



UNIVERSIDAD ESTATAL A DISTANCIA DE COSTA RICA (UNED)
ESCUELA DE ADMINISTRACIÓN - SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Proyecto final de graduación

**Administración del cuadro de mando integral
para el mejoramiento del instrumento metodológico
del síndrome de inmovilización (CESI) en el servicio de mediana estancia del
Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes, San José**

Tutora:
P.h.D Lizette Brenes

Estudiante:
Sintia Mora Segura

II - 2006

INDICE

Introducción	3
Antecedentes	3
Antecedentes del servicio de mediana estancia del Hospital geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.....	5
Identificación del problema	6
Descripción del instrumento	7
Definición de la estrategia y los objetivos centrales estratégicos	7
Metodología de administración empleada	8
Propuesta estratégica de mejora.....	9
Cuadro de mando integral.....	10
Definiciones	11
Bibliografía	12
ANEXOS	15

Administración del cuadro de mando integral para el mejoramiento del instrumento metodológico del síndrome de inmovilización (CESI) en el servicio de mediana estancia del Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes

Introducción

La población mundial está experimentando un proceso de envejecimiento por causa de fenómenos demográficos sin precedente alguno. Esto se refleja en un crecimiento de esta población de un 2% anual. Para el 2050, se espera un incremento poblacional de un tercio en los países desarrollados y un 20% en los países menos desarrollados.

Por esta razón, en Costa Rica, el Ministerio de Salud ha tratado de generar los medios para que las condiciones de vida del adulto mayor sean de calidad; dentro de sus tareas ha logrado la creación del primer Hospital Geriátrico de la región. Este hospital, “Dr. Raúl Blanco Cervantes”, tiene la función de ofrecer a la población envejecida los servicios apropiados, para darles la mejor calidad en servicios de salud.

Una de las afecciones de mayor impacto de esta población adulta mayor es el síndrome de inmovilización, que afecta la movilidad normal de una persona, impidiéndole tener autonomía en necesidades de primer grado. Debido a lo anterior, nace la inquietud de un grupo de médicos geriatras y fisiatras de mejorar un instrumento que pueda medir los avances de cada paciente al ingresar al hospital con este síndrome. El documento enfoca la administración del cuadro de mando integral al instrumento llamado “clasificación y evolución del síndrome de inmovilización”, con el objetivo de monitorear el mejoramiento y la evaluación de los pacientes internados.

Se presenta una serie de limitaciones en el proceso de investigación de este documento, tales como poco tiempo para poder validar el instrumento, y un estudio para la implantación del cuadro de mando integral para el servicio de mediana estancia.

Después de la presentación de este documento, se recomienda continuar con el proceso hasta finalizarlo en su totalidad, incluyendo la validación y la puesta en marcha del plan estratégico para el área de mediana estancia.

Antecedentes

El fenómeno de envejecimiento poblacional afecta a toda la humanidad, sin importar raza, color o extracto económico. Tuvo sus inicios en países desarrollados y se fue extendiendo paulatinamente a todos los demás países. Este fenómeno trae consigo la reestructuración de la sociedad de un país y afecta aspectos socioeconómicos, las mejoras de salud y de la calidad de vida, el sistema de pensiones, la infraestructura, la legislación, el respeto al adulto mayor, entre otros.

“La vejez es un riesgo que exige políticas específicas y apropiadas” (Codón, 1999), por lo cual las Naciones Unidas deciden crear conciencia sobre los derechos y protecciones del adulto mayor^{D1}. Es por esta razón que se crea la primera Asamblea Mundial del Envejecimiento que tuvo lugar en Viena del 26 de julio al 6 de agosto de 1982. En esta se aprobó un plan de acción para el avance de políticas centradas en adultos mayores en los países desarrollados; se obtuvieron resultados positivos reflejados en las mejoras de infraestructura, espacios sociales para esta población, especialización de servicios, mejoramiento y seguridad de los regímenes de pensiones. Ante tal avance y satisfacción, se decide hacer una segunda asamblea veinte años después, realizada en España del 8 al 12 de abril de 2002.

