

**“Lineamientos para la  
Atención de Adultos  
Mayores por SARS CoV-2  
/COVID 19.”**

**Lineamientos**

---

**2020**

Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Lineamientos para la Atención de Adultos Mayores con necesidad de Atención Ambulatoria por Coronavirus; Quito: Ministerio de Salud Pública, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud, Mesa Técnica del Adulto Mayor.

## Autoridades

Dr. Francisco Xavier Solórzano, Viceministro de Atención Integral en Salud. Encargado.  
Dr. Carlos Jaramillo, Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.  
Dra. Narcisca Calahorrano, Directora Nacional del Primer Nivel de Atención.  
Dra. Lisset Tapia, Directora Nacional de Discapacidades.  
Ing. Patricia Reyes, Gerente del Proyecto Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.  
Dr. Eduardo Puente, Director Nacional de Hospitales.  
Dr. Francisco Contreras, Director Nacional de Centros Especializados.  
Esp. René Abarca, Director Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles.  
Psic. María Ignacia Páez, Responsable del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.  
Psic. Camila Olmedo, Gerente Plan Toda una Vida.

## Edición general

Subsecretaría Nacional de Provisión de los Servicios de Salud / Mesa Técnica del Adulto Mayor

## Equipo de redacción y autores

Dr. Carlos Yáñez, Especialista de Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.  
Mgs. Andrés Benavides, Especialista del Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.  
Ing. Paola Gómez, Especialista del Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.  
Dra. Elva Romero, Especialista de Dirección Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles.  
Mgs. Karol Sandoval, Especialista de Dirección Nacional de Centros Especializados.  
Dra. Paulina Muñoz, Especialista en Geriátrica; Punto Focal de Atención Integral de Adulto Mayor, Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud.  
Mgs. Pilar Ruales, Analista, Dirección Nacional de Discapacidades.  
Dr. Mario López, Especialista Dirección Nacional de Hospitales.  
Psic. Maritza Troya, Especialista de Cuidado del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.

Registro de cambios en el documento			
Versión	Resumen del cambio	Realizado por	Fecha
1.0	Creación	Karol Sandoval	Marzo 2020
		Paulina Muñoz	Marzo 2020
2.0	Creación	Mesa técnica del Adulto Mayor	Junio 2020

## PRESENTACIÓN

En el Ecuador el Ministerio de Salud Pública prioriza la atención de adultos mayores según lo establecido en la Constitución, y en el marco de la pandemia del COVID-19 que atraviesa el país, con el fin de fortalecer la atención a este grupo vulnerable plantea estrategias que garanticen el cuidado continuo de la salud de los adultos mayores.

Los adultos mayores constituyen un grupo de población vulnerable que presenta un mayor riesgo de desenlaces adversos e infecciones por SARS CoV-2/COVID 19, la vulnerabilidad frente a la COVID-19 ha llevado a la implementación de medidas preventivas más restrictivas de confinamiento para las personas mayores que para los adultos, y a la implementación de medidas intensivas de control de propagación de la infección en los establecimientos de salud y atención domiciliaria; por consiguiente, se han de adoptar precauciones especiales para proteger a los pacientes, profesionales de la salud y personal de apoyo.

Debe tenerse en cuenta que las actividades de prevención y control de infecciones (PCI), en particular el uso de equipos de protección personal (EPP) y las restricciones de las visitas y actividades de grupo, pueden afectar a la salud y el bienestar mental de los pacientes y el personal de salud.

Una vez establecidos estos parámetros y que la Organización Mundial de la Salud - OMS ha declarado la pandemia, el Ministerio de Salud Pública actualiza el presente lineamiento para garantizar que la política pública en materia de salud enfocada al adulto mayor sea aplicada correctamente en el territorio.

**Dr. Francisco Xavier Solórzano Salazar**

**Viceministro de Atención Integral de Salud, Encargado**



## DEFINICIONES

**COVID-19:** Los coronavirus son una amplia familia de virus, algunos tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas. Producen cuadros clínicos que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus que causó el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV).

**SARS-CoV-2:** Versión acortada del nombre del nuevo coronavirus "Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Grave" (identificado por primera vez en Wuhan, China) asignado por El Comité Internacional de Taxonomía de Virus, encargado de asignar nombres a los nuevos virus.

**Enfermedad respiratoria aguda:** Síndrome clínico caracterizado por fiebre y al menos un signo o síntoma tales como tos (con o sin producción de esputo) o dificultad para respirar. En el contexto de COVID-19, los pacientes pueden presentar síntomas inespecíficos, como fatiga, anorexia, malestar, dolor muscular, dolor de garganta, disnea, congestión nasal o dolor de cabeza. En raras ocasiones, los pacientes también pueden presentar diarrea, náuseas y vómitos. Fueron descritos casos de anosmia.

**Síndrome respiratorio agudo grave (SRAS):** Es una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus, llamado coronavirus asociado al SRAS (SRAS-CoV). El SRAS empieza generalmente con fiebre alta ( $>38.0^{\circ}\text{C}$ ). Otros síntomas pueden ser dolor de cabeza, una sensación general de incomodidad y dolor en el cuerpo. Algunas personas experimentan síntomas respiratorios leves al principio de la enfermedad y cerca del 10 a al 20 % de los pacientes sufren de diarrea.

**Tele salud:** Es el conjunto de actividades relacionadas con la salud, servicios y métodos, los cuales se llevan a cabo a distancia con la ayuda de las tecnologías de la información y telecomunicaciones. Incluye, entre otras, la Telemedicina y la Teleeducación en salud.

**Telemedicina:** Es la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud que utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de oferta, de acceso a los servicios o de ambos en su área geográfica.

**Teleapoyo:** Se refiere al soporte solicitado por un profesional de la salud a otro profesional de la salud a través de tecnologías de la información y comunicaciones en el marco del relacionamiento entre profesionales. Es responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta que determina para el usuario.

**Teleasistencia:** Prestación de servicios psicológicos, psiquiátricos de contención, empleando tecnologías de la información, telecomunicación para asistencia digital.

## Contenido

JUSTIFICACIÓN.....	2
OBJETIVOS.....	3
CARACTERÍSTICAS GENERALES .....	4
SITUACIÓN ACTUAL .....	4
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO GERIÁTRICO .....	5
ESTRATEGIAS PARA OPERATIVIZACIÓN DE ATENCIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN .....	8
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN.....	9
SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.....	12
MODALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA.....	13
HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR.....	15
SERVICIO DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA .....	17
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL.....	17
ATENCIÓN EN DISCAPACIDAD.....	18
ARTICULACIÓN ENTRE LA SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (STPTV).....	21
BIBLIOGRAFÍA. ....	22
ANEXOS .....	25

## ANTECEDENTES

El 30 de enero de 2020, la OMS declaró que el brote de COVID-19 constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. Inicialmente, la mayoría de los casos se notificaron en China y en personas que habían viajado a China. La COVID-19 es una enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano (SARS-CoV-2, también conocido como virus COVID-19), que provoca una mayor mortalidad en mayores de 60 años y en personas con afecciones previas como enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes o cáncer.

Según la OMS los principales problemas de salud que se encuentran en los adultos mayores suelen ir asociados a enfermedades crónicas y no transmisibles. Este tipo de patologías constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Otro de los factores que influye en la gravedad y susceptibilidad de adquirir la enfermedad puede ser atribuible a algunos cambios que llegan con el envejecimiento; este proceso por ejemplo está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, que con el tiempo reducen gradualmente las reservas fisiológicas, disminuyendo la capacidad de respuesta del organismo frente a una patología. (OMS, 2015).

Los cambios en el sistema respiratorio de los adultos mayores son factores a tener en cuenta al analizar la susceptibilidad al incremento de la letalidad; estos cambios están determinados por la reducción de la proporción de fibras de los músculos respiratorios, como resultado de ello las enfermedades respiratorias son la segunda causa más consultada por los adultos mayores a nivel hospitalario; están descritas como una causa de deterioro funcional que puede llegar hasta la dependencia e incluso la muerte. La inmunosenescencia sería la causa de una serie de infecciones, también esta sería un factor que explica el aumento en las infecciones adquiridas en los hospitales y residencias asistidas. (Rozenek, 2019).

Los posibles factores de riesgo para progresar a una enfermedad grave e incrementar la letalidad pueden incluir, entre otros, edad avanzada y afecciones médicas crónicas subyacentes. Considerando la proyección poblacional del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo -INEC-, son aproximadamente 1.310.297 personas adultas mayores, en el Ecuador que se contarían como población con mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

En este contexto y en función de fortalecer la provisión de los servicios de atención a los adultos mayores el 29 de marzo del 2020 con Memorando Nro. MSP-SNPSS-2020-1120 se socializó a las coordinaciones zonales los "Lineamientos para la Atención de Adultos Mayores con necesidad de atención ambulatoria por coronavirus."

## JUSTIFICACIÓN

El incremento de la diseminación y propagación del nuevo coronavirus SARS CoV-2 en el Ecuador ha requerido de acciones inmediatas en busca de contener la expansión del virus. En este contexto el adulto mayor enfrenta dos circunstancias a tener en cuenta en el marco de la pandemia: una y la más conocida es la susceptibilidad y letalidad del COVID 19 en las personas adultas mayores; y la segunda, y no menos importante son los antecedentes patológicos, farmacológicos y el descuido de la salud que muchos adultos mayores han venido arrastrando. Estas condiciones hacen indispensable establecer estrategias para mantener la continuidad de la prestación de los servicios de salud en la población adulta mayor a fin de evitar complicaciones que a mediano o largo plazo pueden conllevar a incremento de morbilidad de adultos mayores, una posible dependencia que probablemente durante y posterior a la pandemia podría conllevar a la saturación y colapso de los servicios de salud con esta población vulnerable.

La Constitución de la República del Ecuador establece:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. (...). El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.

**Art. 36.-** Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado (...).

**Art. 37.-** El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: (...). La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas. (...).

(.. ) Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social. (...) Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

La Ley Orgánica de Salud señala:

**Art. 4.-** "La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias"

**Art. 6.-** Numeral 5.- "Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información".

Y la Ley Orgánica del Adulto Mayor destaca sobre la atención de los adultos mayores de competencia de salud:

**Art. 4.-** Principios fundamentales y Enfoques de atención. Para la aplicación de la presente Ley, se tendrán como principios rectores:

a) Atención prioritaria: Las instituciones públicas y privadas están obligadas a implementar medidas de atención prioritaria y especializada; y generar espacios preferenciales y adaptados que respondan a las diferentes etapas y necesidades de las personas adultas mayores, en la dimensión individual o colectiva (...).

(...) Integralidad y especificidad: El Estado a través de la autoridad competente deberá adoptar estrategias y acciones integrales que orienten los servicios para brindar atención especializada a las personas adultas mayores, atendiendo a su particularidad; y, (...)

**Art. 42.-** Del derecho a la salud integral. El Estado garantizará a las personas adultas mayores el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegurará el acceso universal, solidario, equitativo y oportuno a los servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos, prioritarios, funcionales e integrales, en las entidades que integran el Sistema Nacional de Salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

El Reglamento a la Ley Orgánica de Discapacidades, en sus artículos señala:

**Art. 1.-** De la persona con discapacidad.- Para efectos de este Reglamento y en concordancia con lo establecido en la Ley, se entenderá por persona con discapacidad a aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en una proporción equivalente al treinta por ciento (30%) de discapacidad, debidamente calificada por la autoridad sanitaria nacional.

**Art. 2.-** De la persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entenderá por persona con deficiencia o condición discapacitante, aquella que presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales, en los términos que establece la Ley, y que aun siendo sometidas a tratamientos clínicos o quirúrgicos, su evolución y pronóstico es previsiblemente desfavorable en un plazo mayor de un (1) año de evolución, sin que llegue a ser permanente.

De acuerdo a lo establecido en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, (MAIS-FCI) la Provisión de los servicios de la salud garantizará la atención; regula que su organización e implementación debe responder a las nuevas demandas y necesidades de salud del país que devienen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, a la necesidad de superar las brechas en el acceso a servicios integrales de salud; consolidar la articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive del primero, segundo y tercer nivel de atención.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

- Establecer líneas de acción para la atención integral de salud en modalidad ambulatoria a los adultos mayores por COVID 19 y otras patologías respiratorias de origen infeccioso.

