

11274  
2



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD

**"PROYECTO FUNDAMENTACION DEL  
HOSPITAL DE DIA GERIATRICO"**

**T E S I S                      R E C E P C I O N A L**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**E S P E C I A L I S T A   E N   G E R I A T R I A**  
P R E S E N T A :  
**DR. JAVIER ALFREDO CALLEJA OLVERA**

ASESOR DE TESIS: DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO  
EN GERIATRIA.



MEXICO, D. F.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de esta tesis.  
NOMBRE: Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera  
FECHA: 11 de mayo de 2003  
FIRMA: [Firma]

2003  
3  
1.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

PROYECTO: FUNDAMENTACIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO



AUTOR:



DR. JAVIER ALFREDO CALLEJA OLVERA.  
MEDICO RESIDENTE GERIATRIA

HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO



SERVICIO DE GERIATRÍA  
UNIDAD 110-B



INCMNSZ

INSTITUTO NACIONAL  
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION  
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"

ASESOR Y RECEPTOR DE TESIS  
DIRECCION DE ENSEÑANZA  
México, D.F.

DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER.  
PROF. TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE POSTGRADO EN GERIATRÍA  
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, O.D.

INSI. NACIONAL DE LA NUTRICION  
" SALVADOR ZUBIRAN "

SEP 1983

CLINICA DE GERIATRIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por que cada día que pasa me ha demostrado que no ha abandonado a mi familia y a mí... además de permitir que conozca seres humanos maravillosos...

Algunos de ellos a continuación:

A Esperancita, mi compañera, amiga y madre, uno de los motivos para dedicar con gusto mi vida a los adultos mayores. Siempre estarás conmigo...

A mi padre, por que su recuerdo perdura para mí como un ejemplo de rectitud, orden disciplina, trabajo y superación. Gracias papá.

Al Dr. Armando Pichardo Fuster, por enseñarme el significado de la Medicina Interna, por ayudarme a dar los primeros pasos en la Geriátria con paso firme y seguro. Pero sobre todo, gracias Dr. Pichardo por confiar en mí. Muchas gracias maestro.

A la Dra. Pedrero, por ser mi maestra dentro y fuera de las aulas desde que puse un pie en el Hospital General de México, por enseñarme las bases de la Medicina y por infundir en mí el amor a los ancianos. Misión cumplida.

A Yoc's, por su apoyo y motivación constante.

A mi amigo Manuel García y su familia.

A la Dra. Blanco, por sus enseñanzas.

Al Dr. García, gracias por hacerme sentir parte de la familia de Geriátria.

A la Dra. León y la Dra. Gutiérrez, hasta siempre...

A Lety, mi gran amiga y maestra en la Sala de Día. ¡No desista Lety!

A la Dra. Irma Pedroza, mi amiga, maestra y confidente.

A todo el maravilloso personal de Gericultura que he conocido en todos estos años, entre ellos: Margarita, Adriana, María Eugenia, Chuy, Adrián, Marisol, Mayté, Blanca, Jessica, Eva, Brenda, Erika, Conie, Adriana, Ale, Argetia.

Al final, pero sin ser los últimos... a Gonzalo Olivares mi nuevo amigo... ¡mexicano! A Jorge Flores, espero contar con tu amistad por siempre.

A Ciro, Adriana y la Dra. Julia Mejía, ¡nunca se rindan!

A D.J. Pollo, Arturo García, Tomás, Israel, Pepster, al Sr. Gabriel Hernández de Grupo ACIR Morelos, a Anfrando Maiola, tu ejemplo de vida es increíble, a la gente de estudio 19, a MX-MIX.

A mis compañeros del sistema CUSEN, Tere, Yola, Maru, Gladis, Paty, Arturo.

A Don Jesús Cerro, Don Humberto, Don Fernando, Mechita, Esthercita, Don Luis, Ofelia, Cuca, Alicia, Coral, Emma, Petrita, Maggi, Paz, y por supuesto, en memoria de Don Marcial, Doña Irma, Don Miguel, y Doña Lupita.

A Miriam, Ivonne, Eli, Lore, Isela, Beatriz, Meche, Gaby, Esther, Pilar, Nadia, Mitsy, Rossana...

A las personas de Huitzatarito que aún hoy se acuerdan de mí.

A todos ustedes les debo lo que soy ahora.

Muchas gracias.

**Dr. Javier Alfredo Calleja Olvera.**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ÍNDICE.

<b>Introducción</b>	<b>6</b>
<b>Justificación</b>	<b>9</b>
<b>Planteamiento del problema</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos</b>	<b>9</b>
<b>Tipo de estudio</b>	<b>10</b>
<b>Historia del hospital de día geriátrico</b>	<b>10</b>
<b>Definición del hospital de día geriátrico</b>	<b>10</b>
<b>Diferencias entre hospital de día y otros niveles de funcionamiento diurno</b>	<b>10</b>
<b>Objetivos generales del hospital de día geriátrico</b>	<b>11</b>
<b>Perfil funcional de un hospital de día geriátrico</b>	<b>12</b>
<b>Los costos de un hospital de día</b>	<b>13</b>
<b>La trascendencia en los beneficios a la salud del hospital de día geriátrico</b>	<b>16</b>
<b>Discusión</b>	<b>22</b>
<b>Planta física y diseño arquitectónico de un hospital de día geriátrico</b>	<b>24</b>
<b>Esquema de programas y actividades a desarrollar en un hospital de día geriátrico</b>	<b>26</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>27</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>28</b>

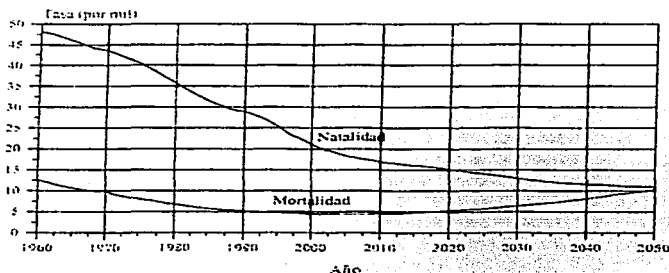
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

“La población mexicana aumentó de 13.6 millones de habitantes en 1900 a 91.2 millones en 1995 y es de casi 100 millones en el año 2000. Este aumento significa que el monto poblacional se multiplicó por 7 en el siglo XX, lo que en combinación con las transformaciones socioeconómicas ocurridas en el mismo período, definió dos contextos nacionales muy distintos entre principios y finales del siglo.”

El crecimiento demográfico ha resultado principalmente de los comportamientos de la mortalidad y la natalidad.... La mortalidad general ha registrado una disminución continua desde 1930, al pasar de cerca de 27 defunciones por cada mil habitantes a menos de 5 en 1995. Por su parte, la natalidad se mantuvo alta hasta 1970, cuando empieza a descender con rapidez, siendo parte de la explicación de este fenómeno, la aparición y difusión de nuevos métodos anticonceptivos, cuya demanda aún considerada como insatisfecha, se pretende disminuya del 12.1%, a un 6.4% en el 2006.<sup>1,2</sup> Por otro lado, el desarrollo de las ciencias de la salud y mejor calidad de vida de los seres humanos han abatido las tasas de mortalidad, por lo que cada vez nos acercamos más a una sociedad de viejos. (Gráfica 1)

### Tasas de natalidad y de mortalidad, 1960-2050



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

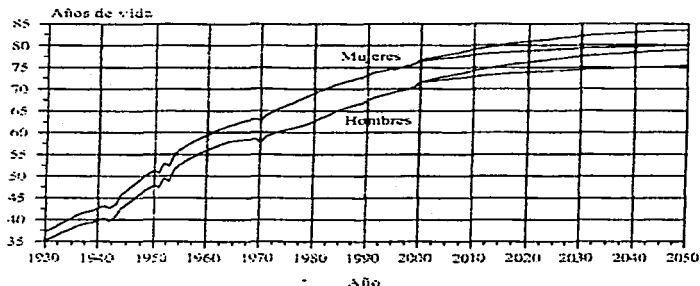
Gráfica 1.



Este texto del INEGI explica sucintamente cómo han evolucionado las curvas demográficas en nuestro país. Las causas son muchas y variadas y corresponden, la mayoría de ellas, a la realidad de un país que en su camino al desarrollo, mejora su calidad de vida: más control natal, mejores servicios médicos, más higiene, etc. Todo ello ha elevado la esperanza de vida de los mexicanos sustancialmente.<sup>1</sup>

En 1980, los mexicanos podíamos aspirar a vivir, en promedio 56.2 años; tan sólo 15 años más tarde, en 1995, la esperanza de vida aumentó a 73, en el 2000 a 74 y según proyecciones demográficas del CONAPO, en el próximo medio siglo, la esperanza de vida del mexicano aumentará en 7 años aproximadamente.<sup>2</sup> Así, con cada vez menos nacimientos y población más longeva tenemos una dinámica de población que va cambiando. Si siempre nos jactamos de ser un país de jóvenes, poco a poco tenemos que prepararnos para ser un país con cada vez más viejos, tal como lo han hecho en otras naciones.<sup>1</sup> (Gráfica 2)

### Esperanzas de vida al nacimiento por sexo, 2000-2050



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

Gráfica 2.

En la gráfica observamos, como a principios del siglo pasado la esperanza de vida al nacer tanto para hombres como mujeres era de menos de 40 años, y se proyecta que esta sea superior a los 80 años al llegar al año 2050, según las proyecciones de CONAPO.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con las cifras del INEGI, para 1995 el 6.5% de la población estaba constituida por adultos mayores; es decir, de 60 años o más. Las curvas demográficas señalan que dentro de pocos años, este segmento de la población podría representar el 20% del total de los mexicanos. En específico, para el año 2050, se proyecta que de un total de 129, 592, 522 mexicanos, alrededor de 36, 222, 237 sean mayores de 60 años de edad, <sup>1,2</sup> (Cuadro 1)

Etnia	Población media por sexo y grupos quinquenales de edad, 2000-2050					
	2000	2005	2010	2015	2020	2050
	Total					
Total	103 569 263	105 455 379	111 013 905	116 344 953	120 529 163	127 205 596
0-4	10 941 493	9 213 651	6 358 775	5 197 923	4 056 339	3 380 082
5-9	11 502 143	10 787 325	9 712 953	9 239 807	9 085 079	8 605 813
10-14	11 114 226	11 351 855	10 648 056	9 990 956	9 125 813	8 842 325
15-19	10 572 730	10 813 360	11 047 879	10 362 487	9 337 969	8 741 250
20-24	9 832 386	10 164 219	10 401 825	10 634 408	9 975 302	9 562 589
25-29	9 946 027	9 449 285	9 782 022	10 015 612	10 241 151	9 668 412
30-34	7 836 385	8 039 462	9 141 739	9 473 655	9 705 759	9 318 018
35-39	6 755 760	7 525 567	8 403 083	8 905 569	9 237 908	9 692 470
40-44	5 620 344	6 372 211	7 436 674	8 209 951	8 713 072	9 279 999
45-49	4 415 438	5 462 113	6 404 162	7 262 233	8 031 004	8 869 605
50-54	3 422 592	4 270 531	5 298 574	6 228 500	7 078 182	8 345 562
55-59	2 718 934	3 270 190	4 106 797	5 112 033	6 026 222	7 618 392
60-64	2 185 637	2 562 450	3 105 226	3 905 667	4 879 954	6 591 944
65-69	1 704 556	2 003 093	2 362 171	2 878 130	3 637 408	5 415 898
70-74	1 227 503	1 495 956	1 770 851	2 162 027	2 577 440	4 126 444
75-79	826 607	1 009 355	1 241 855	1 482 614	1 773 856	2 798 593
80-84	481 115	612 155	762 404	948 354	1 143 239	1 717 234
85-89	273 194	310 527	401 305	507 003	638 593	948 859
90-94	131 942	139 859	163 315	214 713	275 855	434 595
95-99	39 559	47 127	59 958	81 491	102 344	139 584
100 o más	6 757	8 365	10 277	13 398	14 179	25 718

Cuadro 1.

En este cuadro podemos observar como la población general, se espera aumente en los próximos años. Un fenómeno que es importante mencionar, es el aumento en la población de adultos mayores incluyendo la presencia de centenarios, grupo que con anterioridad casi era inexistente.

Estas cifras son suficientes para afirmar que, ahora más que nunca, es vital para este país desarrollar y solidificar un sistema de ahorro para el retiro eficiente y robusto, capaz de soportar la pesada carga de segmentos de la población cada vez más amplios que no son productivos y dependen de sus pensiones.<sup>3</sup>

Los párrafos anteriores nos dan idea de la problemática en materia de salud que nos espera en los próximos años, ya que la población económicamente activa, debido a la inversión de la pirámide poblacional cada vez será menor, aumentando paulatinamente el número de adultos mayores que requerirán de atención médica en diversos rubros, sabiendo de antemano que el manejo de los ancianos es complejo y costoso. Por lo anterior la medicina preventiva en el adulto mayor es un punto clave del quehacer científico y humanista del geriatra, donde encajan diversos modelos de atención, como las unidades de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

larga estancia, el autocuidado con manejo de una cartilla de salud del anciano, los clubes de la tercera, edad, y el hospital de día entre otros.<sup>3,4</sup>

El último mencionado, esto es, el hospital de día geriátrico, es el tema a tratar en este trabajo, ya que aunque esta modalidad de atención, se inició con fines rehabilitadores, hoy sus alcances son mucho mayores, tanto en la prevención, tratamiento como en la rehabilitación tanto de pacientes como cuidadores con un enfoque biop-sico-social.

### JUSTIFICACIÓN.

La población geriátrica crece cada día, con un riesgo incrementado en la probabilidad de desarrollar enfermedades crónico degenerativas, así como también se ve enfrentado a la pérdida del status social, laboral, pérdida de autoestima y belleza física, por lo que se deben fomentar aquellas modalidades de atención geriátrica que promuevan la inserción del anciano a la sociedad en las mejores condiciones posibles, tratando de disminuir al máximo los costos en salud, de una población ya no activa económicamente en la mayoría de los casos. El Hospital de Día Geriátrico a pesar de ser un lugar de atención al adulto mayor creado desde hace mucho tiempo en Europa, aún es subvalorado o desconocido por la mayoría de los profesionales de la salud, o bien sustituido en la mayoría de los centros hospitalarios por servicios de rehabilitación convencionales que no cuentan con la asesoría de un Geriatra de forma permanente. Por otro lado, debido a este desconocimiento y muchas otras causas, se han creado modalidades de atención similares al Hospital de Día, pero sin el enfoque generalista que requiere la atención al anciano.

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Hospital de Día se constituye como una herramienta muy importante para la atención del paciente geriátrico, sin embargo el desconocimiento sobre su funcionamiento es muy grande. Por otro lado, en muchos de los casos, el personal que lo maneja, dirige sus acciones a libre albedrío, sin conocer sus alcances reales, costos y fundamentación científica de las acciones en él realizadas. El presente trabajo pretende, describir, basándose en la literatura médica actual, el perfil funcional y la fundamentación de las acciones realizadas en el Hospital de Día Geriátrico.

### OBJETIVOS.

Describir el perfil funcional de un Hospital de Día Geriátrico.

Fundamentar basándose en la literatura médica actual, las acciones realizadas en un Hospital de Día Geriátrico.

Describir programas a corto plazo, para la rehabilitación y prevención de las enfermedades más comunes en el Hospital de Día Geriátrico, tratando de llevar a cabo metas realistas.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TIPO DE ESTUDIO.

Tesis monográfica, descriptiva, con revisión de la literatura contemporánea sobre los componentes, funcionalidad y costos de una Hospital de Día Geriátrico.

## HISTORIA DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

Cuando menos desde 1933 el Dr. Dzharagoy, puso en práctica esta modalidad, debido a la falta de camas y recursos económicos que se suscitaban en Rusia.

En 1957, se abrió el primer Hospital de día en el Cowley Road Hospital de Oxford, Inglaterra, su invención se, debe a Lionel Cosin, que había sido encargado en 1950 de una unidad de pacientes ancianos crónicos en el citado hospital. Logró dinamizar la Unidad y rebajar la estancia media, originalmente de 286 días, a 51, y reducir el porcentaje de pacientes de larga estancia hasta una cifra del 7%. Parte del éxito se debió a la apertura del Hospital de día.<sup>3</sup>

Los hospitales de día se volvieron sitios muy populares y en los años ochenta, casi todos los hospitales contaban con al menos una de estas. Se han realizado diversas revisiones críticas respecto a sus diversas características y evolución: Brocklehurst y Tuckert(1982), Research Unit of The Royal College of Physicians and The British Geriatric Society(1994), o en España Homillos et al (1996)<sup>5,6</sup>

En España el Hospital de día del Servicio de Geriatria del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid, fundado en 1973, ha sido pionero respecto del resto que prolifera actualmente. Sin embargo, no se han desarrollado por igual en toda España; lo están haciendo de forma llamativa en Cataluña, como parte de su Programa de Atención al Anciano (Programa "Vida als anys"). En un análisis reciente de los recursos en la atención a las personas mayores en España Existían 55 hospitales de día geriátricos, con 1 103 plazas en total, de los cuales la mayoría (38 hospitales de día, con 823 plazas), se localizan en Cataluña. El resto de los hospitales de día se encuentran en servicios de Geriatria distribuidos por diferentes hospitales de INSALUD.<sup>5,6</sup>

## DEFINICIÓN DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

El Hospital de Día Geriátrico, se define como un centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, al que acude el anciano frágil, o paciente geriátrico, habitualmente con incapacidad física para recibir tratamiento integral y/o valoración geriátrica y regresar posteriormente a domicilio.<sup>5</sup>

## DIFERENCIAS ENTRE HOSPITAL DE DÍA Y OTROS NIVELES DE FUNCIONAMIENTO DIURNO.

La diferencia del Hospital de día con los centros de día (hogares de pensionistas, clubes de día, comedores de ancianos, etc.) estriba en sustanciales diferencias: enfoque asistencial, dotación de personal, transporte, dependencia administrativa, etc. (tabla 1), y existen concepciones mezcladas como la de Silver(1970), el cuál tiene un Hospital de día con un Club Social dependiente del Municipio.<sup>5,6</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(Tabla 1) Diferencias entre hospital de día y otros niveles de funcionamiento diurno.

Característica	Hospital de Día	Centro de Día	Hogares y Clubes
Ubicación	Intra hospitalario	Residencias/aislados	Residencias/aislados
Dependencia	Servicios sanitarios	Servicios sociales	Servicios sociales
Tipo de paciente	Anciano enfermo	Anciano con deterioro funcional (físico o mental)	Ancianos independientes o semiindependientes
Objetivos	Diagnóstico y terapéutico	Mantenimiento y apoyo social, prevenir la institucionalización	Cultural, recreativo, prevención.
Estancia media	Pocos meses	Variable/indefinido	Indefinido
Transporte	Adaptado	Adaptado	No
Personal	Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales.	Terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, enfermeras, psicólogo.	Animadores, enfermería sanitaria, trabajadores sociales, voluntarios.

La tabla 1, nos muestra las características diferenciales entre un Hospital de día geriátrico, un Centro de día y Clubes de la Tercera Edad, tanto en funcionalidad, recursos humanos requeridos objetivos, etc, aunque durante la evolución del hospital de día se han mezclado de diversas maneras las modalidades de atención.

En otros países como Estados Unidos, la diferencia entre hospitales y centros de día, resulta más difícil, ya que ofrecen un espectro de servicios más diversificado. Existen dos revisiones de los programas de este tipo de centros realizadas por Wisser en 1976 y Conrad en 1993. No obstante, en general todos los programas (algunos con 15 formas diversas de atención) siempre incluyen asistencia médica, de enfermería, fisioterapia, y trabajo social.<sup>5</sup>

#### OBJETIVOS GENERALES DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

Aunque el hospital de día, constituye un paso intermedio entre la asistencia hospitalaria y la domiciliaria, de gran valor en la medicina preventiva y rehabilitación del viejo, al principio, los hospitales de día geriátricos, tuvieron un objetivo más social que médico, su misión era la de prevenir el deterioro, dar tratamientos y cuidados postgreso hospitalario y disminuir el uso de camas del hospital. Pronto tomaron otro tipo función terapéutica, siendo sus objetivos:<sup>4</sup>

1.- El objetivo principal es ofrecer una alternativa de mejor costo / beneficio que el ingreso hospitalario convencional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2.- La rehabilitación del paciente geriátrico en diversos rubros como: re-educación de la marcha, las actividades de la vida diaria, disminuir el descondicionamiento físico, prevenir la hospitalización y rehospitalización así como la institucionalización.

3.- El mantenimiento de la capacidad funcional psico-física.

4.- Apoyar a las familias.

5.- Prodigar cuidados médicos y de enfermería.

6.- La valoración de nuevos pacientes.

La mayoría de los hospitales de día consisten en una gran área subdividida en espacios para servir de comedor, sala de día y trabajo. Pueden tener un taller para terapia ocupacional, una zona de entrenamiento en actividades de la vida diaria y despachos para impartir los tratamientos.<sup>4</sup>

El hospital de día debe estar sectorizado. Se recomienda un número de plazas equivalente al 0.5 por mil habitantes mayores de 65 años en el sector.<sup>4</sup>

Para un número de pacientes de 15 a 30, los recursos humanos básicos lo forman un fisioterapeuta, un terapeuta ocupacional, auxiliares para ambos terapeutas, dos enfermeras, un camillero, un médico y una secretaria (auxiliar administrativa) Este personal pertenece a la plantilla de los servicios de geriatría. Normalmente las enfermeras, camillero y secretaria dedican todo su tiempo a los pacientes externos, mientras que los terapeutas distribuyen su tiempo entre todos los pacientes del servicio de geriatría donde laboren, pero esto no constituye una regla general y depende de los condicionamientos del hospital.<sup>4</sup>

No es un centro de día con actividades sociales o de ocio. Es un centro para tratamientos médicos, sociales, psicológicos, preventivos y especialmente de rehabilitación.<sup>4</sup>

#### PERFIL FUNCIONAL DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

Ya que la tendencia actual es separar de una forma práctica, lógica y funcional a esta modalidad de atención geriátrica para su mejor aprovechamiento de recursos, así como la adecuada canalización de los pacientes, se hace necesario conocer el perfil de funcionamiento del mismo, por lo que a continuación se da un panorama general sobre el perfil funcional mínimo de un hospital de día geriátrico.<sup>4,5</sup>

1.- Acepta pacientes externos e ingresados del propio hospital sede.

2.- El traslado de los pacientes externos se realiza a través de un servicio concertado de ambulancias.

3.- Reciben pacientes cinco días de la semana.

4.- Con edad límite inferior para la selección de paciente, mayores de 65 años.

5.- El área de influencia del hospital de día deberá ser de 20,000 a 30,000 habitantes mayores de 65 años.

6.- La capacidad media es de 10 a 20 pacientes externos.

7.- Periodos de atención no mayores de 90 días en promedio.

Es muy importante que se adopte un plan individual de trabajo con cada paciente.

Esto no se reduce al diagnóstico médico: hay que saber si el paciente viene expresamente para rehabilitación, control de la medicación, mantenimiento como medio de prevenir el ingreso o el reingreso hospitalario, apoyo hasta que sea institucionalizado en una residencia o tratamiento de problemas intercurrentes.<sup>4,5</sup>

## LOS COSTOS DE UN HOSPITAL DE DÍA.

El hospital de día es caro, por tanto hay que utilizar lo más eficazmente sus recursos. Los factores identificados que más influyen en la eficacia son:

1.- La elección de los pacientes. La elección del paciente geriátrico que va a ingresar a un hospital de día es importante, ya que sus plazas deben reservarse, para pacientes con problemática gerontogeriatrica crónica, de difícil resolución en la consulta externa o que requieren valoración continua. Además que los pacientes con un adecuado nivel cognoscitivo, sin trastornos del estado del ánimo y con adecuada independencia, pueden tener ingresos al hospital de día para orientación, rehabilitación por corto tiempo o bien procedimientos de enfermería y/o consulta geriátrica.<sup>4,5,7</sup>

2.- El servicio de transporte. Este, entre otras situaciones ayuda a que se cumplan de forma más constante las visitas del paciente, así como también disminuye la carga física y ansiedad del cuidador. Sin embargo su empleo aumenta los costos del hospital de día, así como el pago de dicho servicio, por los familiares. El transporte puede ser adecuado a las necesidades del paciente. Este puede ser un automóvil amplio, un camión con elevador para sillas de ruedas o bien una ambulancia, de acuerdo a las metas rehabilitatorias y tipo de paciente con que se trabaje.

3.- La coordinación de todo el personal. El planteamiento de objetivos generales, específicos, la asignación, jerarquización de tareas y la coordinación entre los diversos elementos del grupo de hospital de día es importante para evitar pérdidas de tiempo, así como para reducir costos y aumentar la productividad.

