ORIENTACIÓN TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS (UGA)

2018

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores | Departamento de Ciclo Vital División de Prevención y Control de Enfermedades | Subsecretaría de Salud Pública Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados | Subsecretaría de Redes Asistenciales



Ministerio de Salud de Chile

Resolución Exenta Nº1992, del 11 de diciembre de 2018

ISBN: 978-956-348-174-7

CONTENIDO

I. Alcances	9
II. Introducción	9
III. Justificación del diseño de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)	10
IV. Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)	12
Definición	12
Características generales	12
Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) inserta en el hospital	12
V. Objetivos	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	13
VI. Marco Conceptual	13
VII. Conceptos Relevantes	14
Glosario de definiciones	14
Síndromes Geriátricos	14
Funcionalidad	16
Discapacidad	17
Rehabilitación	17
Ayuda técnica	17
Dependencia	17
Accesibilidad	17
Gestión de Casos	18
Valoración Geriátrica Integral	18
VIII. Modelo de Atención Geriátrica Integral	19
Geriatrización del arsenal farmacológico	20
IX. Proceso de Atención en las Unidades Geriátricas de Agudos	21
Ingreso a la unidad	21
Criterios de ingreso	21
Criterios de exclusión	21
Gestión administrativa para el ingreso a la UGA	21
Egreso de la unidad	22
Criterios de egreso	22
Confección de epicrisis en la UGA	22
Atención ambulatoria posterior al alta	23
Coordinación con otros niveles asistenciales	23
Alta administrativa	23
Fallecimiento	24

X. Requerimiento de Recurso Humano para la Implementación de una UGA	25
Unidad de Cuidados Medios Geriátricos	25
Dotación y asignación de cargos por cada estamento	25
Principales funciones por disciplina	26
Principales funciones como equipo interdisciplinario UGA	34
XI. Requerimiento de Infraestructura y Equipamiento para una UGA	35
Requisitos mínimos de infraestructura para implementar una UGA	35
XII. Requerimiento de Equipos y Equipamiento Médico para una UGA	37
XIII. Indicadores sugeridos para la UGA	38
Indicadores de estructura	38
Indicadores de proceso	38
Indicadores de resultado	39
XIV. Escalas sugeridas	40
Ámbito cognitivo	40
Āmbito emocional	40
Āmbito físico	40
Āmbito social	40
XV. Abreviaturas	41
XVI. Bibliografía	42
Anexos	44
Anexo 1. Īndice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)	44
Anexo 2. Escala de Evaluación Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS) Screen Depressive Dysfunctions	46
Anexo 3. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (del informante) (MINSAL, 2008)	47
Anexo 4. Timed Up and Go (TUG)	48
Anexo 5. Índice de Lawton-Brody	49
Anexo 6. Escala SPMSQ de Pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire)	50
Anexo 7. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versión original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)	51
Anexo 8. Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti	52
Anexo 9. Escala de evaluación cognitiva Montreal	54
Anexo 10. Fichas de indicadores trazadores	55
Anexo 11. Flujograma de ingreso y egreso a la Unidad Geriátrica de Agudos	57
Anexo 12. Flujograma del Modelo de Atención Integral en la Unidad Geriátrica de Agudos	59
Anexo 13. Listado de Equipos y Equipamiento Médico en función del PMA tipo para UGA	60

GRUPO DE TRABAJO

Responsables Ministeriales

Dra. Sylvia Santander Rigollet

Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Dra. Gloria Ramírez Donoso

Jefa del Departamento de Ciclo Vital

División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Responsables Técnicos Ministeriales del Documento

Dra. Jenny Velasco Peñafiel

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores/ Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Ps. María José Gálvez Pérez

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores/ Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Dr. Patricio Herrera Villagra

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores/ Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

EU. René Guzmán Montes

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores/ Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Dr. Sergio Castro Henríquez

Programa Nacional de Salud Integral de Personas Mayores/ Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Colaboradores Ministerio de Salud

Claudia Cayupán Altamirano

Enfermera referente, Proceso de Hospitalización, RNAO, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Christian García Calavaro

Médico, División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE.

Felipe Salinas Gallegos

Psicólogo, División Gestión de Redes Asistenciales, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Katherina Hrzic Miranda

Kinesióloga, Departamento de Discapacidad y Rehabilitación, DIPRECE. Subsecretaria de Salud Pública.

Lenka Parada Guerrero

Enfermera, Unidad de Rehabilitación, Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Integrados, DIGERA, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Nanet González Olate

Kinesióloga, División de Atención Primaria, DIVAP.

Soledad Bunger Betancourt

Terapeuta Ocupacional, Profesional del Departamento de Gestión de Procesos Asistenciales integrados, DIGERA. Subsecretaria de Redes Asistenciales.

Víctor Díaz Aguilera

Kinesiólogo, División de Atención Primaria, DIVAP.

Yocelyn Price Romero

Enfermera, Profesional del Departamento de Estudio pre-inversionales. División Gestión de Redes Asistenciales, DIGERA. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Colaboradores Externos

Augusto Brizzolara Smith

Médico Geriatra, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

Carolina Paz Muñoz

Médico Internista y Geriatra, Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Claudia Sáez Flores

Médico Geriatra, Hospital Las Higueras

Claudia Recart Apfelbeck

Médico Internista y Geriatra, Hospital San Juan de Dios.

Danilo Meza Mora

Médico Internista y Geriatra, Hospital Clínico La Florida, Dra. Eloisa Diaz Insunza.

Daniela Rivera Candia

Enfermera Gestora – Encargada Unidad Geriátrica de Agudo y Cuidados Fin de Vida. Hospital San Juan De Dios.

Fernando Peña Soto

Médico Geriatra, Hospital Base de Valdivia.

Gerardo Fasce Pineda

Médico Internista y Geriatra, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Gonzalo Navarrete Hernández

Médico Geriatra, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Homero Gac Espinola

Médico Internista y Geriatra, Presidente de la Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile.

Jaime Hidalgo Anfossi

Médico Internista y Geriatra, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Jorge Sastre Sabra

Médico Internista y Geriatra, Hospital de Coyhaigue

José Luis Dinamarca Montecinos

Médico Geriatra, Hospital Gustavo Fricke.

Juan Eduardo Sánchez Valenzuela

Médico Internista y Geriatra, Hospital San Juan de Dios.

Juana Silva Opazo

Médico Geriatra, Hospital Luis Tisné.

Leonardo Arriagada Rivas

Farmacéutico Clínico especialista en Geriatría, Hospital San Juan de Dios.

María Esther Meroni Layes

Médico Internista y Geriatra, Instituto Nacional de Geriatría.

Paulina Zambra Rojas

Médico Internista y Geriatra, Hospital de Coquimbo.

Pablo Gallardo Schall

Médico Geriatra, Subdirector Médico, Instituto Nacional de Geriatría.

Pamela Chávez Barrientos

Médico Internista y Geriatra, Clínica Alemana de Santiago.

Pedro Paulo Marín Larraín

Médico Internista y Geriatra, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Paola Fuentes Rojas

Médico Internista y Geriatra, Hospital Naval Almirante Nef.

Rubén Alvarado Vera

Médico Geriatra, Hospital de la Fuerza Aérea de Chile.

Tamara Carrasco Muñoz

Médico Internista y Geriatra, Hospital San Juan de Dios.

Víctor Cares Lay

Geriatra, Hospital Clínico La Florida, Dra. Eloísa Díaz Insunza.

Verónica Rojas Abalos

Médico Internista y Geriatra, Clínica Alemana de Santiago.

I. ALCANCES

Éste documento está dirigido a los equipos interdisciplinarios de los establecimientos de la red de salud pública, en los hospitales de alta complejidad, donde se establezcan las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA).

Busca aportar con información referencial sobre requerimiento de recursos y flujos administrativos que puedan orientar a los gestores y encargados administrativos de las instituciones de salud.

II. INTRODUCCIÓN

Se ha observado en la población a nivel global, un envejecimiento acelerado, de tal manera que la expectativa de vida a nivel mundial es de 72 años (Banco Mundial, 2017), a nivel latinoamericano de 75 años (OPS, 2018) y a nivel país de 80 años (OCDE, 2017).

En américa latina el porcentaje de personas mayores de 60 o más años fue de 8% en el año 2000 y se estima que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 14,1%. En Chile en el año 2017, una de cada diez personas era mayor de 60 años y se estima que para el año 2025 esta relación llegue a una de cada cinco personas (OPS, 2018).

En el censo realizado en Chile en el año 1992 podíamos encontrar una relación de dos personas mayores (65 años o más) por cada diez menores de 15 años, esta cifra aumentó a tres personas mayores en el año 2002 y en el reciente censo realizado el año 2017 se pudo determinar una relación de seis personas mayores (65 años o más) por cada diez menores de 15 años.

Actualmente, en Chile la población de personas mayores, de 65 años o más, asciende a 2.003.256, correspondiendo a un 11,4% de la población total. Si incorporamos el quinquenio de 60 a 64 años, la población de personas de 60 años o más sería de 2.850.171 quedando una relación porcentual con la población total del 16.2%. Se proyecta que el grupo de 65 años y más aumente hasta alcanzar y sobrepasar el grupo etario entre 0 a 14 años (INE, 2017).

Este envejecimiento demográfico conlleva variados desafíos para las políticas públicas, en especial para el sistema sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha enfatizado sobre todo en la atención de salud de aquellas personas mayores más frágiles, la reducción de la dependencia y los costos asociados. Esto se hace más evidente precisamente en las hospitalizaciones, las que, en el caso de no ofrecer un modelo de atención dirigida a las personas mayores, encarece sus costos y aumenta la discapacidad (Baztan JJ, 2004).

La evidencia internacional sugiere que se debe enfrentar el envejecimiento tanto a nivel hospitalario, como en la atención ambulatoria, por lo que se recomienda que la atención en salud debe realizarse en una red cohesionada de prestaciones, para dar una respuesta oportuna y eficiente a las variadas necesidades de las personas mayores, a partir de un modelo de atención centrado en la persona, con perspectiva de género, derecho e interculturalidad (Martínez Rodríguez, Díaz-Veiga, Rodríguez Rodríguez, & Sancho, 2015).

En esa perspectiva, es necesario centrarse en estándares de calidad en la atención, los cuales deben tener las características de: efectividad, eficiencia, accesibilidad y oportunidad, centrado en las necesidades reales de la Persona Mayor, en una forma equitativa y segura (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007). Es prioritario, ofrecer una accesibilidad y oportunidad a la población de

personas mayores para la resolución de sus patologías de forma eficiente y eficaz, logrando un modelo de atención especializado e interdisciplinario; disminuyendo la pérdida funcional, fomentando la autonomía, reduciendo la dependencia y mejorando la calidad de vida de acuerdo a los objetivos de la estrategia nacional de salud 2011-2020.

El enfoque de la salud en las personas mayores, es distinta al resto de la población, debido a la forma de presentación de las enfermedades, las múltiples patologías asociadas, la polifarmacia y su predisposición a la alteración funcional en el diario vivir, haciéndolas más susceptibles a la dependencia, la necesidad de cuidados por otras personas y a la hospitalización, la cual se ha asociado a un mayor riesgo de institucionalización y síndromes geriátricos como delirium, depresión, morbimortalidad y deterioro funcional (Covinsky, Pierluissi & Johnston, 2011).

En este contexto, la implementación de las Unidades Geriátricas de Agudos, a nivel terciario, es una gran oportunidad para desarrollar el modelo de atención integral de las personas mayores al interior de los establecimientos de la red asistencial del país, sensibilizar a los equipos en el modelo y progresivamente introducir un enfoque geriatrizado de la atención de salud.

La presente orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles que ingresan a una unidad geriátrica de agudos (UGA) busca establecer las bases técnicas necesarias para la implementación y funcionamiento de las UGA en los hospitales de alta complejidad y servir de referencia a los equipos interdisciplinarios que la constituyan.

III. JUSTIFICACIÓN DEL DISEÑO DE LA UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

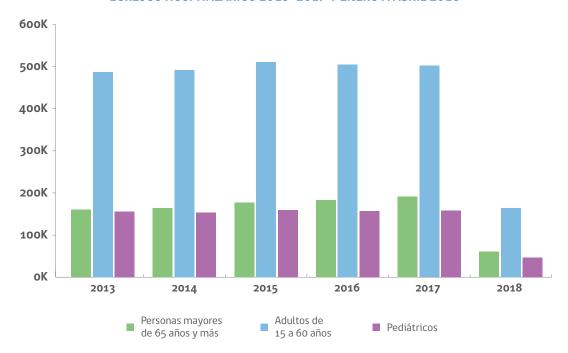
En Chile, la población de personas mayores, de 65 años o más, asciende a 2.003.256, correspondiendo a un 11,4 % de la población total. Si incorporamos el quinquenio de 60 a 64 años, la población de personas de 60 años y más sería de 2.850.171 quedando una relación porcentual con la población total del 16.2%. En el grupo de 60 años y más, el 56% son mujeres y el 44% son hombres, concentrados mayoritariamente en el rango etario de 60 a 70 años en un 52,6%, de 70 a 80 años en 30,9%, de 80 a 90 años en 13,7% y en menor medida la población de mayores de 90 años en 2,8% (79,509 personas). (INE, 2017).

La población de personas mayores inscritas en FONASA es de 2.442.545, lo que correspondería al 86% del total de personas mayores. (INE, 2017).

El modelo actual de atención clínica en las instituciones hospitalarias hacia las personas mayores frágiles, está centrado en un enfoque biomédico cuyo objetivo es la recuperación de la condición médica aguda que motivó el ingreso. Este no considera los efectos negativos sobre la funcionalidad que una hospitalización puede generar en una persona mayor y su entorno.

