



PLAN GERIÁTRICO INSTITUCIONAL

2021-2025



GOBIERNO DE
MÉXICO



Plan Geriátrico Institucional



Estrategias a Implementar 2021-2025



Índice

1. Presentación.....	4
2. Antecedentes.....	7
3. Introducción.....	8
4. Objetivos.....	10
Objetivo General.....	10
Objetivos específicos 2020-2025.....	10
5. Acciones que se realizan en el Plan Geriátrico Institucional “GeriatrIMSS”.....	11
I. Fortalecimiento del programa PREVENIMSS para el Envejecimiento Saludable del adulto mayor.....	11
II. Implementación y fortalecimiento de la atención Geriátrica en las Unidades Médicas del Instituto.....	11
III. Formación y capacitación en Geriátrica.....	13
IV. Desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento, a través de la formación y capacitación de personal especializado.....	13
V. Coordinación con la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.....	13
6. Avances del programa GeriatrIMSS.....	14
7. Estrategias y líneas estratégicas 2020-2025.....	15
Mejora de la capacidad resolutive en atención a la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas mayores.....	15
Prevención y reducción de riesgos durante la hospitalización.....	18
Diseño e implementación de intervenciones específicas para la atención de síndromes geriátricos.....	20
Prevención de discriminación y maltrato en la persona mayor.....	28
8. Conclusión.....	30
9. Bibliografía.....	31
Anexo 1. Criterios de Referencia al Segundo Nivel.....	32



1. Presentación

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través de la Dirección de Prestaciones Médicas, tiene como uno de sus propósitos fundamentales, proporcionar atención médica profesional y de calidad a la población derechohabiente, por lo que actualmente se desarrollan proyectos y programas que permiten alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr la mayor eficiencia en el manejo de los recursos.

El aumento en la esperanza de vida en las últimas décadas, ha incrementado la población de Personas Adultas Mayores forjando una transición demográfica nunca antes vista. Para nuestro sistema de salud, esto representa una oportunidad de mejorar la atención médica en beneficio de los derechohabientes de edad avanzada. Dicha población, incrementa su tamaño a un ritmo que duplica al de la población total del país.

Este fenómeno implicará una profunda transformación en el espectro de necesidades de atención médica y de problemática social, así como la reestructuración y reorganización de nuestra Institución. México se transformará paulatinamente en un país con más personas mayores que niños.

Además del crecimiento acelerado de la población envejecida en México, la transición epidemiológica juega un papel trascendental, esto implica el incremento de enfermedades crónicas y de sujetos con mayor vulnerabilidad fisiológica lo que hace que su manejo sea más complejo, requiriendo un mayor consumo de recursos por la alta demanda asistencial, y obliga a la incorporación de atención especializada en este grupo de edad dentro del en el sistema institucional. Se hace necesario tener herramientas para identificar

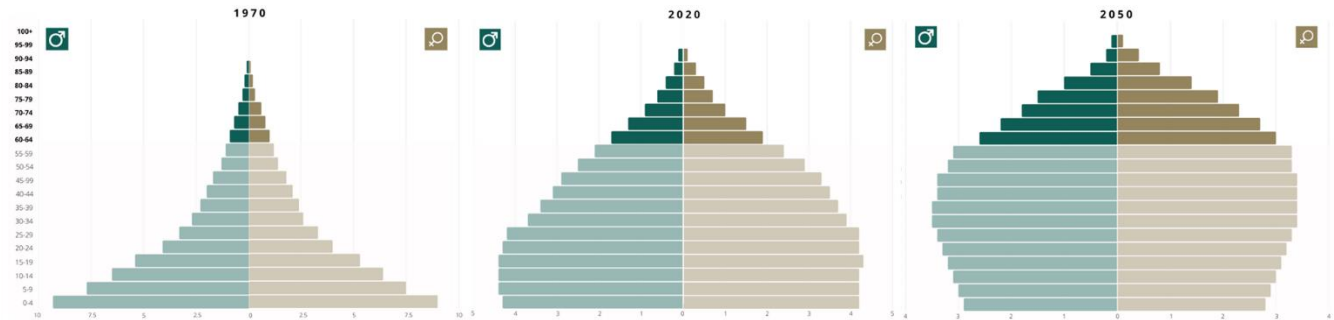
necesidades, detectar riesgos y otorgar una atención especializada en adultos mayores con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de los problemas que presenten.

La pirámide de población de nuestro país perderá su forma triangular, característica de una población joven, para adquirir un perfil rectangular abultado en la cúspide, propio de las poblaciones envejecidas. En 1970 cerca de 50 por ciento de la población tenía menos de quince años de edad. En 2000, sólo una tercera parte de la población tenía menos de 15 años y cerca de 60 por ciento tenía entre 15 y 59 años (figura 1). Entre los años 2010 a 2020 la pirámide poblacional presenta un ensanchamiento en el centro que refleja el aumento en el número de personas en edades jóvenes y laborales, así como con una base más estrecha, que es el resultado de la disminución en la proporción de niños de 0 a 4 años de edad.

Las cuantiosas generaciones que nacieron en la época de alta fecundidad (1960-1980), comenzarán a engrosar la parte superior de la pirámide conforme alcancen la edad de 60 años, esto sucederá a partir de esta década, reflejando un aumento en la proporción de adultos mayores y se espera incrementar en las siguientes décadas.

Estructura de la población en México por edad y sexo

(Porcentaje de personas)



Fuente: INEGI, Censo de Población y vivienda 1970 y 2020.
Censo Nacional de Población, Proyecciones de la población 2010-2050.

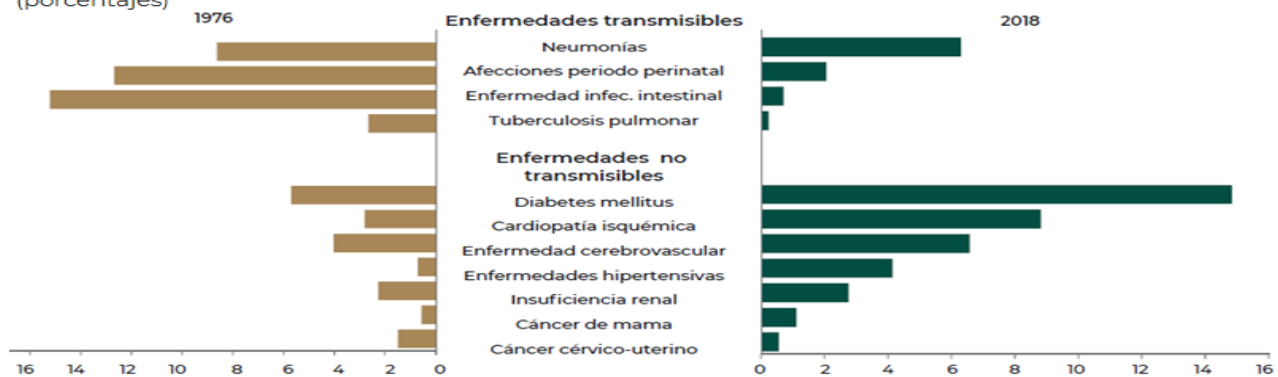
Figura 1. Estructura de la población en México

Las defunciones registradas por afecciones en la etapa perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y tuberculosis pulmonar, padecimientos que ocupaban los primeros lugares de mortalidad en 1976, se han reducido drásticamente. En contraste se observa un aumento sensible de defunciones originadas por enfermedades no transmisibles como diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, insuficiencia renal y neoplasias malignas, que ocuparon los primeros lugares de mortalidad en 2018.

Por ello, el IMSS desarrolló el Plan Geriátrico Institucional “GeriatriIMSS”, como estrategia para responder de manera integral y armónica a las necesidades de la Persona Mayor, cuyo objetivo es otorgar atención especializada en este grupo poblacional. El Programa es creado con el propósito de mejorar la calidad en los servicios institucionales, garantizar la instrucción de técnicas que han mostrado ser eficaces, seguras y costo-efectivas en los cuidados de la Persona Mayor, así como disminuir complicaciones y mejorar su calidad de vida y la de su familia.

Defunciones por causas seleccionadas, 1976-2018

(porcentajes)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS.



El programa GeriatrIMSS tiene la misión de otorgar atención integral de alta calidad y calidez a la Persona Mayor a través de una valoración integral especializada, esto con el objetivo de limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la funcionalidad y propiciar que se eleve la calidad de vida de este grupo de pacientes. De igual forma, proporciona apoyo en los servicios especializados del área médica, enfermería, nutrición, trabajo social, rehabilitación y socio-familiar, así como en todas aquellas que intervienen en caso de hospitalización para establecer un plan de manejo interdisciplinario a corto y mediano plazo sobre el cuidado y la detección oportuna de riesgos y complicaciones.

Con la implementación de este Plan, se contribuirá a mejorar el bienestar de las personas mayores a través de estrategias centradas en la persona, lo que beneficiará su calidad de vida. Al optimizar la cobertura en las unidades de atención médica e incrementar la capacidad resolutive en los tres niveles de atención por medio de la evaluación geriátrica integral y de la aplicación de protocolos de atención otorgados por equipos interdisciplinarios, se elevará la capacidad técnico médica institucional y se verá reflejada en atención integral a las personas adultas mayores.

Asimismo, pretende disminuir la discriminación y el maltrato a este grupo etario a través de una estrategia institucional de comunicación interna para sensibilizar al personal de salud en comprender el envejecimiento, evitar los estereotipos, los prejuicios y la exclusión.

2. Antecedentes

El 25 de noviembre de 2010, el H. Consejo Técnico del Instituto aprobó mediante el ACDO.ASI.HCT.260809/362.P.DPM, el Plan Geriátrico Institucional GERIATRIMSS. El cual se compone de las siguientes Estrategias Fundamentales:

I. Fortalecimiento del programa PREVENIMSS para el Envejecimiento Saludable del adulto mayor.

II. Implementación y fortalecimiento de la atención Geriátrica en las Unidades Médicas del Instituto.

III. Formación y capacitación en Geriatria.

IV. Desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento, a través de la formación y capacitación de personal especializado.

Las estrategias que plantean cada una de las coordinaciones son:

- *Coordinación de Unidades de Primer Nivel de Atención:* el propósito es favorecer el envejecimiento activo y saludable a través de intervenciones de Promoción de la Salud, Estrategias Educativas de Promoción de la Salud PrevenIMSS y chequeo PrevenIMSS,. Asimismo, identificar factores de riesgo, comorbilidad asociada y síndromes geriátricos, para iniciar un plan de atención médica integral para la limitación del daño con apoyo de las unidades de prestaciones sociales y hospitalarias con un enfoque interdisciplinario que favorezca el envejecimiento saludable.

- *Coordinación de Unidades de Segundo Nivel:* Implantar un modelo funcional diferenciado para la atención integral del paciente geriátrico en las Unidades Médicas Hospitalarias, tanto en hospitalización como en

consulta externa, en donde se promueve la rehabilitación y estrategias para mejorar aspectos funcionales, nutricionales, psicológicos y médicos al egreso, además se capacita al cuidador y al paciente en medidas preventivas para limitar complicaciones asociadas a la inmovilidad y hospitalización .

-*Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad:* Implantar el modelo de atención geriátrica interdisciplinaria en los servicios de hospitalización y consulta externa, a través de una valoración integral especializada, capacitar y concientizar a otros especialistas en aspectos geriátricos y la apertura de clínicas o equipos multidisciplinarios para la atención conjunta de padecimientos de alta complejidad y morbilidad con el fin de limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la funcionalidad y mejorar la calidad de vida.

-*Coordinación de Educación en Salud:* Incrementar la formación y capacitación de personal médico y de enfermería en Geriatria, así como capacitar en el área de Geriatria a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor.

-*Coordinación de Investigación en Salud:* Impulsar el desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento a través de la formación y capacitación de personal especializado que permita mejorar los servicios de salud.

-*Coordinación de Innovación en Salud.* Generar estrategias lineamientos y herramientas de gestión innovadores que coadyuven a la mejora y visualización de la atención de la persona mayor, además de asesorar y supervisar la implementación y desarrollo de las estrategias del Plan Geriátrico Institucional a nivel nacional.

3. Introducción

En las últimas décadas el mundo ha sufrido el fenómeno global llamado “encanecimiento mundial”, todas las poblaciones tienden a envejecer con importantes repercusiones socioeconómicas y humanas. Gracias al efecto de las políticas poblacionales y de salud, la mejoría en la calidad de vida, la salud y los servicios, aunado al descenso tanto en la natalidad como en la mortalidad se tiende a una transición demográfica donde las pirámides poblacionales se ensanchan y en algunos casos se invierten.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como México, Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

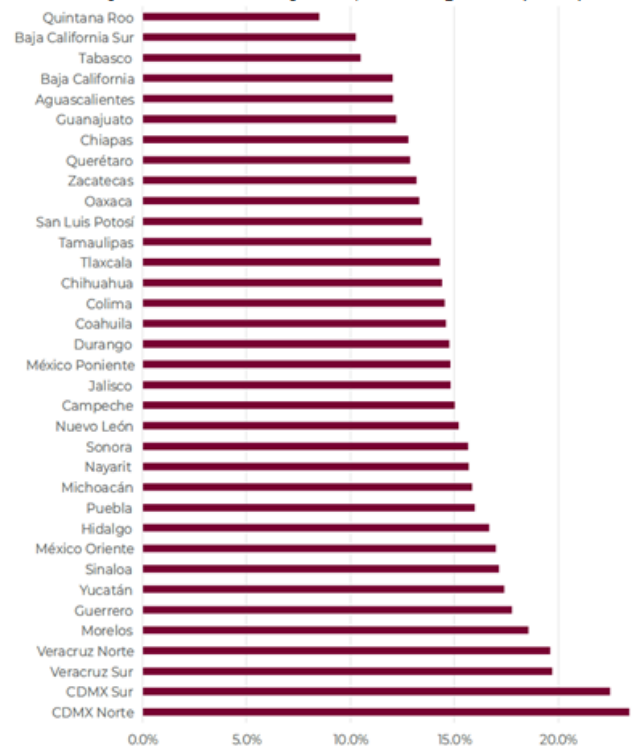
Los países jóvenes y en desarrollo, contrario a la creencia general, no escapan de este fenómeno, lo que significa que enfrentan además de los problemas de los jóvenes y la pobreza, las consecuencias del envejecimiento en un contexto mucho más complicado. México ocupa el undécimo lugar de los países más poblados del mundo y el séptimo lugar entre los países de envejecimiento acelerado, se espera que éste fenómeno de transición demográfica sea más rápido en nuestro país donde habrá más ancianos y desatenderlo es un verdadero riesgo.

Este proceso de envejecimiento demográfico no es reversible, pues los adultos mayores de mañana ya nacimos y en el IMSS la problemática es mayor, ya que la población adscrita a Medicina Familiar tiene un índice de

envejecimiento mayor del esperado para la media nacional, la población que se atiende en el Instituto está 20 años más envejecida que la media nacional.

Gradualmente, existen un mayor número de personas mayores en las diferentes áreas de los servicios de salud: urgencias, consulta externa, hospitalización y quirófanos; en algunos Hospitales Generales de Zona y Hospitales Generales Regionales de áreas conurbadas (Cd. de México, Edo de México, Puebla, Veracruz) hasta el 60% de los hospitalizados son personas mayores y en algunas regiones donde el índice de envejecimiento es menor (Colima, Chiapas, Tlaxcala), suele ser hasta del 30% la ocupación.

Envejecimiento poblacional por Delegación
Porcentaje de adultos mayores por delegación (IMSS)



Fuente: Dirección de Prestaciones Médicas



De igual manera, la Población Adscrita a Medicina Familiar de personas mayores seguirá incrementándose. En Delegaciones como Ciudad de México Sur y Norte y Veracruz tienen más del 20% de personas mayores; el doble de la media nacional.

Esta tendencia en el futuro incrementará los costos de la atención en salud de los adultos mayores, debido a que las enfermedades crónico-degenerativas son de mayor duración e implican el uso de terapias basadas en tecnologías y medicamentos costosos, y se asocian a periodos de hospitalización prolongados con reingresos frecuentes. Si tomamos en cuenta el costo *per cápita* promedio en el IMSS es de \$6,729 pesos, el costo *per cápita* promedio de una persona mayor es de \$13,019, el 34% del gasto total en salud se destina en personas mayores de 65 años.

Actualmente nuestro sistema de salud no está preparado para otorgar atención a un problema de tal magnitud como el que se espera suceda en las siguientes décadas. Este problema, reconocido hasta hace poco, representa un problema potencial para el sistema nacional de salud, el cual, de atenderse oportunamente, se puede atenuar y con ello, disminuir los costos de la atención médica institucional y por tanto, mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores.

La atención del adulto mayor requiere de una evaluación integral que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos, psicológicos, nutricionales y sociales propios de la persona envejecida. Por su condición de salud, requieren de atención interdisciplinaria diferente a la atención tradicional, con modelos de atención en salud centrados en el “cuidar y prevenir” que en el “curar”, deben estar orientados a mantener la

salud, controlar factores de riesgo, promover la autonomía del adulto mayor, su independencia funcional y su inserción en la familia y la comunidad.

La experiencia mundial demuestra que la atención integral diferenciada del adulto mayor por personal capacitado, tanto en consulta externa como en hospitalización, disminuye la tasa de dependencia, los días de estancia hospitalaria, disminuye costos, evita complicaciones y mejora la calidad de vida del adulto mayor y su familia.

Es por ello que para esta década que inicia, se plantean estrategias que consolidan la atención geriátrica especializada en los tres niveles de atención, otorgada por los diferentes profesionales de la salud focalizando sus intervenciones en prevenir el deterioro funcional y preservar la autonomía de la persona mayor.

4. Objetivos

Misión

Otorgar atención integral, de alta calidad y buen trato al adulto mayor, proporcionando apoyo con servicios especializados en geriatría en área médica, nutricional, de rehabilitación y socio-familiar, además de concientizar y capacitar al personal médico de otras especialidades sobre el proceso de envejecimiento, procurando limitar el impacto en la funcionalidad durante la hospitalización y mejorando la calidad de vida a su egreso.

Visión

Ser la institución de salud que otorgue el mejor servicio de atención integral a la persona mayor, integrando a las diferentes especialidades médicas y categorías paramédicas en un fin común: calidad de vida para la persona mayor y su familia.

Objetivo General

El Plan Geriátrico Institucional GeriatrIMSS tiene por objetivo el perfeccionar el *Modelo de Atención Geriátrica Interdisciplinaria* en los servicios de hospitalización y consulta externa en las Unidades Médicas del Instituto, a través de una valoración integral especializada con el fin de prevenir y limitar las consecuencias de la enfermedad, mejorar la funcionalidad y propiciar que se eleve la calidad de vida de la persona mayor.

Objetivos específicos 2020-2025

- Consolidar la atención geriátrica en las unidades médicas del Instituto por medio de la conformación de servicios y de equipos interdisciplinarios.

- Perfeccionar el modelo interdisciplinario de atención geriátrica con el fin de mejorar la calidad y seguridad en la persona mayor.

- Establecer acciones de prevención primaria para detectar factores de riesgo y limitar el desarrollo de síndromes geriátricos que afecten la capacidad funcional.

- Ejecutar acciones de prevención secundaria y terciaria dirigidas a la población en riesgo de eventos adversos, úlceras por presión, inmovilidad, abatimiento funcional, caídas, polifarmacia y otros síndromes geriátricos.

- Realizar acciones para la vigilancia y seguimiento de los pacientes por nivel de atención con el fin de disminuir las secuelas y lograr una reintegración a las actividades de la vida diaria, a través de la alineación y coordinación de los procesos de atención institucionales y con las redes de apoyo.

- Implementar estrategias integrales de atención y capacitación interdisciplinarias dirigidas a disminuir mortalidad, morbilidad, discapacidad, estancia hospitalaria y costos de los principales padecimientos en este grupo etario.

- Concientizar y capacitar a personal de la salud sobre el proceso de envejecimiento, trastornos geriátricos y complicaciones frecuentes en la hospitalización.

- Vincular la atención médica entre los tres niveles de atención y conjuntar las acciones de Prestaciones Económicas y Sociales en beneficio de la persona mayor.

5. Acciones que se realizan en el Plan Geriátrico Institucional “GeriatrIMSS”

I. Fortalecimiento del programa PREVENIMSS para el Envejecimiento Saludable del adulto mayor.

Atención preventiva integrada en Primer nivel

Atención a adulto Mayor en Primer Nivel por la Enfermera Especialista en Geriatría

Durante el proceso de atención del Adulto Mayor por la Enfermera Especialista Geriatra, se pretende con la incorporación de la Atención Integrada para las personas mayores (ICOPE), detectar factores de riesgo para prevenir el desarrollo de síndromes geriátricos y atender los que ya están presentes en adultos mayores de 65 años y más, con el propósito de:

- Limitar o reducir su dependencia.
- Disminuir alteraciones de memoria de reciente o corto plazo.
- Disminución de deterioro funcional y cognitivo.
- Incrementar su participación social y cultural.
- Disminuir los ingresos hospitalarios por procesos agudos o crónicos.

Además, el personal de Enfermería Especialista en Geriatría realiza otras actividades como la educación y orientación al cuidador primario en medidas preventivas y de promoción a la salud para evitar deterioro de las personas mayores. También, como parte de las actividades se brinda atención integral en el domicilio de la persona mayor.

Envejecimiento activo PrevenIMSS

Estrategia Educativa de Promoción de la Salud, desarrollada por personal de Trabajo Social y Promotores de Salud para fortalecer las acciones de promoción realizadas por el personal de enfermería durante el Chequeo PrevenIMSS y las recomendaciones del Médico Familiar durante la Atención Médica. Fomenta el autocuidado de la salud de las personas adultas mayores de 60 años, reforzando factores de protección, habilidades para la vida y hábitos saludables, mediante un modelo lúdico, participativo, vivencial y reflexivo, para un aprendizaje significativo.