En la segunda asamblea se ve la necesidad de expandir el plan de acción a todos los países, especialmente a los que están en vías de desarrollo y donde se verán igualmente afectados con este fenómeno.

América Latina está en vías del fenómeno de envejecimiento bajo condiciones de pobreza y escasez de servicios importantes para el adulto mayor. Las consecuencias que genera este proceso se ven reflejadas en los siguientes niveles:

1. Económico: donde tendrá una incidencia en el crecimiento económico, la inversión, los sistemas de pensiones, el mercado de trabajo, el consumo, entre otros
2. Político: tendrá una influencia en los patrones y el voto representativo
3. Social: incidencias de salud, infraestructura adaptada a personas discapacitadas, condiciones de vida, vivienda, alimentación, composición de la familia, entre muchas otras.

En Costa Rica, se debe trabajar en un programa para tratar de eliminar la pobreza que encierra esta población, crear una mayor seguridad en el régimen de pensiones, mejoras a los servicios de salud, programas de prevención, aceptación, cambio de cultura y de infraestructura para la comodidad de las personas adultas mayores.

El Gobierno de la República aprobó una serie de leyes que benefician esta importante población los cuales se detallan a continuación:

- ❖ Ley N. ° 7935, “Ley Integral para la Persona Adulta Mayor”: encierra la unión de objetivos de diferentes instituciones que trabajan en actividades para esta población. Se reflexiona sobre la vivencia de todas las ciudades encaminadas hacia el envejecimiento de sus poblaciones y el cambio por una cultura de respeto y calidad de vida.
- ❖ Ley N. ° 8153 (reforma del artículo 54 y derogación del transitorio único de la ley Integral para la Persona Adulta Mayor, N. ° 7935): habilita aquellos servicios públicos y privados donde la persona requiera de servicios especiales.
- ❖ Ley N. ° 7936 (reforma al artículo 33 de la ley reguladora de transporte remunerado de personas en vehículos automotores, N. ° 3503): autoriza el uso del transporte público sin costo alguno, en trayectos no mayores a cincuenta kilómetros.
- ❖ Ley N. ° 7983, Ley de Protección al Trabajador: detalla el otorgamiento de una pensión para aquellas personas de escasos recursos.

- ❖ Ley N. ° 5662, Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares: transfiere recursos a albergues, centros diurnos y hogares de ancianos que dan atención a personas de escasos recursos.
- ❖ Ley N. ° 7395, Ley de Loterías: por medio de la Junta de Protección Social se distribuye un porcentaje de la utilidad sobre premios prescritos y no vendidos de las loterías, que se destina a hogares de ancianos y albergues.
- ❖ Proyecto de Ley N. ° 15876, Código de la Persona Adulta Mayor: describe la penalización sobre la violencia física, psicológica, patrimonial y sexual en perjuicio de las personas adultas mayores.
- ❖ También se crea el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) como ente rector encargado de formular políticas que garanticen condiciones favorables para esta población.
- ❖ Reglamento para la tramitación de bonos familiares de vivienda a personas adultas mayores solas, transfiere bonos de vivienda aquellas personas sin núcleo familiar.

Otro aspecto importante de nuestro país es contar con el primer hospital latinoamericano de geriatría y gerontología, lo cual nos da una ventaja respecto a los demás países.

Antecedentes del servicio de mediana estancia del Hospital geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes¹

A continuación se define el servicio de mediana estancia:

“Es un servicio hospitalario de internamiento, parte de la atención progresiva al adulto mayor, que tiene como objetivo conseguir o completar el proceso de rehabilitación cuando existen razonables posibilidades para ello, en el marco de la atención cuadrifuncional^{D2} base del abordaje en geriatría, que incluye pacientes en procesos de convalecencia de problemas médicos para rehabilitación física, o en procesos de intervención social y psicológica”².

Crterios de ingreso

Destinada a pacientes generalmente ya diagnosticados, que han sobrepasado la fase aguda de la enfermedad, con el objetivo de continuar los cuidados clínicos, de enfermería y sobre todo rehabilitadores, para que consigan total o parcialmente su independencia. Estos casos ameritan un abordaje por un equipo multidisciplinario; por las características del paciente (médico, físico o social) no es posible abordarlo en otro nivel de la atención progresiva geriátrica.

Recursos del servicio

1. Cuenta con veinticinco camas.
2. Detalle del personal:
 - ✓ Dos especialistas en geriatría.

- ✓ Una trabajadora social asignada al servicio y con recargo a otros servicios.
- ✓ Enfermera profesional en primer y segundo turno.
- ✓ Terapeuta física y terapeuta ocupacional con sede en el servicio de medicina de rehabilitación o de hospital de día, que apoyan según indicación de fisiatra^{D3}.
- ✓ Otros profesionales, quienes apoyan el servicio en visita general (fisiatría, psiquiatría, neurología).

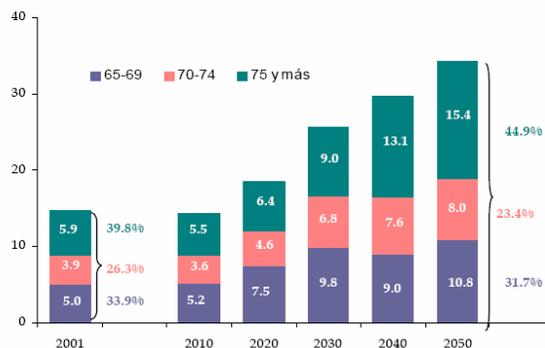
Actividades del servicio

- ✓ Visita por médico asistente especialista y residentes o internos asignados todos los días a cada uno de los pacientes.
- ✓ Asistencia por enfermería en tres turnos.
- ✓ Visita general los lunes de 8:00 a.m. a 9:30 a.m. con la participación de geriatras del servicio, neurólogo, psiquiatra, fisiatra, residentes e internos y jefe de enfermería del primer turno.
- ✓ Sesión multidisciplinaria los martes de 10:00 a.m. a 12:00 m.d., con la participación de médicos del servicio, trabajadora social, enfermera jefe del primer turno, geriatra de hospital de día, fisiatra y terapeuta físico asignado mensualmente por el servicio de rehabilitación. Es el espacio donde se discuten los planes de atención, las intervenciones realizadas por cada profesional y se define el plan de egreso.

Identificación del problema

El síndrome de inmovilización^{D4} es uno de los problemas que consume mayor inversión socio-económica y sanitaria. Según Solís (1999), “este nace en un sujeto hasta ahora independiente, consecuencia de una prolongada inactividad”³.

Impacto del envejecimiento. :Gasto en salud per cápita en Costa Rica de la población mayor 60 años



Fuente: Informe final del análisis del sector salud (2002), C.C.S.S.

Descripción del instrumento

Este instrumento se basó en el artículo del Dr. Coppola (médico italiano), pero éste no es un diseño de implementación para el instrumento, sino más bien un artículo de referencia.

Sin embargo; para analizar las implicaciones de este síndrome, los tomadores de decisiones utilizan un instrumento que mide deficientemente el avance de los pacientes con este padecimiento. Desde la perspectiva de gestión, el documento empleado tiene las siguientes deficiencias:

- ✓ No es claro, debido a que presenta deficiencia en cómo debe aplicarse, sobre qué criterios se basa para un puntaje determinado, no hay retroalimentación ni control del uso.
- ✓ No se detalla el objetivo de utilizar el instrumento
- ✓ No se visualiza con claridad la forma en que debe evaluarse el paciente, no se es constante
- ✓ No evalúa los puntos importantes del tratamiento que debe medicarse al internado
- ✓ No tiene una calificación acorde para determinar las variables de mayor impacto y donde se podría trabajar para mejorar el avance del paciente

Definición de la estrategia y los objetivos centrales estratégicos

En este apartado se revisará el marco estratégico del centro de mediana estancia, con el fin de comprender mejor el papel de servicio que se pretende analizar y su importancia para la institución.

La misión y visión del Centro de mediana estancia del Hospital Blanco Cervantes se detallan a continuación:

Misión: ser una unidad de salud líder en el diagnóstico clínico de áreas de disfuncionalidad física sociales y psicológicas, con un equipo humano calificado, que pretende la mejora de la calidad de vida del paciente.

Visión: ser la unidad líder en mejoramiento del área de disfuncionalidad a nivel de Costa Rica.

Objetivos

Objetivo general

Administrar el cuadro de mando integral para el mejoramiento y evaluación del instrumento metodológico de calificación y evaluación del síndrome de inmovilización – CESI.

Objetivos específicos

- ❖ Presentar una propuesta de administración a través del instrumento de diagnóstico (CMI) para cada paciente que ingresa y que se pueda evaluar el perfil del paciente en el área de “servicio de rehabilitación”.
- ❖ Incorporar mejoras orientadas a facilitar e interpretar mejor el instrumento.
- ❖ Modificar la herramienta para que clasifique clara y adecuadamente el síndrome de inmovilización.

Metodología de administración empleada

La visión moderna de control necesita de un conjunto de indicadores que permitan una retroalimentación adecuada en las áreas claves de gestión de las empresas. Junto con ello, el monitoreo de dichos indicadores debe permitir el adecuado control tanto de la implementación como de la adecuación de objetivos y estrategias.

El *cuadro de mando integral*, desarrollado por Kaplan y Norton (1997), es una herramienta de control orientada a desarrollar indicadores que permitan cumplir con lo anterior. Además de apoyar el control estratégico, clarifica y traduce la visión y las estrategias de la empresa en un conjunto de metas e índices, comunicándolos a los otros estratos de la organización.

Herramienta utilizada actualmente

Indicador⁵: porcentaje de pacientes que mejoraron con rehabilitación y que ingresaron con el síndrome de inmovilización fase I y II en el servicio de mediana estancia.

Componentes del indicador:

Número pacientes con mejoría del SI fase I y II en el servicio de Mediana Estancia x 100

Total de pacientes egresados del servicio con ese diagnóstico.

Inicialmente, se propone como componentes del indicador la aplicación del instrumento Medida de Independencia Funcional (MIF). Sin embargo esto presentó complicaciones debido a los siguientes factores:

- ✓ La persona encargada de aplicar el MIF sería la fisiatra del servicio, sin embargo no se aplica.
- ✓ El instrumento debe ser aplicado por personal entrenado para su confiabilidad.
- ✓ El instrumento es complejo en su calificación.

Metodología actual

Esta herramienta se aplica a aquellos pacientes que ingresan al servicio de rehabilitación. El objetivo es visualizar cuál es el estado en que ingresa el paciente y cuál será cuando se le dé de alta. Esta herramienta cataloga al internado en tres etapas diferentes, que permiten clasificar, evaluar la evolución y definir las intervenciones.

La etapa I representa un paciente estable y se pretende llevarlo a una etapa cero o a su mejoría total. La etapa II son pacientes que tienen algún grado de deterioro pero que pueden mejorar y se tratarán de llevar a la etapa I. Finalmente, la etapa III es la más crítica de todas, por lo general no presentan mejoría alguna y se catalogan como pacientes paliativos. En esta etapa lo primordial es dar una asesoría a sus familiares para hacer que puedan estar más cómodos.

Es importante tomar en cuenta que para cada una de las fases debe llevarse un diagnóstico por paciente, que indique cuáles fueron las razones por las que se llegó a la inmovilización.

Propuesta estratégica de mejora

Nueva propuesta al instrumento

Se proponen mejoras al instrumento utilizado en la actualidad, una vez que se ha realizado la fase de estudio y análisis estratégico y su gestión, se pueden dimensionar de dos maneras:

1. Incorporar el cuadro de mando integral en la gestión del servicio de mediana estancia. Por razones de tiempo se aplicará al instrumento CESI y se recomienda en un futuro estudiar el servicio como tal.
2. Como consecuencia del punto uno, mejorar el instrumento CESI, con las perspectivas de dicho cuadro de mando integral.

Las siguientes son mejoras propuestas para cada dimensión:

1. Detallar el diagnóstico causal: se anota en el expediente del paciente cuáles son las posibles causas de su padecimiento; cada diagnóstico dependerá del médico internista se realizará de acuerdo con lo que considere más conveniente.
2. Mostrar el resultado del cuadro de mando integral aplicado a las fases importantes del síndrome de inmovilización: se detallan tres fases dentro del síndrome de inmovilización:
 - a. *Área de gestión de mejoramiento del cliente:* en este ingresan aquellos pacientes que tienen un grado de inmovilización muy bajo. Son personas que pueden vivir independientes de sus familiares para hacer sus necesidades primarias; lo primordial es lograr que tengan una mejoría para que logren el 100% de su independencia
 - b. *Área de gestión de estabilización y progreso del cliente:* se clasifican aquellos pacientes que dependen en algún grado de otra persona para

realizar sus necesidades primarias. El objetivo de ésta es estabilizar al paciente y lograr llevarlo a la etapa I o área de gestión de mejoramiento.

- c. *Área de gestión calidad de vida paliativa del cliente*: en este punto se encuentran los pacientes en etapa terminal y que dependen del 100% de personas bajo su cuidado. Aquí se detallan los cuidados, los medicamentos y la inducción a sus familiares para que el paciente tenga una etapa terminal más cómoda.
3. Cambiar el diseño de la plantilla del instrumento: se propone cambiar el diseño desde su presentación hasta su puntaje y contenido. Dado que el anterior instrumento no era claro y las personas calificaban de acuerdo con la posible interpretación que cada uno le diera; este se diseñó con base en el criterio de varios especialistas, en las necesidades reales y los objetivos planteados para la medición de los pacientes en este servicio. El puntaje es más acorde con la evaluación de cada uno de los ítems de las diferentes áreas de gestión.
4. Validar el instrumento: el objetivo de validar el instrumento es para verificar la efectividad y la utilidad para clasificar adecuadamente la estadía y un punto de referencia para evaluar la evolución de cada paciente en un tiempo definido. Este se encuentra actualmente en proceso de validación; no estará listo para la presentación de este estudio; sin embargo es importante aclarar que las futuras modificaciones que pueda tener dependerán de la retroalimentación por parte de los especialistas que tuvieron a cargo la validación de éste.

Cuadro de mando integral

El cuadro de mando integral cuenta con tres áreas de gestión que detallan la calificación del cliente (paciente) y su evolución con el tratamiento asignado en el internamiento.

Este cuadro de mando se compone de:

- ✓ **Factores críticos del éxito**: aspectos que requieren mantenerse bajo control para lograr el éxito de la gestión. Estos se asocian a efectividad, eficacia, eficiencia y productividad
- ✓ **Indicadores**: unidades que sirven para medir el grado de obtención de una meta u objetivo; constituyen la especificación cuantitativa y cualitativa para medir el logro de un objetivo variable (cualitativa y cuantitativa) o la relación entre variables que permite medir el grado de cumplimiento del objeto por evaluar. Un indicador es siempre un mensaje
- ✓ **Metas**: son un objetivo cuantificado y calificado; se refieren a los objetivos específicos, meta deseada, tiempo asignado.
- ✓ **Medios de verificación**: instrumentos de revisión y control sobre metas.
- ✓ **Frecuencias**: frecuencias con que se realizan los indicadores.
- ✓ **Responsables**: personas con responsabilidad sobre el plan de acción
- ✓ **Planes de acción**: detalles de variables que hacen posible las mejoras de los factores críticos de éxito.

Definiciones

^{D1} Adulto mayor⁶: personas de 60 años y más, quienes representan un grupo heterogéneo de diversas edades, antecedentes, necesidades y capacidades.

^{D2} Atención cuadrifuncional⁷: atención en las cuatro áreas funcionales del individuo (médica, psicológica, funcional y social).

^{D3} Fisiatra⁸: médico especializado en medicina física y rehabilitación. Los fisiatras tratan una gran variedad de problemas, desde malestar en los hombros hasta lesiones del cordón espinal. Ven pacientes de todas las edades y tratan problemas que afectan todos los sistemas mayores en el cuerpo. Estos especialistas se enfocan en restaurar la función de las personas.

^{D4} Síndrome de inmovilización⁹: síndrome morboso que nace en un sujeto hasta ahora independiente, como consecuencia de una prolongada inactividad y, en especial, de una prolongada permanencia en cama, independientemente de la enfermedad que lo ha provocado.

Citas bibliográficas

¹ Información suministrada por el servicio de mediana instancia del Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.

² Definición realizada en conjunto por el equipo de médicos de los servicios de mediana instancia del Hospital.

³ Solís Umaña, Marielos, *Síndrome de inmovilización, Temas prácticos en Geriátría y Gerontología*. Tomo I, UNED, pág. 35-36, 2000.

⁴ Estadísticas tomadas de los registros de ingresos del Hospital Geriátrico.

⁵ Información suministrada por la jefe de servicio de mediana instancia, Dra. Yalile Muñoz Chacón, del Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, *Guía regional para la promoción de la actividad física*. Washington, D.C., pág: 3, 2002.

⁷ Muñoz Chacón, Yalile, jefe de mediana estancia Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.

⁸ Recuperado en:

<http://www.fisiatraspr.org/fisiatra.htm>

<http://www.fisiatraspr.org/educacionfisiatra.htm>

<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/6591/Fisiatra.htm>

⁹ Solis Umaña, Marielos, *Temas prácticos en geriatría y gerontología*, Costa Rica: Editorial EUNED, Tomo I, pag. 35, 2000.

Bibliografía

Alvarado Enrique, *Control estratégico*, Colección Enalba, INCAE, Costa Rica, 2004.

Araya Jiménez, Bernardita. *El enfoque de derechos desde las organizaciones no gubernamentales que trabajan con personas adultas mayores en Costa Rica*. Tesis Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social, 2005.

Asenjo Miguel Angel, *Las claves de la gestión hospitalaria*, Gesion 2000, Barcelona, España, 2000.

Entrevistas: Dra. Yalile Muñoz Chacón, Dra. Viviana Chun.

Centro Centroamericano de Población; Instituto Nacional de Estadística y Censos, Costa Rica. *Estimaciones y proyecciones de población 1970-2100 actualizadas al año 2000 y evaluación del Censo 2000 y otras fuentes de información: informe metodológico*, San Jose, Costa Rica, 2002.

Francés Antonio, *Estrategia para la empresa en América Latina*, Ediciones IESA, Caracas, Venezuela, 2001.

Harrison S. Jeffrey, Caron H. St. John, *Fundamentos de la dirección estratégica*, Editorial Thomson, Segunda edición, España, 2002.

Harvard Business Essentials, *Desarrollar la gestión de la creatividad de la innovación*, Ediciones Deusto, España, 2004.

Juez Martel Pedro, *Técnicas de evaluación económica y gestión sanitaria*, UNED, Madrid, España, 2000.

Kaplan Robert, Norton David, *Mapas estratégicos*, Gestión 2000, Barcelona, España, 2004.

Morales, Fernando. *Temas prácticos en Geriatría y Gerontología*. Costa Rica: Editorial UNED, Tomo I, 2000.

Naciones Unidas, (Codón, Isabel). *Segunda asamblea mundial del envejecimiento*. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.

Notas suministradas por el servicio de mediana instancia del Hospital Geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes.

Organización Mundial de la Salud, *Envejecimiento activo: un marco político*. Revisión española geriatría y gerontología, pag. 74-105. Washington DC., USA, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. *Desigualdades de salud en Costa Rica*. San José, Costa Rica, 2000.

Pérez Díaz, J. *La demografía y el envejecimiento de las poblaciones*. Incluido en A.S. Staab y L.C. Hodges, *Enfermería Gerontológica*. México D.F., McGraw Hill, pag. 451-463, 1998.

Promover. *Un estilo de vida para las personas adultas mayores*, Estados Unidos, OPS, ISB 92 7532399 2, 2002.

Trejos Fernando. *Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento*

Recuperado en:

http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/1/13611/declaracion_costarica_word.pdf

Consulta: 3 de marzo 2006

Guzmán José Miguel. “*Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*”

Recuperado en:

[http://www.eclac.cl/cgi-](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10364/P10364.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl)

[bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10364/P10364.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/10364/P10364.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl)

Consulta: 3 de marzo 2006

Villa Miguel y Rivadeneira Luis. “*El proceso de envejecimiento de la población de América latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*”.

Recuperado en:

<http://www.eclac.cl/celade/pobydes/Envejecimiento00e.htm>

Consulta: 5 de abril 2006

CELADE, *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad*

Recuperado en:

[http://www.eclac.cl/cgi-](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/0/7080/P7080.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl)

[bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/0/7080/P7080.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl](http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/paginas/0/7080/P7080.xml&xsl=/celade/tpl/p18f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl)

Consulta: 23 de febrero 2006

Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. *Valoración del síndrome inmovilización en adultos mayores*.

Recuperado en:

<http://72.14.203.104/search?q=cache:mbPAVvXq6AsJ:www.cendeisss.sa.cr/posgr/geriatria.doc+valoraci%C3%B3n+del+s%C3%ADndrome+de+inmovilizaci%C3%B3n+en+adultos+mayores&hl=es&gl=cr&ct=clnk&cd=13>

Consulta: 3 de marzo 2006

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población. *América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 – 2050*. Boletín Demográfico No. 72, 2002.

Recuperado en:

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/13371/P13371.xml&xsl=/celade/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

Consulta: 3 de marzo 2006

Grandes síndromes geriátricos: “*Inmovilismo*”

Recuperado en:

http://www.humanizar.es/formacion/img_documentos/postgrado_protocolos/inmovilismo.doc

Consulta: 5 de abril 2006

Ministerio de Salud. *Encuesta nacional de nutrición*, Costa Rica, 2000.

Recuperado en:

<http://www.ministeriodesalud.go.cr/encuestas/encuesta%20carmen.pdf>

Consulta: 3 de mayo 2006

Huenchuan Navarro, Sandra, (Celade). *Políticas sobre vejez en América latina: elementos para su análisis y tendencias generales*.

Recuperado en:

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/22069/P22069.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>

Consulta: 3 de marzo 2006

ANEXOS

Hospital Nacional de geratría y Gerontología
 Dr. Raúl Blanco Cervantes

**CLASIFICACIÓN Y EVOLUCIÓN SINDROME DE INMOVILIZACIÓN
 CESI**

Cama:	Nombre:
Fecha ingreso:	
Diagnóstico causal de inmovilización:	

Clínica	Puntaje	Valor inicial	Valor final	FASE
Movilidad en decúbito				
		Fecha:	Fecha:	
Giro completo en cama sin asistencia	0			
Giros en cama con asistencia mínima	2			
No se moviliza en cama	3			
Movilidad articular global				
Sin limitación	0			
Movilidad activa asistida completa	1			
Limitada pero completa en forma pasiva	2			
Muy limitada o imposible pasivamente (posición fetal)	3			
Posición sedente				
Adecuado equilibrio estático y dinámico	0			
Equilibrio estático conservado, dinámico deficiente	2			
No tiene equilibrio sedente	3			
Postura en bipedestación				
Bipedestación con flexión de caderas y rodillas buen equilibrio	1			
Bipedestación con flexión de caderas y rodillas mal equilibrio	2			
No realiza	3			
Adecuado	0			
Marcha				
Sin asistencia	0			
Asistencia mínima	1			
Asistencia moderada máxima	2			
No realiza	3			
Contacto con el medio				
Ausente del medio	3			
Alerta al medio pero fluctuante	2			
Mantiene la atención	0			

TOTAL

Instrucciones:

La definición de la fase se determina según el siguiente puntaje

1-3 = Fase I

4-11 = Fase II

12-18 = Fase III

Visión: Ser la unidad líder en mejoramiento del área de disfuncionalidad a nivel de Costa Rica

Misión: Somos una unidad de salud líder en el diagnóstico clínico de áreas de disfuncionalidad física, sociales y psicológicas, con un equipo humano calificado, que pretende la mejora de la calidad de vida del paciente

Nombre del cliente: _____

Administración del cuadro de mando integral para el instrumento CESI - Servicio de mediana estancia del Hospital geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes

Área de gestión	Factor crítico de éxito	Indicadores	Unidades	Metas	Meta alcanzada	Señales de progreso	Medio verificación	Frecuencia	Responsable
Mejoramiento del cliente	1. Equilibrio dinámico bipedo	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 (sesión = 1 hora diaria)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico y médico especialista
	2. Reflejos posturales	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 (sesión = 1 hora diaria)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico y médico especialista
	3. Valorar uso de aditamentos (bastón, andadera)	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 (sesión = 1 hora diaria)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico y médico especialista
Estabilización y progreso del cliente	1. Equilibrio dinámico sedente (2 puntos, 4 puntos)	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 sesiones (sesión=1 hora por día)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico, médico especialista, nutricionista, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional
	2. Mejoramiento de fuerza muscular (miembros inferiores)	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 sesiones (sesión=1 hora por día)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico, médico especialista, nutricionista, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional
	3. Transferencia	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 de la fase I y 12 de la segunda	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance	Registros diarios, valoración funcional, verificación de avances	1 semanal	Terapista físico, médico especialista, nutricionista, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional
	4. Estimulación mental	Número de sesiones terapéuticas	Sesiones	12 sesiones (sesión=1 hora por día)	Cantidad de sesiones ejecutadas	Avance del cliente, notas sobre el avance			
Calidad de vida del cliente	Preveniones: úlceras, contracturas, desnutrición	Número de sesiones educacionales	sesiones	4 mensuales	Educación sobre manejo adecuado del paciente en etapa terminal	Estabilidad en la mejoría del cliente	Registro en expediente clínico	1 semanal	Terapista físico, médico especialista, nutricionista, enfermero, trabajador social, terapeuta ocupacional

Visión: Ser la unidad líder en mejoramiento del área de disfuncionalidad a nivel de Costa Rica

Misión: Somos una unidad de salud líder en el diagnóstico clínico de áreas de disfuncionalidad física, sociales y psicológicas, con un equipo humano calificado, que promueva la mejora de la calidad de vida del paciente

Nombre del cliente: _____

Administración del cuadro de mando integral para el instrumento CESI - Servicio de mediana estancia del Hospital geriátrico Dr. Raúl Blanco Cervantes

Área de gestión	Método recolección información	Recursos	Planes de acción	Planes acción ejecutados	Notas y comentarios
Mejoramiento del cliente	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades	Todos	
	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades	Todos	
	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades	Todos	
Estabilización y progreso del cliente	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades, soporte nutricional, adecuación del entorno, trabajo social	Todos	
	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades, soporte nutricional, adecuación del entorno, trabajo social	Todos	
	Reuniones semanales, análisis de la información de los registros	Formularios, visitas del médico, reuniones para retroalimentación y avances	Plan físico y fármaco, control de enfermedades, soporte nutricional, adecuación del entorno, trabajo social	Todos	
Calidad de vida del cliente			Plan físico y fármaco, control de enfermedades, soporte nutricional, adecuación del entorno, trabajo social	Todos	