En este contexto es importante señalar que los egresos hospitalarios asociados a personas mayores, observados entre el año 2013 a abril del 2018 va en aumento. En el año 2013 correspondía al 19,9% del total de egresos hospitalarios registrados y en la medición realizada entre enero y abril del 2018 corresponde a un 22,4%. Con un egreso acumulado de 937.361 y un promedio de estancia media 9.89 días. (MINSAL, 2018).

EGRESOS HOSPITALARIOS 2013-2017 Y ENERO A ABRIL 2018



Diagnósticos Refinados Internacionales (IR GRD) según Norma 2014 vigente. Departamento de Estudios, Innovación e información para la Gestión, Santiago de Chile.

Como podemos ver en las cifras anteriormente mencionadas, la población de personas mayores que utiliza la red asistencial, en su nivel terciario, ha aumentado en los últimos años, lo cual sumado a la transición demográfica instalada en nuestro país, requiere desarrollar un modelo de atención con un enfoque pensado en este grupo de población, considerando mejores resultados en salud y una sostenibilidad financiera del sistema sanitario como un aspecto relevante a tomar en cuenta en una población que aumenta año a año.

Las Unidades Geriátricas de Agudos, bajo un modelo de atención geriátrica integral, proponen el abordaje de la persona mayor y su entorno desde una perspectiva multidimensional y con un trabajo interdisciplinario, logrando que el proceso de hospitalización genere el menor daño posible e incluso pueda ser una oportunidad de rehabilitación funcional e intervención en otros ámbitos de la persona mayor relacionados con su bienestar subjetivo.

IV. UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (UGA)

Definición

Luego de varias reuniones de trabajo, con la participación de expertos en geriatría de todo el país y la revisión sistemática de evidencia internacional, se definió a la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) como un nivel asistencial de la geriatría inserto en un hospital de alta complejidad, con un nivel de cuidados medios (ex agudos), que presta atención interdisciplinaria y especializada, a personas mayores frágiles afectadas por procesos agudos.

Posee un enfoque orientado tanto a la recuperación de la condición aguda como también a la prevención de la dependencia y recuperación funcional inicial de las personas mayores frágiles. Es liderada por un geriatra junto a un equipo interdisciplinario, que realiza una valoración geriátrica integral, considerando un diagnóstico multidimensional, un plan terapéutico conjunto, la planificación del alta y una correcta coordinación y comunicación con la red asistencial.

La UGA promueve un modelo de atención continua de las personas mayores. Una vez resuelta la condición aguda, la unidad procura la correcta inserción de la persona mayor en el nivel asistencial o dispositivo que requiera para mantener su salud.

Características generales

- Unidad de estancia media de 8 a 12 días (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007).
- Diseño y/o adaptaciones arquitectónicas adecuadas para el tipo de persona mayor frágil.
- · Criterios de ingreso preestablecidos.
- · Abordaje terapéutico multidimensional: funcional, mental, biomédico, social a través de una valoración geriátrica integral.
- Práctica de cuidados progresivos y coordinación para cuidados continuos dentro de la red asistencial.
- · Evaluación y tratamiento interdisciplinario individualizado.
- Referente técnico en la atención de personas mayores frágiles para la institución donde esté inserta.
- · Planificación precoz del alta con acompañamiento del tutor o familiar responsable.
- · Coordinación con diversos programas socio sanitarios (programas municipales, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y la oferta de la red comunitaria).
- Participación en comité técnico multisectorial para la gestión de cupos en establecimientos de larga estadía para adultos mayores (ELEAM).

Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) inserta en el hospital

Las Unidades Geriátricas de Agudos se deben implementar como una unidad o servicio del hospital de alta complejidad en donde se inserten. Dentro del organigrama institucional, se recomienda constituir la UGA como un centro de responsabilidad que se organice según la realidad de cada establecimiento y conforme a las atribuciones con que cuenta el director del hospital.

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Brindar una atención integral, oportuna, segura y continua a las personas mayores frágiles durante su proceso de hospitalización, tratando en forma oportuna y efectiva la condición clínica aguda por la cual es ingresada, con el fin de disminuir el deterioro de la funcionalidad y discapacidad considerando aspectos biomédicos, funcionales, mentales y sociales.

Objetivos Específicos

- Manejar específicamente la condición aguda que causó la descompensación de la persona mayor frágil.
- Mantener o mejorar la funcionalidad durante el tratamiento de la patología aguda que motivó el ingreso hospitalario al optimizar la detección de los síndromes geriátricos y factores de riesgo, favoreciendo la prevención secundaria y terciaria de estos síndromes.
- Disminuir el riesgo de institucionalización o estadía prolongada a través de la atención integral de los principales síndromes geriátricos.
- Optimizar la coordinación en red, a través de una buena comunicación en el proceso de referencia y contra referencia, favoreciendo la continuidad de los cuidados en los distintos niveles de atención.
- Facilitar la reinserción familiar y comunitaria de la persona mayor, mediante el fortalecimiento de competencias para el autocuidado y el acompañamiento a la familia y cuidador.
- Sensibilizar a los equipos de salud sobre la importancia de un abordaje terapéutico específico y multidimensional para las personas mayores frágiles hospitalizadas en la institución (Geriatrización).
- Favorecer la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios y sociales.

VI. MARCO CONCEPTUAL

Las personas mayores hospitalizadas pierden funcionalidad, llegando a niveles críticos de discapacidad dependiendo de la cantidad de días hospitalizados. (Covinsky, Pierluissi, & Johnston, 2011). Lo anterior, ha sido predictor de institucionalización al alta y dificultades en la continuidad de los cuidados. Estudios internacionales reportan que un 35% de personas mayores hospitalizadas pierden su nivel funcional basal post-alta (Romero, Sánchez, & Abizanda, 2009) (Covinsky, y otros, 2003).

La implementación de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), como atención especializada dentro de los hospitales de alta complejidad tiene un fuerte apoyo en la evidencia internacional. Estos dispositivos tienen un nivel de evidencia tipo A. En dichas unidades se brinda una atención interdisciplinaria especializada a las personas mayores frágiles en forma oportuna, disminuyendo los días de estadía, la re-hospitalización y los costos globales de atención (Romero, Sánchez, & Abizanda, 2009).

"Los equipos interdisciplinarios son altamente eficientes en el trabajo con personas mayores en riesgo de pérdida funcional" (Baztán, Suarez-García, López-Arrieta, & Rodríguez-Mañas, 2011). El enfoque de atención de las UGA no solo está orientado a la recuperación de la condición aguda, sino también a la rehabilitación inicial. Este modelo busca recuperar la máxima funcionalidad posible de las personas mayores frágiles, favoreciendo su inclusión social y calidad de vida.

Como consecuencia de este abordaje se pretende disminuir la incidencia de síndromes geriátricos como úlceras por presión, caídas, infecciones asociadas a la atención de salud, síndromes confusionales, incontinencia urinaria y fecal, reacciones adversas a los medicamentos, entre otros. Las UGA han sido eficientes en el eje funcional, reduciendo los costos hospitalarios, disminuyendo la institucionalización al alta (Hidalgo, 2015) y disminuyendo eventos como caídas y delirium durante la hospitalización (Fox, y otros, 2013). Además permite una mayor sobrevida, probabilidad de regresar al hogar post hospitalización y mejor funcionamiento cognitivo en personas mayores, beneficios suficientes para justificar la reorganización de los servicios clínicos (Cares, 2013).

Las camas hospitalarias son un recurso que se debe optimizar para resolver oportunamente, no sólo las necesidades de las personas mayores frágiles sino de toda la población. Por ello la implementación de las unidades geriátricas de agudos (UGA) busca colaborar con la disminución de las estadías prolongadas de personas mayores en servicios de agudos, tanto médicos como quirúrgicos, dado que el equipo interdisciplinario de las UGA se constituirá como un referente técnico en la valoración y tratamiento de los usuarios ingresados a esas unidades. La cantidad de camas UGA recomendada por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) es de 5 camas hospitalarias de agudos por cada 1.000 habitantes mayores de 65 años (Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, 2007).

Dentro del modelo de atención de las UGA, se debe favorecer la continuidad de los cuidados que requieren las personas mayores frágiles, implementando una comunicación fluida y un trabajo colaborativo entre los distintos niveles asistenciales.

VII. CONCEPTOS RELEVANTES

Glosario de definiciones

Síndromes Geriátricos

Se refiere a las formas de presentación más frecuente de las enfermedades en las personas mayores, asociadas a condiciones de salud multifactoriales, propias de la persona, y que son frecuente origen de incapacidad funcional o social (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008).

a. Geriatrización

Corresponde al progresivo implemento en la utilización de recursos sanitarios y asistenciales por el grupo de mayor edad (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008). Se entiende también como instalación de los conceptos del modelo geriátrico en otros niveles asistenciales y otras especialidades, cuyo objetivo es una atención de calidad, integral, interdisciplinaria y humanizada.

b. Inmovilidad

Se define como el descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria debido al deterioro de las funciones motoras (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008).

c. Incontinencia urinaria

Se define como la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social e higiénico (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008).

d. Incontinencia fecal

Se define como la expulsión involuntaria de heces (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008).

e. Caída

Se entenderá por "Caída" los acontecimientos que se traducen en que el paciente desciende involuntariamente al suelo o a un nivel inferior de superficie (MINSAL, 2013).

f. Síndrome confusional agudo (delirium)

El síndrome confusional agudo, también llamado delirium, se define como alteración en la atención (capacidad reducida para dirigir, centrar, mantener o desviar la atención) y la conciencia (orientación reducida al entorno). Esta alteración es de inicio agudo y tiende a fluctuar en el tiempo, se puede asociar a otras alteraciones cognitivas (déficit de memoria, orientación, lenguaje o capacidad visuoespacial o de la percepción); la mayoría de las veces su causa es multifactorial. Es frecuente en la persona mayor, especialmente en los frágiles hospitalizados. (American Psychiatric Association, 2014).

g. Lesión por presión

Las lesiones por presión se definen como el daño localizado en la piel y/o en el tejido blando subyacente, habitualmente sobre una prominencia ósea o derivado de un dispositivo médico o de otro tipo. La piel de la lesión puede presentarse como piel intacta o como úlcera abierta y ser dolorosa. Se produce como resultado de una presión intensa y/o prolongada o de la conjunción de presión y fuerzas de cizalla. En la tolerancia de los tejidos blandos a la presión y la cizalla también pueden influir la nutrición, la perfusión, las comorbilidades y el estado de dichos tejidos blandos (Registered Nurses´Association of Ontario RNAO, 2016).

h. Polimedicación (polifarmacia)

Si bien existen en la literatura distintas definiciones en relación al número de medicamentos que constituyen polifarmacia en personas mayores, pareciera haber consenso en el uso simultáneo de cinco o más fármacos. (Jyrkkä, Enlund, & Korhonen, 2009).

i. Uso de medicamentos potencialmente inapropiados en la persona mayor

Corresponde a la utilización de medicamentos que poseen una relación riesgo-beneficio desfavorable en las personas mayores, o bien que existen alternativas de uso que son de mejor relación costo-efectividad. (O'Connor, Gallagher, & O'Mahony, 2012).

j. Trastorno neurocognitivo

Se define como un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de funciones cognitivas superiores mayores a lo esperado para la edad y nivel educacional. Dentro de los dominios sintomáticos que pudieran afectarse están: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, funciones visuoperceptivas y visuoconstructivas y cognición social.

La diferencia entre trastorno neurocognitivo mayor y menor se basa en el nivel de severidad de los defectos cognitivos y especialmente en la conservación o no de autonomía para el desempeño en las actividades instrumentales o complejas de la vida diaria.

Este síndrome clínico puede llevar a la aparición de otros síndromes geriátricos tales como sobrecarga del cuidador, trastornos conductuales y/o psicológicos. (Fuentes, 2014).

Funcionalidad

Es la capacidad de una persona de llevar por sí misma la orientación de sus actos, hacer lo que ella o él desee de su entorno, realizando las actividades de la vida diaria desde el punto de vista psíquico, físico y social (SENAMA, 2000). Cabe señalar que, actualmente, esta definición está siendo utilizada por el SENAMA.

Según su grado de funcionalidad, las personas mayores se pueden clasificar en (SENAMA, 2000):

a. Persona mayor autovalente sana

Aquella persona mayor de 60 años, cuyas características físicas, funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica, es capaz de realizar las actividades funcionales esenciales de autocuidado: comer, vestirse, desplazarse, bañarse y las actividades necesarias para adaptarse a su medio ambiente: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites.

b. Persona mayor frágil

Es aquella persona que ve afectada su autonomía por factores físicos, ambientales, psicológicos, sociales o económicos. Actualmente no existe un patrón de referencia que defina de forma exacta, debido a la multidimensionalidad de los factores, sin embargo, cualquiera sea la definición o criterio, se explica por una menor reserva fisiológica (homeostenosis) y mayor riesgo de pérdida de la homeostasis, pudiéndose utilizar como referencia la presencia de alguno de los siguientes hechos (Guillén, Pérez del Molino, & Petidier, 2008):

- Edad elevada (mayores de 75-80 años)
- Soledad
- Deterioro adquirido recientemente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).
- Presencia de síndromes geriátricos
- Pluripatología (multiplicidad de problemas complejos que interactúan y pueden manifestarse de forma atípica o inespecífica)
- Riesgo de institucionalización prematura o inadecuada.

En otra definición, se considera como una persona mayor frágil aquella que presenta una disminución de la reserva fisiológica o lo que se ha llamado un estado de homeoestenosis. Este estado se traduciría en un aumento del riesgo de incapacidad, una pérdida de la resistencia y una mayor vulnerabilidad a eventos adversos manifestada por mayor morbilidad y mortalidad (Ouslander & Hazzard, 1999).

Otra de las formas de detectar fragilidad es la aplicación de los criterios del fenotipo físico de fragilidad, el que hace referencia a los siguientes criterios (Fried & Tangen, 2001):

- Pérdida de peso no intencionada: 4.5 kilogramos o más del 5% del peso corporal en el último año.
- Debilidad muscular: fuerza prensora menor al 20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal.
- Baja resistencia al cansancio: auto referido por la misma persona.

- Velocidad de la marcha: mayor o igual a 6 segundos para recorrer una distancia de 4.57 metros.
- Nivel bajo de actividad física: basado en el cálculo del consumo de calorías por debajo del quintil inferior ajustado por sexo (Hombre < a 383Kcal/semana y mujer < de 270 Kcal/ semana).

En personas con procesos de salud agudos, se deben estabilizar los cuadros de base antes de realizar el diagnóstico de fragilidad.

La presencia de 3 o más criterios indica fragilidad.

c. Persona mayor dependiente:

Es aquella persona mayor de 60 años que se ve imposibilitado de efectuar las actividades de la vida diaria y requiere de apoyo constante para desarrollarlas.

Discapacidad

Es un término genérico que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (ambientales y personales) (OMS, 2001).

Rehabilitación

Es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. La condición de salud se refiere a enfermedades (agudas o crónicas), trastornos, lesiones o traumatismos. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, la anomalía congénita o la predisposición genética (OMS, 2017).

Ayuda técnica

Es cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente o ampliamente disponibles, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la independencia y el funcionamiento de las personas y, por tanto, promover su bienestar. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias (OMS, 2016).

Dependencia

Estado asociado a una condición de salud física, sensorial y/o mental que lleva a la pérdida de funcionalidad, requiriendo asistencia de otra persona o apoyos para realizar sus actividades de la vida diaria, básicas, instrumentales y avanzadas, acorde a su ciclo vital, considerando el enfoque de curso de vida (SENAMA, 2011).

Accesibilidad

Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud y de otros ámbitos en los establecimientos de la red del intersector, tales como escuelas, juntas de vecinos, lugares de trabajo, domicilios, entre otros. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación u otros de similar naturaleza.

Existen distintos tipos de accesibilidad (SENAMA, 2011):

- Accesibilidad Arquitectónica: referida a edificios públicos y privados.
- Accesibilidad en el Transporte: referida a los medios de transporte públicos.
- Accesibilidad en la Comunicación: referida a la información individual y colectiva.
- Accesibilidad en Salud: referida a las prestaciones sanitarias.
- Accesibilidad Judicial: referida al acceso a la justicia como derecho humano.
- Accesibilidad Urbanística: referida al medio urbano o físico.

Cuidador

Persona que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas. Se puede distinguir entre (SENAMA, 2011):

Cuidador Formal: Personal que atiende a la persona mayor en una institución (establecimientos de larga estadía). El cuidador formal también pude ser el personal contratado que asiste a la persona mayor en su hogar.

Cuidadores Informales o Primarios: Familiar que ejerce la tarea de cuidado cuando la persona mayor vive en casa y que necesita del apoyo de otro. El cuidador informal presta la asistencia básica, no se refiere a cuidados profesionales.

Gestión de Casos

Sistema clínico, orientado al individuo, que se centra en la continuidad de cuidados, basado en la coordinación de servicios y recursos precisos para las personas y sus familias; que asegura y facilita el logro de resultados, costos clínicos y de calidad; interviene en los puntos clave para cada paciente, afronta y resuelve problemas (Zander, 1991).

Valoración Geriátrica Integral

Proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario cuyo propósito es reconocer y cuantificar las discapacidades y problemas biomédicos, funcionales, psicológicos y sociales de la persona mayor, con el fin de elaborar un plan exhaustivo de cuidados y seguimiento a largo plazo (Rubenstein, 1987). Pese a que la definición posee más de 30 años, se mantiene vigente hasta hoy y es utilizada como fuente en gran parte de la evidencia internacional revisada para el desarrollo de esta orientación técnica.

VIII. MODELO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

El modelo de atención geriátrica integral propuesto para las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), estipula que tanto al ingreso, durante y previo al egreso se debe aplicar la metodología clínica de la geriatría denominada "Valoración Geriátrica Integral". El enfoque considera una valoración multidimensional, detectando oportunamente los compromisos funcionales exacerbados por el o los cuadros agudos en curso, en el ámbito físico, mental y social. Esta evaluación debe ser realizada tanto por el médico como por cada uno de los profesionales del equipo, obteniendo como resultado el plan terapéutico interdisciplinario de intervención para la persona mayor frágil que ingresa a la unidad.

El abordaje clínico no solo está orientado a la recuperación de la condición aguda de la persona mayor frágil, sino también a la rehabilitación inicial de aquellas discapacidades secundarias al proceso agudo en curso. La recuperación de la máxima funcionalidad posible, como uno de los objetivos terapéuticos, favorecerá la reinserción familiar y comunitaria de la persona mayor, además de la disminución de los días de hospitalización y su probable re-ingreso.

El equipo rehabilitador integrado por kinesiología, terapia ocupacional y fonoaudiología, en el contexto del modelo de rehabilitación intrahospitalaria, debe detectar las necesidades inmediatas de la persona mayor frágil, prevenir la discapacidad secundaria y desarrollar un plan de rehabilitación que eventualmente pueda continuar al egreso de la persona mayor, en el nivel asistencial y en la intensidad que corresponda. Paralelamente se debe realizar una evaluación nutricional, realizado por nutricionista.

Un diagnóstico social oportuno, realizado por trabajo social desde el ingreso, será muy relevante para conocer las redes de apoyo directo y preparar la derivación donde corresponda al egreso de la unidad.

Es indispensable durante todo el proceso de hospitalización en la UGA, una colaboración y comunicación continua entre todo el equipo de salud de la unidad.

Se consideran como prestaciones mínimas en la UGA:

- 1. Evaluación periódica por geriatra de la unidad
- 2. Evaluación y atención continua de enfermería
- 3. Intervenciones terapéuticas por equipo interdisciplinario: geriatría, medicina interna, salud mental, fisiatría, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social, fonoaudiología, kinesiología, nutrición y dietética, otras disciplinas que se requieran.
- 4. Seguimiento farmacoterapéutico.
- 5. Farmacovigilancia.
- 6. Reunión interdisciplinaria semanal.
- 7. Apoyo psicológico al paciente, a la familia o cuidador.
- 8. Interconsulta a médicos de otras especialidades según requerimiento.
- 9. Realización de acciones de enlace con otros servicios clínicos de hospitalización para evaluación y gestión clínica de personas mayores que se encuentren hospitalizadas.
- 10. Preparación, seguimiento, control y planificación de alta por parte del equipo interdisciplinario de la unidad.

11. Plan de educación al cuidador establecido por el equipo interdisciplinario UGA, de acuerdo a los riesgos detectados durante el proceso de hospitalización y que pudieran continuar luego del alta.

La Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) debe estar coordinada con las otras unidades y servicios del hospital donde esté inserta, así como con otros dispositivos, de todos los niveles asistenciales y con la red de apoyo social y comunitaria.

Geriatrización del arsenal farmacológico

Con el propósito de otorgar mayor seguridad a las personas mayores frágiles ingresadas a la UGA y la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles, se propone revisar el arsenal farmacológico disponible en la institución donde esté inserta la UGA, a fin de sugerir al comité de farmacia y terapéutica del establecimiento, ciertas modificaciones al mismo, dirigidas a establecer:

- Restricciones de uso de medicamentos existentes en el arsenal y que no son recomendados para ser utilizados, dado que pueden generar un balance riesgo-beneficio desfavorable para la salud de las personas mayores hospitalizadas en la unidad. Se debe respaldar con la evidencia científica disponible. Ejemplos: clorpromazina, clorfenamina.
- Incorporar en el arsenal medicamentos más seguros y eficaces en personas mayores respecto a otros disponibles en el hospital. Presentar evidencia científica disponible que respalde los riesgos y la falta de efectividad. Ejemplo: lactulosa como alternativa a vaselina líquida.
- Incluir medicamentos que sustituyan el uso de otros que puedan fomentan la polifarmacia y la cascada de la prescripción. Ejemplo: eliminar el uso de sulfato ferroso en personas mayores frágiles.

Se sugiere que los requerimientos al comité de farmacia y terapéutica especifiquen claramente: cantidades mensuales estimadas de medicamentos, aquellos que dejarán de utilizarse, así como también incorporar para cada modificación, el argumento científico que respalda la solicitud.

IX. PROCESO DE ATENCIÓN EN LAS UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

Ingreso a la unidad

Criterios de ingreso

Persona mayor con criterios de fragilidad y con potencial de recuperación biomédica y funcional, que cumplan con los siguientes criterios:

- · Que tenga 2 o más síndromes geriátricos.
- Riesgo de pérdida de funcionalidad con un Índice de Barthel basal de 60 puntos o más (considerada como 2 semanas previas a su hospitalización).
- La UGA corresponde a una unidad de cuidados medios (ex agudos) por lo cual la persona mayor no debe estar con riesgo vital al momento de su ingreso.
- En el caso del traslado a la UGA desde otra unidad del hospital, debe previamente producirse la autorización de la especialidad (médica o quirúrgica) del servicio de origen y estipulado en ficha clínica.
- El ingreso de la persona mayor a la UGA debe estar evaluado y autorizado por un médico de la unidad y en horario inhábil será diferido hasta recibir la evaluación correspondiente.

*Cabe señalar que el cumplimiento de estos criterios de ingreso no debe obstaculizar las funciones y atribuciones que posee la "Unidad de Gestión de Camas" en la asignación de cupos disponibles en la UGA.

Criterios de exclusión

- Persona mayor sin capacidad de recuperación funcional, sin perjuicio del derecho a los cuidados paliativos
- Persona mayor con inestabilidad hemodinámica o necesidad de soporte tecnológico de alta complejidad (invasiva y no invasiva) que requiera ingreso a una unidad de paciente crítico.

*Se recomienda jerarquizar y contextualizar los criterios de ingreso anteriormente mencionados de acuerdo a realidad local.

Gestión administrativa para el ingreso a la UGA

El proceso se inicia a través de una interconsulta, realizada por un médico, que solicita la evaluación por el equipo interdisciplinario de la UGA. El ingreso a la unidad está supeditado a los resultados de esta evaluación y a la autorización, consignada en una evolución en ficha clínica, del médico geriatra o médico internista del equipo. Si es aceptada, se avisa a la unidad de gestión camas para formalizar y gestionar el traslado. De no existir disponibilidad de cama en ese momento, se registra a la persona mayor en una lista de espera para ser considerada cuando se produzca el cupo (equipo interdisciplinario asigna prioridad de ingreso). En estos casos el equipo interconsultor UGA sugerirá un plan de tratamiento al equipo de salud del servicio y/o unidad en la cual la persona mayor frágil quede hospitalizada. Ver flujograma de ingreso y egreso a la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) (Anexo 11).

La persona mayor puede ser derivada desde otros servicios del propio hospital o desde otros establecimientos de la red asistencial.

Cuando el requerimiento viene desde otra unidad o servicio del hospital la interconsulta debe llegar directamente a la secretaria de la UGA para seguir el proceso anteriormente mencionado.

En el caso de derivación desde otro establecimiento de salud, la solicitud (interconsulta) se debe canalizar a través del servicio de urgencias de la institución en donde esté inserta la UGA. Al momento del ingreso de la persona mayor frágil al servicio de urgencias, la unidad de gestión de camas se encargará de gestionar la evaluación por el equipo interdisciplinario de la UGA y así definir si cumple con los criterios de ingreso.

Egreso de la unidad

Criterios de egreso

Se considera que la persona mayor se encuentra en condiciones de egreso de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) cuando:

- · Se cumplen los objetivos terapéuticos propuestos por el equipo interdisciplinario UGA durante el proceso de hospitalización.
- Las intervenciones, procesos diagnósticos o de tratamiento, necesarios para la persona mayor frágil requiere de una estadía prolongada o no corresponden al modelo de atención integral propuesto para la UGA.
- Se complica la condición clínica de la persona mayor frágil y la capacidad terapéutica de la UGA no sea suficiente.
- Fallecimiento.

El egreso de la persona mayor debe definirse en sesión interdisciplinaria y tiene que ser minuciosamente programada, debe ser temprana pero no precipitada, entendiéndose que una vez alcanzado el techo de posibilidades terapéuticas que puede ofrecer la UGA, la persona mayor debe ser contrareferida sin demora hacia el domicilio y/o el dispositivo socio sanitario que requiera; de esta forma se disminuirán los riesgos clínicos de una hospitalización prolongada como la progresiva mayor dificultad de adaptación de la persona mayor a su medio.

Confección de epicrisis en la UGA

El médico elabora la epicrisis de la cual se deben generar tres copias. En aquellos casos que funcionen con formato digital, se debe resguardar la entrega en físico del documento a la persona mayor o red de apoyo directa. Del total de las copias de epicrisis, una va dirigida al dispositivo donde la persona mayor será derivada, otra queda en ficha clínica y una tercera se entrega a la persona mayor, tutor o a su red de apoyo directo. Al final del documento debe quedar indicado el lugar donde es contrareferido para continuar su atención de salud.

De los contenidos específicos importantes de consignar en la epicrisis están:

- · Diagnóstico de ingreso y egreso: síndromes geriátricos detectados.
- · Breve reseña de la evolución multidimensional: física o funcional, mental, biomédica y social.
- Evaluación funcional (Índice de Barthel u otros) realizada al ingreso, durante y al egreso.
- · Evolución intrahospitalaria de la persona mayor.
- · Organización horaria de la terapia farmacológica para el domicilio, considerando hábitos de la persona mayor, interacciones farmacológicas e incompatibilidades.

- Pautas de tratamiento no farmacológico a seguir en su hogar o institución donde sea derivado.
- Indicaciones al egreso de los profesionales no médicos que participaron en el proceso de hospitalización.
- · Ayudas técnicas específicas requeridas (si es necesario).
- Contenidos abordados en la educación al cuidador o red apoyo directa.
- Derivaciones a otros dispositivos según sea necesario, definiendo frecuencia, tiempos y el nivel de atención que la persona mayor requiere.

Atención ambulatoria posterior al alta

El modelo de atención geriátrica integral propuesto, incorpora el seguimiento de la persona mayor egresada de la UGA. La atención ambulatoria por Geriatra o Médico internista de la unidad debe ser coordinada correctamente por la Enfermera gestora de casos con la red de apoyo directa de la persona mayor y el nivel asistencial correspondiente. Debe ponerse énfasis en que la información sobre el tratamiento farmacológico indicado en la atención primaria o secundaria llegue correctamente al médico del equipo UGA, evitando errores en la prescripción e ingesta de fármacos. Se sugiere como tiempo máximo de espera para el control 7 días posteriores al alta (o de acuerdo a realidad local). Además en esta instancia se puede incorporar la atención de otros profesionales del equipo, dependiendo de las condiciones de cada UGA. Se sugiere realizar un seguimiento telefónico por Enfermera gestora de casos, a aquellas personas mayores que no asistan a la atención programada.

En esta instancia, se definirá si corresponde la derivación a la atención secundaria.

Coordinación con otros niveles asistenciales

El modelo de atención de las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) promueve la continuidad de los cuidados que deben recibir las personas mayores egresadas de la unidad. Para esto el equipo de la UGA debe establecer una buena coordinación y comunicación, no solo con la familia y red de apoyo, sino también con el nivel asistencial que corresponda, facilitando la llegada oportuna de información clínica y administrativa que sea requerida para una atención continua de la persona mayor. En este ámbito, la enfermera gestora de casos y la trabajadora social, a través de un trabajo conjunto y coordinado, poseen un rol clave en la mantención de una comunicación permanente, en especial con el CESFAM de referencia. En este contexto, la detección precoz de alguna complicación o reagudización del cuadro, debe ser comunicada oportunamente entre los niveles asistenciales correspondientes, favoreciendo una entrega oportuna de la atención de salud que la persona mayor requiera.

Al mismo tiempo, la gestora de casos debe enviar oportunamente la epicrisis en formato PDF, encriptada (clave) y vía correo electrónico al referente designado del CESFAM, al químico farmacéutico (si se dispone del recurso) y al dispositivo sociosanitario que corresponda, previa coordinación y definición del proceso con los involucrados.

Alta administrativa

Esta situación se produce, en forma voluntaria, a solicitud de la persona mayor, su familiar a cargo o su tutor legal. Se debe realizar por escrito o con firma en ficha clínica. De igual forma se debe generar una epicrisis médica donde se consigne condición clínica al egreso y quede registro del motivo del alta.

En esta instancia, el equipo de Trabajo Social y la Enfermera Gestora de Casos debe realizar seguimiento de la persona mayor, ya sea con su entorno de apoyo y con el dispositivo de atención primaria correspondiente.

Fallecimiento

El modelo de atención en las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) considera un acompañamiento inicial psicosocial para la familia y entorno de apoyo de la persona mayor fallecida. Esta intervención considera una consejería breve realizada de preferencia por el Médico Geriatra o Internista de la unidad. En caso de ausencia del médico, esta intervención podría ser realizada por algún miembro del equipo interdisciplinar UGA. En este contexto, la enfermera gestora de casos deberá informar a la dirección del CESFAM o referente designado.

Los flujos administrativos al momento del fallecimiento serán los mismos definidos por la institución en donde la UGA esté inserta.

Ver flujograma del modelo de atención integral en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) (Anexo 12).

X. REQUERIMIENTO DE RECURSO HUMANO PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UGA

Unidad de Cuidados Medios Geriátricos

El modelo de atención clínica de las Unidades Geriátricas Agudos (UGA) posee un enfoque no solo orientado a la estabilización y recuperación del cuadro agudo, además promueve la detección de los compromisos funcionales exacerbados por el o los cuadros agudos en curso, la valoración multidimensional continua y la rehabilitación inicial de las personas mayores durante el proceso de hospitalización cerrada.

Si bien la UGA correspondería a un nivel de cuidados medios (ex agudos), no se puede asimilar los recursos humanos requeridos para su implementación con un servicio de medicina, cirugía u otra unidad de agudos de un hospital de alta complejidad. En esas unidades el abordaje terapéutico está orientado exclusivamente a la fase aguda de la enfermedad, sin considerar todas las dimensiones que estipula el modelo de atención integral propuesto para la UGA.

Al mismo tiempo se espera que el equipo interdisciplinario de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) se constituya como un referente técnico en la institución donde esté inserta, participando activamente en:

- Interconsultas a otras unidades y/o servicios del hospital
- · Capacitación continua en temas atingentes a todos los estamentos de la institución
- Desarrollo y colaboración en la implementación de guías y protocolos específicos para la mejora continua de los cuidados hacia las personas mayores frágiles ingresadas en la UGA y otros servicios de la institución. Se propone un trabajo conjunto en la detección de necesidades y soluciones de las personas mayores frágiles con otras unidades y especialidades de la institución. Por ejemplo: plan de prevención y manejo del síndrome confusional en personas mayores hospitalizadas y deprescripción de benzodiacepinas.
- Rol activo en la formación de pre y postgrado de los alumnos que estén participando de los convenios docente-asistencial del hospital
- · Coordinación y trabajo conjunto con la atención primaria

Dotación y asignación de cargos por cada estamento

El requerimiento de horas sugerido por estamento, en esta orientación técnica, está estipulado para una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) con una capacidad de 12 camas más una sala de aislamiento.

Asignación y distribución de cargos por cada UGA:

- 2 cargos de Médico Geriatra 22 horas
- 1 cargo de 44 horas de Médico Internista.
- 1 cargo 44 horas Enfermera Diurna (gestora de casos)
- 4 cargos de Enfermera Clínica (cuarto turno)
- 1 cargo 22 horas de Farmacéutico Clínico

^{*}Se sugiere jerarquizar y contextualizar lo anteriormente mencionado a la realidad local.

- 1 cargo TENS 44 horas diurno
- 8 cargos TENS (cuarto turno)
- 4 cargos Auxiliar de Servicio (cuarto turno)
- 1 cargo secretario/a Administrativo 44 horas.

Para otros profesionales, se sugiere considerar horas disponibles desde las unidades competentes, según corresponda, a fin de asegurar la prestación. Para una correcta cobertura se propone la siguiente asignación de horas:

- · 22 horas de Trabajo Social
- 44 horas de Kinesiología
- · 11 horas de Nutrición y Dietética
- 44 horas de Terapia Ocupacional
- · 22 horas de Psicología
- · 22 horas de Fonoaudiología.

Principales funciones por disciplina

A continuación se mencionan las funciones sugeridas para cada uno de los miembros del equipo interdisciplinario de la Unidad Geriátrica de Agudos, además en algunos perfiles, se propone una distribución semanal de las horas asignadas y funciones asociadas.

Geriatría

- Realización de la evaluación inicial, verificar criterios de ingreso y autorizar el ingreso de la persona mayor frágil a la UGA. (1 hora semanal).
- Realización de la Valoración Geriátrica Integral a la persona mayor ingresada a la unidad. (1 hora semanal).
- · Información al equipo interdisciplinario del ingreso de la persona mayor a la unidad, para iniciar las evaluaciones correspondientes por cada profesional.
- · Identificación de síndromes geriátricos y establecer planes de manejo durante la hospitalización y post alta.
- Planificación junto al resto del equipo, los objetivos a cumplir durante la hospitalización y el alta. (1 hora semanal).
- · Liderar reunión familiar con equipo interdisciplinario (se incluye tratante en los casos que estén hospitalizados en otro servicio), para comenzar planificación del alta, informar respecto a situación clínica de la persona mayor, objetivos de la hospitalización, pronósticos y planes, desde el primer día de ingreso. (2 horas semanales).
- Determinación de la necesidad de apoyo de atención domiciliaria posterior al alta, y avisar a la unidad para que recepcionen el caso.
- · Coordinación y dirección de las reuniones del equipo y la ejecución del plan de trabajo acordado para cada persona mayor. (2 horas semanales).
- Atención ambulatoria post alta de personas mayores egresadas de la unidad, según necesidad.
 (2 horas semanales).

- · Visita médica diaria a personas mayores a su cargo. (10 horas semanales). Carga: 6 camas. Rendimiento: atención de 3 personas mayores hospitalizadas por hora.
- Interconsultas a servicios o unidades que lo soliciten para eventual ingreso a la UGA o para manejo en el servicio de origen. (2 horas semanales).
- · Actividades administrativas relacionadas con la jefatura o la coordinación de la unidad. (1 hora semanal).
- · Planificación de capacitaciones con enfoque de geriatrización de la medicina en el hospital donde este inserta la UGA y en los distintos niveles asistenciales según se requiera. Además de apoyar con telemedicina, consejerías, entre otras.

Medicina Interna

- Realización de la evaluación inicial al ingreso en la UGA, junto con el geriatra. (6 horas semanales).
- Participación en la Valoración Geriátrica Integral de la persona mayor frágil ingresada a la UGA.
 (4 horas semanales).
- Participación en la planificación del alta junto al resto del equipo de la unidad. (1 hora semanal).
- Realización del seguimiento de la ejecución del plan terapéutico acordado para cada persona mayor frágil hospitalizada en coordinación con el equipo rehabilitador. (2 horas semanales).
- Información a médico geriatra respecto a cambios y evolución clínica presentados por la persona mayor.
- Participación en reuniones clínicas de equipo. (2 horas semanales).
- · Participación en entrevistas con familias y educación, según necesidad, sobre acciones del equipo de Geriatría a realizar con la persona mayor. (2 horas semanales).
- · Visita médica diaria a personas mayores. Carga: 12 camas. Rendimiento: atención de 3 personas mayores hospitalizadas por hora. (20 horas semanales).
- · Atención ambulatoria post alta de personas mayores egresadas de la unidad, según necesidad. (5 horas semanales).
- · Apoyo al médico geriatra y al equipo en general, en el manejo de cuadros clínicos complejos.
- · Apoyo en la realización de procedimientos clínicos según necesidad y normativa local. (2 horas semanales).

Enfermería Diurna (Gestión de Casos)

- Participación en la planificación de actividades para equipo de enfermería según particularidades del usuario.
- Realización de visita de enfermería diaria a familia y personas mayores según necesidad.
- · Mantención de un clima laboral grato, basado en el respeto entre las personas.
- · Planificación y ejecución de perfeccionamiento continuo del equipo de enfermería.
- Recepción y entrega de turno en la unidad de la persona mayor hospitalizada, describir información relevante según normativa interna y condición clínica.
- Realización de ingresos y altas de usuarios de la Unidad Geriátrica de Agudos. En el caso de ingresos, resguardar que se cumplan criterios definidos para la Unidad.

- Participación en la reunión diaria de gestión cama.
- · Cumplimiento y supervisión de la ejecución del plan de cuidados asignado a cada persona mayor hospitalizada en la unidad.
- · Supervisión de registros en hoja de indicaciones médicas y de enfermería de los cuidados realizados y de las novedades durante su turno.
- Supervisión del cumplimiento del conducto regular establecido, cumpliendo sus normas y protocolos vigentes.
- Participación en reuniones clínicas de equipo y capacitaciones según convocatoria.
- · Conocimiento, aplicación y cumplimiento de los protocolos de calidad e IAAS establecidos en el centro de salud hospitalario.
- Apoyo a las labores del médico geriatra y médico internista.
- Prevención y vigilancia activa en la detección de síndromes geriátricos presentes en las personas mayores frágiles hospitalizadas en la unidad.
- · Participación en entrevistas con familias y educación sobre acciones del equipo de geriatría a realizar con el paciente.
- Educación de cuidados específicos de la persona mayor e importancia de su continuidad en el domicilio.
- Apoyo en la preparación y coordinación del alta de la persona mayor.
- Aviso de las altas y envío de información oportuna en coordinación con la red sociosanitaria.
 Seguimiento telefónico precoz post alta, favorecer la continuidad de los cuidados de salud y la reincorporación de la persona mayor a sus programas habituales.
- · Confección y difusión de informes de cumplimiento y resultados del plan de trabajo.
- Participación en reuniones clínicas de equipo y capacitaciones según convocatoria.
- Registro de indicadores pertinentes a la unidad.
- · Coordinación y funcionamiento de la unidad. Labores administrativas asociadas.
- · Aplicación de pautas específicas de UGA, y las correspondientes en ámbitos de calidad e IAAS según corresponda en cada institución.

Enfermería (cuarto turno)

- · Elaboración de planes de enfermería individualizados con énfasis en protección del estado basal de la persona mayor, tanto a nivel cognitivo como funcional, logrando estimular la realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) según estado clínico.
- Planificación y ejecución de actividades para equipo de enfermería según particularidades de la persona mayor, con énfasis en control de signos vitales, estado de conciencia, cuidados de la piel y prevención de lesiones por presión, ingesta y tolerancia oral, egresos: diuresis, deposiciones; grado de asistencia o supervisión en deambulación, entre otros.
- · Cumplimiento y supervisión del plan de atención de enfermería derivado del diagnóstico, tratamiento médico y evaluación de enfermería de las personas mayores bajo su cuidado.
- · Atención de enfermería personalizada y humanizada a la persona mayor y su familia de acuerdo al modelo de atención geriátrica integral.

- · Comunicación continua al equipo de enfermería y médico tratante sobre cualquier eventualidad y cambio relevante en el estado de salud de la persona mayor.
- · Supervisión del cumplimiento de las normas en procedimientos de enfermería realizados.
- · Valoración de forma continua de las necesidades de las personas mayores y de sus cuidadores.
- · Educación permanentemente a familiares sobre cuidados específicos de la persona mayor.
- · Evaluación y gestión de las necesidades clínicas y administrativas de las personas mayores hospitalizadas en la unidad.
- Establecimiento de medidas de prevención de complicaciones, tempranas o tardías, propias del ingreso y problemas previos que pueden influir en la recuperación funcional de la persona mayor frágil.
- · Acompañamiento continuo de las personas mayores hospitalizadas.
- Fomento de la educación sanitaria de la persona mayor y su familia y/o cuidador para que participe en el proceso de atención integral y colaboren para realización de ABVD.
- · Colaboración en el trabajo de los distintos profesionales del equipo interdisciplinario.
- Recepción y entrega de turno según protocolo de entrega de turno.
- Mantención de registros completos en hoja de indicaciones médicas y de enfermería de los cuidados realizados y de las novedades durante su turno y velar que el personal a cargo los realice.
- Mantención de un clima laboral grato basado en el respeto entre las personas del equipo de salud y con el usuario y respectivos cuidadores.
- · Conocimiento, cumplimiento y aplicación de los protocolos de calidad y seguridad para la persona mayor, normas de IAAS y hospital amigo.
- · Colaboración en procedimientos realizados por médicos según normativa existente.
- · Conocimiento del estatuto administrativo, normas de la institución y normas específicas de la unidad.
- · Participación en reuniones clínicas de equipo y capacitaciones según convocatoria.
- · Promoción de los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional.
- · Supervisión del buen funcionamiento y cuidado de los insumos y equipamiento, dando aviso durante el turno de desperfectos.
- Detección de las debilidades técnicas del equipo de enfermería y colaboración en el perfeccionamiento continuo.
- · Coordinación permanente con otros servicios clínicos y de apoyo.
- Educación de cuidados específicos de la persona mayor e importancia de su continuidad en el domicilio o institución de destino.
- · Preparación y coordinación del alta de la persona mayor.
- · Elaboración y entrega de epicrisis de enfermería con cuidados a realizar en domicilio o institución de destino.

Kinesiología

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Valoración motora de la persona mayor hospitalizada en la UGA para aportar desde su disciplina a la valoración geriátrica integral (6 horas semanales).
- · Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria deambulación (8 horas semanales).
- · Participación en reunión de equipo interdisciplinario (2 horas semanales).
- Educación a la familia o entorno directo en estrategias de movilización de personas mayores frágiles (4 horas semanales).
- · Valoración y seguimiento integral de programas de marcha, posicionamiento, transferencias, fisioterapia y terapia respiratoria (4 horas semanales).
- Educación y entrenamiento a las personas mayores y su entorno directo respecto a las ayudas técnicas requeridas (2 horas semanales).
- Interconsultas a personas mayores frágiles hospitalizadas en otros servicios del hospital (4 horas semanales).
- · Atención ambulatoria posterior al egreso de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Atención ambulatoria que aborde la prevención y tratamiento de caídas (4 horas semanales).
- Registro diario estadístico (2 horas semanales).

Terapia Ocupacional

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Valoración ocupacional de la persona mayor respecto a su historia de vida para aportar desde su disciplina a la valoración geriátrica integral (6 horas semanales).
- Entrenamiento en actividades básicas de la vida diaria (alimentación, aseo y confort, praxias) (8 horas semanales).
- Recuperación/mantención de la mayor independencia funcional posible e intentar asegurar su permanencia en el entorno más adecuado para la persona mayor, identificando con la familia o entorno directo, barreras arquitectónicas en domicilio y adaptaciones del entorno domiciliario.
 (3 horas semanales).
- Educación a la persona mayor, su familia/cuidador y entorno directo sobre el manejo en domicilio al alta (actividades básicas de la vida diaria, planificar las rutinas, manejo no farmacológico de trastornos conductuales, modificaciones arquitectónicas, entre otras). (2 horas semanales).
- · Participación en la reunión de equipo interdisciplinario (2 horas semanales).
- Resolver interconsultas emitidas desde otras unidades o servicios de la institución, para evaluación y mantención de la funcionalidad (6 horas semanales).
- · Atención ambulatoria posterior al egreso de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA para verificar cumplimiento de planes de tratamiento (4 horas semanales).
- Elaboración de Órtesis (2 horas semanales).

- · Elaboración de material de estimulación cognitiva y funcional acorde a historia de vida de cada persona mayor frágil hospitalizada (2 horas semanales).
- · Prevención de síndromes confusionales mediante terapia de orientación a la realidad (3 horas semanales).
- Registro diario estadístico (2 horas semanales).

Nutrición y Dietética

- · Valoración nutricional de persona mayor y asesorar al equipo sobre el mejor régimen nutricional intrahospitalario para cada caso (4 horas semanales).
- Participación en minutas por nivel de riesgo de disfagia para la programación de alimentación diaria de personas mayores hospitalizadas en la UGA (2 horas semanales).
- Educación a la familia respecto a régimen de alimentación indicado, incentivando el retiro de Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) desde el Centro de Salud Familiar (CESFAM) al alta (2 horas semanales).
- · Atención ambulatoria posterior al egreso de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA, orientada al manejo nutricional al alta (2 horas semanales).
- Registro diario estadístico (1 hora a la semana).

Fonoaudiología

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- Participación en reunión de equipo interdisciplinaria (2 horas semanales).
- · Valoración de la persona mayor respecto a la comunicación y deglución, para aportar desde su disciplina a la valoración geriátrica integral (6 horas semanales).
- Resolución de interconsultas emitidas desde otras unidades o servicios de la institución que requieran la evaluación y manejo de la persona mayor con trastornos de cognición y secuelas del lenguaje (2 horas semanales).
- · Elaboración y asesoría en protocolos de alimentación segura a personas mayores hospitalizadas (2 horas semanales).
- · Educación a la familia/cuidador o entorno directo de apoyo en texturas de alimentos y alimentación segura (2 horas semanales).
- · Atención ambulatoria posterior al egreso de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA que requieran rehabilitación fonoaudiológica (5 horas semanales).

Farmacia Clínica

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Realización de historia fármaco terapéutica y conciliación farmacológica de personas mayores frágiles ingresadas a la UGA (2 horas semanales).
- Detección, prevención y resolución de problemas de salud relacionados con medicamentos (2 horas semanales).

- Evaluación y manejo de adherencia terapéutica, polifarmacia, reacciones adversas a fármacos, identificar medicamentos potencialmente inapropiados, interacciones farmacológicas, automedicación y uso de hierbas medicinales (2 hora semanal).
- Participación activa en la definición e implementación del arsenal terapéutico de la unidad (1 hora semanal).
- · Organización horaria y de la forma de administración de fármacos durante la hospitalización y al egreso de la persona mayor (2 hora semanales).
- Seguimiento fármaco terapéutico diario a las personas mayores hospitalizadas en la UGA (2 horas semanales).
- Educación fármaco terapéutica y adherencia al egreso de la persona mayor (2 horas semanales).
- · Coordinación de indicaciones farmacológicas con el nivel asistencial que corresponda (farmacéuticos de la red) al egreso de la persona mayor (1 hora semanal).
- · Participación en reunión de equipo interdisciplinaria (2 horas semanales).
- Evolución en ficha de la persona mayor frágil (2 hora semanales).

Trabajo Social

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Valoración social oportuna, atendiendo a las necesidades sociales de persona mayor, sus recursos y su red de apoyo (4 horas semanales).
- · Conocimiento de los recursos sociales disponibles, información a persona mayor, familiares y/o tutores, así como la gestión para el acceso a ellos en algún momento de la evolución (2 horas semanales).
- · Coordinación con comité técnico multisectorial del servicio de salud correspondiente, para la gestión de cupos ELEAM, evaluando potenciales candidatos a su ingreso (6 horas semanales).
- · Planificación de alta y desarrollar un plan de soporte y ayuda social en caso de necesidad (8 horas semanales).
- Gestión de casos con Enfermería y continuidad de los cuidados con APS u otro nivel asistencial (6 horas semanales).
- · Resolución de interconsultas emitidas desde otras unidades o servicios de la institución que requieran evaluación social (4 horas semanales).
- Seguimiento de casos posterior a su egreso de la unidad y coordinación permanente con otros niveles asistenciales e instituciones de otros sectores (4 horas semanales).
- · Elaboración de informes sociales de las personas mayores evaluadas (4 horas semanales).
- Registro diario estadístico (2 horas semanales).

Psicología

- Participación en las visitas periódicas del equipo para la evaluación de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA (4 horas semanales).
- · Valoración psicológica inicial y previa al alta (5 horas semanales).

- · Evaluación y plan de tratamiento indicado a gestionar con red de salud mental (2 horas semanales).
- · Resolución de interconsultas emitidas desde otras unidades o servicios de la institución que requieran evaluación social (4 horas semanales).
- Entrevista con familiares para planes de tratamiento individualizado de acuerdo a cada caso (1 hora semanal).
- Participación en reunión de equipo (2 horas semanales).
- · Atención ambulatoria posterior al egreso de personas mayores frágiles hospitalizadas en la UGA que requieran evaluación Psicológica (5 horas semanales).

Técnico de Enfermería Nivel Superior (TENS)

- · Atención de salud directa a todas las personas mayores a su cargo en forma integral, humanizada, basada en conocimientos y principios éticos.
- Ejecución de acciones administrativas asociadas a su rol de TENS.
- Realización de evaluaciones clínicas e intervención directa con las personas mayores, participando de actividades dirigidas por terapia ocupacional, kinesiología, psicología u otra disciplina del equipo interdisciplinario.
- Asistencia y educación a usuarios en aspectos de autocuidado y enfermería como: control de signos vitales, primeros auxilios, reentrenamiento vesical, administración de medicamentos orales, entre otros.
- Colaboración en la generación de material educativo para las personas mayores y sus familias o tutores.

Auxiliar de Servicio

- · Colaboración con el equipo de salud en la atención directa a las personas mayores en forma integral, humanizada y con principios éticos.
- · Mantención de la limpieza y orden del servicio.
- Ejecución de acciones administrativas en apoyo a la labor de atención clínica brindada por el equipo de salud.

Administrativo

- · Tramitación de documentación interna y externa a la UGA.
- Gestión de interconsultas.
- Registro de interconsultas en libro interno.
- · Cooperación en compras y licitaciones.
- Planificación telefónica de reuniones con familiares, tutores y otros.
- · Entrega de recetas con el respectivo registro.
- · Planificación de atención ambulatoria post-alta.

Principales funciones como equipo interdisciplinario UGA

- Integración de los elementos técnicos que competen a cada disciplina para la realización de la valoración geriátrica integral.
- · Elaboración del diagnóstico multidimensional en el ingreso de la persona mayor frágil a la UGA.
- · Confección del plan terapéutico interdisciplinario.
- Planificación en conjunto del egreso de la UGA de la persona mayor frágil.
- · Resolución de interconsultas enviadas desde otras unidades y servicios de la institución.
- · Planificación e implementación (en conjunto a la unidad de capacitación de la institución en donde esté inserta la UGA) de un programa anual de jornadas de capacitación sobre temáticas atingentes al modelo de atención geriátrica integral.
- Realización de reuniones periódicas (al menos una por semana) para coordinación y revisión de los procesos de hospitalización de las personas mayores frágiles ingresadas a la UGA.
- · Educación a la familia: plan de intervención, plan de cuidados al alta.
- · Atención ambulatoria posterior al alta, atención multidimensional según cada caso.
- · Coordinación intersectorial y con otros niveles de atención de la red de salud, pública o privada.
- Constitución del equipo interdisciplinario UGA como referente técnico en el modelo de atención geriátrica integral, en la institución donde esté inserta y con otros niveles de atención de la red de salud, pública o privada.

XI. REQUERIMIENTO DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO **PARA UNA UGA**

Requisitos mínimos de infraestructura para implementar una UGA

En función del modelo de atención geriátrica integral propuesto para las Unidades geriátricas de Agudos (UGA) y su modelo de gestión, se construyó el siguiente Programa Médico Arquitectónico (PMA) tipo, que responde a los requerimientos de infraestructura y equipamientos necesarios para la implementación de la unidad. A continuación en la tabla N°1 se detalla lo anteriormente mencionado.

TABLA Nº1: PROGRAMA MÉDICO ARQUITECTÓNICO TIPO PARA UNA UGA

1	CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 CAMAS MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)			
1.1	ÁREA ACCESO Y RECEPCIÓN	Recinto	Mt ²	M² total
1.1.1	SALA ESPERA	1	30	30
1.1.2	MESŐN RECEPCIÓN	1	9	9
1.1.3	SALA ESTAR FAMILIARES	1	15	15
1.1.4	SALA ENTREVISTA FAMILIAR	1	9	9
1.1.5	BAÑO PUBLICO	2	2	4
1.1.6	BAÑO PÚBLICO UNIVERSAL	1	4	4
1.2	ÁREA ADMINISTRATIVA			
1.2.1	MÓDULOS DE TRABAJO SUPERVISORES	2	6	12
1.3	ÁREA CLÍNICA			
1.3.1	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	18
1.3.2	SALA 4 CAMAS C/BAÑO UNIVERSAL Y CL.	3	70	210
1.3.3	SALA AISLAMIENTO C/ESCLUSA, BAÑO Y CL.	1	20	20
1.3.4	SALA ESTIMULACION PRECOZ	1	30	30
1.4	ÁREA APOYO CLÍNICO			
1.4.1	ESTACIÓN ENFERMERÍA	1	12	12
1.4.2	CLÍNICA ENFERMERÍA	1	10	10
1.4.3	DISPENSADOR MEDICAMENTOS	1	8	8
1.4.4	LAVACHATAS	1	5	5
1.4.5	REPOSTERO	1	2	2
1.4.6	BODEGA INSUMOS CLĪNICOS	1	6	6
1.4.7	BODEGA EQUIPOS	1	8	8
1.4.8	BODEGA DE AYUDAS TECNICAS	1	12	12

1.4.9	ROPA SUCIA	1	4	4
1.4.10	ROPA LIMPIA	1	6	6
1.4.11	ESTACIONAMIENTO CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDA	1	8	8
1.4.12	ASEO	1	3	3
1.4.13	RESIDUOS SÕLIDOS TRANSITORIOS	1	4	4
1.5	ÁREA APOYO CONFORT			
1.5.1	ESTAR FUNCIONARIOS C/KITCHENETTE	1	12	12
1.5.2	BAÑO FUNCIONARIOS	1	2	2
1.5.3	BAÑO FUNCIONARIOS UNIVERSAL	1	4	4

Cabe señalar que para esta unidad, desde el punto de vista de la infraestructura, se deben tener las siguientes consideraciones:

- Se debe considerar una distancia entre camas que permita la ubicación de un sillón clínico en cada unidad de persona mayor hospitalizada.
- · La iluminación de los recintos no debe ser de alta intensidad, sólo la suficiente para que el equipo interdisciplinario realice sus intervenciones y la persona mayor frágil pueda desenvolverse.
- · Los colores presentes en las paredes y pisos deben ser de un color que no provoque una alta reflexión de la luz.
- Los baños deben contar con piso antideslizante, barandas laterales y WC adaptados para una movilidad reducida (WC en altura o con alzadores), además de botón de llamado en caso de emergencia.
- Las duchas deben contar con sillas de ducha, barandas laterales y con piso antideslizante. También puede considerarse una cabina de ducha que reúne todo lo indicado anteriormente pero como una solución integral. Además, botón de llamado en caso de emergencia.
- · Disponibilidad de puntos de suministro eléctrico en cada unidad de la persona mayor frágil.
- Disponibilidad de puntos de suministro de oxígeno con manómetro, regulador de flujo y humidificador en cada unidad de la persona mayor frágil.
- · Disponibilidad de puntos de suministro de aspiración con vacuómetro y frasco de aspiración en cada unidad de la persona mayor frágil.
- Disponibilidad de puntos de aire comprimido medicinal en cada unidad de la persona mayor frágil.
- En la Sala de Estimulación Precoz se realiza la valoración funcional, por el equipo interdisciplinario de la UGA, de la persona mayor frágil en la ejecución de las actividades de la vida diaria (AVD). Además, se genera la coordinación con la unidad de medicina física y rehabilitación del hospital, con el objetivo de planificar las intervenciones necesarias para la recuperación de las capacidades perdidas.

XII. REQUERIMIENTO DE EQUIPOS Y EQUIPAMIENTO MÉDICO **PARA UNA UGA**

Las habitaciones o salas de hospitalización de una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) deben contar con el mobiliario y equipamiento que permitan satisfacer las necesidades básicas de la persona mayor hospitalizada, respetar su privacidad, que el equipo interdisciplinario pueda efectuar las diversas actividades terapéuticas planificadas y favorecer la presencia del cuidador por el máximo tiempo posible. Además, el espacio requerido debe considerar lo necesario para ejecutar el plan de mantenimiento y recuperación de la funcionalidad de la persona mayor frágil, contar con espacios que faciliten el desplazamiento y la deambulación de las personas mayores hospitalizadas, especialmente para aquellos que se movilicen en sillas de rueda, andadores o bastones y con apoyo de otra persona. Debido a esto, se elaboró el listado de equipos y equipamiento médico en función del programa médico arquitectónico confeccionado para la UGA (Anexo Nº14).

XIII. INDICADORES SUGERIDOS PARA LA UGA

Para objetivar el correcto funcionamiento de la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA), mejorar continuamente sus procesos y cuantificar los resultados obtenidos, se sugiere definir indicadores específicos para la unidad, sin perjuicio de que la institución en donde esté inserta estipule otras mediciones de producción y calidad asistencial. Se estipulan además, algunos indicadores trazadores, los cuales entregarán información que permita determinar fortalezas y debilidades en la práctica del modelo de atención integral propuesto para las UGA.

Se propone que durante el primer año de implementación y desarrollo de las UGA, los indicadores definidos sean de seguimiento. Transcurrido el primer año y una vez obtenida y depurada la información, se deben definir umbrales de cumplimiento esperado para cada indicador establecido. Los indicadores que esta orientación técnica propone son:

Indicadores de estructura

Dotación alcanzada para la implementación de la UGA, considerando recursos humanos, infraestructura y equipamiento. Se sugiere tomar como referencia lo propuesto en esta orientación técnica (dotación de recurso humano, Programa Médico Arquitectónico y requerimiento de equipos y equipamiento médico).

Indicadores de proceso

% de personas mayores hospitalizadas en la UGA con aplicación del Índice de Barthel de acuerdo a la normativa vigente. En la aplicación del Índice de Barthel se sugiere considerar la condición funcional en la que ingresa la persona mayor frágil a la sala de hospitalización, sea o no la UGA. (Fuente de verificación: ficha clínica).

% de personas mayores cuyos cuidadores y tutores hayan sido capacitados por algún miembro del equipo UGA sobre las necesidades de cuidado de acuerdo al plan de tratamiento individualizado. (Fuente de verificación: pauta de cotejo o ficha clínica).

% de personas mayores y tutor que reciben información al alta, sobre el plan de intervención individualizado, por algún miembro del equipo interdisciplinario de la UGA. (Fuente de verificación: pauta de cotejo al alta).

% de personas mayores a cuyos cuidadores se les aplicó la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. (Fuente de verificación: ficha clínica).

% de personas mayores con registro en ficha clínica del diagnóstico inicial y plan de tratamiento interdisciplinario individualizado del equipo UGA. (Fuente de verificación: ficha clínica).

Indicadores de resultado

% de personas mayores que desarrollan lesiones por presión durante su proceso de hospitalización en la UGA. (Fuente de verificación: documento institucional definido para la notificación de úlceras por presión).

% de personas mayores que sufren caídas durante su proceso de hospitalización en la UGA. (Fuente de verificación: documento institucional definido para la notificación de caídas).

% de personas mayores que presentan uno o más síndromes confusionales agudos durante su proceso de hospitalización en la UGA. (Fuente de verificación: ficha clínica). Indicador trazador. (Anexo 10, ficha 1).

% de personas mayores que egresan de la UGA con una capacidad funcional (Índice de Barthel) igual o mayor a su ingreso. En la aplicación del Índice de Barthel se debe considerar la condición funcional en la que ingresa la Persona Mayor frágil a una sala de hospitalización, sea o no la UGA. (Fuente de verificación: registro en ficha clínica y epicrisis). Indicador trazador. (Anexo 10, ficha 2).

% de personas mayores que presentan 10 o más días seguidos de hospitalización en la UGA. (Fuente de verificación: unidad de GRD). Indicador trazador. (Anexo 10, ficha 3).

% de personas mayores que egresan de la UGA recibiendo polifarmacia (5 o más medicamentos) (Fuente de verificación: registro en ficha clínica y epicrisis).

% de personas mayores que egresan de la UGA recibiendo alguna benzodiacepina (Fuente de verificación: registro en ficha clínica y epicrisis).

Nº de interconsultas recibidas por el equipo interdisciplinario de la UGA provenientes desde otras unidades y servicios de la institución. (Fuente de verificación: registro en libro y documento digital interno). Indicador trazador.

% de interconsultas recibidas por el equipo interdisciplinario de la UGA proveniente desde otras unidades y servicios de la institución que fueron resueltas. (Fuente de verificación: registro en libro y documento digital interno).

Nº de seminarios o jornadas de capacitación que aborden como temática el modelo de atención geriátrica integral, realizadas por el equipo interdisciplinario UGA, a personal de todos los estamentos de la institución. (Fuente de verificación: programación de las jornadas y listados de asistencia).

Indicadores GRD

Para evaluar complejidad, estancia media, número de egresos y la productividad de la Unidad Geriátrica de Agudos, esta debe ser registrada bajo el servicio de "Egreso de Unidad Geriátrica de Agudos".

* Se recomienda jerarquizar y contextualizar la elección de los indicadores anteriormente mencionados de acuerdo a realidad local.

XIV. ESCALAS SUGERIDAS

Los instrumentos de medición corresponden a una ayuda en el proceso diagnóstico y evolutivo de la persona mayor frágil. Colaboran en la unificación de criterios y terminología para los equipos interdisciplinarios, con una metodología rápida y efectiva. A continuación se mencionan algunas escalas sugeridas para las Unidades Geriátricas de Agudo, las que pueden ser utilizadas, sin perjuicio de los acuerdos que, a nivel local, adopten los equipos interdisciplinarios.

Ámbito cognitivo

- · Mini Mental State Examination (MMSE). Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)
- Test de Pfeiffer (Anexo 6)
- Montreal Congnitive Assessment (MOCA) (Evaluación Cognitiva Montreal) (Anexo 9).

Ambito emocional

Escala de depresión geriátrica (Test de Yesavage) (Anexo 2).

Ambito físico

- · Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) (Anexo 1).
- Escala de actividad instrumental de la vida diaria (Escala de Lawton y Brody) (Anexo 5).
- · Cuestionario de actividades funcionales (del informante) (Cuestionario de Pfeffer) (Anexo 3).
- Valoración de la marcha y el equilibrio (Escala de Tinetti) (Anexo 8)
- Test timed up and go (TUG) (Anexo 4).

Ambito social

Valoración del cuidador principal (Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit) (Anexo 7).

XV. ABREVIATURAS

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria.

APS: Atención Primaria de Salud.

ELEAM: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

CESFAM: Centro de Calud Familiar.

GRD: Grupos relacionados diagnósticos.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

MINSAL: Ministerio de Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

PMA: Programa médico arquitectónico.

SEGG: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

SENAMA: Servicio Nacional de Adulto Mayor.

UGA: Unidad Geriátrica de Agudos.

XVI. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón., M. (1996). Valoración Geriátrica: Utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado. Madrid.: Universidad complutense de Madrid.
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Banco Mundial. (2017). Esperanza de vida al nacer. Data World Bank. Obtenido de https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN
- Baztan JJ, S. F. (2004). Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriatricas de recuperación funcional. Madrid.
- Baztán, J., Suarez-García, F., López-Arrieta, J., & Rodríguez-Mañas, L. (Julio de 2011). Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos: metaanálisis de estudios controlados. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 46(4), 181-236.
- Cares, V. (Abril de 2013). Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Revista médica de Chile, 141, 419-427.
- Covinsky, K., Palmer, R., Fortinsky, R., Counsell, S., Stewart, A., Kresevic, D., . . . Landefeld, C. (2003). Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. Journal of the American Geriatrics Society, Apr;51(4):451-8.
- Covinsky, K., Pierluissi, E., & Johnston, C. (Octubre de 2011). Hospitalization-associated disability: "She was probably able to ambulate, but I'm not sure". JAMA, 1782-1793.
- Fox, M., Persaud, M., Maimets, I., O'Brien, K., Brooks, D., & Tregunno, D. (6 de Julio de 2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. Biomedical Central Geriatrics, 1-9.
- Fried, L., & Tangen, C. W. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56(3), 146-156. Obtenido de http://www.cfn-nce.ca/media/298937/ frailty-in-older-adults-evidence-for-a-phenotype.pdf
- Fuentes, P. (2014). Trastornos neurocognitivos en el DSM-5. Revista Chilena de Neuropsiquiatría, 34-37.
- Guillén E, G. i. (1973). Patología y problemática en la unidad geriátrica. Rey Esp Qerontol, 1: 377-84.
- Guillén, F., Pérez del Molino, J., & Petidier, R. (2008). Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico (Segunda ed., Vol. II). Barcelona, Cataluña, España: El Sevier Masson.
- Hidalgo, J. (2015). ¿Por qué son necesarias Unidades Geriátricas de Agudos en el Sistema de Salud Chileno? Revista Hospital Clínico Universidad de Chile, 306-314.
- INE. (2017). https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf.
- INE. (2017). Síntesis de Resultados. Santiago de Chile. Obtenido de https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf
- Jyrkkä, J., Enlund, H., & Korhonen, M. (2009). Patterns of drug use and factors associated with polypharmacy and excessive polypharmacy in elderly persons: results of the Kuopio 75+ study: a crosssectional analysis. Drugs & Aging, 493-503.

- Martínez Rodríguez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez Rodríguez, P., & Sancho. (2015). Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. Madrid. Obtenido de http:// envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf
- BIBLIOGRAPHY \l 13322 MINSAL. (2018). Sistema de clasificación de pacientes de Grupos Relacionados por Diagnósticos Refinados Internacionales (IR GRD) según Norma 2014 vigente. Departamento de Estudios, Innovación e información para la Gestión, Santiago de Chile.
- MINSAL. (2012). Nivel de complejidad en atención cerrada. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Procesos y transformación hospitalaria, Santiago.
- MINSAL. (2013). Normas sobre la Seguridad de la Atención del Paciente y Calidad de la Atención respecto de: Reporte de cáidas de pacientes hospitalizados. Subsecretaria de Redes Asistenciales, Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente, Santiago. Obtenido de http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-8928_recurso_8.pdf
- OCDE. (2017). https://www.oecd.org. Obtenido de https://www.oecd.org/statistics/Better-Life-Initiative-country-note-Chile-in-Espagnol.pdf
- O'Connor, M., Gallagher, P., & O'Mahony, D. (junio de 2012). Inappropriate prescribing: criteria, detection and prevention. Drugs Agings, 437-452.
- OMS. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discpacidad y de la salud. Madrid. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jses sionid=B3EDE4D2A455C512E37E17AD83720623?seguence=1
- OMS. (2016). GATE Global Cooperation on Assistive Technology. Priority Assistive Products List . OMS. Obtenido de www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/low_res_english.pdf
- OMS. (Febrero de 2017). Rehabilitation 2030: A Call for Action . Obtenido de www.who.org: http://www. who.int/disabilities/care/KeyForHealth21stCentury.pdf?ua=1
- OPS. (2018). https://www.paho.org. Obtenido de https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?lang=es
- Ouslander, J., & Hazzard, W. (1999). Principles of Geriatric Medicine and Gerontology. (Cuarta ed.). Estados Unidos: Mc Graw Hill.
- Registered Nurses´ Association of Ontario RNAO. (2016). Valoración y manejo de las Úlceras por presión para equipos interprofesionales. Guía de buenas prácticas clínicas, Registered Nurses´ Association of Ontario RNAO. Toronto.
- Romero, L., Sánchez, P., & Abizanda, P. (2009). El anciano en la Unidad Geriátrica de Agudos. Revista Española de Geriatría y Gerontología, 1-50.
- Rubenstein, L. (Febrero de 1987). Geriatric Assessment: An overview of its impact. Clinics in geriatric medicine. 3, 1-15.
- SENAMA. (2000). www.senama.gob.cl. Recuperado el septiembre de 2018, de http://www.senama.gob. cl/storage/docs/GLOSARIO_GERONTOLOGICO.pdf
- SENAMA. (2011). Caracterización de los cuidadores de las personas mayores con dependencia funcional e identificación de los factores protectores y de riesgo ante la dependencia funcional.
- Sociedad Española de Geriatría y Geróntología. (2007). Estándares de Calidad en Geriatría. Madrid.
- Zander, K. (1991). Case Management. The Case Manager. 2, 39–43.

ANEXOS

Anexo 1. Indice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)

Actividades básicas de la vida diaria

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Totalmente independiente	10
Comer	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarea	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
Lavarse	- Dependiente	0
	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
Vestirse	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
	- Continencia normal	10
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
previa	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
(Valórese la semana previa)	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa	10
Usar el retrete	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
Trasladarse	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0

	- Independiente, camina solo 50 metros	15
Deambular	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
Escalones	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total		

Puntuación y clasificación

Con el valor asignado a cada parámetro, se realiza una sumatoria de los valores, lo que arroja un valor final que puede ir entre 0 y 100 y en múltiplos de 5, tal como se indica en la siguiente clasificación.

Clasificación según Índice de Barthel

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)			
Resultado	Grado de dependencia		
< 20	Total		
20-35	Grave		
40-55	Moderado		
≥ 60	Leve		
100	Independiente		

Anexo 2. Escala de Evaluación Geriátrica de Yesavage Abreviada (GDS) Screen **Depressive Dysfunctions**

Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión en personas mayores y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental. Se aplica a la persona de 65 años y más que en el EFAM-2018, parte B, las pregunta 3 y 4, apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

Resultado normal es: 0 - 5 puntos.

Resultado alterado es: mayor o igual a 6 puntos, se derivará a médico para confirmación diagnóstica, e ingreso a GES.

Preguntas			Respuesta	Puntaje
*1 ¿Se considera satisfecho (a) de su vida?	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO		
*5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
*7 ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido (a)?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
*11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a)?	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
*13 ¿Se siente lleno (a) de energías?	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO		
PUNTAJE TOTAL				

Puntuación:

Un punto cuando responde "NO" a las respuestas marcadas con asterisco.

Un punto cuando corresponda "SI" al resto de las preguntas.

Escala:

Normal	0-5
Depresión Leve	6-9
Depresión Establecida	> 10

Anexo 3. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (del informante) (MINSAL, 2008)

Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente, con miras a determinar si existe compromiso funcional secundario a probable deterioro cognitivo. El resultado del screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6 puntos, en este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia. Se aplica al acompañante de la persona mayor que presenta un puntaje menor o igual a 13 puntos en MMSE abreviado.

Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (del informante) (MINSAL, 2008)

Este cuestionario debe ser aplicado por cualquier miembro del equipo, a la persona con más contacto que viva con la persona mayor.

- 1. ¿Maneja él/ ella su propio dinero?
- 2. ¿Es él/ ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa y comestibles?
- 3. ¿Es él/ ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?
- 4. ¿Es él/ ella capaz de preparar una comida?
- 5. ¿Es él/ ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y también de la comunidad o del vecindario?
- 6. ¿Es él/ ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o televisión, diario o revista?
- 7. ¿Es él/ ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?
- 8. ¿Es él/ ella capaz de manejar sus propios medicamentos?
- 9. ¿Es él ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
- 10. ¿Es él/ ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
- 11. ¿Puede él/ ella ser dejado en casa en forma segura?

Instrucciones: Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas. Anote la puntuación como sigue:

1	Si es capaz	0
ı	Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
ı	Con alguna dificultad, pero puede hacerlo	1
ı	Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
ı	Necesita ayuda	2
	No es capaz	3

El screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6

Anexo 4. Timed Up and Go (TUG)

La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido ida y vuelta desde la silla a la marca de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos
- Los tres metros se miden desde la pata delantera de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcada con un cono o botella plástica con agua.
- · Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- · Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- · Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal ≤ 10 seg. - Riesgo leve de caída 11 a 20 seg. - Alto riesgo de caída, mayor (>) 20 seg

Anexo 5. Índice de Lawton-Brody

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Usar el teléfono	1	0
Compras	1	0
Preparar comida	1	0
Trabajo doméstico	1	0
Lavar la ropa	1	0
Transporte	1	0
Responsabilidad con la medicación	1	0
Capacidad para utilizar el dinero	1	0

Puntuación normal:

Hombres: 5 | Mujeres: 8

Anexo 6. Escala SPMSQ de Pfeiffer (Short Portable Mental State Questionnaire)

PREGUNTA	ERRORES
Qué fecha es hoy (día, mes, año)	
Qué día de la semana	
Nº teléfono o dirección	
Dónde estamos ahora	
Qué edad tiene	
Cuando nació (día, mes, año)	
Quien es el presidente del gobierno	
Quien era anterior presidente gobierno	
Cuál era 1º apellido de su madre	
Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
TOTAL	

Se adjudica un punto por cada error				
Entre 0-2	Normal			
Entre 3-4	Deterioro cognitivo leve			
Entre 5-7	Deterioro cognitivo moderado			
Más de 8 errores	Deterioro cognitivo severo o grave			
Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo				

Anexo 7. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versión original (todos los ítems) y abreviada (ítems en gris)

Puntuación para cada respuesta	Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Bastantes veces 4	Casi siempre 5
1. ¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no llene suficiente tiempo para usted?					
3. ¿Se siente agobiado por Intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo. familia)?					
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?					
5 ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6 ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que Ud. tiene con otros miembros de su familia?					
7 ¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					
8 ¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9 ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10 ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11 ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familia?					
12 ¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?					
13 ¿Se siente Incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14 ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15 ¿Piensa que no tiene suficientes Ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar. Además de sus otros gastos?					
16 ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17 ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18 ¿Deseada poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19 ¿Se siente Indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20 ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21 ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22 Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?					

[•]Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje) obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<:46). "sobrecarga ligera (47-55) y sobrecarga Intensa (≥56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga Intensa. El estado de sobrecarga Intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

^{··} Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (<16) y sobrecarga Intensa (<17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

Anexo 8. Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (1.a parte: equilibrio)	
1. Equilibrio sentado Se inclina o se desliza en la silla Se mantiene seguro	0 1
2. Levantarse Imposible sin ayuda Capaz, pero usa los brazos para ayudarse Capaz sin usar los brazos	0 1 2
3. Intentos para levantarse Incapaz sin ayuda Capaz, pero necesita más de un intento Capaz de levantarse con sólo un intento 4. Equilibrio en bipedestación inmediata (primeros 5 segundos) Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco Estable, pero usa el andador, bastón o se agarra a otro objeto para mantenerse Estable sin andador, bastón u otros soportes	0 1 2 0 1 2
5. Equilibrio en bipedestación Inestable Estable, pero con apoyo amplio (talones separados >10 cm), o bien usa bastón u otro soporte Apoyo estrecho sin soporte	0 1 2
6. Empujar (bipedestación con el tronco erecto y los pies juntos). El examinador empuja suavemente el esternón del paciente con la palma de la mano, 3 veces Empieza a caerse Se tambalea, se agarra, pero se mantiene Estable 7. Ojos cerrados (en la posición de 6) Inestable	0 1 2
Estable 8. Vuelta de 360 grados	1
Pasos discontinuos Continuos Inestable (se tambalea, se agarra) Estable	0 1 0 1
9. Sentarse Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla Usa los brazos o el movimiento es brusco Seguro, movimiento suave	0 1 2
Puntuación total equilibrio (máximo 16) =	

Evaluación de la marcha y el equilibrio: Tinetti (2.a parte: marcha)	
MARCHA: el paciente permanecerá de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación	
(unos 8 mt) a «paso normal», luego regresa a «paso rápido pero seguro».	
10. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande)	
Algunas vacilaciones o múltiples intentos para empezar No vacila	0
	1
11. Longitud y altura de paso	
a) Movimiento del pie derecho:	0
No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
Sobrepasa al pie izquierdo El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	1
El pie derecho se separa completamente del suelo con el paso	1
b) Movimiento del pie izquierdo: No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
Sobrepasa al pie derecho	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo con el paso	1
12. Simetría del paso	
La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual	0
La longitud parece igual	1
13. Fluidez del paso	
Paradas entre los pasos	0
Los pasos parecen continuos	1
14. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 m)	
Desviación grave de la trayectoria	0
Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Sin desviación o ayudas	2
15. Tronco	
Balanceo marcado o usa ayudas	0
No balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar	1
No se balancea, no flexiona, no usa los brazos ni otras ayudas	2
16. Postura al caminar	
Talones separados	0
Talones casi juntos al caminar	1
Puntuación marcha (máximo 12) =	
Puntuación total (equilibrio y marcha) (máximo 28) =	

Sociedad española de geriatría y gerontología. Tratado de Geriatría para Residentes. Anexo 1 Instrumentos de valoración. International. Marketing and Comunication S. A. Madrid 2006.

Anexo 9. Escala de evaluación cognitiva Montreal

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL) NOMBR: Nivel de estudios: Sexo: Fecha de nacimiento: FECHA:	
E A Dibujar un reloj (Once y diez) S Final Comienzo Co	Puntos
[] [] [] Contorno Números Agujas	_/5
IDENTIFICACIÓN [1]	_/3
Mili MORIA Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuerdeselas 5 minutos más tarde. ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO 1er intento 2º intento	Sin puntos
Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2	/2
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAAB	_/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correctas: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.	/3
HENGUANIE Repetir: Bi gato se esconde bajo el sota cuando los perros entran en la sala. [] Espero que el le entregue el menseje une vez que ella se lo pida.[]	_/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] (N ≥ 11 palabras) ASSIBACCIÓN Similitud entre p. ei. manzana-narania = fruta [] tren-bicicleta [] reloi-regla	-
	_/2
Debe accordanse de las palabras ROSTRO SEDA IGLESIA CLAVEL ROJO Puntos por recuerdos SIN PISTAS [] [] [] [] Fista de categoría Pista elección múltiple Pista elección	
O: II = NTAGION [] Dia del mes [] Mes [] Año [] Dia de la semana [] Lugar [] Localidad	_/6
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 Normal ≥ 26 / 30 TOTAL Www.mocatest.org Normal ≥ 26 / 30	/30 e estudios

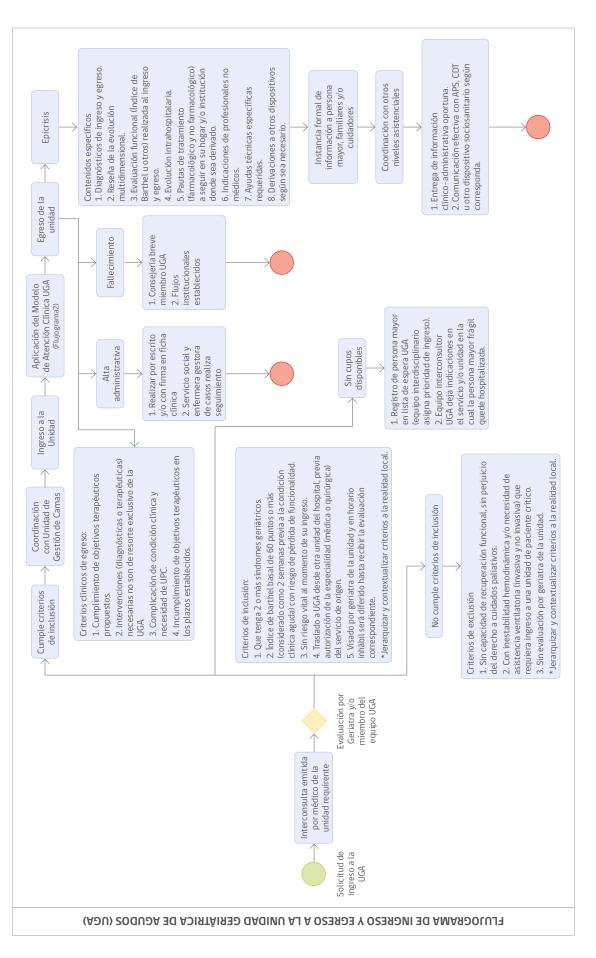
Anexo 10. Fichas de indicadores trazadores

	Ficha 1
Nombre del indicador	Prevalencia de síndromes confusionales agudos en las personas mayores hospitalizadas en la Unidad Geriátrica de Agudos (UGA).
Fórmula del indicador	Nº de personas mayores que presentan uno o más síndromes confusionales agudos durante su proceso de hospitalización en la UGA Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Numerador del indicador	Nº de personas mayores que presentan uno o más síndromes confusionales agudos durante su proceso de hospitalización en la UGA
Fuente del numerador	Ficha clínica
Periodicidad del numerador	anual
Responsable de la producción del numerador	Unidad Geriátrica de Agudos
Denominador del indicador	Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Fuente del denominador	Reporte de unidad de estadística
Periodicidad del denominador	Anual
Responsable de la producción del denominador	Unidad de estadística
Umbral de cumplimiento	El primer año de implementación de la UGA corresponde a un indicador de seguimiento. Luego se debe definir un umbral de cumplimiento.

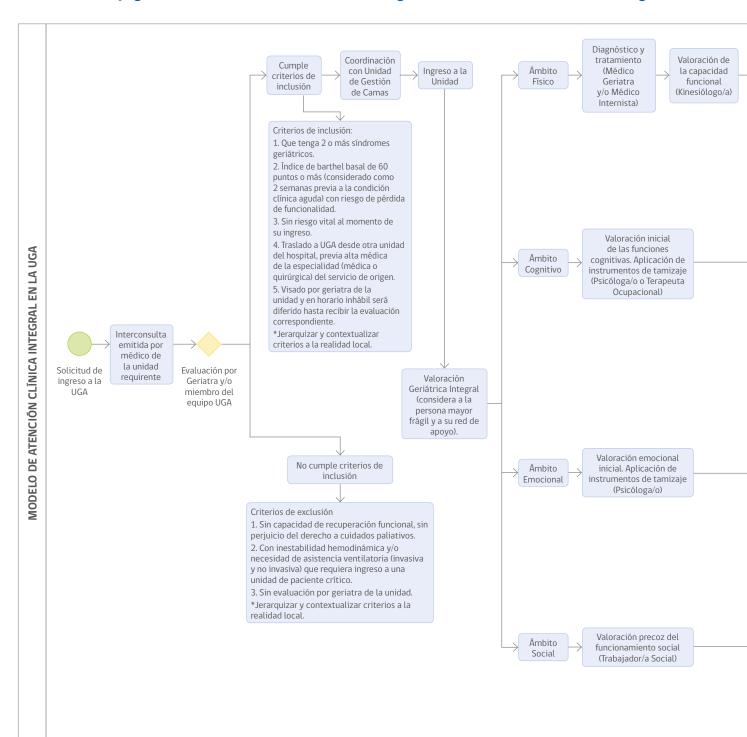
	Ficha 2
Nombre del indicador	Impacto en la capacidad funcional de la persona mayor luego de su hospitalización en una Unidad Geriátrica de Agudos (UGA)
Fórmula del indicador	N° de personas mayores que egresan de la UGA con una capacidad funcional (Índice de Barthel) igual o mayor a la de su ingreso Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Numerador del indicador	N° de personas mayores que egresan de la UGA con una capacidad funcional (Índice de Barthel) igual o mayor a la de su ingreso
Fuente del numerador	Ficha clínica/epicrisis
Periodicidad del numerador	Anual
Responsable de la producción del numerador	Unidad Geriátrica de Agudos
Denominador del indicador	Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Fuente del denominador	Reporte de unidad de estadística
Periodicidad del denominador	Anual
Responsable de la producción del denominador	Unidad de estadística
Umbral de cumplimiento	El primer año de implementación de la UGA corresponde a un indicador de seguimiento. Luego se debe definir un umbral de cumplimiento.

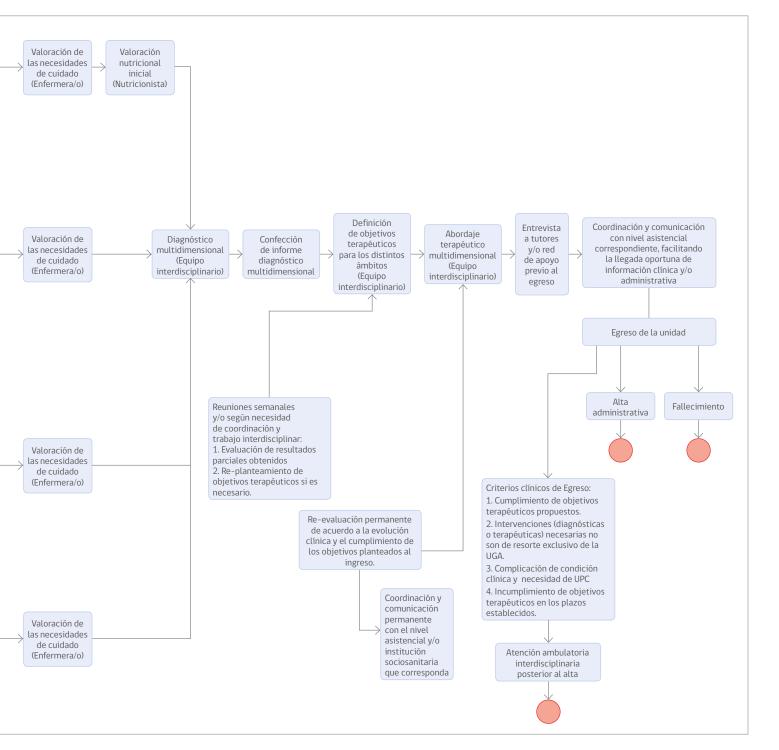
	Ficha 3
Nombre del indicador	Días de hospitalización en las Unidades Geriátricas de Agudos
Fórmula del indicador	Nº de personas mayores que presentan 10 o más días seguidos de hospitalización en la UGA Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Numerador del indicador	Nº de personas mayores que presentan 10 o más días seguidos de hospitalización en la UGA
Fuente del numerador	Unidad de GRD
Periodicidad del numerador	Anual
Responsable de la producción del numerador	Unidad Geriátrica de Agudos
Denominador del indicador	Total de personas mayores hospitalizadas en la UGA
Fuente del denominador	Reporte de unidad de GRD
Periodicidad del denominador	Anual
Responsable de la producción del denominador	Unidad de GRD
Umbral de cumplimiento	El primer año de implementación de la UGA corresponde a un indicador de seguimiento. Luego se debe definir un umbral de cumplimiento.

Anexo 11. Flujograma de ingreso y egreso a la Unidad Geriátrica de Agudos



Anexo 12. Flujograma del Modelo de Atención Integral en la Unidad Geriátrica de Agudos





Anexo 13. Listado de Equipos y Equipamiento Médico en función del PMA tipo para UGA

UNIDAD	Ārea	RECINTO	Cantidad Recintos	m² Totales	Def. ley de presupuesto	Equipo/ Equipamiento/ Instrumental	Observaciones	Cantidad	Vida útil
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ESPERA	1	30	Equipamiento	Banca	En obra	2	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ÁREA ACCESO Y RECEPCIÓN	MESŐN RECEPCIÓN	1	9	Equipamiento	Silla ergonométrica		1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	MESŐN RECEPCIÓN	1	9	Equipamiento	Mesón de recepción	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ESTAR FAMILIARES	1	15	Equipamiento	Sillón dos cuerpos		1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ESTAR FAMILIARES	1	15	Equipamiento	Sillón un cuerpo		1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ESTAR FAMILIARES	1	15	Equipamiento	Mesa de centro		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ÁREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ENTREVISTA FAMILIAR	1	9	Equipamiento	Mesa de reunión	Para 4 personas	1	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ACCESO Y RECEPCIÓN	SALA ENTREVISTA FAMILIAR	1	9	Equipamiento	Silla de visita		4	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ADMINISTRATIVA	MÕDULO DE TRABAJO SUPERVISORES	2	12	Equipamiento	Escritorio		2	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ADMINISTRATIVA	MŌDULO DE TRABAJO SUPERVISORES	2	12	Equipamiento	Silla ergonométrica		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ADMINISTRATIVA	MŌDULO DE TRABAJO SUPERVISORES	2	12	Equipamiento	Silla de visita		4	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA ADMINISTRATIVA	MŌDULO DE TRABAJO SUPERVISORES	2	12	Equipamiento	Mueble biblioteca		2	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Carro de Procedimientos		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Camilla transporte de paciente	Logre bajar a 30 cms	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Bomba de infusión volumétrica	Multicanal	1	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Monitor ECG Signos Vitales Baja Complejidad		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Analizador de Glucosa	En comodato	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Negatoscopio		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Lámpara de examen		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Oto- Oftalmoscopio		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Piso clínico		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipamiento	Mesa Rodable Multiuso		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set de Sutura		3	5

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set de Curación		12	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ÁREA CLÍNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set de cateterismo vesical		6	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set punción abdominal		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set punción pleural		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set punción lumbar		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA PROCEDIMIENTOS	1	18	Equipo	Set punción toráxica		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipo	Catre clínico eléctrico	Con tres hojas, altura mínima 30 cms del suelo, con trapecio adosado a la cama, con sistema de iluminación baja Y sistema RCP	12	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Colchón viscoelástico		12	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Velador clínico	Sin ruedas	12	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Mesa de alimentación		12	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Sillón geriátrico	Porta suero, reclinable, mesa de apoyo, apoya brazo y manilla para que pueda desplazarse	12	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Silla con apoya brazo	Para quien lo acompaña	12	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	180	Equipamiento	Soporte Universal	De 5 ruedas	12	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	REPOSTERO	1	2	Equipamiento	Carro mantenedor de temperatura de alimentos		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	REPOSTERO	1	2	Equipamiento	Refrigerador	Para guardar colaciones	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	REPOSTERO	1	2	Equipamiento	Horno	Para calentar colación (nocturna)	1	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipamiento	Sistema de llamado visual	Proyecto TICS, porque altera a los pacientes	3	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipamiento	Cortina de separación	En obra De preferencia usar cortinas antibacterianas.	9	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Monitor de presión arterial con oximetría de pulso		4	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Disco de transferencia	1 por sala	3	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Tabla de transferencia	1 por sala	3	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Andador	Andador de rueda, andador fijo	4	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Bastón ortopédico	muchas variantes	4	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Alza baño	En obra, en baño	6	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Silla ducha	En obra, en baño	4	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Closet	En obra, uno por paciente	12	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Monitor ECG Signos Vitales Baja Complejidad		2	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Bomba de infusión volumétrica	2 bombas multicanal por sala	6	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA 4 CAMAS C/ BAÑO UNIVERSAL Y CL	3	210	Equipo	Bomba Nutrición Enteral		6	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipo	Catre clínico eléctrico	Con tres hojas, altura mínima 30 cms del suelo, con trapecio adosado a la cama, con sistema de iluminación baja Y sistema RCP	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Colchón antiescaras		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Velador clínico	sin ruedas	1	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Mesa de alimentación		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Sillón clínico		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Silla con apoya brazo		1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Soporte Universal		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipamiento	Mesa rodable multiuso		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipo	Monitor ECG Signos Vitales Baja Complejidad		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipo	Bomba de infusión volumétrica	Multicanal	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA AISLAMIENTO C/ ESCLUSA, BAÑO Y CL	1	20	Equipo	Bomba Nutrición Enteral		1	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Set de estimulación cognitiva		1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Computador	Proyecto TICS	1	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Mesa redonda	Para 4 personas	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Silla de visita		4	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Pizarra acrílica		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipo	Equipo de música		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA CLĪNICA	SALA DE ESTIMULACIÓN PRECOZ	1	30	Equipamiento	Set de juegos de mesa		4	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Carro de paro completo		1	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Silla grúa	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Monitor de Transporte	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Negatoscopio	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Electrocardiógrafo	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Calentador de paciente	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Contenciones mecánicas de tórax a la cama	12	1
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Contenciones mecánicas de tórax de silla de rueda	7	1
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Motor de aspiración	3	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIŌN DE ENFERMERĪA	1	12	Equipo	Oxígeno portátil con carro		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Cámara de vigilancia por sala	Proyecto TICS, sólo de vigilancia, con visión nocturna y panorámica	4	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Carro transporte de material estéril		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Cooler para el traslado de exámenes		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Carro transporte de material sucio		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Etiquetadora	Proyecto TIC	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Rotuladora	Proyecto TIC	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIŌN DE ENFERMERĪA	1	12	Equipo	ВІРАР		4	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Analizador de Glucosa	En comodato	4	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipamiento	Carro de Procedimientos		1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipamiento	Balanza de silla	Digital	1	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipo	Oto- Oftalmoscopio		2	8
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipamiento	Silla ergonométrica		2	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIÓN DE ENFERMERÍA	1	12	Equipamiento	Mesón estación de enfermería	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	CLĪNICA ENFERMERĪA	1	10	Equipo	Refrigerador clínico		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	DISPENSADOR DE MEDICAMENTOS	1	8	Equipo	Dispensador de medicamentos automatizado	De dos columnas, de insumos y medicamento	1	10

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	LAVACHATAS	1	5	Equipamiento	Bota agua clínico c/ excusado	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	BODEGA DE INSUMOS CLÍNICOS	1	6	Equipamiento	Estantería	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	BODEGA DE EQUIPOS	1	8	Equipamiento	Estantería	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	BODEGA DE AYUDAS TÉCNICAS	1	12	Equipamiento	Estantería	En obra	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	BODEGA DE AYUDAS TÉCNICAS	1	12	Equipamiento	Burritos		12	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	BODEGA DE AYUDAS TÉCNICAS	1	12	Equipamiento	Bastones		12	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ROPA SUCIA	1	4	Equipamiento	Carro ropa sucia		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ROPA LIMPIA	1	6	Equipamiento	Carro ropa limpia		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIONAMIENTO CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDA	1	8	Equipamiento	Camilla transporte de paciente		1	8

CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ESTACIONAMIENTO CAMILLAS Y SILLAS DE RUEDA	1	8	Equipamiento	Silla de ruedas		7	5
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CLĪNICO	ASEO	1	3	Equipamiento	Carro de aseo		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipamiento	Mesa	Para 4 personas	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipamiento	Silla de visita		4	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipamiento	Sillón dos cuerpos		1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipamiento	Sillón un cuerpo		2	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipo	Refrigerador doméstico	Proyecto MEL	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIĀTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipo	Hervidor	Proyecto MEL	1	10
CUIDADOS MEDIOS UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS (12 C. MEDIAS + 1 AISLAMIENTO)	ĀREA APOYO CONFORT	ESTAR FUNCIONARIOS CON KICHENETTE	1	12	Equipo	Microondas	Proyecto MEL	1	10

ORIENTACIÓN TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS MAYORES FRÁGILES EN UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS (UGA)

Ministerio de Salud de Chile

Resolución Exenta Nº1992, del 11 de diciembre de 2018

ISBN: 978-956-348-174-7