4.- En el cálculo de los costos de los hospitales de día hay que valorar el tiempo de dedicación del personal.

A continuación exponemos el tiempo dedicado al Hospital de Día de la Cruz Roja de Madrid y el Hospital de San Jorge en 1993, por los diversos profesionistas incluidos en estos:

Tabla 2 Tiempo promedio dedicado al Hospital de Día de la Cruz Roja y Hospital de Día San Jorge en Madrid, durante 1993

Personal	Cruz Roja(Tiempo hrs/día)	San Jorge(Tiempo hrs/día)
Médico adjunto.	0.5	0.75
Médico interno o residente	-	0.5
Fisioterapeuta	0.6	0.2
Terapeuta ocupacional	1	1
Auxiliares de clínica	2.75	2
Auxiliar administrativo	0.25	0.10
Asistente social	0.3	-
Camillero	0.2	1

En la tabla 2, podemos observar como el mayor tiempo hr/día dedicado a la atención de pacientes en el hospital de día es brindado por personal paramédico, como lo comenta el Dr. Fernando Perlado en su libro, con un promedio de 2.75 hrs./día para el

Hospital de Día de la Cruz Roja y 2 hrs./día para el de San Jorge. En un segundo lugar en cuanto a tiempo otorgado de atención, tenemos al médico adjunto con 0.5 hrs./día y 0.75 hrs./día respectivamente, colocándose en tercer lugar el fisioterapeuta. Sería interesante conocer el por que de estas cifras, ya que es lógico que si conocemos la estructura funcional de hospital de día, el mayor contacto con el paciente, lo va a tener el personal paramédico, sin embargo, el médico a cargo de esta modalidad de atención geriátrica en teoría debería pasar mucho más tiempo con los pacientes ya que su quehacer no se limita al de la consulta en hospital de día, sino que también se encargaría de realizar diagnósticos, continuar tratamientos en la consulta externa, intervenir en la planeación de metas de terapia ocupacional y física, así como coordinar las acciones de los diversos elementos de hospital de día, sin embargo, creemos que en el caso anterior, muchas de las acciones del médico adjunto se ven disminuidas, por encontrarse estos hospitales de día dentro de un hospital general, donde muchas de las tareas se ven absorbidas por el resto del personal paramédico.

Por otro lado, queda la interrogante sobre, a quienes llama Perlado como auxiliares de clínica (enfermeras generales, enfermeras especialistas en geriatría, auxiliares de enfermería, estudiantes de Medicina, voluntariado, gericultistas, etc.); ya que aunque parezca una situación no muy importante, sabemos que cada uno de los antes mencionados, tiene una función y rendimiento determinados, además de que cambian dramáticamente los costos del hospital de día tan sólo si queremos pagar sueldos a una enfermera o bien si capacitamos a un estudiante de medicina.<sup>4,5</sup>

A continuación les presentamos el comparativo del Hospital de Día, (Unidad de Atención Diurna), del Servicio de Geriatría del Hospital General de México O.D., donde consideramos podemos hacer algunas observaciones interesantes. Por ejemplo coincidiendo con los ejemplos anteriores, la mayor parte del tiempo al paciente lo dedica nuestro "auxiliar en clínica", que en este caso lo constituye el técnico en gericultura, también llamado "gericultista". Este personal está dirigido por la Dra. Leonor Pedrero, médico geriatra, encargado del concepto "Sala de Día", así como de nuestra gericultista en Jefe, quien se encarga de la docencia y coordinación de las gericultistas del área. Hay que aclarar que por cuestiones de logística, nuestra Unidad de Atención Diurna, recibe el nombre de sala de día, ya que se dice que no puede existir un hospital dentro de otro, a pesar de que sus funciones son de un hospital de día.

De lo anterior podemos comentar que la atención del paciente de nuestra Unidad de Atención Diurna, aunque no se ve interrumpida, puede variar en calidad, ya que el gran peso de la misma cae sobre el personal de gericultura, el cual cambia constantemente, ya que sólo hay una gericultista de base, y el resto del equipo lo constituyen estudiantes de dicha carrera provenientes del CETI's 10. Por otro lado, el personal de gericultura, se encarga directamente de realizar las rutinas de las terapias ya que no se cuenta con los recursos humanos necesarios. Sólo existe un médico geriatra, quien dedica un promedio de 2 hrs. diarias de su jornada laboral a la atención de la Unidad de Atención Diurna, requiriéndose un número mayor de recursos humanos para llevar a cabo de forma óptima la atención.

A partir del año 2002, inicia la rotación de los médicos residentes de la especialidad de geriatría por la Unidad de Atención Diurna, sin embargo, adoleció de una programación adecuada. A partir del año 2003-2004, se considera como una necesidad que la Unidad de Atención Diurna, tenga rotación obligada para el médico residente de geriatría, dentro del plan de trabajo de la unidad, actualmente el residente, participa activamente, sin embargo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



aún consideramos que el tiempo que pasa el médico en formación es poco, ya que sólo rota por dicha área por un mes de las 9 a las 12 hrs., rotando actualmente 3 médicos residentes de 6° año. Por lo anterior se explica que en el cuadro, el tiempo del residente en la unidad sea tan corto. Para terminar, podemos decir que la participación de intendencia, administrativos y camilleros, es nula.

Una situación a favor de nuestra área de cuidados diurnos es que consta de servicio de psicogeriatría, rotando los residentes de 6° grado, también por un mes, en el horario comentado anteriormente. Ocasionalmente se cuenta con pasantes de la carrera de psicología, sin embargo esto es inconstante. Los padecimientos de índole psicológica, que más comúnmente se tratan en esta área son: depresión, ansiedad, duelo patológico, y colapso del cuidador. <sup>8</sup>

Tabla 3 Tiempo promedio dedicado al Hospital de día del Hospital General de México, O.D. durante el año 2003.

Personal	Hospital General de México(Tiempo hrs/día)
Médico adjunto	2.84
Médico residente	0.49
Fisioterapeuta	-
Terapista ocupacional	-
Gericultistas(Nº. Variable)	5.69
Auxiliar administrativo	-
Asistente social	-
Camillero	-
Psicólogo	2.84

Tabla 4.- Comparativo de tiempo dedicado entre los Hospitales de Día de los Hospitales de la Cruz Roja y San Jorge de la Ciudad de Madrid y la Unidad de Atención Diurna del Hospital General de México.

Personal	Cruz Roja	San Jorge	Hospital General	Comentario
Médico adjunto	0.5	0.75	2.84	Divide sus acciones
Médico residente	-	0.5	0.49	Rotación
Fisioterapeuta	0.6	0.2	-	No disponible
Terapista ocupacional	1	1	-	No disponible
Gericultistas	2.75	2	5.69	Nº. Variable
Auxiliar administrativo	0.25	0.10	-	No disponible
Asistente social	0.3	-	-	No exclusivo
Camillero	0.2	1	-	No disponible
Psicólogo	-	-	2.84	

Michel Tousignant, y colaboradores, en un reciente estudio denominado "Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes", intentan analizar los costos contra los beneficios que ofrece un hospital de día, basando su análisis en los cambios observados en la autonomía de los pacientes. Este estudio, retrospectivo y comparativo de cohortes, examina los expedientes de 151 pacientes del Hospital de Día que se encuentra en el Sherbrooke Geriatric University Institute en la Provincia de Quebec, en Canada.<sup>9</sup>

Al ingreso de los pacientes, se valoró el estado de la autonomía a través de un instrumento llamado "Sistema de Medición de la Autonomía Funcional" (Functional Autonomy Measurement System); el cuál se realizó también al egreso. Se investigó la situación financiera con relación a los recursos que se gastaron en cada paciente. Los costos se establecieron en dólares por día de atención. Se propusieron como "modelos de cobertura en la atención" dos variables: el tiempo promedio en que se requería institucionalización o bien el tiempo en que fallecía el paciente. Los resultados fueron: por cada dólar canadiense invertido en el hospital de día geriátrico, el beneficio para el sistema de salud fue de 2.14 dólares (intervalo de confianza del 95%) Por lo que se concluyó que a pesar que el hospital de día es un servicio caro, sus beneficios económicos y a la salud del paciente, exceden a los costos.<sup>9</sup>

En estudios españoles observacionales sobre costos, la asistencia al hospital de día oscila entre 7000 y 12 000 pesetas, (15 USC diarios) y resulta ser entre un 52 y 67% más económica que las estancias en otros niveles asistenciales. El transporte no supera el 15% del presupuesto total. Sin embargo en estudios aleatorios el hospital de día resulta más caro que otras alternativas asistenciales.<sup>3,9</sup>

## LA TRASCENDENCIA EN LOS BENEFICIOS A LA SALUD DEL HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO

Es difícil determinar de forma cuantificable cuáles son los beneficios a la salud que ofrece el servicio del hospital de día geriátrico y casi siempre se miden de forma un tanto indirecta a través de escalas que originalmente fueron concebidas con otros fines, como la escala de Katz o bien la escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. Además que el realizar estudios a gran escala se dificulta ya que las muestras de la población de hospital de día siempre serán pequeñas, como se comentó anteriormente; los pacientes que son tributarios de ingreso deben ser seleccionados de forma metódica tratando de reservar este recurso para los pacientes que más lo necesitan. A continuación tratamos de definir cuáles son los beneficios a la salud del paciente geriátrico que ingresa a un hospital de día basándonos en la literatura médica actual.

Anne Forster, en "Systematic review of day hospital care for elderly people", realiza un meta-análisis, sobre la efectividad del hospital de día, para prolongar la independencia funcional en los adultos mayores. Se revisaron 12 estudios clínicos al respecto de las siguientes características: con cuidados extensos (5 estudios), con cuidados a domicilio (4 estudios) y sin cuidados extensos (3 estudios), con un total de 2, 867 adultos mayores.<sup>10</sup>

La pregunta inicial es si el paciente que acude al servicio de hospital de día geriátrico, obtiene un mayor beneficio en cuanto a independencia funcional que otro que acude a servicios de rehabilitación convencionales extensos. Dentro de los criterios de inclusión de los hospitales de día estudiados estaban: ser un centro de atención diurna ambulatoria, donde el paciente recibía atención por un equipo multidisciplinario, y que

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pasara todo el día o cuando menos la mayor parte recibiendo dicha atención. Se excluyeron centros de reunión de adultos mayores, así como hospitales de día donde se tratan problemas de tipo psiquiátrico o bien sin un enfoque de la geriatría (hospitales de día neurológicos o bien unidades para la atención sólo de pacientes con enfermedad de Alzheimer)<sup>10</sup>

La valoración de los estudios y extracción de datos, se realizó a través de variables como tiempo de fallecimiento del paciente, requerimientos de institucionalización, y número de hospitalizaciones, estas variables reflejan los resultados del hospital de día sobre la independencia funcional de sus pacientes. Dentro del concepto de "pacientes con pobres resultados" se englobaron aquellos que sufrieron: muerte, deterioro funcional, severa discapacidad o requerimiento de institucionalización durante el seguimiento de los mismos. A las personas incluidas en el estudio se les otorgaron una serie de cuidados que se agruparon como siguen.<sup>10</sup>

**Cuidados extensos** (aquellos que requieren servicios médicos dentro y fuera del Servicio de Geriatría, así como atención en domicilio)

**Cuidados a domicilio** (aquellos con atención en su domicilio que por algún motivo no pueden acudir libremente al hospital)

**Sin cuidados extensos** (aquellos que son candidatos a hospital de día pero no requieren constantemente de otros servicios)

La mayoría de los pacientes participantes en los estudios tenían grados variables de discapacidad y sólo se excluyeron a los pacientes con secuelas de enfermedad vascular cerebral. La media de edad de los pacientes participantes fue de 65 años.<sup>10</sup>

Según los resultados del meta-análisis, no hubo una diferencia significativa, en el número de muertes, entre aquellos pacientes que recibieron la atención de hospital de día y aquellos que recibieron atención por parte de otros grupos de terapeutas (servicio de rehabilitación convencional), odds ratio de 1.02, con un intervalo de confianza del 95%, 0.82-1.26, no se encontró una heterogeneidad significativa entre los diversos estudios en cuanto a las categorías de pacientes.<sup>10</sup>

Tabla 5.- Comparación en número de muertes entre los diversos hospitales de día y pacientes que recibieron cuidados extensos.

Estudio (autor)	Hospital de Día *	Control*
Auckland (1984)	0/62	2/57
Helsinki (1991)	8/88	10/86
Nueva York (1985)	5/48	2/48
Ontario (1991)	8/55	4/58
Estados Unidos (1993)	91/395	74/390
Subtotal (IC 95%)	112/648	92/639

\*Nota.- En las tablas 5 a 10, las cifras del numerador indican pacientes problema, mientras que el denominador es el número subtotal o total de pacientes de cada muestra.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6.- Comparación en número de muertes entre los diversos hospitales de día y pacientes que recibieron cuidados a domicilio.

Estudio (autor)	Hospital de Día	Control
Bradford (1992)	6/61	4/63
Cardiff (1989)	0/29	0/30
Huntingdon (1999)	13/50	19/55
Nottingham (1993)	9/76	14/79
Subtotal (IC 95%)	28/216	37/227

Tabla 7.- Comparación en número de muertes entre los diversos hospitales de día y pacientes sin cuidados extensos.

Estudio (autor)	Hospital de Día	Control
Hong Kong (1995)	6/49	6/50
Suderland (1962)	17/168	23/163
Estados Unidos (1980)	53/313	43/239
Subtotal (IC 95%)	76/530	72/452
Total (IC 95%)	216/1394	201/1318

Las tablas, 5, 6 y 7 nos muestran que no existieron diferencias significativas en el número de muertes entre los pacientes que recibieron cuidados extensos, cuidados a domicilio o bien, aquellos sin cuidados extensos. Sin embargo, hay que hacer notar que no en todos los estudios del meta-análisis existió la información disponible del número de fallecimientos o bien no se tomó en cuenta.

Por otro lado, también en este meta-análisis, se observó que el uso de hospital de día no difería de otras modalidades de atención rehabilitatoria convencional en prevenir la muerte de los pacientes, ni que el paciente sufriera deterioro funcional o institucionalización.

Sin embargo lo que sí se observó, es que en los pacientes del hospital de día, el riesgo de desarrollar deterioro funcional, llegar a institucionalización, o morir, en comparación a aquellos que no recibieron atención extensa por otros grupos de terapeutas, si se pudo prevenir (0.72, 0.53 a 0.99,  $p < 0.05$ )<sup>10</sup>

Tabla 8.- Comparación en número de pacientes con "pobres resultados", entre los diversos hospitales de día y pacientes que recibieron cuidados extensos.

Estudio (autor)	Hospital de Día	Control
Auckland (1984)	7/59	9/50
Helsinki (1991)	13/88	19/86
Nueva York (1985)	11/42	9/45
Ontario (1991)	19/55	14/58
Estados Unidos (1993)	219/395	207/390
Subtotal (IC 95%)	269/639	258/629

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 9.- Comparación en número de pacientes con "pobres resultados", entre los diversos hospitales de día y pacientes que recibieron cuidados a domicilio.

Estudio (autor)	Hospital de Día	Control
Bradford (1992)	7/61	4/63
Cardiff (1989)	9/27	7/30
Huntingdon (1999)	23/50	22/55
Nottingham (1993)	18/76	30/79
Subtotal (IC 95%)	57/214	63/227

Tabla 10.- Comparación en número de pacientes con "pobres resultados", entre los diversos hospitales de día y pacientes sin cuidados extensos.

Estudio (autor)	Hospital de Día	Control
Hong Kong (1995)	19/49	20/50
Suderland (1962)	20/168	35/163
Estados Unidos (1980)	116/313	102/239
Subtotal (IC 95%)	155/530	157/452
Total (IC 95%)	481/1383	478/1308

Las tablas, 8, 9 y 10 nos muestran el número de pacientes con "pobres resultados", (muerte, hospitalización, deterioro funcional o bien institucionalización) En las dos primeras, según la Dra. Anne Forster, no hubo diferencias en cuanto a "pobres resultados", entre los pacientes que acudieron a hospital de día y aquellos con cuidados extensos o a domicilio, sin embargo en pacientes sin cuidados extensos, si se observó deterioro funcional en comparación con los valorados en unidades de atención diurna. Un problema sin embargo que ofreció este análisis, es que no hubo seguimiento por largo tiempo, por lo que los resultados se tendrían que revalorar posteriormente.<sup>10</sup>

Lo que podemos interpretar de esto, es que los pacientes del hospital de día, reciben una atención extensa en la mayoría de los casos y que al parecer en comparación con aquellos que reciben atención no extensa por otros terapeutas tienen un mejor pronóstico en cuanto a su funcionalidad, previniendo la institucionalización, por otro lado, la probabilidad de fallecer depende de múltiples causas, que deben analizarse, sin embargo el hecho de negar la atención del hospital de día, a un paciente que esté justificado la necesita, es contribuir a su deterioro, ya que consideramos que en la mayoría de los casos, el anciano requiere de cuidados extensos, que por situaciones de tipo gerontológico(falta de recursos económicos, de tiempo del familiar para acompañarlos a citas, etc.) se requiere que la mayoría de los especialistas implicados en su tratamiento, se encuentren concentrados en un solo lugar.<sup>10</sup>

En cuanto a datos de la literatura mexicana, tenemos el trabajo realizado por Pichardo y cols. en el año de 1999, en la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatria del Hospital General de México, O.D.

En este estudio, se trató de evaluar los resultados en la situación funcional de los pacientes que recibieron la valoración de la Unidad de Atención Diurna, además de tratar de dilucidar en que áreas funcionales del individuo hubo mayores beneficios, durante un periodo de 16 meses. En este documento se hace la aclaración sobre la jornada laboral del Hospital de Día, trabajando de lunes a viernes, de 10 a 17 hrs. Se incluyeron dentro de este estudio prospectivo, observacional y longitudinal, 30 pacientes con limitación en las

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

actividades de la vida diaria susceptibles de mejorar. De género indistinto, >65 años de edad, que aceptaron acudir al Hospital de Día, además de contar con cuando menos un familiar dispuesto a permanecer con el enfermo y cooperar en su rehabilitación, en un horario de las 9:00 a las 13:00 hrs.<sup>11</sup>

Los criterios de exclusión fueron pacientes con pobre red de apoyo, aquellos que requerían atención de larga estancia y aquellos con deterioro cognitivo severo. Se les realizó valoración funcional por los miembros del equipo multidisciplinario (geriatra, gericultistas, nutriólogo, tanatólogo, trabajadora social, psicólogo, etc) incluyéndose, valoraciones como Minimental de Folstein<sup>12</sup>, SMPSQ de Pfeiffer<sup>13</sup>, GDS de Yesavage<sup>14</sup>, Katz<sup>15</sup>, Lowton-Brody<sup>16</sup>, Tinetti<sup>17</sup>, mininutricional de Guigoz-Vela<sup>18</sup>, MAJOL.<sup>19</sup>

Entre los resultados, tenemos que de los 30 pacientes 77%, fueron mujeres, y 23% fueron hombres, con un intervalo de edad de entre 65 y 92, con un promedio de 78 años.

Las patologías por orden de frecuencia fueron:

- Depresión 36% (11 pacientes)
- Síndromes cardiorrespiratorios 23% (7 pacientes)
- Secuelas de EVC 13% (4 pacientes)
- Síndromes metabólicos 10% (3 pacientes)
- Deterioro cognitivo leve no relacionado con EVC 10% (3 pacientes)
- Síndrome de maltrato 7% (2 pacientes)

En forma global un 80% de los pacientes que recibieron la atención tuvieron mejoría funcional.

Según la observación realizada a través de las distintas escalas que se realizaron en este estudio, podemos aportar el siguiente condensado por medio de la tabla 11:

Tipo de escala	Al ingreso.	Al egreso.	P
Katz	4.1, +/-2.0	2.27, +/-2.1	< 0.01
Lowton-Brody	3.96, +/-2.99	5.4, +/-2.3	< 0.02
Tinetti(marcha)	7.0, +/-8.8	9.3, +/-3.3	< 0.01
Tinetti(balance)	9.1, +/-4.8	12.24, +/-3.9	< 0.01
Pfeiffer	6.2; +/-3.4	6.74, +/-3.2	< 0.2
GDS	11.5, +/-3.3	8.0, +/-2.4	< 0.01

Tabla 11.-En esta tabla tratamos de condensar los resultados del estudio del Dr. Armando Pichardo y cols., sobre los resultados de la funcionalidad, en pacientes con atención por parte de la Unidad de Atención Diurna del Hospital General de México, O.D., en donde vemos que en la mayoría de la puntuación de las escalas, hubo una mejoría estadísticamente significativa del puntaje,  $p < 0.01$ , a excepción de la escala de Pfeiffer.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Según los autores, los resultados que se observaron, coinciden con los reportados en la literatura mundial, ya que se mejoraron áreas como la marcha, el balance, el desempeño las actividades de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria, disminución de la depresión, sobre todo en aquellos pacientes que contaron con una adecuada red de apoyo, y que completaron su tratamiento. Por otro lado, hay que hacer notar que la mejoría de cada paciente se ve influenciada por factores como: tiempo de permanencia en el hospital de día, tipo de patología, cooperación del enfermo, y presentación de complicaciones durante su estancia.<sup>11</sup>

El paciente al conservar su autonomía y el familiar al aprender a manejar a su enfermo, previenen reinternamientos frecuentes a la unidad de agudos del servicio de Geriatria. Otra ventaja observada es que se previene la institucionalización, ya que al valerse por si mismos, el paciente no pierde su entorno y se queda en casa recibiendo los beneficios de contar con una familia.<sup>11</sup>

Un dato alterno es que en la mayoría de las publicaciones se observa que el Hospital de Día, incluido dentro de un Hospital General o un servicio de Geriatria, ayuda a disminuir los días de estancia hospitalaria.<sup>11</sup>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DISCUSIÓN.

Consideramos un problema trascendental para evaluar los costos y beneficios de un hospital de día, que no existen realmente instrumentos para dicho propósito y en su lugar se usan, pruebas clinimétricas o bien otros valores indirectos, sin embargo trataremos de hacer algunas aportaciones derivadas del análisis de esta investigación.

Debido a las características propias del paciente que ingresa a hospital de día, las muestras de cada uno de ellos, siempre serán pequeñas, además que los pocos estudios que existen al respecto, no toman como parte de la evaluación para determinar sus costos y beneficios el número de pacientes que ingresan y egresan en un periodo determinado de tiempo (en promedio, 90 días) Otro elemento, descrito en la literatura y no utilizado en la mayoría de los estudios, para evaluar costos y beneficios, del hospital de día, es la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, ya que cuando hay adecuados resultados derivados del cuidado, vigilancia y rehabilitación del anciano, el valor de dicha escala comienza a descender, sobre todo si el paciente se hace más independiente en las actividades de la vida diaria.

El sistema de transporte, es un factor que no se toma en cuenta dentro de los estudios sobre los costos y beneficios de los hospitales de día, a pesar de que como se describió en el texto, lo ideal es que todo hospital de día contara con una ambulancia o similar, para asegurar la terapéutica del paciente, además de ofrecer seguridad y confianza a sus usuarios.

La red de apoyo, es un tópico que no se toma en cuenta tampoco, sólo en el estudio del Dr. Pichardo, se habla como parte de los criterios de inclusión el que el paciente contara con cuando menos un familiar dispuesto a cooperar en su rehabilitación.<sup>11</sup> Aunque en la mayoría de las investigaciones se tomaron en cuenta sistemas como MEDICARE o MEDICAID, no se le da el valor adecuado a la red de apoyo personal, la cual es aún más importante en nuestro país en el cuidado del viejo, que la red de apoyo institucional.

Ningún estudio serio hace referencia a los hospitales de día autónomos, por lo tanto los resultados que se muestran en este trabajo, muy difícilmente podrían extrapolarse a unidades de atención diurna de la iniciativa privada, lo que limita su difusión fuera de los sistemas gubernamentales de salud.

Con respecto a los costos, podemos comentar que la edificación de nuevos hospitales de día geriátricos se justifica en nuestro país tan sólo por la información que ofrecen las tendencias demográficas elaboradas por CONAPO, donde podemos observar que la población de adultos mayores se incrementará en los próximos años. Debido a que la atención de este grupo etario es compleja y se requiere de continuidad, el hospital de día, no solo tiene un papel rehabilitatorio, sino que si cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, constituirá una herramienta preventiva en la salud del anciano.

A pesar de que el hospital de día puede ser autónomo o bien ser parte de una unidad de larga estancia, lo recomendable para abatir costos del paciente y/o familiar, es que los adultos mayores que acuden a dicho servicio, tengan un hospital público de referencia, cercano o bien se encuentre incluido, con la posibilidad de que en este se puedan realizar estudios paraclínicos de extensión, o bien hospitalizarse en el momento de enfermedad aguda. Una alternativa, sería que el hospital de día, pueda tener un laboratorio y/o gabinete que realice dichos estudios a precios bajos.

Aunque el familiar del paciente, es uno de los beneficiados de los adecuados resultados del hospital de día, no encontramos estudios referentes al impacto de la



recuperación o conservación de la autonomía del paciente en la salud o economía del cuidador. Es indudable que si el paciente mejora su autonomía, esto disminuye la sobrecarga tanto física como emotiva del cuidador y ocasionalmente los costos que se derivan el pagar una cuidadora o enfermera a domicilio o bien una unidad de cuidados de larga estancia.

Por otro lado, considero que la Unidad de Atención Diurna del Hospital General de México, pionera de esta modalidad en nuestro país y además el hecho de estar incluida en un hospital general es modelo de atención en Latinoamérica. Otorga cuidados continuos a pacientes con problemática geronto-geriátrica con pocos recursos y sin embargo, según lo analizado en párrafos anteriores, con adecuados resultados en cuanto a la funcionalidad del viejo. No obstante, que aún carece de recursos tanto humanos como materiales para realizar esta tarea.

A pesar de que en el comparativo analizado, se observó que el médico adjunto a la Unidad de Atención Diurna, dedica a la atención del paciente 2.84 hrs/día, un tiempo muy superior al de otros hospitales, sus acciones se ven divididas en dar consulta, coordinar terapias de reinserción social, fisioterapia y manejo administrativo de dicha unidad. Por lo que creo imperioso, la capacitación constante de nuevo personal para manejo de esta área, así como la contratación de nuevo personal capacitado en el manejo de hospitales de día, además de la asignación de terapistas ocupacionales y físicos con un enfoque geriátrico suficiente para tratar la problemática más común en el viejo. Además del suministro de material de consumo en forma regular, ya que como se mencionó, el hospital de día es un servicio caro y en ocasiones el material utilizado es aportado por el encargado del área o bien por el paciente. Esto aumenta importantemente los costos de atención y desperdicia muchas de las acciones del médico adjunto.

Otra situación, a comentar es la nula participación de camillería en la Unidad de Atención Diurna del Hospital General de México, O.D., ya que hemos observado que en el transporte de los pacientes de la sala de hospitalización al área de trabajo pasan en promedio 40 minutos, ya que esta acción es llevada a cabo por el personal de enfermería, lo que a su vez retrasa sus acciones en general, por lo que disminuye el tiempo de atención que se le dedica a los enfermos, con gasto de recursos, pero con disminución de las probabilidades de buenos resultados, lo que aumenta los costos de la atención.

A diferencia de los hospitales de día de la Cruz Roja de Madrid y del Hospital San Jorge, en la Unidad de Atención Diurna, existe el área de psicogeriatría encargada de manejo psicoemocional de los pacientes y familiares, incluso tratando aspectos como duelo, y tanatología. Por lo que a pesar de los pocos recursos disponibles en dicha área, se absorben las acciones de cuidados paliativos, tanatología, y psicogeriatría, situación que debería ser atendida cuando menos por un profesionista más. Por otro lado, en coordinación con el cuerpo médico del servicio de geriatría, psicogeriatría funciona como una "clínica de demencias", ya que a través de la consulta externa se canalizan pacientes, que requieren valoración extensa sobre pérdida de la memoria o trastornos cognitivos no bien definidos, a través de pruebas clinimétricas finas como el neuropsi, lo que permite detectar complejos demenciales en etapas iniciales, donde la terapéutica farmacológica y de reinserción social tienen mayor impacto.

Basándonos en la literatura científica contemporánea, tratamos de hacer una aportación acerca de cuáles son las áreas físicas y programas acortados de actividades que aún se requieren en la Unidad de Atención Diurna del Servicio de Geriatría del Hospital General de México, O.D.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## PLANTA FÍSICA Y DISEÑO ARQUITECTÓNICO DE UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

A continuación vamos a exponer lo que la mayoría de los autores consideran como la estructura mínima de la planta física de un hospital de día geriátrico, sin embargo, sabemos que sus características en la realidad pueden variar y que existen formas mixtas de servicios diurnos. Además, algunos de ellos, la minoría, trabajan gracias a la iniciativa privada, sin un adecuado manejo de dicho servicio.<sup>7</sup>

Sus necesidades básicas incluyen:

**Conserjería (Mantenimiento)**-En la que se situarán los equipos necesarios para la vigilancia, mantenimiento y funcionalidad del edificio, en el que se ubique el servicio.

**Sala Polivalente.**-Idealmente debe tener cabida para 40 personas, (incluyendo pacientes, instructores y familiares), que puedan estar simultáneamente realizando diversas actividades. Deberán tener un lavabo o dos cada uno en un extremo del lugar.

Debe ser de pisos sin anfractuosidades ni otras anomalías que predispongan a las caídas, debe de poder compartimentarse para poder trabajar hasta en tres grupos de terapia ocupacional o poder dar pláticas a tres grupos diferentes.

**Sala de descanso.**- Anexa a la sala polivalente. De menor superficie que la anterior, con sillones para descanso tras la comida, lugar de encuentro para convivencia, ver la T.V., etc. En algún momento, la sala polivalente puede ocuparse con este motivo.

**Medios baños geriátricos.**-Uno para cada género, con adecuaciones para discapacitados. Deben estar cercanos a ambas salas.

**Sala de fisioterapia.**-De aproximadamente 30 metros cuadrados (el espacio se puede adecuar de acuerdo al número de pacientes y necesidades de los mismos)

**Vestuario de los pacientes.**-Sólo en caso de que el Hospital de Día se encuentre en unidades de larga estancia.

**Almacén.**-Es importante su existencia, ante la posibilidad de caídas con implementos mal colocados, como sillas de ruedas, ropa, colchonetas, etc.

**Comedor.**-Con capacidad para los usuarios, de preferencia todos a un tiempo, con posibilidad de ingresar sillas de ruedas, con una mesa redonda que permita la convivencia y mutua estimulación de los usuarios con la plática de todo el conjunto. La mesa no debe de tener aristas, además de ser firme y segura.

**Despacho polivalente.**-Este debe permitir la plática privada y ocasionalmente exploración de un paciente, si es que no contamos con un área específica para dar consulta. También puede ser utilizado por psicogeriatra, trabajadora social, etc. Aunque lo ideal es que cada profesionalista cuente con su área específica.

**Sala de curaciones.**-Debe tener una comunicación con el área anteriormente citada por razones que nos parecen obvias.

Otras áreas incluibles.- Dentro de estas están:

**Sala de espera.**-Aunque lo ideal es que no haya tiempos de espera en la atención a pacientes geriátricos, si debemos estar preparados para el caso en que tengamos demasiados pacientes en un solo momento, y poder ofrecer un área donde puedan esperar tranquilamente, en caso de no poder ser así, podemos disponer de la sala de descanso, o tal vez el comedor.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Vestuario del personal.**-Sobre todo si el hospital general o centro médico donde se encuentra el hospital de día, no cuenta con dicha área o bien si es un hospital de día autónomo con recepción de pacientes externos. (Figura 1)

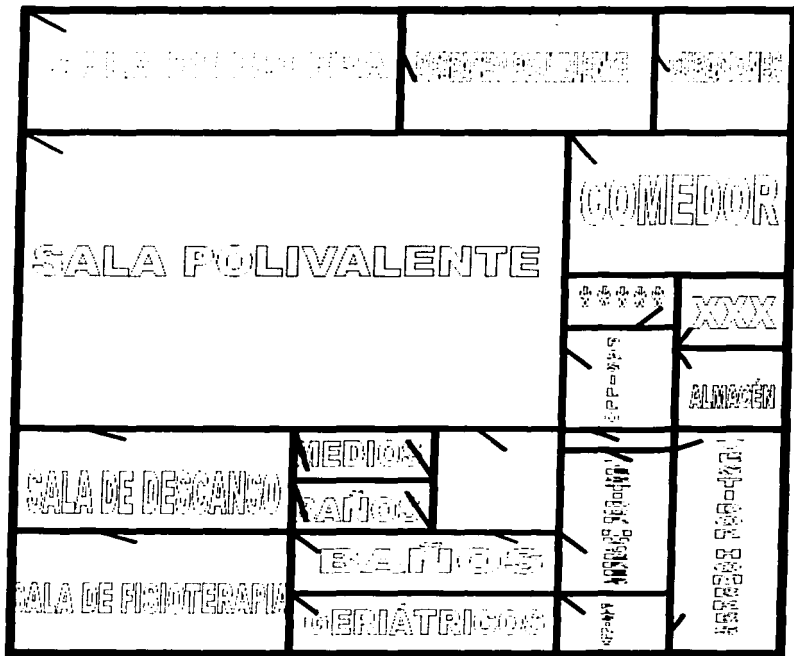


Fig. 1. En la ilustración observamos las áreas ideales que debe tener un hospital de día geriátrico, como ya se menciona este puede variar de acuerdo a los recursos con que se cuente. Idealmente también debería incluirse una sala de terapia ocupacional, un área de psicogeriatría, nutrición, trabajo social, etc. Áreas como la sala polivalente pueden ser modificadas para tales motivos. Los signos 'XXXX' indican cuarto para hospitalización de un diáspolo aplicable para hospitales de día autónomos, mientras que los signos 'XXX' indican vestidero de personal ya descansa del personal. Dicens, Dr. Javier A. Calleja O., 2003

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ESQUEMA DE PROGRAMAS Y ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN UN HOSPITAL DE DÍA GERIÁTRICO.

El hecho de realizar un programa amplio de actividades, en cada una de las áreas que abarca la atención del Hospital de Día Geriátrico, requiere de un conocimiento profundo de cada una de ellas; además de la interrelación de los especialistas implicados, por lo que es muy presuntuoso tratar de plasmarlo de forma exhaustiva en este documento, ya que como geriatras estaremos en relación constante con el fisioterapeuta, psicogeriatra, etc., para actualizar constantemente dichos programas. Aquí ofrecemos un esbozo de los mismos:<sup>7</sup>

Básicamente son tres los tipos de programas que deben desarrollarse:

**a) Programas de atención social.<sup>7</sup>**

- Detección de posibles casos a tratar.
- Acogimiento y orientación al usuario.
- Coordinación del plan de intervención establecido para cada usuario.
- Relación permanente con la familia.
- Seguimiento del caso.
- Coordinación de las tareas de evaluación de cada usuario.
- Elaboración del plan de transporte al centro de atención.

**b) Módulo de atención a la salud psicofísica.<sup>18</sup>**

- Valoración del nivel de dependencia psicofísica del usuario.
- Entrenamiento de habilidades para favorecer modos de vida independiente.
- Realización de gimnasia rehabilitadora encaminada al mantenimiento y recuperación de la autonomía funcional.
- Realización de terapia ocupacional para el mantenimiento y recuperación de las actividades de la vida diaria.
- Aplicación de medidas de higiene mental y establecimiento de condiciones ambientales para mejorar la orientación y temporoespacial. (Terapia de Orientación a la Realidad, ROT)<sup>19</sup>
- Seguimiento de tratamientos médicos, su evolución.

**c) Higiene personal.<sup>7</sup>**

- Servicio de podología.
- Servicio de peluquería (opcional)

**d) Nutrición.<sup>7</sup>**

- Atención a las necesidades nutricionales de los usuarios conforme a su estado orgánico y metabólico.
- Capacitación al enfermo y familiar en desarrollo de habilidades, para la preparación balanceada de los alimentos.

**e) Socialización y participación.<sup>20</sup>**

el.-Relaciones personales:

Creación de grupos de discusión, seguimiento y evaluación de las actividades y programas del Hospital de Día.

Encuentros con otros colectivos y planificación de actividades comunes.

Celebración de fiestas, cumpleaños personales, etc.

elI.-Ocio y cultura.

Organización de juegos.<sup>21</sup>

Audiciones musicales.

Proyección de películas.

Excursiones.

Grupos de lectura.

Toma y exposición de fotografías.

elIII.- Actividades productivas.

Talleres diversos.

Exposición y venta de productos.

### CONCLUSIONES.

1. El hospital de día se constituye como una herramienta tanto preventiva como diagnóstica y rehabilitatoria en la salud del adulto mayor.
2. Por los cambios demográficos de los próximos años, se requerirán abatir los costos de atención a la salud del adulto mayor, segmento de la población que cada vez será mayor.
3. El hospital de día, es redituable a pesar de los elevados costos operativos, por que, disminuye gastos de la hospitalización convencional y evita la cronicidad.
4. Permite ahorro de tiempo y recursos al acudir a diversos especialistas, ya que en el hospital de día, se concentran la mayoría de las necesidades de atención.
5. El hospital de día es una modalidad de atención biopsicosocial, con un enfoque holístico, necesario para la atención del adulto mayor. Permitiendo una mejora sustancial en la relación médico paciente.
6. Es un centro de atención único que además de atender al enfermo, dentro de sus acciones se ocupa de la salud del cuidador.
7. Aunque no se ha demostrado que disminuya la mortalidad o el desarrollo de discapacidades, en comparación con otros servicios rehabilitatorios, si se ha observado que de entrada es un medio para ofrecer atención integral amplia al adulto mayor, la cuál es requerida en la mayoría de los casos.
8. Si el adulto mayor con deterioro funcional, no recibe una atención integral amplia, si se empobrece su pronóstico.
9. Los resultados del hospital de día, no sólo dependen del tipo de paciente y del desempeño del médico tratante, sino también de la constancia y tiempo de las terapéuticas que se le otorgan al usuario, así como de la red de apoyo con la que cuenta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

10. El desconocimiento del perfil funcional y acciones del hospital de día, provocan que se remitan de forma inadecuada, pacientes que realmente no ameritan ingresar a esta modalidad de atención.

11. Es necesario la dotación mínima de recursos humanos y materiales para su adecuado funcionamiento.

## BIBLIOGRAFÍA.

1. México en el siglo XX (Panorama Estadístico), INEGI, 2000.
2. CONAPO, primera edición, diciembre del 2002, Proyecciones de la población de México 2000-2050, [www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx).
3. "Prepararse para la vejez", Management Today en español la revista gerencial de México Editorial: Internet, enero 2003.
4. Fernando Perlado, Teoría y Práctica de la Geriatria, Diaz de Santos, 1995, pp 189-194.
5. Alberto Salgado, "Manual de Geriatria", Masson, 2002, pp 171-181. investiga en [www.CNNenespanol.com](http://www.CNNenespanol.com)
6. Brocklehurst JC, King Edward's Hospital Fund for London, 1982, "Progress in geriatric day care"
7. "Residencias para personas mayores", Panamericana, 2002, pp 374, 383
8. Reportes de consulta psicogeriatrica de la Unidad de Atención Diurna, Servicio de Geriatria, Hospital General de México, O.D., 2003.
9. Michel Tousignant, Réjean Hébert: "Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes" Age and Ageing 2003; 32: 53-59.
10. Anne Forster, BMJ 1999; "Systematic review of day hospital care for elderly people" March 27, 318:837-841, 11. Pichardo Fuster A, Archivo, Gutiérrez Laura, "Resultados del Hospital de Día del Hospital General de México, O.D." Archivo Geriátrico, año 2, vol. 2, 1999, 7-12.
12. Folstein et al, J Psychiatr Res, 1975, 12: 189-198.
13. Pfeiffer, 1975.
14. Yesavage, JA Psychopharmacol Bull, 1988;24: 709-711.
15. Katz, Journal of American Medical Association, 1963, 185, 914-919.
16. Lowton-Brody Scale, Lowton and Brody, 1969.
17. Tinetti, JAMA, 1995;273; 1348-1353.
18. JG Greene, GC Timbury, A geriatric psychiatry day hospital service: a five-year review, Age and Ageing, Vol 8, 49-53.
19. Fernando Jiménez Herrero, Atención no farmacológica de los pacientes dementes seniles, dentro de: Fernando Jiménez Herrero, Gerontología, Masson, 1993, 49-51.
20. Irma Pérez Rebour, Motivación, dentro de: Irma Pérez Rebour, Hospital de Día, método de reinserción social, Espacio Editorial, Buenos Aires Argentina, 2001, 27-31
21. Martha Scharll, Juego de habilidad sin carácter de campeonato, dentro de Martha Scharll, La actividad física en la tercera edad, Editorial Paidotribo, Barcelona, 2003, 153-160.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN