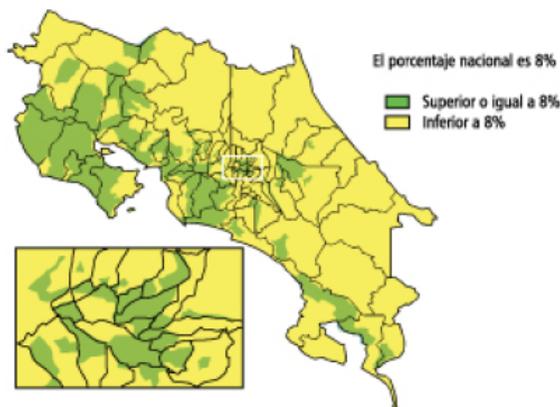
## **CAPÍTULO 4. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN ACTUAL**

## 4.1. Descripción de población blanco.

### 4.1.1. Generalidades

En el censo del 2000 en Costa Rica se contabilizaron 301,000 personas mayores de 60 años. Según el comportamiento del crecimiento de este grupo poblacional se proyecta que para el año 2060 haya cerca de 2 millones de adultos mayores en nuestro país significando aproximadamente el 25% de la población general.

**Mapa 1**  
Distribución geográfica de los adultos mayores, según distrito. Costa Rica, 2000



Fuente: Censos de población. INEC-CCP, UCR

Tomado de Salud de las Personas Mayores en Costa Rica. OPS. 2004

La población mayor de 65 años en Costa Rica, se ubica en su mayoría en la meseta central y algunas regiones del pacífico (mapa 1).

Seguro social: Para el censo del 2000 el 10% de los adultos mayores no estaban asegurados.

Esperanza de vida: Para el 2002 la esperanza de vida al nacer fue de 78.6 años, 76.3 para hombres y 81 años para mujeres. Esta esperanza de vida es la más alta de Latinoamérica incluyendo EEUU.

Discapacidad: En el censo del 2000 el 22% de los adultos mayores reportaron alguna discapacidad. La más reportada fue la ceguera seguida de la sordera.

La esperanza de vida saludable (libre de discapacidad) según datos recolectados en el 2000, para adultos mayores de 60 años es de 15 años para hombres y 18 años para mujeres, considerando que la esperanza de vida a esta edad cercana a los 22 años estaríamos estimando entre 7 y 4 años de vida sin calidad (Rosero B)

#### **4.1.2. Utilización de los servicios de la CCSS por los adultos mayores.**

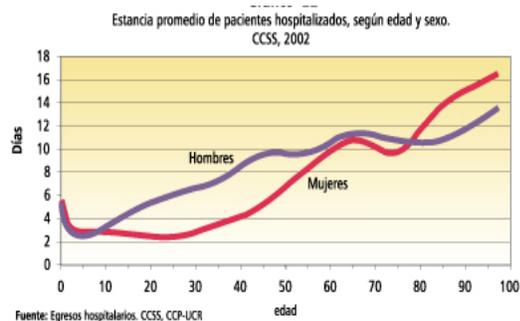
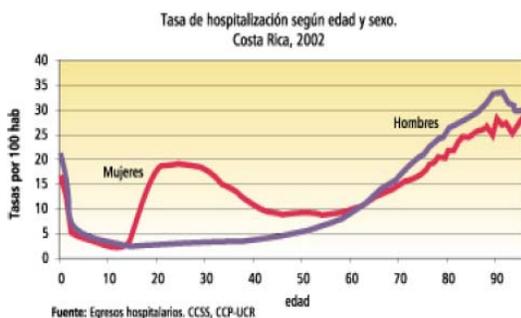
La utilización de los servicios de salud por los adultos mayores es superior a los otros grupos de edad como se ha documentado en varios estudios tanto a nivel nacional como en países europeos (1,2).

Las personas de edad avanzada son las que más utilizan los servicios de hospitalización y además tienen mayor estancia hospitalaria.

Según datos de la Caja Costarricense del Seguro Social en el año 2002 ocurrieron 10 hospitalizaciones por cada cien personas de 60 años de edad y en el caso de personas mayores de 85 años se presentaron 30 hospitalizaciones por cada cien, reflejando que ha mayor edad mayor

posibilidad de requerir hospitalización. En los grupos de edad menores de 50 años el porcentaje de hospitalización es alrededor del 5%, esta porcentaje aumenta en mujeres en edad fértil y niños menores de 1 año debido a partos y nacimientos.

Considerando el factor de estancia hospitalaria, la estancia promedio en este grupo de edad es de 11.2 días mientras que en adultos jóvenes y niños es de aproximadamente de 5 días.

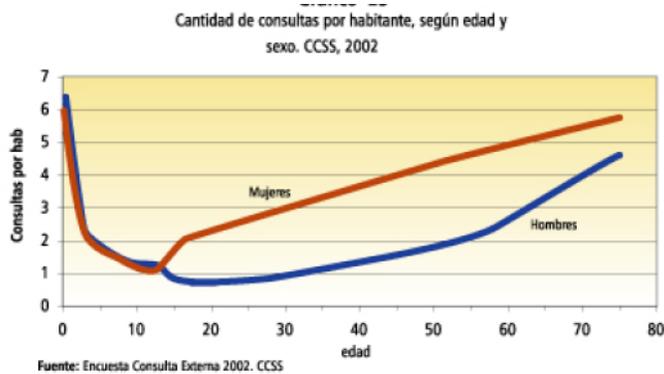


Tomado de Salud de las Personas Mayores en Costa Rica. OPS. 2004

Según la Cuarta Encuesta Nacional de Usuarios de Consulta Externa de la CCSS, el porcentaje de adultos mayores ha aumentado de 9% en 1987 a 12% en el año 2002.

Se encuentran diferencias significativas en cuanto a sexo pues se registra 1.4 consultas a mujeres mayores por cada hombre de 65 años y más.

En los hospitales nacionales generales (Hospital San Juan de Dios, Hospital Dr. Calderón Guardia, Hospital México) el 20% de todas las consultas fueron en mayores de 65 años.



Tomado de Salud de las Personas Mayores en Costa Rica. OPS. 2004

Las principales causas de consulta registradas a nivel nacional son:

- Enfermedades del sistema circulatorio (20%).
- Enfermedades relacionadas con sistema endocrino, nutrición y metabolismo (17%).
- Citas de control sin hallazgo patológico – prevención. (11%)

Este registro de consulta esta influenciado posiblemente, por la formación médica en cuanto al abordaje del anciano desde un punto de vista biológico donde diagnósticos como caídas, demencia, incontinencia urinaria, enfermedades pulmonares que son de alta prevalencia en esta población no se refleja en los registros.

## **4.2. Utilización de los servicios del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes (HNGGRBC).**

### **4.2.1. Consulta externa**

En promedio, en el año 2007, se recibieron 4800 referencias para la apertura de expedientes, 1300 pacientes fueron devueltos a sus sitios de origen y por lo tanto 2300 usuarios ingresaron definitivamente en el sistema engrosando la lista de los 25000 expedientes activos.

El promedio de edad de los pacientes es de 76 años y las principales causas de atención de la consulta externa en el año 2007 se presentan en la tabla 1

Tabla 1

Principales causas de consulta ambulatoria en el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. Enero a diciembre 2007

INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES Y SUPERIORES
INFECCIÓN TRACTO URINARIO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA
DIABETES MELLITUS
ARTROSIS
DORSALGIAS
DEMENCIA
CONSTIPACIÓN

Fuente: Servicio de Estadística HNGGRBC

Al observar los diagnósticos más importantes dentro de la consulta externa que se encuentran en el sistema de información, es posible valorar que los

diagnósticos de síndromes geriátricos están prácticamente ausentes siendo estos los más importantes en el abordaje adecuado de los adultos mayores.

Por otro lado las citas de control para pacientes subsecuentes en geriatría están en promedio a 8 meses plazo lo que ha deteriorado la calidad de la atención a la población meta del centro.

En el año 2006 se realizó estudio sobre la utilización del servicio de Consulta Externa que arrojó los siguientes datos:

- El 64% de los pacientes atendidos corresponden al área de atracción del Hospital San Juan de Dios. Principalmente: Desamparados, Hatillo y Cantón Central de San José.
- El 68% de los pacientes asisten al menos a otro centro de salud de la CCSS.
- Solo el 28.5 % de los pacientes valorados en la consulta externa tienen perfil de paciente frágil y 32% se consideraron ancianos sanos.

En ese momento la propuesta de la jefatura de Consulta externa fue:

- Establecer un sistema de altas efectivo para derivar los pacientes a niveles de menor complejidad.
- Fortalecer la red de atención geriátrica con los centros que cuenten con el recurso.
- Estrategias para mejorar la calidad de las consultas dirigidas a paciente frágil.

- Fortalecer la clasificación de referencias.
- Fortalecer la consulta de Unidad de Valoración Geriátrica (UVAGE) para adecuada clasificación de riesgo y planes de abordaje.

Actualmente no se ha logrado modificar sustancialmente la situación, con el fortalecimiento de UVAGE, se aumentó las altas de pacientes nuevos que no cumplen perfil de fragilidad, sin embargo el tiempo de espera para citas subsecuentes no se ha modificado significativamente y aún no se ha logrado aumentar las altas de pacientes en consulta externa para referencia al nivel respectivo de atención.

#### 4.2.2. Hospitalización.

En el año 2007 se produjeron 2105 egresos, y la estancia promedio es de 21.17 días. Los diagnósticos mas frecuentes de egreso se detallan en la tabla 2

Tabla 2

Principales diagnósticos de egreso

Hospital Nacional Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes 2007.

<p>INFECCIÓN DE VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES Y SUPERIORES</p> <p>INFECCIÓN TRACTO URINARIO</p> <p>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</p> <p>ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA</p> <p>DIABETES MELLITUS</p> <p>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</p> <p>ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL</p> <p>NEOPLASIAS</p>
---

Fuente: Servicio de Estadística HNGGRBC

La lista de diagnósticos frecuentes no refleja problemas propios de los ancianos frágiles como se esperaría, por ejemplo: Caídas, demencia, desnutrición, inmovilidad, delirium, etc.

Una alternativa es que los médicos no acostumbren registrar estos diagnósticos como prioritarios. Sin embargo queda la duda de si realmente estamos tratando pacientes en un sistema similar a la medicina interna que se aleja de los objetivos propios del hospital geriátrico y que al igual que en consulta externa los recursos no estén siendo aprovechados por los ancianos de mayor riesgo medico- funcional o frágiles.

### ***4.3. Expectativas y recomendaciones de geriatras externos al Hospital Nacional de Geriátrica y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.***

#### **4.3.1. Oferta de Geriatras.**

La ubicación de los geriatras actualmente se desglosa en la tabla 3.

Como se refleja en la tabla aún no se cuenta con servicios de geriatría debidamente organizados y el recurso de profesionales formados en el campo sigue siendo escaso. Por consiguiente la reorganización de toda la red de atención debe de ser paulatina y planificada apropiadamente.

Tabla 3

Ubicación laboral de Geriatras	Cantidad	Población mayor 65 años adscrita	Geriatras por cada 1000 mayores 65 años
Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes	17	75379(=)	0.25
Dirección de atención integral a las personas (oficinas centrales)	1	No aplica	No aplica
Hospital Calderón Guardia	4	37107	0.1
Hospital San Juan de Dios	2 (*)	38094	No aplica
Hospital Nacional Psiquiátrico	1	0	No aplica
Centro Nacional Dolor y Cuidados Paliativos	1	0	No aplica
Hospital Max Peralta (Región Central Sur)	2	26291(:)	0.08
Hospital San Vicente Paúl (Heredia)	1	22695 (:)	0.04
Hospital de San Ramón	1	8063	0.12
Hospital de San Carlos (Región Huetar Norte)	1	9090	0.11
Hospital de Pérez Zeledón (Región Brunca)	1	17275 (:)	0.057
Hospital de Alajuela (Región Central Norte)	1	25533	0.039
Hospital Ciudad Neily (Región Brunca)	1(+)	No aplica	No aplica
Hospital de Liberia (Región Chorotega)	1	10715	0.09
Hospital La Anexión (Región Chorotega)	1	8994	0.11
Clínica de Coronado (Región Central Norte)	1	5096	0.2
Pensionados	2	No aplica	No aplica
Consulta privada exclusivamente	5	No aplica 0	No aplica
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>		

Fuente: Cartín SA. Actualizado con datos suministrados por la Unidad de Posgrado de Geriatria y Gerontología.

(\*) No dan consulta de geriatría uno de ellos es neurólogo-geriatra y esta en el servicio de neurología y el otro es parte del servicio Ortopedia.

(+) No tiene consulta de Geriatria se desempeña como internista.

(:) Población atracción regional por no contar con otro geriatra en la región.

(=) Esta población se calcula sumando las regiones descubiertas de geriatras que son: Región Pacifico Central, Región Central Norte (Hospital México), Región Huetar Atlántica, Población adscrita al HSJD.

Según información recolectada mediante entrevista con la Dra. Vilma García Camacho encargada del Programa del Adulto Mayor del Area de Atención a las personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de la CCSS, en este momento el ***Plan de acción para el desarrollo de los servicios de Geriatría*** se encuentra a nivel de la Gerencia Médica para el estudio de recurso humano para posterior presentación y aprobación por parte de Junta Directiva de la institución.

Este plan contempla dos etapas para su implementación, que se han priorizado en base a:

- Concentración de población
- Demanda de Servicios
- Ley 7935
- Disposición de recurso Humano capacitado (Médicos Geriatras).

La primera etapa comprende la apertura de Servicios de Geriatría en Hospitales Nacionales y en Hospitales Regionales y Periféricos, en dos fases:

**Primera fase:** Hospitales Nacionales y Hospitales Regionales y Periféricos donde ya este ubicado un médico geriatra.

**La segunda fase:** consiste en la apertura de servicios de geriatría en los otros hospitales regionales y periféricos.

La segunda Etapa comprende la implementación de la Consulta de Geriátría en Clínicas, que se iniciará una vez establecidos los servicios de Geriátría priorizados.

Según este plan se plantea que para el año 2010 se cuente con servicios de geriatría en los hospitales de la Gran Area Metropolitana. (6)

#### **4.3.2. Opinión de geriatras sobre oferta de servicios del HNGGRBC.**

Se realizó encuesta a una muestra de 10 de los 14 geriatras que laboran fuera del Hospital Nacional de Geriátría y gerontología, en hospitales nacionales, regionales o clínicas periféricas en funciones propias de geriatría, obteniendo la siguiente información:

Al preguntar a los geriatras sobre la principales causas de interconsultas (dentro sus centros de trabajo) la mayoría se derivan a cirugía general o especializada, trabajo social y fisiatría.

Con respecto a referencias a otros centros no se demostró una tendencia hacia alguna disciplina en especial.

En cuanto a los diagnósticos de más dificultad de manejo en sus sitios de trabajo se encontraron los siguientes según orden de importancia:

- Casos socio legales: violencia intrafamiliar en todas sus formas.
- Demencia en cuanto a manejo de trastornos conductuales.

- Úlceras por presión por no contar con los recursos físicos necesarios.
- Trastornos nutricionales especialmente manejo de desnutrición
- Estudio de pacientes cardiopatas por dificultad de acceso a estudios especiales.

En cuanto a la frecuencia con la que refieren casos al Hospital Nacional de Geriátría y gerontología el 70% indicó que ***casi nunca*** realizan referencias, y el resto se distribuyó uniformemente en las otras opciones de: nunca, frecuentemente y muy frecuentemente.

De acuerdo a la ponderación de las alternativas de atención propuestas los resultados se presentan en la tabla 4

Tabla 4.

Ponderación de alternativas de atención.

<b>Alternativa</b>	<b>Calificación más frecuente</b>	<b>Puntaje total</b>
Clínicas especializadas	Muy importante	30
Referencia servicios rehabilitación geriátrica	Muy importante	25
Referencia UVAGE	Poca ayuda	21
Referencia otros especialistas no geriatras	Podría ser de ayuda	18
Hospitalización para estudios	Podría ser de ayuda	17

Fuente: Encuesta a Geriatras externos al Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología

Las clínicas que consideraron relevantes en orden de importancia son:

- Demencia
- Caídas

- Rehabilitación geriátrica.
- Anorexia

En la pregunta abierta de cuales son las recomendaciones en cuanto a los servicios que debería ofrecer el Hospital Nacional de Geriátria y Gerontología de anotaron los siguientes:

- Apoyo de especialistas afines a la geriatría, para manejo multidisciplinario.
- Conformación de clinicas especializadas para discusión de casos y guía de abordaje.
- Acceso directo a servicios especiales como: Hospital de Día, Mediana Estancia.
- Homologación de protocolos de atención de síndromes geriátricos.
- Formación profesional.

## **CAPÍTULO 5. SOLUCIONES E IMPLEMENTACIÓN.**

A nivel de los hospitales de tercer nivel de la institución es inminente la organización de servicios de geriatría, de manera que el hospital nacional de geriatría debe desarrollar una atención especializada que no es brindada en el resto de la red nacional de salud.

### **5.1. Consulta externa.**

#### **5.1.1. Primera etapa.**

**Objetivo:** tamizar los pacientes tanto nuevos como de seguimiento, para definir nivel o servicio idóneo para continuar manejo.

**Impacto esperado:** disminuir los tiempos de espera para citas y de esta manera se podría también considerar aumentar el tiempo por consulta al convertirse en valoración de casos geriátricos frágiles.

**Meta:** disminuir al menos en un 50% los casos activos en consulta externa del HNGGDRBC, en un período de dos años.

**Método:** Inicialmente se debe clasificar por parte de los geriatras del hospital, los pacientes que están activos en la consulta externa y casos nuevos en dos grupos:

1. El “paciente geriátrico”: Es un paciente adulto mayor, con patología crónica, o aguda con tendencia a cronicidad e invalidez, que genera predisposición al deterioro funcional: físico, psíquico, social.
2. Adulto Mayor sano o con comorbilidades crónicas o agudas que no comprometen su desempeño en actividades de vida diaria.

El paciente clasificado como geriátrico se quedaría en la consulta de geriatría ya sea en el HNGGDRBC o sería referido al Servicio de Geriatría según área de atracción y exigencia del recurso.

El paciente tipo 2 (sano o comorbilidad compensada) sería referido a consulta con medicina general o medicina interna según la complejidad de sus diagnósticos y tratamiento.

#### **Casos nuevos:**

La primera consulta sería la Historia Clínica Geriátrica, en la Unidad de Valoración Geriátrica, de manera que se defina plan y metas a corto plazo (seis meses). Con citas subsecuentes como máximo tres para definir resultados y referencia al nivel de atención, en caso de ameritar más citas deberá contar con la autorización de la Jefatura de Consulta Externa.

#### **Requerimientos:**

- Apoyo de la Dirección General y Jefatura de Consulta Externa.
- Compromiso por parte de los geriatras del HNGGDRBC.

- Definir un instrumento sencillo para clasificar los pacientes y homologar criterios. Podría desarrollarse mediante panel de expertos.
- Renegociar la producción de la consulta externa para no afectar compromiso de gestión.

Definir indicadores de monitoreo y resultados. Como por ejemplo:

- Porcentaje de altas.
- Porcentaje de referencias a servicios de geriatría y otros servicios.
- Calidad de clasificación de casos,

### **5.1.2. Segunda etapa:**

**Objetivo:** Brindar consulta de casos difíciles referidos por Geriatras, a clínicas conformadas por equipos multidisciplinarios ampliamente especializados.

**Impacto esperado:** Mejorar tanto la cantidad de referencias como la satisfacción de los geriatras externos al HNGGDRBC.

**Meta:** Aumentar en 100% las referencias de especialistas en Geriatría. En un plazo de cinco años.

**Método:**

Sistema de valoración de casos mediante valoración geriátrica dirigida por prioridades por equipos multidisciplinarios especializados, que se convertirían en grupos de expertos en ciertas áreas de gran impacto para la calidad de vida de los adultos mayores.

A manera de ejemplo se describen en forma general algunas tipos de clínicas consideradas como prioritarias, por los geriatras entrevistados:

Demencia: diagnóstico tipo de demencia, plan de tratamiento farmacológico especializado de trastornos conductuales y/o disfunción cognitiva, intervención en crisis de familias, coordinación con servicios de geriatría y Organizaciones no gubernamentales para redes de apoyo a nivel nacional al paciente demenciado y su familia.

Caídas: estudios multidisciplinarios, laboratorio de postura y marcha, intervención integral para disminución de riesgo, coordinación con Ministerio de Salud para campañas prevención.

Clínica de rehabilitación geriátrica: valoración multidisciplinaria, definición de metas y planes terapéuticos para ingreso a Hospital de Día o Servicio de recuperación funcional geriátrica, actual Mediana estancia, y/o capacitación a cuidadores y pacientes. Promover campañas prevención deterioro funcional en el adulto mayor.

Clínica de trastornos alimenticios: intervención multidisciplinaria, solicitud de medicamentos estimulantes de apetito en casos seleccionados,

coordinación con ministerio de salud para campañas de prevención de trastornos nutricionales y su repercusión en la población adulta mayor.

**Requerimientos:**

- Contar con personal preparado en cada uno de los temas seleccionados.
- Definir tiempos de consulta apropiados a las actividades realizadas en cada clínica.
- Coordinar pasantías con los geriatras que laboran fuera del HNGGRBC para que conozcan el funcionamiento de cada clínica y los servicios que prestan.
- Coordinar con registros de salud la forma de reporte de estas actividades.
- Dotar a las clínicas de las herramientas necesarias para su óptimo funcionamiento.

**5.1.3. Otros servicios ambulatorios en funcionamiento.**

**Atención domiciliar:**

Al contar con un sistema de salud sectorizado con sus equipos básicos de salud y en el segundo nivel con especialistas en Geriatría y Medicina Interna en algunos lugares, la atención domiciliar debe priorizarse en el primer nivel de atención con apoyo del segundo nivel de atención.

Sin embargo en algunos casos se justifica contar con un equipo altamente especializado en la atención geriátrica a domicilio con los siguientes propósitos:

1. Monitoreo pacientes de alto riesgo de deterioro posterior al egreso hospitalario por aspectos sociales, médicos o psíquicos que ameriten un seguimiento domiciliario para definir evolución y canalización del caso a otro nivel de atención en el momento oportuno.
2. Visitas coordinadas con Equipos Básicos de Salud a cargo del paciente para asesoría directa y definición de plan.
3. Control de pacientes de cuidados paliativos principalmente no oncológicos que en algunos lugares no son incluidos en las unidades respectivas de su área de atracción.
4. Asesoría directa de casos particulares en hogares de ancianos bajo solicitud de CONAPAM y/o las Áreas de Salud a cargo.

### **Hospital de Día.**

Este servicio se percibe positivamente por los geriatras entrevistados incluso evidencian la necesidad de mejorar su accesibilidad.

Con el proyecto a punto de concluir como es la construcción del Centro Integral Ambulatorio Geriátrico mejorará el espacio físico y recursos en general de este servicio.

En esta propuesta se pretende que el Hospital de Día incluya en sus actividades la implementación de algunas de las clínicas mencionadas que están relacionadas con funcionalidad, como sería la Clínica de Caídas y la Clínica de Rehabilitación Geriátrica en trabajo conjunto con el Servicio de Mediana Estancia que complementarían con el abordaje intrahospitalario.

## **5.2. Hospitalización**

**Objetivo:** Unificar la valoración intrahospitalaria mediante Valoración Geriátrica integral con planes a corto plazo e intervención multidisciplinaria oportuna.

**Impacto esperado:** Disminución de diagnósticos inapropiados de ingreso, disminución de complicaciones nosocomiales y disminución de días de estancia hospitalaria promedio.

**Meta:** La cuantificación de esta meta amerita un estudio diagnóstico de situación específico, para mejorar su factibilidad, lo cual no es el objetivo de este trabajo.

### **Método:**

La valoración geriátrica integral requiere la conformación de equipos multidisciplinarios inicialmente, que deben ser lo más estables posibles de manera que el equipo se identifique con su servicio.

Los planes y metas de internamiento deben formularse como equipo, por lo que deben contar con tiempo y espacios programado para reuniones semanales. El equipo también debe definir el momento y plan de egreso.

Tradicionalmente esta metodología se aplica en el Servicios de Mediana Estancia que para el año 2007 mostró una estancia promedio menor que para el resto del hospital, sin embargo debe construirse indicadores de monitoreo para definir el comportamiento en los servicios de diagnóstico y tratamiento.

**Requerimientos:**

- Coordinación de las jefaturas de las diferentes disciplinas para la programación del recurso humano básico para la conformación de los equipos multidisciplinarios.
- Programación tanto de espacio físico como en tiempo para reuniones multidisciplinarias.
- Definición de sistema de evaluación de proceso y resultados en todos los servicios.
- Cooperación de geriatras asignados a camas hospitalarias.

***5.3. Estrategias para implementación***

Iniciar un proceso de convencimiento al cambio de modelo en los niveles tanto de toma de decisiones como a nivel operativo

OBJETIVO	ESTRATEGIA	ACTIVIDADES
Plantear a los niveles superiores el nuevo modelo de atención para su aprobación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentar a la Gerencia Médica el proceso de cambio del modelo.</li> <li>• Proponer cambios en los indicadores de la producción y de la calidad de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar reunión para presentación del modelo.</li> <li>• Definir indicadores de evaluación.</li> <li>• Solicitar asesoría en el proceso de cambio.</li> <li>• Solicitar apoyo para la coordinación con otros niveles de decisión y operativos.</li> </ul>
Optimizar la utilización de los servicios del HNGG, con los pacientes que por su perfil obtengan un mayor beneficio de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir criterios de ingreso y permanencia en el HNGGDRBC.</li> <li>• Realizar coordinación con la red de servicios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de bibliografía y experiencia nacional.</li> <li>• Implementar un instrumento de tamizaje para evaluación de referencias.</li> <li>• Homologar instrumentos de valoración con los referentes.</li> </ul>
Implementar un sistema de consulta externa ágil oportuno y de alta especialización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganizar los servicios brindados a través de la implementación de consulta especializada con objetivos específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamizar pacientes consulta de subsecuentes, según perfil.</li> <li>• Restringir recepción de casos nuevos en la etapa inicial.</li> <li>• Establecer máximo de consultas subsecuentes para resolver el caso y derivarlo.</li> <li>• Organizar la atención prioritariamente en clínicas especializadas.</li> <li>• Replantear las consultas de especialistas.</li> </ul>
Fortalecer el modelo de atención de Hospital de Día	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la utilización de los servicios de HDD</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la dotación de recurso humano especializado.</li> <li>• Tamizar los pacientes que ameritan el servicio.</li> <li>• Priorizar la atención de pacientes que se beneficien del modelo cuadrifuncional.</li> </ul>
Brindar la atención de casos sin cita programada que	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un servicio de consulta de choque, para</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar un perfil de referencias urgentes.</li> <li>• Canalizar el caso a</li> </ul>

requieran valoración urgente.	referencias urgentes de pacientes con expediente activo en el hospital.	consulta referencias o dar atención inmediata.
Brindar atención en la comunidad a casos de alto riesgo y por tiempo limitado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecer la unidad de cuidado paliativo.</li> <li>• Coordinación con los diferentes niveles de atención para el seguimiento de las altas.</li> <li>• Establecer el perfil del paciente que amerita visitas subsecuentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar con el primer nivel el cuidado de pacientes crónicos dependientes.</li> <li>• Consulta de seguimiento post egreso de casos de riesgo antes de derivarlos a otro nivel de atención.</li> <li>• Mantener la atención multidisciplinaria de casos en estado Terminal en caso necesario.</li> </ul>
Generalizar el modelo de atención cuadrifuncional en los pacientes hospitalizados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganizar los servicios brindados a través de la implementación de plan ingreso cuadrifuncional y evolución multidisciplinaria de los casos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir plan cuadrifuncional de ingreso.</li> <li>• Evolucionar en equipo cuadrifuncional.</li> <li>• Definición plan de egreso.</li> <li>• Establecer coordinación con clínicas especializadas.</li> </ul>

#### 5.4. Operativización de actividades.

ACTIVIDADES	Desarrollo de actividades.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar reunión para presentación del modelo.</li> <li>• Plantear renegociación del Compromiso de Gestión.</li> <li>• Definir indicadores de evaluación.</li> </ul>	<p>Desarrollo de actividades.</p> <p>Presentar propuesta de nuevo modelo de atención a la Dirección General y Consejo Asesor para su aprobación</p> <p>Presentar la propuesta a la Gerencia Médica para su aval y apoyo a los niveles superiores</p> <p>Renegociar los indicadores y evaluación de la producción en la Dirección de Compras y un período de gracia para resultados.</p> <p>Establecer un cronograma de cumplimiento de metas.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganizar el organigrama institucional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer jefaturas clínicas de los servicios geriátricos</li> <li>• Redacción de los manuales de normas y procedimientos de las nuevas Jefaturas acorde con el nuevo modelo de atención</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de bibliografía y experiencia nacional.</li> <li>• Implementar un instrumento de tamizaje para evaluación de referencias.</li> <li>• Homologar instrumentos de valoración con los referentes.</li> <li>• Implementar consulta de valoración de referencias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con los instrumentos disponibles en la literatura y los aplicados actualmente en el primer nivel de la CCSS, diseñar un solo instrumento de tamizaje en coordinación con el Area del Adulto Mayor para homologar criterios de referencia al tercer nivel.</li> <li>• Crear una consulta para valoración de las referencias externas y su respectiva derivación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tamizar pacientes consulta de subsecuentes, según perfil.</li> <li>• Restringir recepción de casos nuevos en la etapa inicial.</li> <li>• Establecer máximo de consultas subsecuentes para resolver el caso y derivarlo.</li> <li>• Organizar la atención prioritariamente en clínicas especializadas.</li> <li>• Replantear las consultas de especialistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer un equipo médico colaborador para el programa de altas de la consulta externa</li> <li>• Aplicar los criterios del perfil de paciente para la consulta de Geriatria de Tercer Nivel contemplados en el Manual de Normas del Servicio de Consulta Externa</li> <li>• Coordinar a través de la Jefatura de Consulta externa la información a los niveles de atención referentes.</li> <li>• Una vez organizada la consulta externa se definirá un máximo de consultas para la intervención del paciente y luego ser remitido al segundo o primer nivel de atención, en caso de que este límite sea superado quedará a criterio de la Jefatura de Consulta Externa la autorización de citas subsecuentes.</li> <li>• Establecer equipos multidisciplinares que brinden atención a través de clínicas. (Memoria, caídas, incontinencia esfínteres, etc.).</li> <li>• Reorganizar las consultas de especialistas no geriatras para que funcionen mediante</li> </ul>

	interconsulta inmediata, consultas programadas con límite de citas subsecuentes y como miembros de clínicas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir plan cuadrifuncional de ingreso.</li> <li>• Evolucionar en equipo cuadrifuncional.</li> <li>• Definición plan de egreso.</li> <li>• Establecer coordinación con clínicas especializadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocolizar las valoraciones al ingreso de hospitalización.</li> <li>• Evaluación de planes de hospitalización por parte de la Jefatura de Sección de Geriátria. (monitoreos).</li> <li>• Implementar sesiones clínicas multidisciplinarias, para casos difíciles o de larga estancia.</li> <li>• Protocolizar planes de egreso para la adecuada derivación de los pacientes.</li> <li>• Implementar la oficina de egresos</li> </ul>

## **CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES.**

- El perfil demográfico de Costa Rica se caracteriza por el envejecimiento de la población.
- La población envejecida cuenta con recursos socioeconómicos limitados y con mayor morbilidad, que se refleja en un alto consumo de servicios de salud en comparación con otros grupos de edad, lo que eleva los costos en salud.
- El Hospital Nacional de Geriátría tiene en este momento un alto porcentaje de pacientes en consulta externa y hospitalización que no se ajustan al perfil de paciente geriátrico que debería atender a nivel de Hospital Nacional Especializado. Esta situación posiblemente influenciada por la ausencia de servicios geriátricos en segundo nivel, o en hospitales generales, que propicia la recepción de casos directamente del primer nivel de atención.
- El área de cobertura del Hospital Nacional de Geriátría se concentra en su mayoría en la Gran Área Metropolitana, lo que afectaría la demanda de servicios en caso de la apertura de servicios de geriatría para esta area, a menos que se modifique la oferta de servicios.
- La estructura propuesta para los servicios de geriatría simula la estructura del Hospital Nacional de Geriátría lo cual potencia la duplicidad de servicios.

- La utilización de servicios del HNGGRBC por los geriatras externos a este, es infrecuente y las alternativas sugeridas de oferta de servicios aún no están desarrolladas en este hospital nacional.
- De no modificarse el sistema de prestación de servicios por el HNGGRBC a mediano plazo, la oferta no lograría satisfacer la demanda y se convertiría básicamente en un centro de formación de recurso humano especializado en geriatría.
- El Hospital Nacional Geriatría cuenta con el potencial para modificar su oferta de servicios exitosamente, dada la amplia experiencia y especialización de su recurso humano.

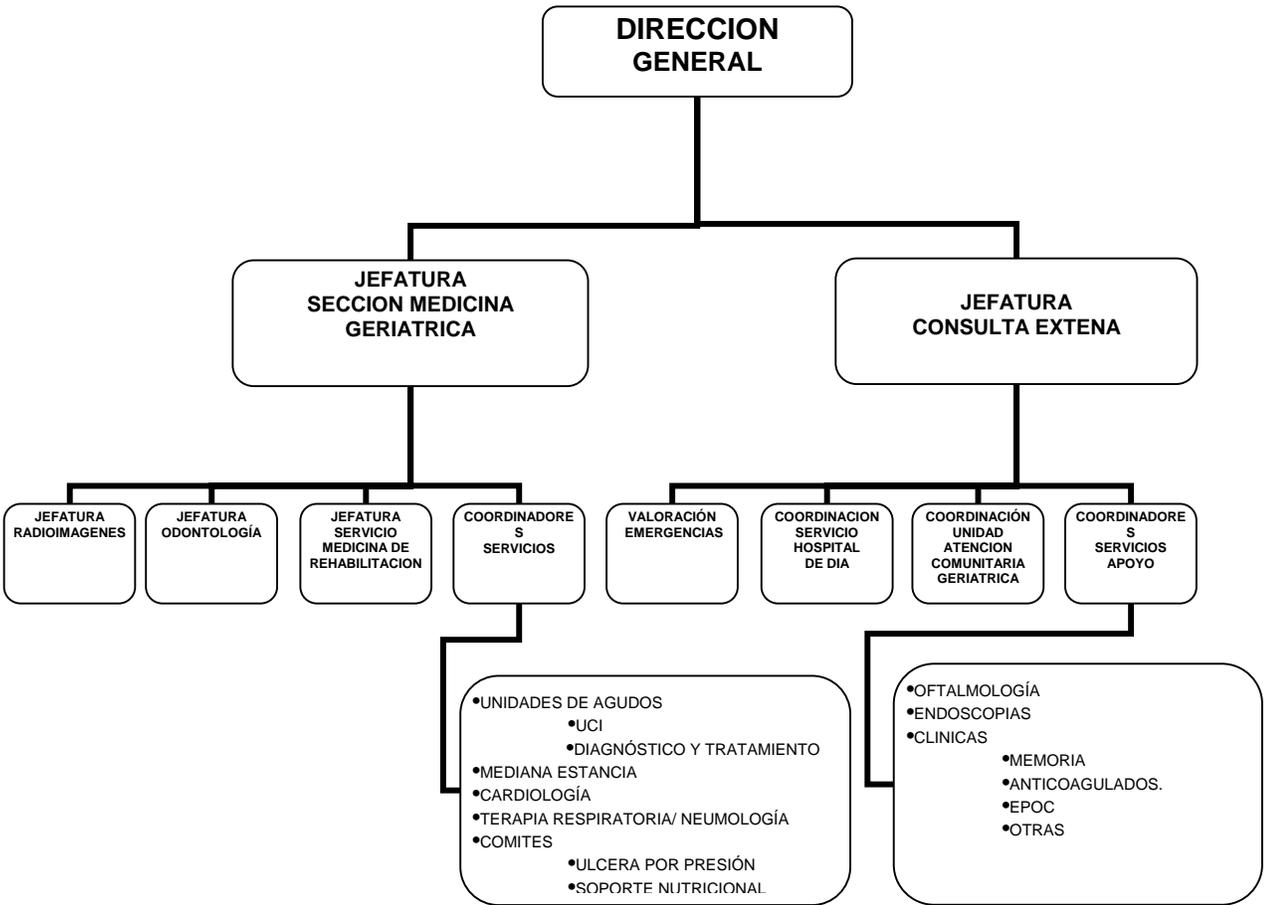
## BIBLIOGRAFIA

1. Estadísticas de la Caja Costarricense del Seguro Social.  
<http://www.ccss.sa.cr/html/transparencia/estadisticas/estadisticas.html>.
2. Cartín S.A: Diagnóstico Epidemiológico de la población adulta mayor en Costa Rica para una proyección de servicios a mediano plazo. Informe 4. Marzo 2005.
3. Normas de la Consulta externa. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología. 2007.
4. Guillen-Llera F, Ruiperez-Cantera. Manual de Geriátría. 2002. Ed. Mason. 3ra edición.
5. Ley integral para la persona adulta mayor y su reglamento. Ley 7935.
6. Plan desarrollo servicios de geriatría. Dirección de Servicios de Salud de la Caja Costarricense del Seguro Social. 2008.
7. Rosero-Bixby L. Et al. La salud de las personas mayores en Costa Rica. 2004. OPS. [www.netsalud.sa.cr](http://www.netsalud.sa.cr).
8. Estudio de necesidades de Unidades de Rehabilitación Geriátrica y Unidades de Agudos. 2006. Sociedad Española de Medicina Geriátrica.
9. Fried et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontology. Medical sciences. 2004 Vol59. No 3, 255-263.
10. Tallis RC, Fillit HM. Geriátría, Brocklehurst's. 2007. Ed Marbán.

## **ANEXOS**

# Organigrama servicios de atención directa

## Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología.



## Cuestionario N° 1

Cuestionario a Geriatras de la CCSS, que laboran en hospitales generales nacionales, regionales o clínicas periféricas.

¿Cuál es la categoría del hospital o clínica en el que usted labora?

- Nacional General.
- Regional.
- Periférico.
- Clínica de segundo nivel.

¿Cuántos Geriatras laboran en su centro de trabajo?

¿Cuales son las actividades que realiza como geriatra?

- Consulta externa.
- Visita pacientes hospitalizados.
- Visita a domicilio.
- Atención a Hogares de Ancianos.

Otros:

¿Cuáles son los servicios dentro de su hospital o clínica que usted interconsulta con mayor frecuencia? Mencione los primeros cinco.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Cuáles son los servicios o los diagnósticos por los cuales, usted refiere con mayor frecuencia fuera de hospital o clínica?

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

¿Cuales diagnósticos o tratamientos, considera usted que son más difíciles de manejar en su nivel de atención? Mencione al menos cinco.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Usted refiere al HNGG casos para completar diagnósticos o tratamientos:

- Nunca.
- Casi nunca.
- Frecuentemente
- Muy frecuentemente.

Considerando que el HNGGRBC ampliara los servicios logrando una mayor especialización, y contáramos con servicios de geriatría distribuidos ampliamente en el país.

¿Cuales propuestas considera usted que serían de mayor utilidad en su trabajo diario?

Por favor califique las propuestas de atención según la siguiente escala:

3: considera que sería muy importante como apoyo a su trabajo.

2: podría ser de ayuda

1: considera de poca ayuda

0: no sería de ninguna ayuda para usted.

(...) Clínicas multidisciplinarias para discusión de casos difíciles, con presentación directa de casos. (Demencia, incontinencia, anorexia, osteoporosis, caídas, úlceras por presión, rehabilitación funcional geriátrica). Subraye las más importantes.

Referencia a consulta externa para Valoración Geriátrica y definición de plan de atención para luego contrareferir.

Referencia directa a especialidades que no hay en el centro donde labora.

Referencia para hospitalización para estudios complementarios.

Referencia a servicios especiales (Hospital de Día, Mediana Estancia, Unidad Comunitaria Geriátrica)

¿Cuales serían sus recomendaciones y/o alternativas en cuanto a los servicios que debe ofrecer el HNGGRBC como hospital nacional en apoyo a servicios de geriatría?

## Cuestionario N° 2

Alternativas atención HRBC

Entrevista Dra. Vilma Camacho. Encargada Área Adulto Mayor CCSS.

¿Cual es la condición actual de la implementación de los Servicios de Geriatría en el país?

¿Cuales serían los servicios que ofrecerían los Serv. de Geriatría?

¿Cuales son los centros prioritarios para implementar servicios de Geriatría?

¿Cual es la dependencia administrativa de estos servicios?

¿Cual sería el papel del HRBC en este contexto?