Atención a adulto Mayor en Medicina Familiar

Dentro de la atención integral a adultos mayores por parte del equipo multidisciplinario en las Unidades de Medicina Familiar, el Médico Familiar otorga atención a pacientes de 60 años y más con el objetivo de controlar y limitar el daño de las enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión arterial sistémica, cardiopatías, artropatías, hiperplasia prostática, trastornos metales y del comportamiento, tumores malignos, así como enfermedades agudas. Por otro lado, también son atendidos para el control y supervisión de personas sanas, así como identificar y atender los síndromes geriátricos, y en caso necesario, referir a segundo nivel de atención.

II. Implementación y fortalecimiento de la atención Geriátrica en las Unidades Médicas del Instituto.

Atención clínica en Segundo y Tercer nivel

Su objetivo es mejorar la atención y calidad de vida en los servicios de consulta de especialidades y hospitalización al implantar un modelo funcional diferenciado centrado en atención geriátrica interdisciplinaria.

Se otorgan cuidados integrales al paciente, orientación, capacitación y control de factores de riesgo al familiar con el objetivo de promover autonomía, independencia funcional e inserción en la familia y comunidad. Se busca homologar la atención y otorgar una continuidad al egreso del paciente geriátrico en los tres niveles de atención. Asimismo, para los pacientes con enfermedades crónicas que ameritan vigilancia por cuidadores primarios, estos últimos son capacitados por personal de salud (enfermería, nutrición, rehabilitación y trabajo social).

El equipo interdisciplinario de geriatría está compuesto por profesionales de la salud capacitados en los asuntos del proceso de envejecimiento, lo que les permite brindar una atención integral. Los aspectos psicosociales y funcionales se toman en cuenta, al igual que los aspectos médicos; siendo capaces de ofrecer una atención con matices humanísticos. Además, realizan actividades relativas a capacitar y concientizar al personal médico y paramédico de otras categorías sobre el proceso de envejecimiento y aspectos geriátricos, con el fin de limitar el impacto durante la hospitalización y mejorar la calidad de vida a su egreso.

Las Unidades Médicas Hospitalarias se orientan a implantar un modelo funcional diferenciado para la atención interdisciplinaria del paciente geriátrico, tanto en consulta externa como durante la hospitalización, a través de una valoración integral especializada, la cual identifica riesgos y detecta padecimientos que afecten la capacidad intrínseca, con lo que se promueve un plan integral de acciones preventivas y correctivas, así como de acciones para mejorar aspectos funcionales, nutricionales, psicológicos y médicos al egreso.

Además, el personal de Enfermería especialista en Geriatría durante la hospitalización, realiza acciones de educación y orientación al cuidador primario en medidas para prevención de complicaciones durante la hospitalización y las que pudieran presentarse al egreso, también promueve el envejecimiento saludable y la prevención del colapso del cuidador, todo de manera coordinada con el médico y otros miembros del equipo interdisciplinario.

La implementación del Programa en los Hospitales de segundo nivel y en las UMAE, ha permitido sistematizar el proceso de atención del paciente geriátrico hospitalizado, así como, reconocer la necesidad de capacitación continua que coadyuve en la implementación eficiente para la conformación de equipos altamente facultados en las Unidades Médicas. Los siguientes son los beneficios que se han obtenido en los hospitales donde se ha implementado el programa:

- Disminución en la estancia media hospitalaria y de los reingresos.
- Reducción de costos por estancia hospitalaria.
- Reducción de cuadros de úlceras por presión
- Reducción de reacciones adversas a fármacos.
- Disminución en complicaciones por cuadros de *delirium*.
- Mejoría en la funcionalidad del paciente a su egreso.
- Apoyo especializado en el manejo del adulto mayor a otras categorías o especialidades.
- Mejorar la cultura del envejecimiento y la calidad en la atención en el personal de salud.
- Mejora en la satisfacción de los usuarios y sus familiares.

III. Formación y capacitación en Geriátrica.

La Coordinación de Educación en Salud realiza la tarea de incrementar la formación y capacitación de personal médico y de enfermería en Geriátrica, así como capacitar en el área de Geriátrica a los diferentes profesionales de la salud que intervienen en la atención del Adulto Mayor.

El IMSS se ha convertido en la principal fuente formadora de médicos y enfermeras especializados en geriatría y la de mayor oferta laboral en el país. Anualmente se forman entre 60 y 100 médicos especialistas en geriatría que se forman en 21 sedes hospitalarias distribuidas en toda la República.

- HGZ 27 Tlatelolco, Cd. de México.
- UMAE H. General La Raza, Cd. de México.
- UMAE H. Traumatología, Cd de México
- HGR 72 Tlalnepantla, Edo. de México.
- HGR 251 Metepec, Edo. de México.
- HGR 46 Guadalajara, Jalisco.
- HGR 45 Guadalajara, Jalisco.
- HGZ 89 Guadalajara, Jalisco.
- HGZ 17 Monterrey, Nuevo León.
- HGZ 4 Villa Guadalupe, Nuevo León.
- UMAE H. Cardiología, Monterrey, Nuevo León.
- HGZ 20 La Margarita, Puebla.
- HGZMF 16, Torreón, Coahuila
- HGZMF 2, Saltillo, Coahuila.
- HGR 1 Mérida, Yucatán.
- HGZ 1 Villa de Alvarez, Colima.
- HGR 66 Cd. Juárez, Chihuahua.
- HGR 1 Morelia, Michoacán.
- HGR 1 Querétaro, Querétaro.
- HGR 2 El Marqués, Querétaro.
- HGZMF 21 León, Guanajuato.

De igual manera se realizan de 2 a 4 cursos anuales para formar entre 30 a 50 enfermeras especialistas.

Además, desde 2014 a la fecha, se ha capacitado al personal que apoya en la

atención de la Persona Mayor como nutriólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas a través de la implementación de adiestramientos en servicio y de cursos monográficos relacionados con atención geriátrica.

IV. Desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento, a través de la formación y capacitación de personal especializado.

La Coordinación de Investigación en Salud impulsa el desarrollo de la investigación clínica en envejecimiento apoyando la realización de casi 2000 protocolos de investigación y la publicación de 163 artículos en revistas indexadas en los últimos 6 años. También a través de la formación de recursos en investigación clínica en geriatría que permita mejorar los servicios de salud.

V. Coordinación con la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales.

Se cuenta con un plan de trabajo de coordinación entre las áreas médica y social con el fin de promover un envejecimiento activo y saludable, preservar la autonomía y ofrecer soporte en los cuidados de largo plazo. De ahí que en conjunto con la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales se contribuirá a mejorar los servicios de salud, la calidad de la atención y la satisfacción de los derechohabientes en los Centros de Seguridad Social y centros vacacionales del IMSS. Las estrategias que se encuentran en funcionamiento son: “Programa de Envejecimiento Activo”, “Club del adulto mayor”, “Turismo para adultos”, “Taller para Cuidadores” “Taller para acompañantes y promotores”, CASSAAM y cursos en línea por la plataforma “CLIMSS”, así como el portal en línea para las personas mayores.

6. Avances del programa GeriatrIMSS

Desde que se inició con el Plan Geriátrico Institucional “GeriatrIMSS” a la fecha, se han logrado avances importantes en la Atención Geriátrica Nacional e Institucional:

- Sistematizar el proceso de atención de la persona mayor hospitalizada.
- Productividad y análisis de la situación de la persona mayor hospitalizada, la cual muestra el grado de vulnerabilidad y puede resumirse en el siguiente cuadro.

Cuadro 1. Perfil de la persona mayor hospitalizada
63% son mujeres.
62% tienen polifarmacia.
61% presentan deterioro funcional.
50% tienen síndrome de fragilidad.
49% tienen síndrome de inmovilidad.
37% tienen síndrome de caídas.
35% tienen incontinencia urinaria
29% tienen deterioro cognoscitivo.
26% tienen depresión o ansiedad.
20% cursan con cuadro de delirium.
17% tienen malnutrición o riesgo
15 % presentan úlceras por presión.
12% tienen un cuidador colapsado.

- Se ha implementado la atención geriátrica en 126 Hospitales de Segundo Nivel y 19 Unidades Médicas de Alta Especialidad. Anualmente se atienden a más de 100 mil personas mayores.
- Se cuenta con 322 plazas de médicos especialistas en geriatría en segundo y tercer nivel, cada año este número se incrementa.
- Se cuenta con 184 plazas de Enfermera Especialista en Geriatría en los 3 niveles de atención.

- Se cuenta con 21 sedes formadoras de Médicos Especialistas en Geriatría, siendo la institución que más recursos forma cada año (más de la mitad de los egresados son del IMSS).
- Se han realizado 33 Guías de Práctica Clínica (GPC) relacionadas con la atención Geriátrica para los 3 niveles de atención, (ninguna otra institución ha generado esta cantidad de información y lineamientos en la materia de geriatría).
- Desde 2016, cada año se realiza el Congreso Nacional “GeriatrIMSS” con la asistencia de más 700 profesionales de la salud por año, siendo un referente nacional ante otras instituciones.
- Se cuenta con cursos monográficos, cursos teórico prácticos y adiestramientos en servicio para personal médico de enfermería, trabajo social y nutrición.
- En conjunto con la Coordinación de Educación en Salud, se desarrolló el “Diplomado en Atención a la Salud del Adulto Mayor”, se capacitó a más de 1500 profesionales en los 3 niveles de atención.
- Se cuenta con cursos en línea relacionados con los cuidados paliativos en las personas mayores y Manejo de síndromes geriátricos.
- Se ha mejorado la satisfacción del usuario de los servicios institucionales, cabe decir que se han recibido múltiples notas laudatorias y de agradecimiento por parte de familiares y pacientes en las unidades médicas donde se implementó la atención geriátrica integral.

7. Estrategias y líneas estratégicas 2020-2025

Para llevar a cabo los objetivos del Plan Geriátrico Institucional “GeriatrIMSS” 2020-2025, se desarrollarán 4 Estrategias Prioritarias que se desarrollarán con sus respectivas líneas estratégicas y líneas de acciones correspondientes para instrumentar su implementación y con ello cumplir con los objetivos propuestos.

Estrategias Prioritarias a desarrollar en el periodo 2020-2025

1. Mejora de la capacidad resolutive en atención a la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas mayores.
2. Prevención y reducción de riesgos durante la hospitalización.
3. Diseño e implementación de intervenciones específicas para la atención de síndromes geriátricos.
4. Prevención de discriminación y maltrato en la persona mayor.

Estrategia 1. Mejora de la capacidad resolutive en atención a la salud para satisfacer la demanda creciente de los servicios médicos de las personas mayores.

Contexto

La ocupación de camas en los hospitales y la demanda en consulta externa de personas mayores cada vez es mayor, y seguirá incrementando en los siguientes años. Además, el crecimiento poblacional esperado en nuestro país y por ende en el Instituto, se visualiza un panorama en donde la población de personas mayores se elevará de forma alarmante en esta década, por lo que se requiere la formación y contratación de recursos especializados para este grupo etario.

Los estándares internacionales indican que la población adulta mayor de 65 años y mayores, debe de ser atendida por un médico geriatra en relación de 1 Médico Geriatra para 5000 adultos mayores. Como se puede observar, existe una brecha amplia en la cobertura de esta especialidad. Esta estrategia pretende garantizar la accesibilidad de las personas mayores a las áreas asistenciales mediante el acceso físico efectivo y la adecuación de los servicios a las necesidades de este grupo poblacional con la dotación de plazas para médicos y enfermeras especialistas en geriatría.

La Ley General de Salud en su artículo 77 Bis 1. Considera a la geriatría como especialidad básica para la atención en hospitales de segundo nivel. Describe: *“Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social...”*

... Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de **consulta externa y hospitalización** para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, Gineco-obstetricia, pediatría y **Geriatría, en el segundo nivel de atención.**

A nivel Institucional, desde la autorización del Plan Geriátrico Institucional "GeriatrIMSS" en 2010, los indicadores de fuerza de trabajo consideran a un médico geriatra en los hospitales de segundo y tercer nivel tipo A, B y C, en el turno matutino y vespertino.

Actualmente, en algunos hospitales es necesario avanzar en la apertura de servicios de atención geriátrica interdisciplinarios en hospitalización y la apertura de consulta externa en los que se cuente con al menos un médico geriatra. Asimismo, continuar con interconsultas para apoyo a equipos quirúrgicos en el perioperatorio, rehabilitación temprana y prevención de riesgos durante la hospitalización.

Con la implementación de esta estrategia se conseguirán egresos tempranos, reducción de la estancia hospitalaria, aumentar la calidad de atención, rehabilitación temprana, preparación al cuidador para el egreso y sus cuidados en domicilio, conjuntamente el seguimiento del hospitalizado en consulta externa de una manera integral e interdisciplinaria.

Línea estratégica

1.1 Incrementar la capacidad resolutive y calidad en atención geriátrica por medio de la cobertura oportuna de plazas de especialistas en geriatría (médicos y enfermeras) en los 3 niveles de atención.

Líneas de acción

1.1.1. Continuar con la implementación de atención geriátrica en Hospitales de segundo nivel.

1.1.2. Apertura de consulta externa de Geriatría en Hospitales de segundo y tercer nivel que cuentan con la especialidad.

1.1.3. Incrementar la referencia a la consulta externa de Geriatría de personas de 65 o más años con criterios de referencia del primer al segundo nivel (anexo 1), priorizando los siguientes:

- Deterioro cognoscitivo/Demencia.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Enfermedad de Parkinson.
- Polifarmacia.
- Hipotensión ortostática.
- Síndrome de caídas.
- Diarrea crónica.
- Pérdida de peso.
- Síndrome anémico.
- Hipertensión arterial de difícil control.
- Diabetes mellitus de difícil control.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Infección de vías urinarias recurrentes.

1.1.4. Cobertura de consulta externa en turno matutino, vespertino y en unidades de tiempo completo, los fines de semana.

1.1.5. Transformación de plazas de categorías que ya no son activas o de especialidades médicas que por la transición demográfica han disminuido sus demandas.

1.1.6. Implementar la Atención Integrada para las personas mayores (ICOPE) en las Unidades de Medicina Familiar que cuenten con la categoría de Enfermera Especialista en Geriatría.

1.1.7. Generar centro de costos para Geriatría y actualizar el Inventario Físico de Unidades (IFU) con la clave de servicio 39 (3900 en el caso de la atención médica).

Línea estratégica

1.2. Otorgar atención integral a las personas mayores a través de la conformación de servicios interdisciplinarios de geriatría en las unidades médicas hospitalarias.

Líneas de acción

1.2.1. Conformar servicios interdisciplinarios de geriatría en sedes formadoras de residentes y en Hospitales Generales Regionales y de Zona.

1.2.2. Conformar equipos interdisciplinarios para atención geriátrica de padecimientos de alta morbilidad en UMAE (Hospitales de Traumatología y Ortopedia, de Especialidades, de Cardiología y de Oncología).

Línea estratégica

1.3. Implementar un modelo de atención para la transición hospital-domicilio en unidades con servicio interdisciplinario de geriatría.

Líneas de acción

1.3.1. Capacitar de manera intensiva al paciente y cuidador durante la hospitalización por parte del equipo interdisciplinario (enfermería, nutrición, rehabilitación, psicología y trabajo social) para la prevención de riesgos y disminuir reingresos.

1.3.2. Brindar asistencia clínica interdisciplinaria a la persona mayor y su cuidador para preparar la transición al momento del egreso a domicilio.

1.3.3. Mejorar el seguimiento y control de pacientes con alto riesgo con padecimientos de lenta resolución sin la necesidad de hospitalizar a través de evaluaciones en consulta con estudios de laboratorio y gabinete básicos o realizar procedimientos de mínima invasión o paliativos sin ingresar a hospital.

1.3.4. Vincular a la familia en las diferentes acciones de tratamientos y atenciones.

1.3.5. Reeducar a los pacientes en la realización de las Actividades Básicas de la Vida.

Beneficios esperados

- Elevar la calidad de atención de la persona mayor en las unidades médicas.
- Prevenir y disminuir los reingresos hospitalarios y a urgencias.
- Ajustar de manera rápida y óptima los medicamentos que requieren vigilancia estrecha de efectos secundarios.
- Facilitar el egreso hospitalario de cuidados agudos permitiendo la ocupación oportuna de cama.
- Administración de tratamientos parenterales (antibióticos, diuréticos, corrección del déficit de hierro y anemia, otros).
- Permitir una mejor evaluación para detectar y prevenir enfermedades oportunamente.
- Acceso a los servicios de un hospital, evitando la separación con su ámbito familiar y social.
- Mejorar la percepción espacial, la memoria y la alimentación por medio de la terapia ocupacional.
- Mejorar la satisfacción del derechohabiente y su familia con una atención más humanizada.

Metas

1A. Generar la transformación o creación de 30 plazas para médicos y 30 para enfermería por año.

1B. Conformar al menos 15 servicios interdisciplinarios de geriatría en 2021, y otros 20 servicios en 2022 a 2025.

1C. Implementar en todos los servicios formados el modelo de atención para la transición hospital-domicilio.

Estrategia 2. Prevención y reducción de riesgos durante la hospitalización.

Contexto

Para muchas personas mayores, la hospitalización suele provocar mayor deterioro funcional y otras complicaciones a pesar de la resolución de la condición por la que ingresa al hospital. El envejecimiento se asocia a cambios fisiológicos como la pérdida de la fuerza y masa muscular, disminución de la movilidad, la densidad mineral ósea, la capacidad pulmonar y aeróbica, así como del reflejo de la sed, apetito y de la continencia urinaria. En este sentido, la propia hospitalización y la imposición del “reposo en cama” son factores que fomentan inmovilidad y esto a su vez la pérdida acelerada de masa ósea y muscular, reducción del volumen plasmático, privación sensorial, disminución de la capacidad ventilatoria y alteración de la capacidad cognoscitiva. En términos estadísticos, una de cada tres personas mayores que se hospitaliza, presentará dependencia funcional y cognoscitiva a su egreso.

En conjunto, los cambios propios de la edad y las condicionantes de la hospitalización, vuelven vulnerable a la persona mayor para presentar complicaciones no relacionadas con el problema que causó el ingreso o su tratamiento específico. Por tal motivo, el personal de salud debe conocer, detectar y prevenir estas complicaciones de manera proactiva, detectando oportunamente factores de riesgo específicos a fin de disminuir o limitar mayor deterioro. En la mayoría de los casos, estas complicaciones son prevenibles y las intervenciones del personal de salud de manera interdisciplinaria, ofrecen gran beneficio al derechohabiente y su familia.

Las complicaciones propias de la hospitalización en la persona mayor a prevenir y reducir son:

1. Dependencia funcional e inmovilidad.
2. Delirium.
3. Desnutrición.
4. Caídas (hipotensión ortostática).
5. Úlceras por presión.
6. Fragilidad y sarcopenia.
7. Infección urinaria por catéter.
8. Neumonía hospitalaria.
9. Depresión e insomnio.
10. Colapso del cuidador/maltrato.

Las complicaciones asociadas a la hospitalización son multifactoriales, con frecuencia una única causa puede ocasionar múltiples consecuencias. Por lo tanto, una intervención oportuna y efectiva sobre aquellas causas principales, puede reducir el riesgo de diversos problemas. Por ejemplo, la movilización temprana de la persona mayor hospitalizada en la medida de lo posible, nos puede prevenir úlceras por presión, caídas por hipotensión ortostática, dependencia funcional, delirium, estreñimiento, mejor tolerancia de la dieta y reducir la estancia hospitalaria.

A la par de esta estrategia, se desarrollará un programa de capacitación en geriatría de cursos en línea y presenciales para el personal de salud (enfermería, nutrición, trabajo social y rehabilitación) para incrementar el conocimiento sobre la atención diferenciada de la persona mayor y generar un cambio en la atención. Los contenidos académicos tendrán un conjunto de acciones preventivas y proactivas para la reducción de complicaciones propias de la hospitalización.

Esta estrategia pretende, además, que se capacite al cuidador primario en relación a promoción de estilos de vida saludable, prevención secundaria y rehabilitación durante la hospitalización, para que al egreso continúe en domicilio y disminuya la tasa de reingreso de este grupo etario, mejorando la calidad de vida y la reintegración a las actividades de la vida diaria. Al implementarla, el equipo interdisciplinario de geriatría estará compuesto por profesionales de la salud capacitados en los asuntos del proceso de envejecimiento, que les permitirá brindar una atención integral tomando en cuenta tanto los aspectos psicosociales y funcionales, al igual que los aspectos médicos; siendo capaces de ofrecer una atención con matices humanísticos.

Línea estratégica

2.1. Establecer intervenciones clínicas y protocolos de atención para homologar los procedimientos en la atención de las personas mayores y reducir las complicaciones durante la hospitalización.

Líneas de acción

2.1.1. Implementar el “Procedimiento para otorgar atención integral e interdisciplinaria a la persona adulta mayor en las Unidades Médicas de los 3 niveles de atención”

2.1.2. Implementar en el primer nivel la estrategia “Atención Integrada en las Personas Mayores. ICOPE”, para la detección oportuna de condiciones que afecten la capacidad intrínseca

2.1.3. Establecer planes de cuidados integrales e interdisciplinarios homologados para las personas mayores para la consulta externa, durante la hospitalización y egreso.

2.1.4. Capacitar al cuidador primario durante la hospitalización sobre los cuidados de la persona mayor en domicilio, disminuyendo la tasa de reingreso de este grupo etario.

Línea estratégica

2.2. Establecer una herramienta única de tamizaje para realizar una evaluación geriátrica integral que conduzca a un plan de cuidados durante y después de la hospitalización.

Líneas de acción

2.2.1. Desarrollo e implementación de una herramienta digital para el registro de la Valoración Geriátrica Integral, detecciones, registro de productividad, elaboración de nota médica actividades de capacitación y estadística.

Línea estratégica

2.3. Elevar la capacidad técnico-médica en geriatría de los profesionales de la salud a través de la educación médica continua para la reducción de complicaciones propias de la hospitalización.

Líneas de acción

2.3.1. Generar centros regionales de capacitación en geriatría para extender las estrategias a todas las Unidades Médicas del IMSS.

2.3.2. Establecer sesiones Académicas de Educación Médica Continua GeriatrIMSS en la modalidad virtual.

2.3.3. Desarrollar y participar en actividades del Congreso GeriatrIMSS anualmente.

Beneficios esperados

Los beneficios que se pretenden obtener son:

- Disminución de complicaciones como delirium, lesiones (úlceras) por presión, dependencia a las actividades de la vida diaria, desnutrición, polifarmacia, infecciones hospitalarias, entre otras.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Reducción de los costos por hospitalización.
- Reducción de reacciones adversas a fármacos.
- Mejoría en la funcionalidad al egreso.
- Entrenamiento del cuidador primario en los cuidados en domicilio.
- Disminución de reingresos.
- Incremento en la satisfacción del derechohabiente y su familia.
- Mejoraría en la calidad de atención de los trabajadores del Instituto.
- Sistematización del registro de las intervenciones del equipo interdisciplinario.
- Registro de las principales estadísticas para dirigir las intervenciones nacionales al Plan Geriátrico Institucional.

Metas

2A. Implementar la herramienta de tamizaje “Valoración Geriátrica Integral” en el 80% de las unidades médicas que cuentan con atención geriátrica.

2B. Realización de al menos 3 cursos de capacitación continua relacionados con la reducción de complicaciones propias de la hospitalización en unidades que cuenten con atención geriátrica.

2C. Desarrollo de al menos un evento de capacitación nacional por año.

Estrategia 3. Diseño e implementación de intervenciones específicas para la atención de síndromes geriátricos.

La atención de la persona mayor requiere una gama de intervenciones para limitar la pérdida de su funcionalidad, complicaciones y evitar en lo posible la pérdida de la independencia. Es por ello que la intervención oportuna en la prevención y manejo interdisciplinario de las afecciones que mayormente impactan en discapacidad e incrementan los costos institucionales, debe ser una estrategia que focalice intervenciones útiles y fomente una reducción en la estancia hospitalaria, costos y beneficie el estado de bienestar de la persona mayor.

Dentro de evaluación estratégica del Plan Geriátrico Institucional, en los 6 años de operación se encontraron 4 síndromes geriátricos que, por su elevada frecuencia, gravedad o consecuencias, hacen prioritario la aplicación de protocolos específicos para disminuir su presentación o limitar las consecuencias del mismo. En este sentido, se desarrollarán líneas estratégicas en conjunto con un plan de intervención y de capacitación al personal de los siguientes padecimientos:

1. Polifarmacia.
2. Delirium.
3. Fractura de cadera.
4. Deterioro funcional e inmovilidad.

Línea estratégica

3.1. “Prescripción Razonada en la Persona Mayor”.

Importancia

Uno de los principales factores de buen pronóstico de calidad de vida y en la funcionalidad de la persona mayor, es el adecuado ajuste farmacológico con base en una prescripción razonada. Por otro lado, la prescripción inapropiada de fármacos (casi siempre acompañada de polifarmacia) puede provocar mayor daño que beneficio, deterioro del estado de salud y en general se deteriora la calidad de vida. Es asociado al incremento en interacciones farmacológicas y a reacciones adversas, con el consecuente incremento de los costos.

Con el incremento de la edad, el organismo tiene mayor susceptibilidad a presentar eventos adversos, debido a los cambios derivados del envejecimiento de órganos que modifican la farmacocinética, la asociación a comorbilidades y con frecuencia, la utilización de varios fármacos para la multicomorbilidad.

Se estima que una de cada tres de las hospitalizaciones se relacionan al uso de medicamentos (p. ej. enfermedades no tratadas, inadecuada selección del medicamento, reacciones adversas, incumplimiento, interacciones, uso de fármacos sin indicación apropiada y sobredosis), situando sus costos entre las cinco primeras causas de morbilidad en el mundo desarrollado. No es de extrañar entonces que en adultos mayores hospitalizados veamos la mayor cantidad de reacciones adversas que en gente menor de 30 años.

La presencia de polifarmacia, particularmente en aquéllos frágiles, predispone a resultados de salud negativos, incluye deterioro de la funcionalidad, dependencia, discapacidad, caídas, deterioro neurológico, confusión, somnolencia, desnutrición, sangrado, necesidad de cuidado a largo plazo, mayor demanda de los servicios de salud, incremento en el número de hospitalizaciones e incluso la muerte.

Esta estrategia es dirigida médicos de atención primaria, promoverá acciones encaminadas a mejorar la calidad de atención a través de una prescripción precisa, segura y personalizada, además de disminuir la cantidad de fármacos y así, limitar las reacciones adversas y hospitalizaciones por este motivo, además de disminuir gasto directo por consumo de fármacos y el indirecto por eventos adversos u hospitalización.

Líneas de acción

3.1.1. Detectar y reducir polifarmacia en consulta externa y durante la hospitalización.

3.1.2. Capacitar a médicos familiares y no familiares en prescripción razonada por medio de cursos monográficos o adiestramientos en servicio.

3.1.3. Desarrollo e implementación de las “Jornadas Regionales para disminuir Polifarmacia en Personas Mayores en Unidades de Medicina Familiar”

Beneficios esperados

Realizar una prescripción apropiada en la persona mayor es un trabajo difícil que requiere considerar un balance entre los riesgos y beneficios de los fármacos indicados y el control de las enfermedades concomitantes, sin embargo, con frecuencia el

ajuste farmacológico otorga los siguientes beneficios:

- Reducción de eventos adversos.
- Reducción en la tasa de hospitalización secundaria a eventos adversos.
- Mejoría en la calidad de vida.
- Mejoría en la funcionalidad.
- Disminución del riesgo de caídas y fracturas.
- Satisfacción del usuario y familiar.
- Generar una cultura de vigilancia de la calidad y seguridad farmacológica.
- Reducción de costos.
- Optimización de recursos.

Metas

3A. Reducción de al menos 1 medicamento no justificado por persona mayor de 65 o más años en consulta externa de primera vez.

Línea estratégica

3.2. “Código Delirium”.

Importancia

El delirium es un trastorno agudo de la atención y la cognición que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, considerándose uno de los síndromes geriátricos más frecuentes. Es una condición descrita principalmente en el ambiente hospitalario, cerca del 30% de personas mayores experimentan esta condición durante la hospitalización. Entre pacientes quirúrgicos, el riesgo de delirium oscila del 10 al 50%, las cifras más elevadas se encuentran entre pacientes frágiles (caída y fractura de cadera) o procedimientos complejos como cirugía de cadera.

A pesar de ser tan frecuente, no es identificado por el personal de salud hasta en el 66% de los casos, como consecuencia del desconocimiento del problema, falta de capacitación, mala comunicación y actitudes negativas del equipo de salud como rechazo y prejuicios hacia los adultos mayores.

El *delirium* es desencadenante de otras condiciones como los síndromes geriátricos: caídas, lesiones o úlceras por presión, incontinencia urinaria, reacciones adversas a medicamentos, deterioro funcional e infecciones nosocomiales. Su presencia debe alertar al personal de equipo de salud para identificar las condiciones que pueden desencadenar esta entidad clínica.

La presencia de *delirium* en la persona mayor hospitalizada incrementa su estancia en un rango de 8 a 10 días. Además, incrementa su morbilidad a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo, se incrementa el riesgo a caer durante el internamiento, a mediano y largo plazo la persona mayor tiene dependencia en actividades básicas de la vida diaria, favoreciendo los reingresos hospitalarios, se duplica el riesgo de institucionalización, la mitad de los pacientes tienen deterioro cognoscitivo al egreso, aumenta en 11 veces el riesgo de desarrollar demencia, incrementa el riesgo de colapso del cuidador (0.9 h más a la semana de cuidado informal por cambios en las actividades de la vida diaria durante un año) y por supuesto, también la mortalidad.

A nivel institucional aumentan los costos primarios de la atención. En otros países, el costo de la atención del paciente con delirium es mayor al de fractura de cadera, caídas no fatales y diabetes mellitus, solo superado por las enfermedades cardiovasculares. No solo pasa desapercibido en las áreas clínicas, también lo es para las áreas administrativas,

teniendo una gran área de oportunidad en ahorro de costos al disminuir esta condición.

La importancia de su identificación y prevención, radica en que es una condición prevenible al actuar de manera oportuna y proactiva con diferentes intervenciones, además de presentar beneficios como el reducir la estancia hospitalaria y los costos derivados de ella. Las intervenciones no farmacológicas o multicomponente han mostrado reducir la incidencia de *delirium* comparada con los cuidados usuales.

Esta estrategia busca reducir la presentación y el tiempo de cuadros de *delirium* por medio de estrategias de capacitación al personal de salud para su pronta identificación y manejo, así como generar una cultura de prevención de esta entidad en las unidades médicas hospitalarias.

Líneas de acción

3.2.1. Establecer la estrategia “Código *delirium*” en las unidades médicas que se lleva a cabo la atención geriátrica

3.2.2. Capacitar con la estrategia “Código Delirium” un curso para médicos familiares y no familiares, personal de enfermería, nutrición y trabajo social.

3.2.3. Desarrollar y difundir el Curso Nacional “Código *Delirium*” para la posterior replicación local.

Beneficios esperados

Los beneficios que se pretenden obtener son:

- Disminución de la presentación de cuadros de *delirium* por estrategias de prevención de *delirium*.

- Disminución de complicaciones intrahospitalarias asociadas: lesiones o úlceras por presión, dependencia a las actividades de la vida diaria, desnutrición, polifarmacia, infecciones hospitalarias, entre otras.
- Mejoría en la funcionalidad al egreso.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Disminución de mortalidad.
- Reducción de los costos por hospitalización
- Entrenamiento del cuidador primario para la atención domiciliaria.
- Reducción de los reingresos.
- Incremento en la satisfacción del derechohabiente y su familia.
- Mejoraría en la calidad de la atención.

Metas

3B. Disminuir la presentación de cuadros de *delirium* a menos del 20% de las personas mayores con 65 o más años hospitalizados.

Línea estratégica

3.3. “Manejo Integral de la Fractura de Cadera por Equipo Interdisciplinario”. Para reducir complicaciones y estancia hospitalaria.

Importancia

La fractura de cadera es un problema de salud frecuente en la persona mayor, y constituye la peor complicación de la osteoporosis, debido al impacto sobre la calidad de vida y su elevada morbimortalidad. La tasa de mortalidad puede alcanzar el 10% durante la estancia hospitalaria y el 30% durante los siguientes 12 meses, de los que sobreviven, el 25% requieren el ingreso en un hogar para ancianos, la mayoría de los pacientes eran independientes antes de la caída. Los costos socioeconómicos representan el 0.1% de los costos de atención de salud a nivel mundial y alcanza hasta el 1.4% en los



países más desarrollados. Después de la fractura, la utilización de los servicios de salud se incrementan al menos durante el primer año, en gran parte debido a los costos por complicaciones asociadas a la inmovilidad y los cuidados crónicos de atención de largo plazo.

El tratamiento definitivo para la mayoría de las fracturas de cadera es el quirúrgico. La cirugía de fractura de cadera con frecuencia se asocia con complicaciones multisistémicas que incluyen al infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, anemia que requiere transfusión, lesión renal aguda, obstrucción intestinal, tromboembolismo, infecciones, lesiones (úlceras) por presión, desnutrición, eventos adversos a fármacos y delirium. Estas complicaciones sobrepasan los mecanismos homeostáticos en aquellos individuos susceptibles por comorbilidades preexistentes, siendo que al menos un 35% los pacientes geriátricos tienen una o más comórbidos. Es determinante señalar que son los factores como la capacidad funcional, las comorbilidades previas a cirugía y las complicaciones postoperatorias las que determinan el retorno a la funcionalidad anterior a la fractura y no el tipo de cirugía o la edad en sí. Por lo anterior, se requiere de identificar, prevenir, optimizar y corregir las comorbilidades perioperatorias, los riesgos propios de la hospitalización y mejorar la capacidad funcional antes, durante y después de la cirugía para obtener mejores resultados a largo plazo. Es por ello que se requiere una atención integral multidisciplinaria que permita la coordinación de acciones de un equipo de atención médica geriátrica y del equipo quirúrgico de ortopedia y traumatología.

En las unidades de Ortogeriatría donde el manejo de la fractura de cadera es interdisciplinario, existe responsabilidad compartida entre los servicios de Traumatología y Geriatría desde el ingreso, las acciones van dirigidas a intensificar la coordinación entre ambos servicios compartiendo la responsabilidad del cuidado del derechohabiente. Se realiza obligatoriamente una evaluación geriátrica integral con el propósito de estimar el riesgo perioperatorio y prevenir complicaciones. La movilización temprana después de la operación es primordial ya que reduce la incidencia de delirium y neumonía, mejora la función, se asocia con una menor mortalidad, entre otras ventajas. El equipo quirúrgico tiene en cuenta la condición mental del paciente, la situación social, el nivel de dependencia y la calidad del hueso para decidir el tipo de operación. Al egreso, el paciente y su familiar reciben un plan de cuidados y seguimiento de traumatología, de geriatría y del equipo interdisciplinario.

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) tiene el promedio más alto con 10.7 días por evento, mientras que la Secretaría de Salud (SS) tiene un promedio de 9.3 días y las instituciones privadas consideran 5.2 días. Además, una consecuencia negativa después de una fractura es la discapacidad permanente que va de 32-80% en quienes sobreviven a la hospitalización inicial. El impacto en la discapacidad es sorprendente: a un año el 40% de los pacientes todavía no pueden caminar de forma independiente, el 60% tiene dificultades en al menos una actividad básica de la vida diaria, y 80% está restringido en las actividades instrumentales de la vida diaria, como conducir y hacer comprar. También se asocia a una mayor tasa de aislamiento social, un factor de

riesgo importante para depresión y pobre calidad de vida en personas mayores.

Se comparó los modelos existentes de la atención ortogeriatrica (el modelo tradicional, geriatría como interconsultante) y concluyó que el modelo de atención conjunta ortogeriatrica tenía menor tasa de mortalidad hospitalaria, disminución de la estancia hospitalaria y menor tiempo para cirugía. Por lo cual se recomienda que a todos los pacientes con fractura de cadera se les ofrezca este un programa desde el momento de la admisión hospitalaria. Los componentes específicos, en general, incluyen cuatro pasos principales: cuidado preoperatorio y postoperatorio, rehabilitación y prevención secundaria

Líneas de acción

3.3.1. Establecer de manera oportuna y adecuada un manejo integral por parte de geriatría y ortopedia en las personas mayores de 65 años con fractura de cadera en unidades de segundo y tercer nivel de atención.

3.3.2. Conformar equipos multidisciplinarios de ortogeriatrica para la atención de la fractura de cadera en las personas mayores hospitalizadas.

3.3.3. Capacitar al personal que está en contacto con el adulto mayor con fractura de cadera para identificar las posibles complicaciones perioperatorias de la fractura de cadera.

3.3.4. Sistematizar e implementar las intervenciones a realizar en las personas mayores con fractura de cadera que se encuentre hospitalizadas por parte de cada miembro del equipo interdisciplinario.

Beneficios esperados

Entre las ventajas que se encuentran en este modelo se encuentran: la agilización del proceso para reducir los retrasos quirúrgicos, la reducción de la estancia hospitalaria, la disminución de envíos a unidades de rehabilitación funcional, la reducción de complicaciones (úlceras por presión, delirium, desnutrición, infecciones nosocomiales, deterioro funcional, depresión), mejor función cognoscitiva, mayor independencia, reintegración al entorno social más rápida, menor temor a las caídas (basofobia), mejor calidad de vida y en general, mayor ahorro de costos al sistema de salud y “de bolsillo”.

Los beneficios que se pretenden obtener son:

- Disminución de gastos derivados de la presentación de complicaciones asociadas a larga estancia hospitalaria.
- Disminución de complicaciones asociadas a hospitalización como lesiones por presión, *delirium*, pérdida de la independencia a las actividades de la vida diaria, desnutrición, polifarmacia, infecciones hospitalarias,
- Disminución de los días de estancia hospitalaria.
- Disminución de polifarmacia.
- Optimización del tratamiento de comorbilidades de la persona mayor.
- Reducción de los costos por hospitalización.
- Mejoría en la funcionalidad al egreso.
- Entrenamiento del cuidador primario en los cuidados en domicilio.
- Estrategias de prevención de caídas y modificaciones del entorno domiciliario.
- Tratamiento oportuno de osteoporosis y prevención de segunda fractura.
- Se disminuirá la sobrecarga del cuidador primario.

- Se disminuirá la institucionalización al egreso.
- Incremento en la satisfacción del derechohabiente y su familia.
- Mejoría en la calidad de vida del adulto mayor
- Mejoría en la calidad de atención de los trabajadores del Instituto.

Metas

3C. Disminuir 2 días a la estancia hospitalaria media de las personas mayores con 65 o más años hospitalizados con fractura de cadera.

3D. Realizar la evaluación Geriátrica integral al 80% las personas con fractura de cadera dentro de las primeras 24 horas de ingreso a hospitalización.

Línea estratégica

3.4. “Movilización Temprana de la Persona Mayor”.

Importancia

El deterioro de la capacidad funcional y la pérdida de la autonomía representa un reto para el sistema de salud actual debido a que los pacientes que son egresados de los hospitales con algún grado de dependencia, son incapaces de vivir solos y necesitan asistencia continua en su domicilio por familiares, o bien, son ingresados a una institución de larga estancia para su cuidado, teniendo una recuperación parcial y pasar hasta 2 años para la recuperar la independencia funcional.

La hospitalización de los adultos mayores debido a patología aguda o crónica agudizada, marca un evento de importancia trascendental en dicha población; ya que, por sí misma, la

hospitalización es un reconocido factor de riesgo para la pérdida de la independencia funcional. La malnutrición, sarcopenia, la estancia prolongada en cama que contribuye al inmovilismo, la dependencia física y la polifarmacia son solo algunos de los factores asociados a esta pérdida en las capacidades funcionales.

La importancia de tratar y prevenir el deterioro funcional e inmovilidad radica en las consecuencias que puede provocar la hospitalización de una persona mayor, hasta el 33% presentan deterioro funcional en al menos una de las actividades de la vida diaria y se incrementa a cerca del 50% cuando superan los 80 años de edad. Si tenemos en cuenta que cerca de un tercio de los pacientes que se ingresan al hospital ya tienen algún grado de dependencia física, la recuperación de estos pacientes es lenta y en el mejor de los casos, sólo la mitad de ellos retornan a su situación funcional previa a la hospitalización en los siguientes 6 meses. Así, se estima una pérdida funcional al egreso entre el 35 y 73% durante la estancia hospitalaria.

Si bien es cierto que los factores que determinan el deterioro funcional durante la hospitalización están relacionados con la reserva fisiológica de la persona mayor y la enfermedad que motivo su ingreso, es poco lo que se puede intervenir en estas variables. De este modo, es en el proceso de hospitalización y con los cuidados que se tienen durante el mismo, lo que puede marcar una diferencia en el curso del internamiento de este grupo de pacientes. La correcta evaluación de la funcionalidad previa al ingreso hospitalario, así como la identificación de síndromes geriátricos pueden ayudar a dirigir estrategias específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización en adultos mayores frágiles.

Existen múltiples estrategias para preservar e incluso aumentar la masa muscular y la fuerza en la persona mayor, y para esto se han utilizado modificaciones en la dieta y fármacos anabólicos, pero es el ejercicio (rehabilitación) la única medida que ha comprobado ser eficaz y segura para restaurar o mantener la función en las personas mayores. El fomentar la actividad física durante la hospitalización y restringir el movimiento dentro y fuera de cama sólo bajo indicaciones específicas, evitar en lo posible intervenciones terapéuticas o diagnósticas en las cuales el riesgo de complicaciones sea mayor al beneficio esperado, son algunas intervenciones que sí se protocolizan y estandarizan por medio de un equipo interdisciplinario pueden ayudar a disminuir estancias prolongadas innecesarias y disminución de los costos

Es por ello que esta estrategia busca prevenir el síndrome de inmovilidad, deterioro funcional, fragilidad, sarcopenia, úlceras por presión, malnutrición y depresión asociadas a la hospitalización.

Líneas de acción

3.4.1. Promover la movilización temprana de manera proactiva para prevenir deterioro funcional, inmovilidad, lesiones por presión, sarcopenia, fragilidad y otros.

3.4.2. Capacitar a personal de enfermería en las estrategias de movilización temprana y limitar el uso de restricciones físicas.

3.4.3. Capacitar en el Programa de Ejercicio Multicomponente en el primer nivel de atención.

3.4.4. Capacitar al cuidador primario sobre la importancia de la movilización y en técnicas de movilización en cama con adecuada higiene de columna.

Beneficios esperados

Las complicaciones asociadas a la hospitalización son multifactoriales, con frecuencia una única causa puede ocasionar múltiples consecuencias. Por lo tanto, una intervención oportuna y efectiva sobre aquellas causas principales, puede reducir el riesgo de diversos problemas.

Por ejemplo, la movilización temprana de la persona mayor hospitalizada en la medida de lo posible, nos beneficia en lo siguiente:

- Disminución de complicaciones como lesiones (úlceras) por presión, dependencia a las actividades de la vida diaria, desnutrición, polifarmacia, estreñimiento, mejor tolerancia de la dieta, entre otras.
- Reduce las caídas por hipotensión ortostática, y de infecciones hospitalarias.
- Disminución de cuadros de delirium.
- Disminución de la estancia hospitalaria y de costos por hospitalización.
- Mejoría en la funcionalidad al egreso.
- Entrenamiento del cuidador primario en los cuidados en domicilio.
- Disminución de reingresos.
- Incremento en la satisfacción del derechohabiente y su familia.
- Mejoraría en la calidad de atención de los trabajadores del Instituto.

Metas

3E. Movilización temprana del 90% de las personas mayores hospitalizadas con 65 o más años.

Estrategia 4. Prevención de discriminación y maltrato en la persona mayor.

Contexto

La vejez, aun siendo parte del proceso de vida del ser humano, se enfrenta a la construcción de estereotipos fuertemente caracterizados con atributos negativos. La discriminación hacia los viejos puede ser por la acumulación de años (viejismo) o más delicada aún, por el imaginario de la vejez en la sociedad actual como ineficiencia, improductividad, decrepitud o decadencia.

Las actitudes negativas o discriminatorias hacia las personas mayores se encuentran ampliamente extendidas en la sociedad y son causa de afección física y mental hacia este grupo etario. Una de las causas principales de que se presenten este tipo de actitudes es la gran diversidad en cuanto al estado de salud y funcional que existe en la vejez; muchas personas de más de 80 años de edad siguen teniendo participación social, en contraparte, algunos adultos mayores de 65 años dependen de terceros para realizar sus actividades. Lo más acertado sería ver esta diversidad como un espectro de grados de funcionamiento; sin embargo, las respuestas normativas se centran en uno u otro extremo del espectro, ya sea el que percibe la vejez como un periodo de carencias, vulnerabilidad y desconexión, con necesidades de cuidado, de toma de decisiones y carga en necesidades de salud, mientras que el otro extremo se ubica a la vejez como un periodo de participación social, independencia e incluso poder, como tal, la persona mayor enferma y casi siempre será vista por su entorno, incluyendo al personal de salud, como parte de ese extremo de dependencia y necesidad de cuidado.

Estas diferentes maneras de percibir a la vejez y a los viejos, producen estereotipos acerca de las personas mayores, los cuales suelen marcar a las personas como “cargas”, personas débiles, minusválidas, alejadas de la realidad o dependientes. Estos estereotipos entendidos como ideas negativas preconcebidas con respecto a las personas mayores pueden presentarse en familiares, cuidadores, personal de salud y sociedad en general, que por la naturaleza propia de tales estereotipos, conllevan a la falta de empatía y maltrato en cualquiera de sus modalidades.

Cabe recalcar que estas ideas negativas respecto a las personas mayores están basadas únicamente en la edad de la persona y el personal de salud no escapa de formarse estos estereotipos, lo cual puede reflejarse en la atención que otorga a este grupo de pacientes. Ahora bien, la atención a la salud de personas implica una relación recíproca entre quien busca ayuda respecto a alguna afección y quien busca proporcionar alivio a tal afección, sin embargo, la discriminación por edad frecuentemente supera esta relación de correspondencia personal.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que las actitudes discriminatorias o negativas hacia las personas mayores están muy extendidas y se relacionan con daños a la salud física y mental. Un estudio realizado por la misma OMS, encontró que las personas mayores que tenían una percepción negativa de su propio envejecimiento, encontraban más dificultades para enfrentar su discapacidad y vivían, en promedio, 7.5 años menos que las personas que tenían una percepción positiva sobre dicha cuestión. De igual forma, afirman que la discriminación por edad es un fenómeno muy frecuente y que en la mayoría de las ocasiones, estas ideas llevan a

acciones negativas de manera inconsciente que, sin embargo, es posible modificarlas en la búsqueda por erradicar la discriminación por edad y así construir sociedades más equitativas y saludables.

Otro tipo de discriminación es la institucional, en la cual el sistema de salud es incapaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población, particularmente en las personas mayores.

Esta estrategia pretende incrementar la visibilidad de la población de adultos mayores, fomentar una cultura de respeto y cuidado a las personas mayores. Además a mediano y largo plazo, busca mejorar la infraestructura y los procesos para esta población.

Línea estratégica

4.1. Desarrollar una campaña de concientización dirigida al personal de salud para proporcionar atención sin discriminación por edad.

Líneas de acción

4.1.1. Coordinar en conjunto con la Dirección de Prestaciones económicas y Sociales y con la Unidad de Comunicación Social una campaña para la prevención del maltrato y la discriminación de la persona mayor por parte del personal de salud.

4.1.2. Implementar estrategias educativas de temas relacionados a la ética en la atención a la salud.

4.1.3. Implementar cursos locales de concientización para la prevención de maltrato y discriminación en conjunto con personal de trabajo social.

4.1.4. Proyecto para Instituir establecimientos de salud “amigables” con las personas adultas mayores.

Beneficios esperados

La importancia de solucionar el problema de discriminación y maltrato hacia las personas mayores tiene beneficios a diferentes niveles, quizá el más importante es erradicar estas malas prácticas las cuales son éticamente reprobables, aún más en una institución de seguridad social.

Los beneficios que se pretenden obtener son:

- Mejoría en la calidad de atención de los trabajadores del Instituto.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud respecto a la discriminación y maltrato de las personas mayores.
- Apoyar en la humanización de la atención en salud en el IMSS.
- Incidir en el personal de salud en formación con un enfoque humanista y de respeto a los derechos humanos.
- Incrementar la calidad y calidez en la atención de las personas mayores en el IMSS.
- Incremento en la satisfacción del derechohabiente adulto mayor y su familia.
- Generar unidades de atención médica amigables y acorde con las necesidades de los adultos mayores.
- Disminución de eventos adversos y centinela en los adultos mayores hospitalizados.
- Informar y en la medida de lo posible, sensibilizar a la población en general acerca de la discriminación por edad y maltrato en las personas mayores.

Metas

4A. Diseño e implementación de una campaña institucional para la prevención de la discriminación de la persona mayor.



8. Conclusión

El Plan Geriátrico Institucional “GeriatrIMSS” es ambicioso, integrador y necesario, plantea el fortalecimiento de las capacidades operativas institucionales, así como la reorientación de procesos y servicios para dar una respuesta armónica a las necesidades específicas de este grupo poblacional. Con estas estrategias nuestra Institución estará a la vanguardia internacional en atención de las personas mayores, incidiendo en sus principales problemas de salud y ofreciendo una atención preventiva, integral e interdisciplinaria llevando así a mejorar la calidad en la atención y la satisfacción del usuario y su familia.

El IMSS ya es la institución que más especialistas en Geriátrica (médicos y enfermeras) forma en el país y en Latinoamérica, la que tiene el mayor número de espacios para laborar y con el mayor crecimiento en los espacios físicos hospitalarios en esta especialidad, lo que nos genera la oportunidad de señalar el rumbo y la evolución de la atención geriátrica nacional en cuidados de la salud.

Reconocemos que el reto de la transición demográfica y epidemiológica es complejo, sin embargo, el Instituto se encuentra respondiendo de una manera proactiva, resolutiva y gradual a la cobertura de acciones estratégicas en los 3 niveles de atención médica y en los Centros de Seguridad Social.



9. Bibliografía

1. Atención integrada para las personas mayores (ICOPE). Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: Organización Panamérica de la Salud; 2020.
2. Beaupre LA, Jones CA, Saunders LD, Johnston DW, Buckingham J, Majumdar SR. Best practices for elderly hip fracture patients. A systematic overview of the evidence. *J Gen Intern Med.* 2005;20(11):1019-25.
3. Bielza Galindo R, Ortiz Espada A, Arias Muñana E, Velasco Guzmán de Lázaro R, Mora Casado A, Moreno Martín R, et al. [Opening of an Acute Orthogeriatric Unit in a general hospital]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2013;48(1):26-9.
4. CONAPO. Programa Nacional de Población 2001-2006. México: Consejo Nacional de Población; 2001.
5. Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson Inicial en el primer Nivel de atención México: Secretaría de Salud; 2008.
6. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2014.
7. Diagnóstico y Tratamiento del Intestino Irritable en el Adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015.
8. González M, Martínez G, Calderón J, Villarroel L, Yuri F, Rojas C, et al. Impact of delirium on short-term mortality in elderly inpatients: a prospective cohort study. *Psychosomatics.* 2009;50(3):234-8.
9. Henderson CY, Ryan JP. Predicting mortality following hip fracture: an analysis of comorbidities and complications. *Ir J Med Sci.* 2015;184(3):667-71.
10. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2021.
11. Inouye SK, Rushing JT, Foreman MD, Palmer RM, Pompei P. Does delirium contribute to poor hospital outcomes? A three-site epidemiologic study. *J Gen Intern Med.* 1998;13(4):234-42.
12. Montes de Oca-Zavala V. La discriminación hacia la vejez en la ciudad de México: contrastes sociopolíticos y jurídicos a nivel nacional y local *Revista Perspectivas Sociales.* 2013;15(1):47-80.
13. Morandi A, Pozzi C, Milisen K, Hobbelen H, Bottomley JM, Lanzoni A, et al. An interdisciplinary statement of scientific societies for the advancement of delirium care across Europe (EDA, EANS, EUGMS, COTEC, IPTOP/WCPT). *BMC Geriatr.* 2019;19(1):253.
14. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra. 2015.
15. Organización Mundial de la Salud. Las actitudes negativas acerca del envejecimiento y la discriminación contra las personas mayores pueden afectar a su salud. Comunicado de prensa. Ginebra. 2016.
16. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niños y Adultos. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2010.
17. Protocolo de Atención Integral: Prevención Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus 2. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2021.
18. Rodríguez-Rovira E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor. 1 ed. Santander: Academia de Medicina de Cantabria; 2004.
19. Siddiqi N, Harrison JK, Clegg A, Teale EA, Young J, Taylor J, et al. Interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:Cd005563.
20. Tarazona-Santabalbina FJ, Belenguer-Varea Á, Rovira E, Cuesta-Peredó D. Orthogeriatric care: improving patient outcomes. *Clin Interv Aging.* 2016;11:843-56.



Anexo 1. Criterios de Referencia al Segundo Nivel

Objetivo General

Favorecer la continuidad de la atención médica a nuestros derechohabientes mayores de 65 años de forma integral, oportuna y de calidad, entre el primero y segundo nivel de atención médica.

Padecimientos

Código CIE-10 / Diagnóstico		
1	F55X	Polifarmacia
2	F01X	Demencia vascular
	F067	Deterioro cognoscitivo menor
	F03X	Deterioro cognoscitivo mayor (demencia no especificada)
	G30X	Enfermedad de Alzheimer
3	F32X	Trastorno depresivo mayor, episodio único
	F33X	Trastorno depresivo mayor, recurrente
4	F411	Trastorno de ansiedad generalizada
	F412	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
	F419	Trastorno de ansiedad, no especificado
5	G20X	Enfermedad de Parkinson
	G218	Otros tipos de parkinsonismo secundario
6	I10	Hipertensión esencial (primaria)
7	I951	Hipotensión ortostática (mareo, caídas)
8	E110	Diabetes mellitus tipo 2 con hiperosmolaridad sin coma
9	I500	Insuficiencia cardíaca congestiva (crónica)
10	K591	Diarrea funcional (crónica)
	K580	Síndrome de intestino irritable con diarrea
	K909	Malabsorción intestinal, no especificada
11	R634	Pérdida anormal de peso
	E46X	Malnutrición proteico-calórica no especificada
12	D50	Síndrome anémico (Anemia por carencia de hierro)
	D51	Síndrome anémico (Anemia por carencia de vitamina B12)
	D52	Síndrome anémico (Anemia por carencia de ácido fólico)
13	N390	Infección de vías urinarias recurrente
14	W01	Síndrome de caídas

Fuente: División de Información en Salud 2015.



Criterios de Referencia de UMF (Médico Familiar) a segundo nivel (Médico No Familiar Geriatra)

Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
<p>1. Polifarmacia</p> <p>CIE-10 F55X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Presencia de 3 o más enfermedades crónicas descontroladas después de optimización de dosis y adecuado apego terapéutico. y • Consumo de más de 5 medicamentos o • Presencia de eventos adversos graves asociados al tratamiento farmacológico, p.ej. atención en urgencias u hospitalaria por caída asociada a benzodiazepinas, hipotensión postural asociada a antihipertensivo o diurético, hemorragia de tubo digestivo alto secundaria a AINEs. o • Consumo de medicamentos con efecto sinérgico con potencial riesgo, p. ej. AINEs con antiagregantes plaquetarios, o dos fármacos del mismo grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. • Colesterol. • Triglicéridos. • Examen general de orina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.
<p>2. Deterioro cognoscitivo/ Enfermedad de Alzheimer</p> <p>CIE 10 F01X F03X F067 G30X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Queja de memoria referida por el paciente y/o familiar acompañante o cuidador primario. o • No responde correctamente al menos una de las siguientes 2 preguntas <ul style="list-style-type: none"> o ¿Cuál es la fecha completa de hoy? o ¿Dónde esta usted ahora mismo? • Dependencia o necesidad de ayuda en actividades instrumentales (preparar comida, hacer compras, usar teléfono, cuidado de la casa, lavar ropa, usar transporte público, maneja sus medicamentos y asuntos económicos) o básicas (alimentarse, bañarse, vestirse, trasladarse, uso del retrete, continencia) de la vida diaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. • Glucosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Neurología.



Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
<p>3. Depresión</p> <p>CIE 10 F32X F33X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Adecuado apego terapéutico. y • Poca o nula respuesta al tratamiento en un periodo de 2 a 3 meses. o • Pensamiento suicida o ideas delirantes o pérdida de funcionalidad global. o • En caso de que se asocie a comorbilidad (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, neumopatía crónica, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Paraclínicos de acuerdo con trastorno comorbido y a disponibilidad en el primer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Psiquiatria.
<p>4. Ansiedad</p> <p>CIE 10 F411 F412 F419</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Adecuado apego terapéutico. y • Poca o nula respuesta al tratamiento en un periodo de 2 a 3 meses. o • Perdida de funcionalidad global. o • Antecedente de crisis de ansiedad. o • En caso de que se asocie a comorbilidad (hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, neumopatía crónica, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Paraclínicos de acuerdo con trastorno comorbido y a disponibilidad en el primer nivel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Psiquiatria.
<p>5. Enfermedad de Parkinson</p> <p>CIE 10 G20X G218</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Síndrome parkinsoniano con bradicinesia más uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Rigidez, temblor o inestabilidad postural o o Deterioro cognoscitivo o o Síncope • Necesita al menos 3 o 4 veces más tiempo para realizar sus actividades habituales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Neurología.



Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
<p>6. Hipertensión arterial</p> <p>CIE 10 I10X I15</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mm/Hg y/o ≥ 100 mm/Hg de diastólica y que, a pesar de tratamiento con 3 fármacos antihipertensivos de diferente acción con dosis máximas, no tienen respuesta óptima y que prevalecen las cifras de acuerdo con los tiempos establecidos en los algoritmos del Protocolo de Atención Integral y la Guía de Práctica Clínica. <ul style="list-style-type: none"> ◦ • Hipertensión arterial de difícil control o refractaria a tratamiento. <ul style="list-style-type: none"> ◦ • Pacientes hipertensos con complicaciones (evidencia y/o sospecha de daño a órgano blanco). <ul style="list-style-type: none"> ◦ • Sospecha de hipertensión secundaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. • Colesterol. • Triglicéridos. • Examen general de orina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Cardiología.
<p>7. Hipotensión ortostática</p> <p>CIE 10 I951</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Pacientes con hipotensión ortostática (postural): <ul style="list-style-type: none"> ◦ Disminución de presión arterial sistólica > 20 mmHg después de 3-5 minutos de estar en posición supina a la bipedestación. y/o ◦ Disminución de presión arterial diastólica > 10 mmHg después de 3-5 minutos de estar en posición supina a la bipedestación. Excepto: <ul style="list-style-type: none"> • Casos de causa aguda (diarrea, deshidratación, infección, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. • Colesterol. • Triglicéridos. • Examen general de orina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.



Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
<p>8. Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p>CIE 10 E110</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Cuando de manera persistente no se cumplan las metas de tratamiento farmacológico a pesar de doble o triple terapia oral e insulina a dosis terapéuticas, previo interrogatorio y verificación con el paciente de la adherencia al tratamiento farmacológico de acuerdo con los tiempos establecidos en el Protocolo de Atención Integral en Diabetes Mellitus. <p><u>METAS DE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</u></p> <p>Saludable (grupo 1): Independiente, con buen estado de salud, sin fragilidad, sin demencia o Estadio de ERC por KDOQI 3A o 3B)</p> <ul style="list-style-type: none"> o HbA1c < 7.5%. o Glucosa plasmática en ayuno 90-130 mg/dL. o Glucosa precena 100-180 mg/dL. <p>Complejo (Grupo 2): comorbilidad, dependencia en actividades instrumentales de la vida diaria, deterioro cognoscitivo de leve a moderado, o Estadio de ERC por KDOQI 4):</p> <ul style="list-style-type: none"> o HbA1c < 8.0%. o Glucosa plasmática en ayuno 100-150 mg/dL, o Glucosa precena 100-180 mg/dL. <p>Muy complejo (Grupo 3): comorbilidad en fase terminal, dependencia en actividades básicas de la vida diaria, deterioro cognoscitivo moderado a grave, o Estadio de ERC por KDOQI 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> o HbA1c < 8.5%, o Glucosa plasmática en ayuno 100-180 mg/dL. o Glucosa precena 110-200 mg/dL. <ul style="list-style-type: none"> o • En caso de hipoglucemia en más de una ocasión durante el último año. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Examen general de orina. • Glucosa plasmática en ayuno. • Hemoglobina glucosilada (HbA1c) • Determinación de últimas glucosas séricas en el seguimiento por la UMF. • Creatinina. • Colesterol. • Triglicéridos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Endocrinología.



Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
<p>9. Insuficiencia cardiaca congestiva</p> <p>CIE 10 I500</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Pacientes con insuficiencia cardiaca compensada (Clase funcional II, III) o • Hospitalización reciente por insuficiencia cardiaca congestiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Creatinina. • Electrolitos séricos (donde esté disponible). • Radiografía de tórax PA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Cardiología.
<p>10. Diarrea crónica / Malabsorción Intestinal</p> <p>CIE 10 K591 K580 K909</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Diarrea crónica mayor a 3 meses sin respuesta a tratamiento y • Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> o Anemia sin causa aparente. o Hemorragia de tubo digestivo bajo. o Síntomas nocturnos o progresivos. o Pérdida de peso inexplicable. o Uso reciente de antibióticos. o Enfermedad inflamatoria del intestino. o Enfermedad celiaca. o Antecedentes familiares de cáncer colorrectal u ovario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática • Glucosa • Creatinina • Velocidad de sedimentación globular • Coproparasitoscópico (donde este disponible). 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna o Gastroenterología.
<p>11. Pérdida anormal de peso</p> <p>CIE 10 R634</p> <p>Malnutrición proteico-calórica CIE 10 E46X</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Edad mayor a 65 años. y • Pérdida de peso no intencional de 3 kg en los últimos 3 meses. o • Pérdida de peso no intencional de 5% en los últimos 6 – 12 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente. • Biometría hemática. • Creatinina. • VSG, PCR. • Radiografía de tórax PA y abdomen (donde esté disponible). 	<ul style="list-style-type: none"> • Geriatria. • En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.



Entidad nosológica	Criterio de envío	Requerimientos de envío	Servicio de Referencia
12. Síndrome anémico CIE 10 D50 D51 D52	<ul style="list-style-type: none">• Edad mayor a 65 años. y• Sospecha de anemia ferropénica y/o megaloblástica por índices eritrocitarios. y• Pacientes con buen apego a tratamiento y sin pérdida sanguínea aguda que no respondieron al tratamiento con hematínicos en 8 – 12 semanas.	<ul style="list-style-type: none">• Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente.• Biometría hemática• (basal y posterior a 8 – 12 semanas de tratamiento. Creatinina.	<ul style="list-style-type: none">• Geriatria. En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.
13. Infección de vías urinarias recurrente CIE 10 N390	<ul style="list-style-type: none">• Edad mayor a 65 años. y• Presencia de tres o más infecciones urinarias sintomáticas en los últimos 12 meses. o Presencia de dos o más infecciones urinarias sintomáticas en los últimos 6 meses.	<ul style="list-style-type: none">• Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente.• Biometría hemática.• Creatinina. Examen general de orina.	<ul style="list-style-type: none">• Geriatria. En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.
14. Síndrome de caídas CIE 10 W01	<ul style="list-style-type: none">• Edad mayor a 65 años. y• Al menos una caída en los últimos 6 meses. Excepto: <ul style="list-style-type: none">• Posterior a la caída que tienen imposibilidad para la deambulacion. Posterior a la caída que condiciona deterioro neurológico agudo o subagudo.	<ul style="list-style-type: none">• Formato 4-30-8 electrónico requisitado adecuadamente.• Biometría hemática. Química sanguínea.	<ul style="list-style-type: none">• Geriatria. En caso de no contar servicio de Geriatria, enviar a Medicina Interna.



Grupo de desarrollo

Dr. Juan Humberto Medina Chávez

Dr. Alejandro Herrera Landero

Dr. Everest Barrientos López

Dr. Jesús Avilio Martínez Beltrán

Dr. José Enrique Cruz Aranda

Dra. Yamile Fattel Ortiz

Dra. Vianey Garzón López

Dra. Brenda Emilia Chino Hernández

Dr. José Antonio Espíndola Lira

Dra. Anabel Marín Tinoco

Dr. Mauricio Daniel Mercado Sánchez

Dr. Jorge Orozco Gaytán

Dra. Luz Gisela Salmerón Gudiño

Dra. Macarena Del Rosario Sifuentes Martínez

Dr. Carlos Alberto Borboa García

Dr. Arturo Díaz Hernández

Mtra. Marisela Morero Mendoza

Mtra. Claudia Luz Razo Estrada

Lic. Fabiola Pérez Orozco

Lic. Elizabeth Pérez Oropeza



Directorio

Dirección General

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto

Dirección de Prestaciones Médicas

Dra. Célida Duque Molina

Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales

Dr. Mauricio Hernández Ávila

Dirección de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Dra. Claudia Laura Vázquez Espinoza

Unidad de Planeación e Innovación en Salud

Dr. Ricardo Avilés Hernández

Unidad de Atención Médica

Dr. Efraín Arizmendi Uribe

Unidad de Educación e Investigación

Dr. Víctor Hugo Borja Aburto

Coordinación de Innovación en Salud

Gabriela Borrayo Sánchez

Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Beatriz Maldonado Almaráz

Coordinación de Unidades de Segundo Nivel

Dr. Luis Rafael López Ocaña

Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Dr. Manuel Cervantes Ocampo

Coordinación Técnica de Enfermería

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias

División de Excelencia Clínica

Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte

Área de Envejecimiento y Enfermedades crónicas y neurodegenerativas

Dr. Juan Humberto Medina Chávez



GOBIERNO DE
MÉXICO