## OBJETIVO ESPECÍFICO

- Establecer estrategias para la reorganización y articulación de los servicios de salud en diferentes niveles y modalidades de atención y reducir el riesgo de contagio de COVID-19 en pacientes adultos mayores que necesitan atención por problemas de salud preexistentes que puedan derivarse en la complicación o aumento de la vulnerabilidad de su situación.

## ALCANCE

Son de aplicación nacional en todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Ministerio de Salud, en función del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e Integral - MAIS-FC y otras normativas legales vigentes.

Con base en la situación epidemiológica dinámica de la enfermedad respiratoria y sus agentes causantes, estos lineamientos se revisarán de forma periódica y se publicará la versión vigente en la página web del Ministerio de Salud Pública.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

Los coronavirus son una amplia familia de virus, algunos tienen la capacidad de transmitirse de los animales a las personas. Producen cuadros clínicos que van desde el resfriado común hasta enfermedades más graves, como ocurre con el coronavirus que causó el síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV) y el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)(MSP, 2020).

El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que afecta a las personas y que fue detectado por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China..

COVID-19, es una enfermedad infecciosa causada por el coronavirus SARS-CoV-2, se transmite por contacto con otra persona que esté infectada por el virus. La enfermedad puede propagarse de persona a persona a través de las gotículas procedentes de la nariz o la boca que salen despedidas cuando una persona infectada habla, tose o estornuda, también si estas gotas caen sobre los objetos y superficies que rodean a la persona, de modo que otras personas pueden tocar estos objetos o superficies y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca (OPS/OMS, 2020).

Actualmente no existe una vacuna para prevenir la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19). La mejor alternativa de prevenir enfermedades es evitar exponerse a este virus y usar todas las medidas de bioseguridad (MSP, 2020).

## SITUACIÓN ACTUAL

Según refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tasa de proyección de envejecimiento en el Ecuador aumentaría del 7% desde el año 2.000 al 22% en el año 2050, lo que evidencia que la población del Ecuador está envejeciendo en mayor proporción, mientras cada vez nacen menos niños en el país.

Actualmente en el Ecuador, el 6.5% de la población es adulta mayor, el 50% de esta población vive en extrema pobreza. La esperanza de vida actual para los varones es de 72.7 años y para las mujeres 78.7 años de vida. (MIES 2019)

El Ministerio de Salud Pública ha implementado una metodología para la atención de adultos mayores, misma que tiene como objetivo la estratificación de riesgo geriátrico. Esta es una herramienta que identifica la capacidad funcional, analiza los antecedentes patológicos y farmacológicos personales, y finalmente determina la necesidad de atención para referirse al nivel de atención que le corresponda.

### ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO GERIÁTRICO

La estratificación de riesgo geriátrico en general tiene como objetivo definir la capacidad intrínseca de cada adulto mayor, e independizar esta de los antecedentes patológicos y farmacológicos, a esta caracterización se le añadió algunas patologías que influyen en mayor o menor grado en las capacidades funcionales.

**Riesgo 0:** Pacientes de bajo nivel de complejidad, son pacientes ambulatorios manejados por el médico general, frente a deterioro funcional debe consultar con Médico de Familia, mismo que deberá realizar un Valoración Geriátrica Integral y considerar una reclasificación.

Tabla No. 1  
**Patologías estratificación riesgo 0 adulto mayor**

RIESGO 0	Adultos mayores que luego del control médico se determinan como saludables y presentan menos de tres dependencias en las actividades instrumentales de la vida diaria.
----------	--

Fuente y elaboración: Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018.

### Riesgo 1:

- a. Patologías crónicas que son consideradas de bajo nivel de complejidad, el control puede mantenerse en el primer nivel de atención, estos pacientes solicitarán una visita domiciliaria únicamente si presentaran algún deterioro funcional importante o ante cualquier signo o síntoma de alerta.

Tabla No. 2  
**Patologías estratificación riesgo 1 adulto mayor**

Tipo de riesgo	Factores de riesgo
RIESGO 1	Colon irritable
	Dislipidemia
	Dorso lumbalgia mecánica
	Enfermedad ácido péptica
	Hipertensión Arterial
	Hiperplasia Prostática Benigna
	Hiperuricemia
	Hipoacusia
	Hipotiroidismo
	Obesidad
	Osteoporosis
	Poliartrosis no susceptible de resolución quirúrgica o estadio 2 y 1
Poliglobulia	

Fuente y elaboración: Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018

**Riesgo 2:**

- a. Pacientes con enfermedades estudiadas e intervenidas en el segundo o tercer nivel de atención que requieren seguimiento periódico.
- b. Pacientes que se benefician con actividades de autocuidado y medidas de prevención secundarias.
- c. Pacientes funcionales que son beneficiarios de clínicas en enfermedades Crónicas geriatrizadas.

Estos pacientes requerirán un control cada tercer mes, ya sea por el médico especialista en medicina familiar y comunitaria del primer nivel de atención; serán referidos al segundo o tercer nivel de atención cuando presenta inestabilidad o alteración funcional objetivada: La referencia la realizará el médico especialista del primer nivel de atención

Tabla No. 3  
**Patologías estratificación riesgo 2 adulto mayor**

Tipo de riesgo	Factores de riesgo
RIESGO 2	Altas de la unidad funcional ambulatoria (UFA).
	Deterioro cognitivo leve filiado no susceptible de intervención en la UFA
	Diabetes mellitus sin lesión de órgano diana con objetivos cumplidos (HbA1C <8), o con daño de órgano probablemente irreversible.
	Disfagia establecida.
	Enfermedad renal establecida
	EPOC estadio C y A.
	Fragilidad filiado no susceptible de intervención.
	Secuela neurológica establecida.
	Insuficiencia Cardíaca establecida y sin descompensaciones en los últimos 3 meses.
	Vértigo / Mareo crónico.
	Parkinson estable sin efectos secundarios a la medicación.
	Úlceras por presión independiente del grado sin signos de infección o con signos de infección sin repercusión sistémica.
	Cardiopatía hipertensiva.
	Cualquier artrosis en espera de resolución quirúrgica.

Fuente y elaboración: Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018.

**Riesgo 3:**

- a. Pacientes con alto riesgo, en los cuales se ha identificado la presencia de las patologías descritas en la tabla Nro. 4.
- b. Agrupa a pacientes cuyo curso de la enfermedad se encuentra fluctuante por tanto su seguimiento y tratamiento se encuentra en constante ajuste.
- c. Todo paciente que debe ser controlado por un médico especialista en un segundo o tercer nivel de atención (Geriatría o Medicina Interna), una vez intervenidos y cuando exista evidencia clínica de estabilidad este paciente podrá ser reclasificado y contra referido a un nivel asistencial de menor nivel de complejidad.



Según la estratificación de riesgo geriátrico los pacientes con riesgo 3 son los que presentan los siguientes factores de riesgo:

Tabla No. 4  
Estratificación de riesgo 3

Nro.	Factores para un deterioro funcional
1	Altas de hospitalización en los últimos 3 meses.
2	Referencias al tercer nivel desde otros niveles asistenciales.
3	Polifarmacia (10 medicamentos).
4	Demencia con trastornos conductuales no controlados.
5	Desnutrición severa.
6	Deterioro Cognitivo leve no filiado.
7	Diabetes mellitus descompensada (HbA1C >8) con daño de órgano diana probablemente irreversible.
8	Disfagia en estudio.
9	Enfermedad Renal en estudio o probablemente reversible.
10	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica exacerbada o estadio B y D.
11	Fragilidad en estudio.
12	Secuela neurológica no filiado o sin intervención.
13	Insuficiencia Cardíaca no filiado o con descompensaciones en los últimos 3 meses.
14	Vértigo no filiado.
15	Parkinsonismo en estudio o con reacciones secundarias a la medicación.
16	Trastornos de ansiedad o con exacerbación sintomática.
17	Trastornos depresivos o con exacerbación sintomática.
18	Úlceras por presión independientemente del grado de tipo recientes o con infección con repercusión sistémica.

Fuente y elaboración: Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018

Tabla No. 5  
Patologías psiquiátricas - estratificación riesgo 3

Tipo de riesgo	Patologías	Diagnóstico
RIESGO 3	Depresión y manía	Depresión severa sin tratamiento o con discontinuación del tratamiento.
		Depresión con síntomas psicóticos presentes.
		Depresión refractaria a tratamiento.
		Depresión severa con trastorno de personalidad.
		Depresión severa con riesgo de suicidio.
		Depresión severa con comorbilidad somática importante.
		Depresión moderada - severa con comorbilidades psiquiátricas.

		Depresión y /o manía en enfermedad bipolar.
		Polifarmacia.
	Patología psico-orgánica	Déficit intelectual con psicosis activa.
		Síndrome orgánico cerebral y deterioro cognitivo en fase de estudio.
		Síndrome orgánico cerebral con episodio psicótico.
		Demencia con episodio psicótico agudo actual.
		Identificación o incremento en el deterioro cognitivo existente.
		Polifarmacia.
	Trastorno de ansiedad y del comportamiento	Trastornos de pánico, fobia, estrés postraumático, trastornos de la conducta alimentaria, graves o refractarios al tratamiento o sin tratamiento.
		Duelo complicado.
	Dependencia	Alcohol, tabaco, drogas, benzodiacepinas, no se han desintoxicada en forma ambulatoria, recaídas reiteradas, asociado a patología psiquiátrica, suicidalidad aguda o no aguda con intentos previos. Antecedente de delirium o de convulsiones.
	Esquizofrenia	Descompensada o de difícil manejo.
		Esquizofrenia en tratamiento con clozapina o con neuroléptico de depósito.
		Trastorno delirante persistente.
		Polifarmacia.
Trastornos de personalidad	Con síntomas severos, complicado o refractario al tratamiento, con conductas recurrentes de alto riesgo, impulsividad grave, con comorbilidad con otra enfermedad mental, con comorbilidad médica, polifarmacia.	
Otros	Patología psiquiátrica concomitante con patología somática grave o 2 o más comorbilidades.	

Fuente y elaboración: Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2018.

Es importante considerar que independiente de la patología, si el paciente presenta deterioro funcional evidente **debería considerarse la posibilidad de reclasificación** que se definirá con escalas de valoración descritas en la normativa y sustentar su reclasificación con la valoración geriátrica integral.

Como estrategia para fortalecer la atención a los adultos mayores el Ministerio de Salud Pública estableció puntos focales por zonas para la atención de los adultos mayores. Para la gestión de intervenciones contamos con un "médico especialista en geriatría" que gestiona intervenciones y atenciones de los adultos mayores. La optimización del personal de atención con experticia en atención al adulto mayor ha sido la prioridad del Ministerio de Salud Pública, estos profesionales desarrollarán sus actividades operativas y de gestión según las necesidades de los establecimientos.

## ESTRATEGIAS PARA OPERATIVIZACIÓN DE ATENCIÓN POR NIVELES DE ATENCIÓN

Aspectos a ser considerados para la implementación



- Diferenciación de ambientes de atención de salud.
- Todos los establecimientos de salud de cualquier nivel de atención deberán diferenciar espacios, ambientes y flujos de movilidad interna y externa para evitar el posible contagio de COVID-19.

### Redes de atención

- Todos los establecimientos de salud deberán buscar estrategias para articular actividades inter niveles con el fin de garantizar una atención eficiente y oportuna de las personas adultas mayores.
- De necesitar atención de urgencia o emergencia se definirá un espacio en un establecimiento de salud con capacidad resolutive de segundo o tercer nivel para pacientes sin síntomas respiratorios o posibles COVID.
- Medidas de Bioseguridad y uso de equipos de protección personal.
- Equipos de telecomunicaciones. Para teleasistencia telefónica y telemedicina de acuerdo a capacidad instalada.

## PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

### Metodología de atención en el primer nivel

1. Los médicos realizarán la Valoración Geriátrica Integral (VGI) que incluirá la estratificación de riesgo geriátrico y desarrollará las siguientes actividades:
2. Georeferenciación (Aplicativo Geosaludapp); para los casos de atención domiciliaria y centros gerontológicos residenciales.
3. Toma de constantes vitales.
4. Evaluación de presencia de síndromes geriátricos indagar la presencia de complicaciones.
5. Valoración de funcionalidad: escalas de Barthel, Lawton (anexos 11 y 12)
6. Valoración emocional: escala Yasavage (anexo 13).
7. Análisis de antecedentes patológicos personales y estratificación de riesgo.
8. Análisis y verificación de disponibilidad de medicación.
9. Hacer cumplir cada una de las normas técnicas o lineamientos emitidos según lo establecido en los documentos normativos de atención a COVID 19 que constan en la página web del MSP <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-covid-19-ecuador/>

Considerando que el primer nivel de atención es la puerta de entrada de los usuarios al Sistema Nacional de Salud serán los primeros en dar respuesta, brindarán atención y evaluarán la necesidad de referencias al segundo o tercer nivel de atención; para el efecto, todos los establecimientos de salud a nivel nacional deberán:

- Identificar y mapear su población adulta mayor asignada.
- Elaborar un cronograma de actividades de los médicos generales y médicos especialistas de primer nivel de atención (MFC - MGI) para atenciones y seguimiento domiciliario priorizando la atención de pacientes adultos mayores con estratificación de riesgo 2 y 3, (anexo 1).
- Los médicos generales y especialistas de primer nivel (MFC - MGI) brindarán la atención a los adultos mayores, en la modalidad presencial (consulta externa o atención domiciliaria), y no presencial (tele consulta o asistencia telefónica) de acuerdo a la situación territorial y a la necesidad del paciente adulto mayor. Para

valorar la prioridad y modalidad de la atención se tomará en consideración la vulnerabilidad de la persona adulta mayor. (anexo 2).

- Los médicos generales tendrán acompañamiento del punto focal de atención al adulto mayor de su territorio (anexo 9), y se lo realizará vía telefónica. El reporte de necesidad será gestionado a través del responsable de provisión de servicios del distrito, será responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta a seguir que se determina para el usuario.
- El médico general o médico especialista de primer nivel de atención (MFC - MGI) identificará personas adultas mayores con posible discapacidad y coordinará con el equipo calificador especializado en discapacidad realizar la intervención según las necesidades del caso (Calificación, recalificación, acreditación, prescripción y entrega de ayudas técnicas o equipo biomédico).
- En ausencia del especialista del primer nivel de atención, el profesional encargado del seguimiento del paciente adulto mayor; solicitará tele apoyo con el médico de medicina Interna o Geriátrica, y será responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta a seguir que se determina para el usuario.

## **Atención domiciliaria**

### **Atención a pacientes adultos mayores con sospecha COVID 19**

- Un médico general será designado para el seguimiento de pacientes en aislamiento domiciliario.
- Deberá cumplir con los lineamientos operativos, establecidos por el Ministerio de Salud Pública para la atención de pacientes en aislamiento domiciliario con sospecha o positivos para COVID-19.
- Solicitar a través del responsable de provisión de servicios del distrito la asesoría telefónica de un médico especialista en medicina interna o geriatría.
- En caso de necesidad de referencia a un nivel mayor nivel de complejidad. La referencia se gestionará a través de la RPIS, con una respuesta en un tiempo no mayor a 24 horas.
- Todas las atenciones deberán registrarse en la Plataforma de Registro de Atención en Salud (PRAS) o Registro Diarios de Atenciones y Consultas Ambulatorias RDACAA.

### **Seguimiento de pacientes adultos mayores contrarreferidos al primer nivel de atención.**

- El hospital que emite la contrarreferencia notificará al primer nivel de atención para el seguimiento del caso (Formulario 0.53).
- En el documento de contrarreferencia deberá estar detallado lo siguiente: datos generales, número de teléfono y su dirección exacta, diagnóstico y prescripción médica, funcionalidad basal y de alta y estratificación de riesgo se adjuntará la epicrisis (copia).
- El médico del establecimiento de salud designado deberá tomar contacto telefónico con el paciente o referente familiar/ representante legal para realizar el seguimiento cada 48 horas, en caso de presentar signos de alarma y evidencia de inestabilidad se deberá gestionar la atención presencial o la referencia a un establecimiento de mayor nivel de complejidad.

## **Visita domiciliaria**

- El médico especialista del primer nivel de atención priorizará las atenciones de los pacientes riesgo 2 y 3, la atención se desarrollará según la metodología de atención

descrita anteriormente y con estas herramientas se procederá a caracterizar al paciente de la siguiente manera:

- **Paciente ambulatorio:** paciente que posterior a desarrollar la valoración geriátrica integral muestra estabilidad funcional y clínica en los tres últimos meses.

En este paciente se verificará el abastecimiento de medicación habitual, en el caso necesario se dispensará para 2 o 3 meses de acuerdo a la disponibilidad de medicamentos del establecimiento de salud.

El distrito de salud en el ámbito de sus competencias gestionará con el segundo o tercer nivel de atención la provisión de medicamentos al usuario.

- **Paciente de alto riesgo:** Está catalogado así el paciente que presente alteración funcional en una semana o menos, el médico general o especialista del primer nivel solicitará teleapoyo al médico especialista de Geriátrica de la zona o el que haga sus veces, y será responsabilidad de quien solicita el apoyo, las acciones a seguir que se determinan para el usuario.

De presentarse en el paciente signos de alarma; se activará el Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud vigente, garantizando la continuidad de la atención.

### Atención y asistencia médica en los Centros Gerontológicos

Según lo indicado en el *"Protocolo para el manejo de personas adultas mayores en el contexto de la emergencia por covid-19 en los centros gerontológicos residenciales públicos y privados"* todos los centros gerontológicos de administración directa y en convenio con el MIES, deberán coordinar con los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública la atención médica a las personas adultas mayores como lo indica la Norma Técnica para la Implementación y prestación de servicios gerontológicos residenciales MIES, 2018, y en función a lo establecido en el Acuerdo Interministerial MIES – MSP Nro. 001- 2017, sobre la atención a grupos vulnerables.

Los responsables de los centros gerontológicos deberán oficialmente poner en conocimiento al administrador técnico del establecimiento de salud más cercano el diagnóstico situacional y el plan de contingencia de cada centro gerontológico, se hará referencia a sus características públicas o privadas, en el caso de los establecimientos privados en el documento deberá constar evidencia del convenio actualizado de seguro privado, así como los datos generales del médico encargado.

Los responsables de los centros gerontológicos deberán tener una lista actualizada de los pacientes con alto riesgo, en cada ficha del paciente se deberá incluir:

- Capacidad funcional basal del adulto mayor.
- Los antecedentes patológicos personales en los que se debe resaltar entre otras enfermedades asociadas como: diabetes, hipertensión, enfermedades autoinmunes, enfermedades respiratorias crónicas, tabaquismo, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, antecedentes de cardiopatías y antecedentes oncológicos.
- La medicación habitual.



## **Coordinación de la atención a pacientes en centros gerontológicos de administración directa y en convenios con el Ministerio de Inclusión Económica y Social**

Los responsables de los centros gerontológicos deberán gestionar cualquier necesidad o requerimiento médico, directamente con el responsable del establecimiento de salud del primer nivel de atención, quien a su vez se articulará con la Direcciones Distrital de Salud a través de provisión de servicios y vigilancia epidemiológica.

La designación del equipo para la atención de los adultos mayores en los centros gerontológicos será responsabilidad únicamente del responsable del establecimiento del establecimiento de salud del primer nivel de atención.

### **SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

En función de prevenir la propagación del virus en los pacientes adultos mayores altamente susceptibles de contagio en los hospitales deberán organizar los flujos de atención de tal manera que los adultos mayores no tengan contacto con casos sospechosos o confirmados de COVID 19.

- Se insta, al uso de medios tecnológicos para la prestación de servicios en todos los casos susceptibles de esta modalidad.
- Se reprogramarán o reorganizarán las sesiones de atención grupal, con excepción de las que, a criterio del gestor, puedan seguir realizándose bajo el uso de medios tecnológicos (no presenciales).
- Hacer cumplir cada una de las normas técnicas o lineamientos emitidos por el ente rector.
- Ante una emergencia sanitaria, actuar como equipo/s de primera respuesta y estar presto a colaborar con la/s institución /es en todo momento cuando se requiera, según lo indicado en el anexo 10 sobre establecimientos de salud con servicios de geriatría.

#### **Servicio de emergencia.**

Los servicios de emergencia de todos los hospitales deberán contar con un box para valoración de adultos mayores, cada hospital deberá tomar las precauciones necesarias a fin de que ningún paciente respiratorio con sospecha de COVID tenga contacto con los pacientes adultos mayores crónicos.

Todo adulto mayor que acudiera al servicio de emergencia de cualquier hospital, que posterior a la valoración del médico llegase a requerir una valoración ambulatoria por especialidad; podrá ser brindada bajo la modalidad de presencial (consulta externa), o no presencial (tele consulta o asistencia telefónica) de acuerdo a la situación territorial y a la necesidad del paciente adulto mayor. Para valorar la prioridad y modalidad de la atención se tomará en consideración la vulnerabilidad de la persona adulta mayor, esta atención, deberá ser incluida en la agenda de atención del especialista en geriatría del hospital o punto focal zonal de atención al adulto mayor, en un tiempo no mayor a 48 horas.

Si la situación clínica del adulto mayor tiene criterios de ingreso, el paciente adulto mayor deberá ser hospitalizado en la unidad que corresponda; si es un evento clínico se procurará sea en el servicio de geriatría o medicina interna, en un lapso no mayor a las 24 horas como indica la normativa de atención.

En caso de requerir una intervención quirúrgica se procederá con la gestión que corresponda siguiendo la normativa de atención y priorizando la atención con los grupos prioritario y vulnerable del adulto mayor, (anexo 3).

### **Gestión de pacientes**

Para esta actividad se destinará 1 o 2 personas responsables al proceso de admisión para la gestión y agendamiento de citas médicas para pacientes adultos mayores o según la demanda presentada en su establecimiento de salud.

### **Enfermería**

Para esta actividad se designará 1 o 2 personas de enfermería quienes realizarán, la toma de constantes vitales y realizarán la evaluación funcional del paciente para posteriormente, ser remitidos a la consulta con los médicos especialistas, en medicina interna o geriatría y estos actores se convertirán en el segundo filtro para identificación de pacientes respiratorios agudos, en cuyo caso, se derivarán de manera inmediata a la atención de respiratorios.

### **MODALIDAD DE ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA**

**Esta modalidad de atención incluye atención en hospitales especializados en adulto mayor, (anexo 4).**

#### **Presencial**

1. Mantener activos 1 a 3 consultorios para la atención de adultos mayores con necesidad de atención con especialidades clínicas quirúrgicas
2. Toma de constantes vitales.
3. Evaluación de presencia de síndromes geriátricos, indagar la presencia de complicaciones.
4. Valoración de funcionalidad: escalas de Barthel, Lawton (anexos 11 y 12)
5. Valoración emocional: escala yasavage (anexo 13).
6. Valoración cognitiva: la escala de Pfeiffer (anexo 14), Mini mental Test (anexo 15)
7. Valoración nutricional: Mini nutricional (anexo 16).
8. Análisis de antecedentes patológicos personales y estratificación de riesgo.
9. Análisis y verificación de disponibilidad de medicación.
10. Hacer cumplir cada una de las normas técnicas o lineamientos emitidos según lo establecido en los documentos normativos de atención a COVID 19 que constan en la página web del MSP <https://www.salud.gob.ec/documentos-normativos-covid-19-ecuador/>
11. Como producto final se considera el registro de la consulta médica brindada (PRAS / RDACAA).
12. El médico tratante podrá emitir informe médico o documentos habilitantes para el proceso de calificación o recalificación de discapacidad y podrá sugerir la prescripción de las ayudas técnicas o equipos biomédicos de ser pertinente y acorde a cada caso.

#### **Teleconsulta**

Teleconsulta, consulta telemédica o asistencia telefónica:

- Los especialistas brindarán atención a través de esta modalidad habilitando y utilizando algún medio tecnológico.



- El especialista del hospital brindará apoyo y colaboración a los médicos especialistas del primer nivel de atención en: complementariedad de atención en el primer nivel, agendamiento de citas e interconsultas médicas.
- El agendamiento del acompañamiento será según horario habitual de la consulta de especialidad
- En ausencia del especialista del primer nivel de atención, el profesional encargado del seguimiento del paciente adulto mayor; solicitará tele apoyo con el médico de medicina Interna o Geriátrica, y será responsabilidad de quien solicita el apoyo, la conducta a seguir que se determina para el usuario.
- El tiempo estimado para la atención mediante la modalidad teleasistida deberá ser 30 minutos y con un máximo de 16 pacientes por día, el médico establecerá la modalidad de atención para la cita subsecuente.

Se debe tomar en consideración las recomendaciones emitidas a los pacientes tanto en el primer nivel como segundo y tercer nivel de atención (anexo 8).

### **Estrategias para la prescripción y entrega de la medicación.**

#### **Presencial**

##### a) Usuario

Acude a la consulta para valoración y prescripción de medicamentos, la prescripción la realiza el médico de consulta externa.

##### b) Familiar

El médico de la consulta externa revisará el expediente clínico y prescribirá la medicación habitual del paciente

#### **Teleasistencia**

En caso de tener prescripción médica bajo la modalidad de teleasistencia el profesional remitirá a la farmacia del hospital mediante un canal digital la copia de la receta la misma que tendrá una vigencia de 5 días hábiles para su retiro. El profesional deberá buscar el mecanismo de entrega del documento original a la farmacia durante el periodo de entrega del medicamento al usuario

##### a) Registro

El médico de la consulta externa deberá registrar bajo el código CIE 10 Z518 (otras atenciones médicas) y el diagnóstico CIE 10 por el cual se entregó la medicación como diagnóstico principal el retiro de medicación

##### b) Farmacia

- Una vez emitida la prescripción de la medicación, el paciente, familiar o representante legal con la cédula de ciudadanía, retira los medicamentos prescritos.
- Para los usuarios que acudan a retirar la medicación prescrita, deberán acudir a la farmacia del establecimiento asignado.
- En los hospitales detallados el líder del servicio a través del director médico gestionará una destinará una línea telefónica para realizar el seguimiento de la prescripción médica (post consulta).

## Hospitalización

Todos los hospitales habilitarán un área para la atención de pacientes adultos mayores

- Área de valoración de pacientes adultos mayores con sintomatología respiratoria aguda, destinada para la atención a adulto mayor con sospecha o confirmados de COVID 19.
- Área de valoración de pacientes crónicos donde se brindará atención a :
  - Paciente adulto mayor con necesidad de atención integral con patología aguda o crónica reagudizada. (se incluyen respiratorios crónicos no COVID).
  - Pacientes adultos mayores con presencia de cualquier síndrome geriátrico con signos de descompensación o con necesidad de intervención. (Deterioros cognitivos con sintomatología psicótica, inmovilidad, incontinencia urinaria, iatrogenia medicamentosa, Úlceras por presión).
  - Adultos mayores con necesidad de intervención quirúrgica.
  - Paciente adulto mayor con pérdida de funcionalidad.
  - Pacientes adultos mayores para manejo paliativo oncológico y no oncológico.
- Atención de adultos mayores que requieran cuidados intermedios e intensivos,
- Todos los hospitales brindarán apoyo en la atención según su capacidad resolutive, (anexo 5).

## HOSPITALES ESPECIALIZADOS EN ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR

El Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor en Quito y el Hospital Geriátrico Dr. Bolívar Arguello en Riobamba no podrán ser utilizados como contingencia para atención de pacientes COVID-19, prestarán varios servicios.

Estos hospitales se convertirán en los proveedores de servicios de atención de pacientes adultos mayores: A fin de evitar el contacto de pacientes sospechosos de COVID- 19 se adaptarán 3 entradas, el filtro para la derivación serán los guardias con el apoyo por un auxiliar de enfermería, (anexo 6):

PUERTA 1: Ingresarán pacientes con patologías respiratorias agudas (menos de 14 días de evolución del cuadro).

PUERTA 2: Ingresarán adultos mayores con enfermedades crónicas que incluyen enfermedades respiratorias no reagudizadas.

PUERTA 3: Ingresarán pacientes con enfermedades crónicas.

## Urgencias geriátricas

Este servicio adaptará sus espacios de la siguiente manera:

- **Atención de respiratorios:** deberá habilitarse por lo menos un consultorio rápido de triaje para atención y reclasificación de pacientes (carpa de atención a respiratorios agudos), al finalizar la consulta el médico indicará una consulta de control en el establecimiento de salud que corresponda y quedará a criterio del médico tratante.
- En el caso de identificar casos sospechosos de COVID 19 deberán referir a sus domicilios y en el caso de requerir hospitalización hasta la confirmación del caso deberán referirlos a los hospitales designados para atención de pacientes COVID-19 de acuerdo a su Coordinación Zonal.
- **Urgencias geriátricas no respiratorias:** Atención de pacientes no respiratorios con signos alarma o con necesidad de atención urgente, se evaluará al paciente de

manera integral. En caso necesario se solicitarán exámenes complementarios y según criterio médico se decidirá la hospitalización del paciente, consulta ambulatoria en cuyo caso deberá gestionar una cita tele médica con el especialista de Medicina Interna o Geriátrica para seguimiento.

### **Hospitalización.**

Estos hospitales se convertirán en los proveedores de servicios de atención de pacientes adultos mayores (anexo 7) que cumplan los siguientes criterios:

- Paciente adulto mayor con necesidad de atención integral con patología aguda o crónica reagudizada. ( se incluyen respiratorios crónicos no COVID)
- Pacientes adultos mayores con presencia de cualquier síndrome geriátrico con signos de descompensación o con necesidad de intervención. (Deterioros cognitivos con sintomatología psicótica, inmovilidad, incontinencia urinaria, Iatrogenia medicamentosa, Úlceras por presión)
- Adultos mayores que tengan necesidad de completar esquemas terapéuticos de otros hospitales.
- Adultos mayores post quirúrgicos estables.
- Paciente adulto mayor con pérdida de funcionalidad post hospitalización.
- Pacientes adultos mayores para manejo paliativo oncológico y no oncológico.

### **Se excluye de los hospitales especializados del adulto mayor las siguientes necesidades de atención:**

Atención en cuidados intermedios e intensivos, pacientes con necesidad de tratamiento quirúrgico, pacientes con sospecha de COVID - 19, y pacientes COVID- 19 confirmados, para los casos descritos anteriormente, se deberá gestionar a través de la RPIS la atención médica de estos pacientes con la debida referencia a la unidad COVID más cercana.

La coordinación zonal a la que pertenecen estos hospitales deberán designar un stock de pruebas PCR, al ingreso de cada paciente independiente del diagnóstico, será aplicada la prueba dependiendo del resultado se gestionará la atención o referencia según corresponda.

El servicio de hospitalización de estas instituciones deberán implementar las siguientes áreas:

### **Unidad Geriátrica de Agudos (UGA) en Hospitales Especializados en Adulto Mayor:**

- Primera sub unidad: Contará con una unidad de observación a espera de resultados del PCR, la atención se realizará en camas individuales donde permanecerán.
- Segunda sub unidad: Unidad de atención post observación a fin de evitar deterioro funcional deberán desarrollar estrategias de rehabilitación, camas compartidas
- Tercera sub unidad: Unidad de recuperación funcional para pacientes con deterioro funcional de base o con marcado deterioro funcional.
- Unidad de Cuidados Paliativos-UCP: Atención de pacientes adultos mayores con necesidad de atención paliativa.

A la alta médica del paciente del establecimiento se establecerá el plan de seguimiento en la consulta externa, el médico responsable del alta indicará la modalidad de consulta del alta del paciente.

Cuando se genere el alta médica al paciente por parte del segundo o tercer nivel de atención y este retorne al Centro Gerontológico o domicilio, se deberá entregar al familiar o

representante legal la epicrisis (formulario 006), con el plan de tratamiento y procedimientos terapéutico completo y se deberá incluir las indicaciones para continuar con el tratamiento y rehabilitación según corresponda cada caso.

El médico tratante podrá emitir informe médico o documentos habilitantes (según formato publicado en la página del MSP) para el proceso de calificación o recalificación de discapacidad y podrá sugerir la prescripción de las ayudas técnicas o equipos biomédicos de ser pertinente y acorde a cada caso.

## **SERVICIO DE ATENCIÓN PRE HOSPITALARIA**

El servicio de atención pre-hospitalaria conforme al Modelo de Gestión, Organización y Funcionamiento del Servicio de Atención de Salud Móvil, es el servicio integrado transversal a todos los niveles de atención, que se realiza a través de vehículos sanitarios especiales con el componente de talento humano específico y equipamiento correspondiente.

### **Transporte primario (atención pre-hospitalaria)**

El proceso se inicia cuando una llamada de emergencia, desde la ciudadanía, se recepta en el Servicio Integrado de Seguridad ECU 911, donde el evaluador general de llamadas clasifica las emergencias según su tipo; de ser catalogada como una emergencia, se transfiere a la consola perteneciente al Ministerio de Salud Pública, en donde se efectúa una valoración de la emergencia y si se trata de un paciente adulto mayor, debe identificarse si tiene cuidador, a fin de seguir los lineamientos establecidos en el "proceso de identificación de pacientes en condiciones vulnerables en el área de atención pre hospitalaria". El flujo establecido requiere de la participación activa y permanente de otros actores, como el MIES, que debe realizar el acompañamiento del caso, por ejemplo en emergencias con adultos mayores en situación de calle y/o abandono; amerite o no ingreso hospitalario.

### **Transporte secundario**

El transporte secundario se realizará de acuerdo a los lineamientos establecidos en la Norma del Subsistema de Referencia, Derivación, Contrareferencia, Referencia Inversa y Transferencia del Sistema Nacional de Salud; y dependerá del nivel de respuesta del establecimiento de salud en función de su capacidad resolutive y cartera de servicios.

El transporte secundario puede darse en dos escenarios: 1. Situaciones programadas (altas, referencia, transferencia, entre otras) 2. Casos de emergencias para traslado de pacientes críticos.

Flujo de transporte secundario: Se realizará conforme al proceso de identificación y notificación de pacientes adultos mayores, tiene que establecerse como medida general que el paciente siempre debe ir acompañado de su cuidador.

## **ATENCIÓN EN SALUD MENTAL**

El abordaje del adulto mayor debe superar el enfoque centrado exclusivamente en los aspectos biológicos, pues el estado emocional, así como las funciones cognitivas y el bienestar son elementos esenciales para una atención integral y de calidad.

Por lo que la salud mental debe contar con la relevancia necesaria dentro de la prestación de servicios y del Sistema Nacional de Salud como lo indica el Modelo Integral de Salud (MAIS).

Los servicios de salud mental, deberán garantizar la atención del adulto mayor en concordancia al conjunto de prestaciones por ciclos de vida del componente de provisión de

servicios de salud mental por tipo de establecimiento y niveles de atención, del Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, dirigidas a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental.

Como parte del abordaje integral, es necesario el trabajo interdisciplinario centrado principalmente en la detección temprana de problemas relacionados a la salud mental, no delegada únicamente a psicólogos y psiquiatras. Para ello se plantea las siguientes estrategias:

- Establecer un proceso de capacitación a los profesionales de medicina de las diferentes unidades operativas, especialmente en el primer nivel de atención, para el manejo de la Guía de Intervención mhGAP de la Organización Mundial de la Salud que permite la atención primaria en salud mental.
- Los profesionales de la salud que detecten problemáticas de salud mental deberán asegurar la atención a través de la interconsulta o referencia a los servicios de psicología y psiquiatría si lo requieren, en coordinación con los responsables de salud mental distrital y zonal.
- Implementación de programas de estimulación cognitiva, grupos de apoyo, y cuidado del cuidador para promover la salud mental o prevenir y rehabilitar estas problemáticas, en los tres niveles de atención.
- En caso de emergencia sanitaria, los servicios de salud mental podrán brindar atención a los adultos mayores a través de la TELE-ASISTENCIA, como una modalidad de atención a través de medios tecnológicos y de comunicación, si el usuario lo requiere, para lo cual se deberá destinar horarios específicos dentro de sus agendas de atención intramural.
- Las visitas domiciliarias serán usadas únicamente para brindar atención a usuarios que no cuentan con medios tecnológicos y que presentan urgencias o problemáticas que requieran seguimiento regular para evitar cuadros agudos.

## ATENCIÓN EN DISCAPACIDAD

La discapacidad encierra deficiencias en funciones y estructuras, limitaciones en la actividad, y/o restricciones en la participación social. Además de la edad, también repercuten negativamente en la autonomía e independencia del adulto mayor las enfermedades crónicas, caídas, vivir solo y falta de ocupación, entre otros.

Las caídas en los adultos mayores se deben a cambios del equilibrio corporal, la pérdida de fuerza muscular y disminución de los reflejos, representan uno de los principales motivos de limitaciones en las actividades de la vida diaria y restricciones sociales por el miedo a caerse. Con la edad, el riesgo de sufrir caídas aumenta.

El Ministerio de Salud Pública en cumplimiento a la Ley Orgánica de Discapacidad creó el Subsistema Nacional para la Calificación de la Discapacidad, con sus respectivos procedimientos e instrumentos técnicos, el mismo que será de estricta observancia por parte de los equipos calificadores especializados.

El proceso de la calificación de discapacidad en el adulto mayor es una evaluación técnica biopsicosocial (médico, psicológico y trabajo social) y se realiza en los establecimientos de salud en Primer Nivel de Atención en Salud, puede ser ambulatoria o domiciliaria, previa asignación de turno.

Los requisitos para acceder a una calificación de discapacidad son:



- Informe del médico que puede ser del tratante, del especialista o del calificador en donde se detalle los diagnósticos, el tratamiento y las secuelas que dejan esas patologías (según formato publicado en la página web del MSP).
- En caso de que la discapacidad no sea evidente, dependiendo del diagnóstico, la persona adulta mayor o su representante legal, según corresponda presentarán estudios de imagen y exámenes complementarios con una vigencia de 6 meses a 1 año, realizados en los establecimientos de salud de la Red Pública Integral de Salud y Red Complementaria de Salud.

Los requisitos para acceder a una recalificación de discapacidad:

- El adulto mayor o su representante legal debe presentar los documentos señalados para la calificación más la solicitud de recalificación de discapacidad. (según formato publicado en la página web del MSP).

### Proceso de Calificación y Recalificación en casos ambulatorios

- El usuario o su representante legal toma un turno para calificación /recalificación a través del Call Center línea gratuita 171, opción 4, opción 2.
- La persona adulta mayor debe acudir a la Unidad Operativa 30 minutos antes de la hora del turno asignado, portando los documentos antes mencionados.
- Valoración con deficiencias o secuelas físicas y sensoriales (auditiva, visual, lenguaje).

#### Médico/a y Trabajador/a Social

- Primera atención la realiza el/a médico/a con la revisión de informes/certificados médicos, resultados de exámenes, etc. en el caso de estar incompleta se solicita la documentación faltante y se asigna una cita subsecuente.
- Si el médico/a identifica que la documentación está completa o que presenta alguna patología considerada como evidente inicia con la valoración respectiva con base al Baremo Español.
- En el caso de obtener un porcentaje mayor al 25% se continúa la valoración con el área de Trabajo Social y emite el dictamen social en el formulario de Trabajo Social para discapacidad o en el formulario 038 de Trabajo Social de la Historia Clínica.
- En el caso de que el porcentaje sea menor al 30% en las dos valoraciones, se finaliza proceso, el médico/a emite del Sistema Informático en Línea (SIL) y entrega al usuario el Certificado de No Acreditación.
- En el caso de que el porcentaje sea mayor al 30% se procede a la impresión de carné y entrega del Certificado de Discapacidad.
- Valoración con deficiencias o secuelas intelectuales y psicosociales.

#### Psicólogo/a Clínico/a y Trabajador/a Social

- Primera atención la realiza el/a psicólogo/a clínico/a con la revisión de informes/certificados médicos/psicológicos en el caso de estar incompleta se solicita la documentación faltante y se asigna una cita subsecuente.

- Si el el/a psicólogo/a clínico/a identifica que la documentación está completa o que presenta alguna patología considerada como evidente se inicia con la valoración respectiva con base al Baremo Español.
  - En el caso de obtener un porcentaje menor al 25% se finaliza el proceso, Psicología procede a entregar el certificado de no acreditación.
  - En el caso de obtener un porcentaje mayor al 25% se continúa la valoración con el área de Trabajo Social y emite el dictamen social en el formulario de Trabajo Social para discapacidad o en el formulario 038 de Trabajo Social de la Historia Clínica.
  - En el caso de obtener un porcentaje menor al 30% se finaliza el proceso y Psicología entrega certificado de no acreditación.
  - En el caso de que el porcentaje sea mayor al 30% se procede a la impresión de carné y entrega del Certificado de Acreditación.
- Valoración con deficiencias o secuelas físicas, sensoriales, intelectuales y psicosociales

#### Psicólogo/a Clínico/a y Trabajador/a Social

- Primera atención la realiza el/a médico/a con la revisión de informes/certificados médicos, resultados de exámenes, etc. en el caso de estar incompleta se solicita la documentación faltante y se asigna una cita subsecuente.
- Si el médico/a identifica que la documentación está completa o que presenta alguna patología considerada como evidente se inicia con la valoración respectiva con base al Baremo Español.
- Segunda atención la realiza el/a psicólogo/a clínico/a con la revisión de informes/certificados médicos/psicológicos en el caso de estar incompleta se solicita la documentación faltante y se asigna una cita subsecuente.
- Si el/a psicólogo/a clínico/a identifica que la documentación está completa o que presenta alguna patología considerada como evidente se inicia con la valoración respectiva con base al Baremo Español.
- Luego de la valoración del/a médico/a y el/a psicólogo/a clínico/a en el caso de obtener un porcentaje menor al 25% se finaliza el proceso y entrega el certificado de no acreditación.
- En el caso de obtener un porcentaje mayor al 25% se continúa la valoración con el área de Trabajo Social, y emite el dictamen social en el formulario de Trabajo Social para discapacidad o en el formulario 038 de Trabajo Social de la Historia Clínica.
- En el caso de que el porcentaje sea menor al 30% se finaliza el proceso y se entrega el certificado de no acreditación.
- En el caso de que el porcentaje sea mayor al 30% se procede a la impresión de carné y entrega del Certificado de Acreditación.

#### Proceso de Calificación Domiciliaria

Para este proceso hay dos mecanismos:

**Primer mecanismo:** el usuario o su representante legal toma un turno para calificación /recalificación en domicilio a través del Call Center línea gratuita 171, opción 4, opción 2.

**Segundo mecanismo:** el médico general o especialista (MFC-MGI) en la visita domiciliaria identificará personas adultas mayores con posible discapacidad, y que requiera atención de especialidad, realizará la referencia pertinente; en el caso, de presentar discapacidad evidente emitirá el informe médico o documentos habilitantes (según formato publicado en la

página web del MSP) y coordinará con el equipo calificador especializado en discapacidad para la intervención según las necesidades del caso (calificación, recalificación, acreditación, prescripción y entrega de ayudas técnicas o equipo biomédico).

En caso de pérdida o robo del carné de discapacidad el representante legal o la persona adulta mayor puede acercarse al Centro de Salud más cercano a su domicilio con los siguientes requisitos:

- Presentar la denuncia realizada en la página web de la Función Judicial.
- Cédula de ciudadanía o pasaporte de la persona adulta mayor.

### **Atención de Cuidados a Largo Plazo y/o Atención Paliativa**

El proceso de atención de cuidados a largo plazo y/o atención paliativa se inicia con la identificación de las personas con estas necesidades, el médico tratante o especialista del segundo o tercer nivel de atención de salud aplica una evaluación cuanti-cualitativa, multifactorial, indicativa y no dicotómica, que combina evaluaciones de percepción (la pregunta sorpresa), demanda y necesidades percibidas, con parámetros medibles de severidad/intensidad, aspectos evolutivos de la enfermedad, comorbilidad, uso de recursos e instrumentos específicos para algunas patologías, en aplicación de la norma de atención "Cuidados Paliativos" del Ministerio de Salud Pública.

- Posterior a esta evaluación si la persona adulta mayor se encuentra hospitalizada en una Unidad Operativa de Segundo o Tercer Nivel de Salud y necesita por su condición de salud ingresar al proceso de Atención de Cuidados a Largo Plazo o Atención Paliativa, el médico tratante o especialista elaborará el Plan de Atención Domiciliaria en coordinación con la Unidad Operativa de Primer Nivel de Atención de Salud y remitirá a la Coordinación Zonal correspondiente para la aprobación del plan (según formato publicado en la página del MSP).
- Si la persona adulta mayor se encuentra en su domicilio, el representante legal se acercará a la Unidad Operativa de Primer Nivel de Atención de Salud a solicitar valoración para ingresar al proceso de Atención Domiciliaria, el médico/a general o especialista realizará la visita domiciliaria y de acuerdo a la condición del o la paciente elaborará el Plan de Atención Domiciliaria de largo plazo en coordinación de la Unidad Operativa de Segundo o Tercer Nivel de Atención en Salud; y remitirá el Plan de Atención Domiciliaria de largo plazo a la Coordinación Zonal para la aprobación del caso (según formato publicado en la página del MSP).

### **ARTICULACIÓN ENTRE LA SECRETARÍA TÉCNICA PLAN TODA UNA VIDA Y EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (STPTV).**

El MSP, a través de su planificación territorial, brindará la atención integral de salud a la población adulta mayor y reportará las necesidades en el ámbito social, a la Secretaría Técnica Plan Toda una Vida -STPTV- quién garantizará el goce de los derechos de acuerdo a los requerimientos de la población.

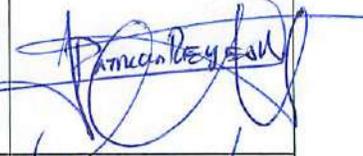
A través de actividades de vinculación interinstitucional garantizará una coordinación efectiva entre los actores de salud y LA STPTV para hacer efectivo el acompañamiento a los usuarios hasta los servicios de salud.



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Constitución de la República del Ecuador. Quito, 2008.
2. Geriatría: Brocchurst's. Atención Preventiva y Anticipatoria, 2005
3. Guía Geronto- Geriátricas de Atención Primaria de Salud para el Adulto Mayor 2008
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Manual de Atención Integral en Salud FCI. Quito, MSP, 2012.
5. Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Actualización Manual Modelo de Atención en Salud (MAIS) 2013.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: Luxemburgo, 2015.
7. República del Ecuador, Ley orgánica de salud del Ecuador. Quito, 2008.
8. Rozenek, M. Inmunosenescencia. Buenos Aires, 2019.
9. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Lineamientos operativos de respuesta frente a coronavirus 2019-ncov, 2019.
10. Ministerio de Salud Pública, COVID-19, Lineamientos generales, 2020.
11. MTT2-PRT-019, Mesa Técnica 2 Salud y APH, COE nacional, Protocolo para el manejo de personas adultas mayores en el contexto de la emergencia por COVID-19 en los centros gerontológicos residenciales públicos y privados, 2020.

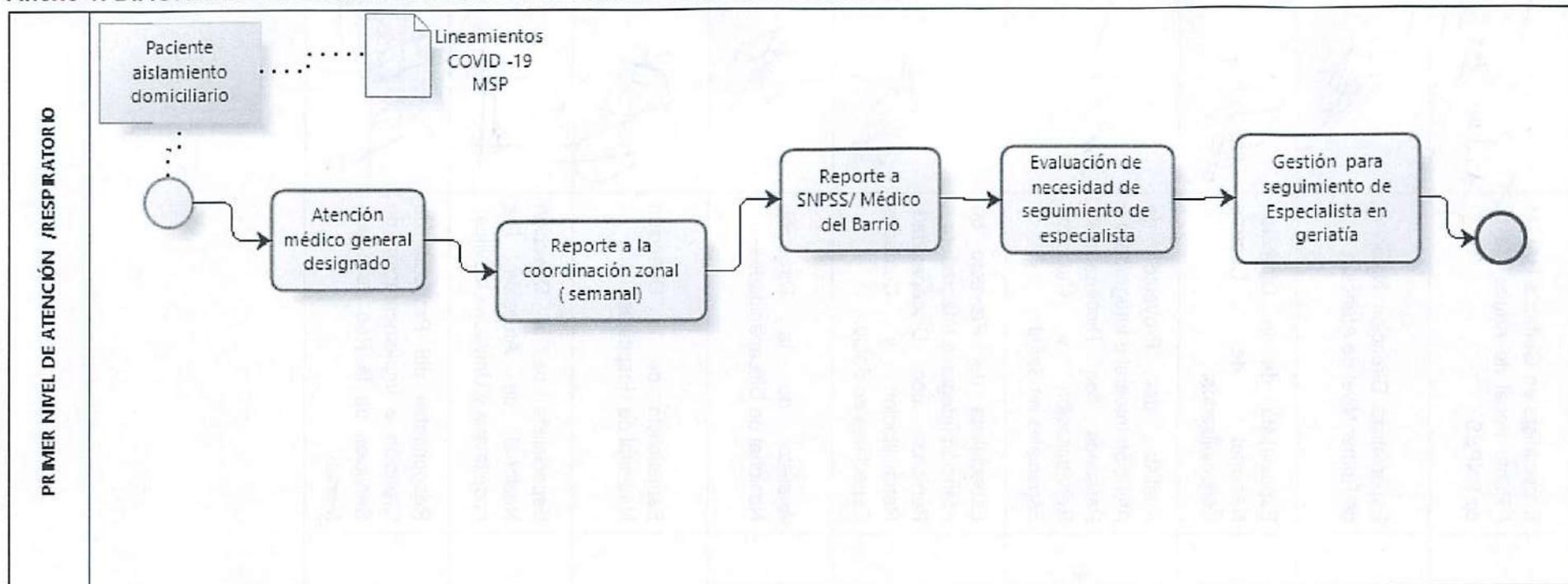
CUADRO DE SUMILLAS

	NOMBRE	CARGO	SUMILLA
Aprobado por	Dr. Carlos Jaramillo Van Denzen	Subsecretario Nacional de Provisión de Servicios de Salud.	
Revisado por:	Dr. Eduardo Puente	Director Nacional de Hospitales.	
	Mgs. Gabriela Yépez	Gerente Institucional del Fortalecimiento de la Salud Comunitaria - Médico del Barrio.	
	Dra. Narcisa Calahorrano	Directora Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud.	
	Ing. Patricia Reyes	Gerente del Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.	
	Dr. Luis Francisco Contreras Díaz	Dirección Nacional de Centros Especializados.	
	Dra. Lisset Tapia Yáñez	Dirección Nacional de Discapacidades.	
	Esp. René Abarca Tenemasa	Director Nacional de Atención Pre Hospitalaria y Unidades Móviles.	
	Psic. María Ignacia Páez	Responsable del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.	

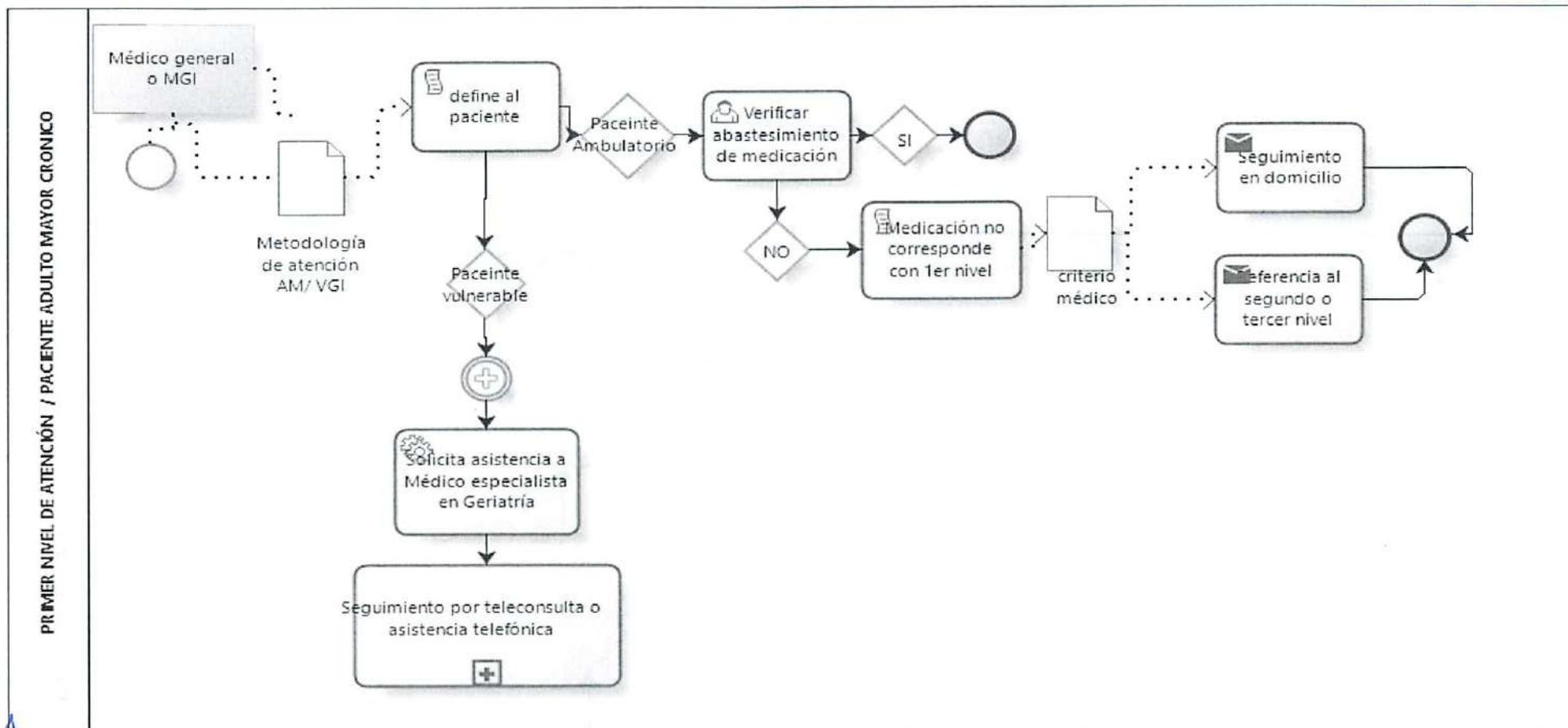
<b>Elaborado por:</b>	Dra. Paulina Muñoz	Especialista en Geriátría HAIAM / Punto Focal de Adulto Mayor de SNPSS.	
	Md. Carlos Yáñez	Especialista Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención.	
	Mgs. Karol Sandoval	Especialista de la Dirección Nacional de Centros Especializados.	
	Psic. Andrés Benavides.	Analista del Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.	
	Ing. Paola Gómez	Especialista del Proyecto de Atención Integral e Integradora a Personas con Discapacidad, Rehabilitación y Cuidados Especiales en Salud.	
	Dra. Pilar Ruales R.	Analista de la Dirección Nacional de Discapacidades.	
	Md. Mario López	Especialista de la Dirección Nacional de Hospitales.	
	Dra. Elva Romero R.	Especialista de la Dirección Nacional de Atención Pre hospitalaria y Unidades Móviles.	
	Psic. Maritza Troya	Responsable del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental.	

ANEXOS

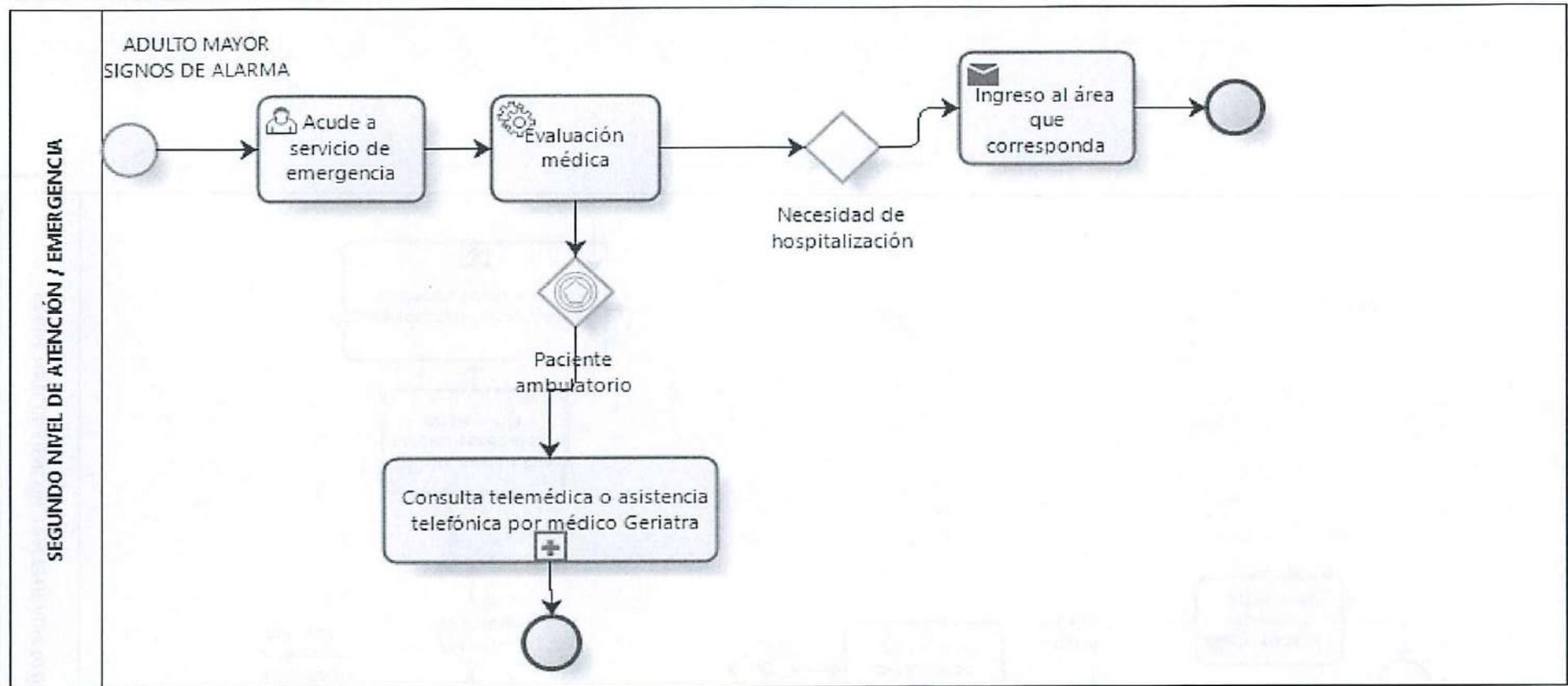
Anexo 1. DIAGRAMA DE ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL - RESPIRATORIOS



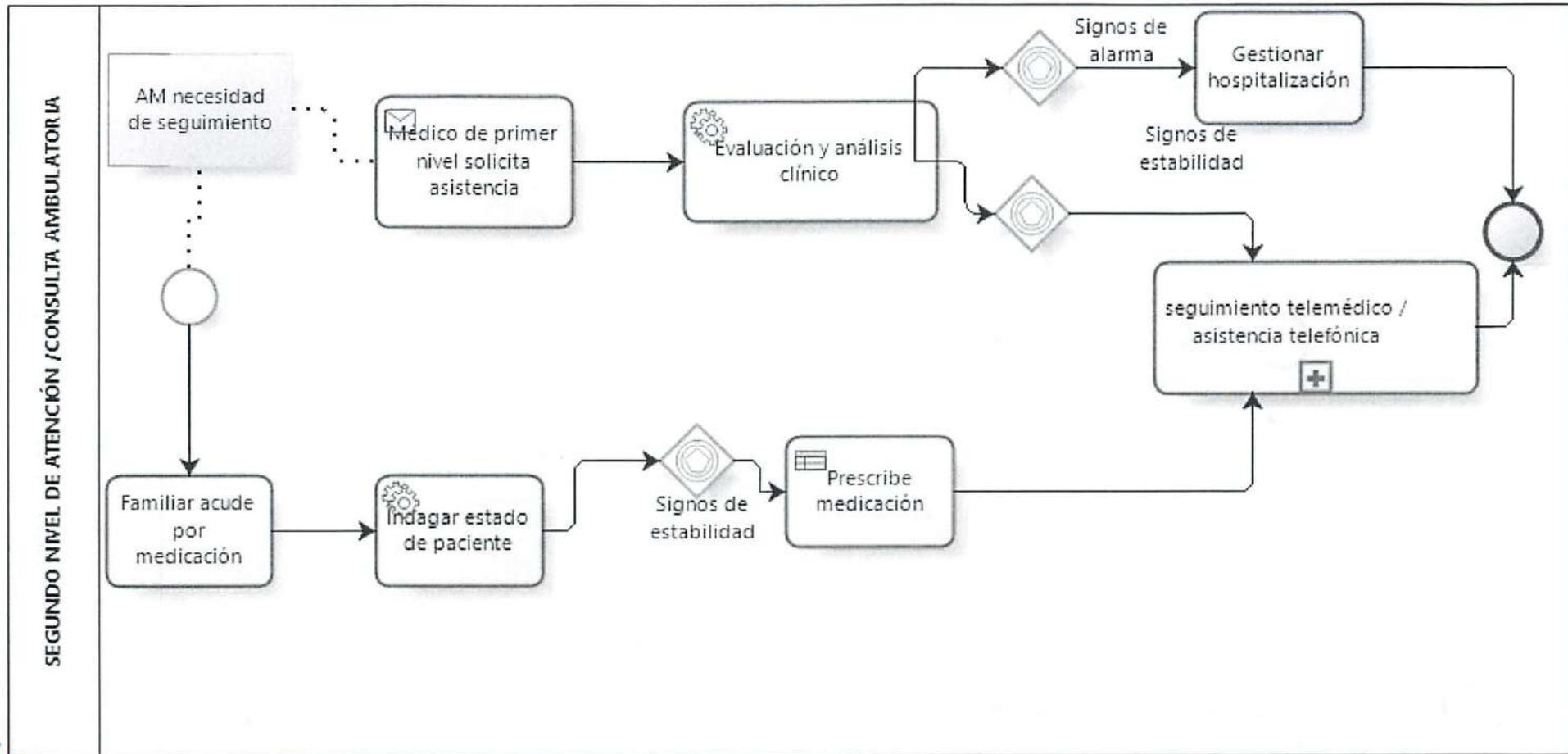
Anexo 2. DIAGRAMA DE ATENCIÓN EN PRIMER NIVEL – PACIENTES ADULTOS MAYORES CRÓNICOS



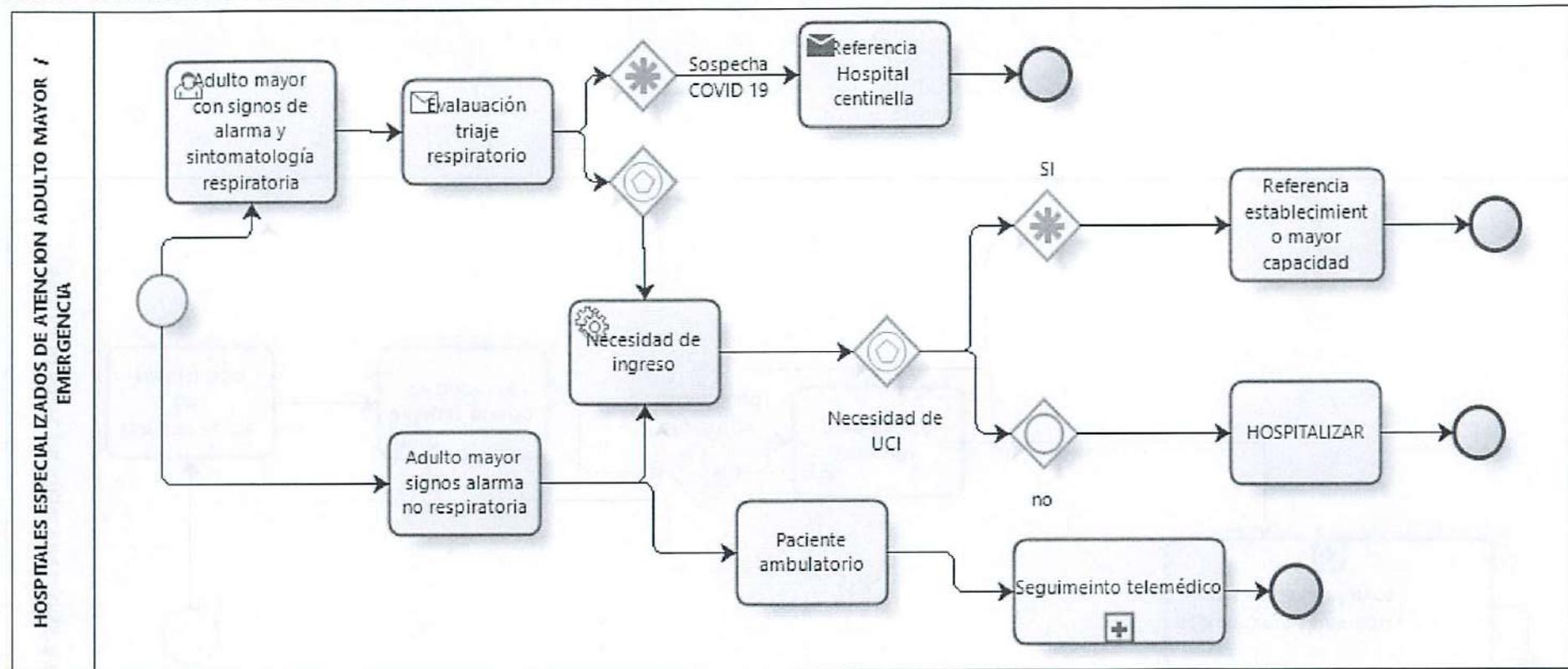
Anexo 3. DIAGRAMA DE ATENCIÓN EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN – SERVICIO DE EMERGENCIA



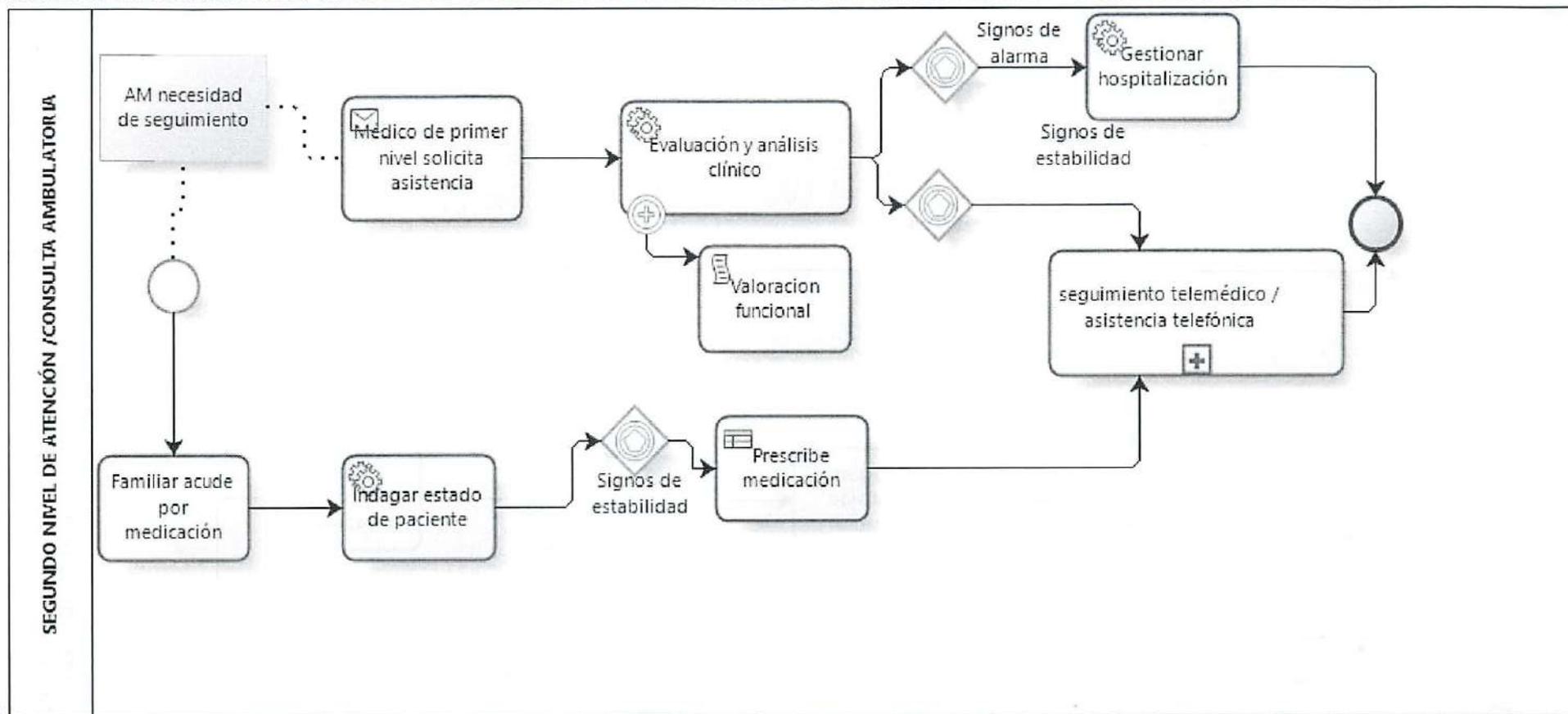
Anexo 4. DIAGRAMA DE ATENCIÓN EN SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN CONSULTA AMBULATORIA



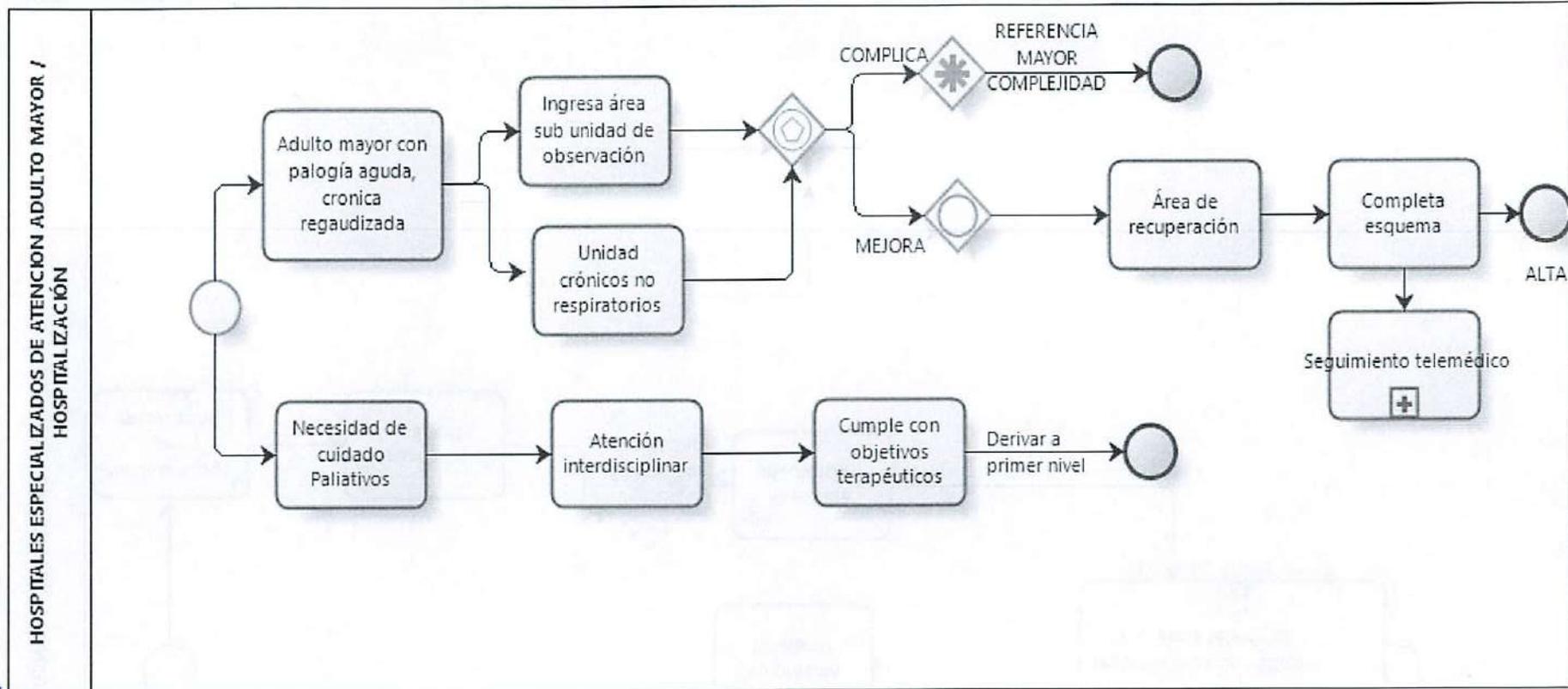
Anexo 5. DIAGRAMA HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR - SERVICIO DE EMERGENCIA



Anexo 6: DIAGRAMA HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR – CONSULTA AMBULATORIA



Anexo 7. DIAGRAMA HOSPITALES ESPECIALIZADOS DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR – HOSPITALIZACIÓN



**Anexo 8. RECOMENDACIONES QUE SE DEBE EMITIR A LOS ADULTOS MAYORES FRENTE AL CORONAVIRUS**

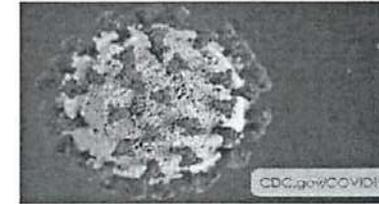
**¿Qué es un coronavirus?**

Los coronavirus son una extensa familia de virus que, en los seres humanos, causan infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).



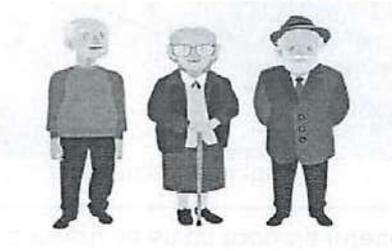
**¿Qué es la COVID-19?**

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Tanto el nuevo virus como la enfermedad eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.



**¿Por qué los adultos mayores corren el riesgo de desarrollar una enfermedad grave?**

Porque presentan mayor número de enfermedades o patologías crónicas, por tanto, tiene una tasa más elevada de mortalidad.



**¿Por qué afecta el Covid-19 a los adultos mayores?**

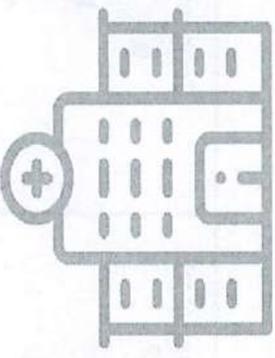
Por dos razones.

- A medida que las personas envejecen, su sistema inmunológico cambia, lo que dificulta que su cuerpo combata enfermedades e infecciones.
- Tienen más probabilidades de tener problemas de salud subyacentes, lo cual agrava su recuperación del COVID-19.



**¿Cuáles son los síntomas de la COVID-19?**

<p><b>Fiebre</b></p>	<p><b>Tos seca</b></p>	<p><b>Cansancio</b></p>	<p><b>Dolor de garganta</b></p>	<p><b>Dificultad respiratoria</b></p>	<p><b>Congestión Nasal</b></p>
----------------------	------------------------	-------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------

<p><b>¿Qué hacer si los adultos mayores presentan otras patologías que pueden requerir atención médica?</b> Acercarse al establecimiento de salud más cercano, evitando puertas de ingreso de pacientes con sintomatología respiratoria aguda.</p>	
<p><b>¿Qué hacer si los adultos mayores no disponen de medicamentos?</b> No es necesario que acudan al establecimiento de salud, designar a un familiar para que acuda al establecimiento de salud más cercano con la cédula de identidad y el número de historia clínica y solicitar el medicamento.</p>	
<p><b>Recomendaciones para proteger la salud de nuestros adultos mayores que se encuentran en residencias geriátricas.</b> Las residencias pueden convertirse en un foco de infección por lo que se debe tomar en cuenta:</p>	<p>-Restringir las visitas de los familiares y amigos.</p>  <p>- Prohibir los contactos con personas que presenten síntomas de coronavirus o que hayan vuelto de zonas de riesgo.</p> 

**Anexo 9. PUNTO FOCAL PARA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES**

PUNTO FOCAL ESPECIALISTA DE LA RED HOSPITALARIA DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR					
ZONA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	PROVINCIA / CANTÓN	NOMBRE	APELLIDO
1	SAN VICENTE DE PAÚL	HG	IBARRA	ADRIANA GIOCONDA	QUINGA MINANGO
2	JOSÉ MARÍA VELASCO IBARRA	HG	NAPO	HAIDEE VERÓNICA	VÁSQUEZ BRAVO
3	BOLIVAR ARGUELLO	HE	RIOBAMBA	JOSE LUIS	ORTIZ ORTEGA
4	PORTOVIEJO	HES	PORTOVIEJO	RODDY	SALTOS
5	LIBORIO PANCHANA	HG	SANTA ELENA	DOINA	MURESANU
6	VICENTE CORRAL	HG	CUENCA	JULIA ALEXANDRA	MEJÍ ALMEIDA
6	HOMERO CASTANIER	HG	CAÑAR	MARIA CRISTINA	CEVALLOS LOYOLA
7	ISIDRO AYORA	HG	LOJA	MARÍA JOSÉ	SUING
8	MONTE SINAÍ	HG	GUAYAQUIL	MERCEDES	CÁRDENAS DOMÍNGUEZ
9	ADULTO MAYOR	HE	QUITO	PAULINA LUCIA	MUÑOZ SHUGULI

Fuente: Dirección Nacional de Hospitales, 2019.  
 Elaboración: Mesa Técnica del Adulto Mayor, 2020

**Anexo 10. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIO DE GERIATRÍA**

ZONA	ESTABLECIMIENTO HOSPITALARIO	MEDICO/A ESPECIALISTA EN GERIATRIA 1	TOTAL GENERAL
1	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL SAN VICENTE DE PAÚL	1	1
	HOSPITAL GENERAL SUR DELFINA TORRES DE CONCHA	1	
2	HOSPITAL PROVINCIAL JOSE MARIA VELASCO IBARRA	1	1
	HOSPITAL GENERAL FRANCISCO DE ORELLANA	1	1
3	HOSPITAL GERIÁTRICO DOCTOR BOLIVAR ARGUELLO P	2	2
	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DE LATACUNGA	1	1
	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE AMBATO	2	2
4	HOSPITAL GENERAL DE JIPIJAPA	1	1
	HOSPITAL GENERAL RODRÍGUEZ ZAMBRANO DE MANTA	1	1
	HOSPITAL PROVINCIAL DE PORTOVIEJO DR. VERDI CEVALLOS BALDA	1	1
5	HOSPITAL GENERAL DR. LIBORIO PANCHANA SOTOMAYOR	2	2
	HOSPITAL GENERAL ALFREDO NOBO MONTENEGRO	1	1
6	HOSPITAL GENERAL VICENTE CORRAL MOSCOSO	1	1
	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL HOMERO CASTANIER	1	1
	HOSPITAL GENERAL MACAS	1	1
7	HOSPITAL GENERAL JULIUS DOEPFNER	-	-
	HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL ISIDRO AYORA	-	-
8	HOSPITAL GENERAL MONTE SINAI	1	1
9	HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	5	5
	HOSPITAL GENERAL DOCENTE DE CALDERÓN	1	1
	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO	1	1
<b>TOTAL GENERAL</b>		<b>26</b>	<b>26</b>

Fuente: Dirección Nacional de Hospitales, 2019

Elaboración: Dirección Nacional de Centros Especializados, 2020.

Anexo 11. ESCALA DE BARTHEL

INDICE DE BARTHEL MODIFICADO			
A.V.D	FUNCIONALIDAD	Paciente	Normal
BAÑO	Independiente		5
	Supervisión		4
	Ayuda Ocasional		3
	Asistencia en todos los aspectos		1
	Dependencia total		0
VESTIDO	Independiente		10
	Mínima Ayuda		8
	Ayuda para Quitar o poner		5
	Gran Ayuda (colabora algo)		2
	Dependencia total		0
ASEO (HIGIENE CORPORAL)	Independiente		5
	Mínima Ayuda		4
	Moderna Ayuda		3
	Ayuda continúa (colabora algo)		1
	Dependencia total		0
IR AL RETRETE	Independiente		10
	Supervisión		8
	Moderna Ayuda (alguna tarea)		5
	Continua ayuda		2
	Dependencia total		0
DEAMBULACION	Independiente		15
	Supervisión continúa o < 50 m		12
	Ayuda de una		8



	persona		
	Ayuda continua de más personas		3
	Dependiente		0
TRASLADO SILLON CAMA	Independiente		15
	Supervisión		12
	Ayuda de una persona		8
	Ayuda continúa (colabora algo)		3
	Ayuda de 2 personas (no colabora)		0

**Anexo 12. ESCALA LAWTON**

<b>Cuidar la casa</b>		<b>Uso del teléfono</b>	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	2	Sólo para lugares muy familiares	2
Tareas ligeras únicamente	3	Puede contestar pero no llamar	3
Necesita ayuda para todas las tareas	4	Incapaz de utilizarlo	4
Incapaz de hacer nada	5		
<b>Lavado de ropa</b>		<b>Uso del transporte</b>	
Lo realiza personalmente	1	Viaja en trans.; público o conduce	1
Solo lava pequeñas prendas	2	Sólo en taxi, no en autobus	2
Es incapaz de lavar	3	Necesita acompañamiento	3
		Es incapaz de usarlo	4
<b>Preparación de la comida</b>		<b>Manejo del dinero</b>	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	2	Sólo maneja cuentas sencillas	2
Prepara platos precocinados	3	Incapaz de utilizar dinero	3
Tienen que darle la comida hecha	4		
<b>Ir de compras</b>		<b>Responsable de los Medicamentos</b>	
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Responsable de su medicación	1
Sólo hace pequeñas compras	2	Hay que preparárselos	2
Tienen que acompañarle	3	Incapaz de hacerlos por sí mismo	3
Es incapaz de ir de compras	4		

**NOTA:** Grado de dependencia: hasta 8 puntos = Independiente  
 De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda  
 Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda.

**Anexo 13. ESCALA YASAVAGE**

	Si	No
1 ¿Esta satisfecho/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida esta vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 La mayor parte del tiempo esta de buen humor?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene mas problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12 Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

PUNTAJE TÓTAL \_\_\_\_\_

NOTA: Normal (0-5)

Probable depresión ( 6-9)

Depresión estable (10 o más)

## Anexo 14. ESCALA DE PFEIFFER

**Instrucciones:**

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lee las preguntas.  
Anoté la puntuación como sigue:

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

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero?
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo?
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa?
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida?
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico?
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema?

Suma las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total –La puntuación máxima es de 33 puntos, si la suma es de 5 puntos o más sugiere déficit cognitivo.

Anexo 15. MINI MENTAL TEST

EVALUACIÓN COGNITIVA ( MMSE) MODIFICADO

1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes \_\_\_\_\_  
 Día del mes \_\_\_\_\_  
 Año \_\_\_\_\_  
 Día semana \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar mas adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Arbol: \_\_\_\_\_  
 Mesa: \_\_\_\_\_  
 Avion: \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_ Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: **1 3 5 7 9** Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: \_\_\_\_\_  
 Respuesta Correcta: **9 7 5 3 1**  
 Total: \_\_\_\_\_

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: \_\_\_\_\_  
 Dobla: \_\_\_\_\_  
 Coloca: \_\_\_\_\_  
 Total: \_\_\_\_\_

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol \_\_\_\_\_  
 Mesa \_\_\_\_\_ Anote un punto por cada objeto  
 Avión \_\_\_\_\_ recordado en el primer intento.  
 Total: \_\_\_\_\_

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.



NOTA:

Suma los puntajes totales de las preguntas 1 a 6  
 Puntuación máxima: 19 puntos.  
 Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo  
 13 puntos o menos Si sugiere déficit cognitivo.  
 (En pacientes iletrados utilice el test de Isaac)



**Anexo 16. MINI NUTRICIONAL**

**ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL**  
(Mini nutritional Assessment MNA) TAMIZAJE

**A.- ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido pérdida del apetit problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?**

- Severa  0 pérdida del apetito
- Moderada  1 pérdida del apetito
- Ausencia  2 de pérdida del apetito

**B.- ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?**

- Mayor de  0 3kg o 6.6 lbs
- No  1 conoce
- Pérdida  2 entre 1 y 3kg
- No existe  3 pérdida de peso

**C.- Movilidad**

- En la  0 cama o en silla de ruedas
- Puede  1 salir de la cama o la silla, pero no afuera
- Puede ir  2 afuera

**D.- ¿Ha sufrido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses?**

- Si  0 No  2

**E.- Presencia de problemas neuropsicológicos**

- Demencia  0 o depresión severas
- Demencia  1 moderada
- Ausencia  2 de problemas psicológicos

**F.- Índice de masa** Peso kg \_\_\_\_\_ Talla mt \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

- IMC  0 menos de 19
- IMC  1 entre 19 – menor a 21
- IMC  2 entre 21 – menor a 23
- IMC 23 o  3 mayor

**NOTA:**

Puntaje total \_\_\_\_\_

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos