

GUÍA TÉCNICA PARA EL LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

I. FINALIDAD

Contribuir a mejorar la atención integral de salud de calidad a las personas adultas mayores, adecuada a sus necesidades de salud y expectativas de atención.

II. OBJETIVO

Brindar las pautas necesarias para el correcto llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor, a fin de generar información útil para la toma de decisiones oportunas, correctas y acorde al modelo de atención integral de salud.

III. BASE LEGAL

- Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 006-2006-MIMDES, que aprobó la “Reformulación Integral del Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006, así como amplía el periodo de vigencia hasta el año 2010”
- Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los “Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012”.
- Resolución Ministerial N° 729-2003-SA/DM, que aprobó el documento: "La Salud Integral: Compromiso de Todos - El Modelo de Atención Integral de Salud".
- Resolución Ministerial N° 769-2004-MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP-V.01: “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Resolución Ministerial N° 776-2004-MINSA, que aprobó la NT N° 022-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos de Salud del Sector Público y Privado”.
- Resolución Ministerial N° 941-2005-MINSA, que aprobó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”.
- Resolución Ministerial N° 741-2005-MINSA, que aprobó el Comité de Expertos en Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores.
- Resolución Ministerial N° 529-2006-MINSA, que aprobó la NT N° 043-MINSA/DGSP-V.01: “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”.
- Resolución Ministerial N° 696-2006-MINSA, que aprobó la “Guía Técnica: Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud”

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN

El presente Guía Técnica es de aplicación en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional, y de referencia para los demás integrantes del sector salud.

V. DISPOSICIONES GENERALES

FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

El formato de la historia clínica del adulto mayor, tiene el propósito de facilitar el abordaje biológico, psicológico y social mediante la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).

ESTRUCTURA DEL FORMATO DE LA HISTORIA CLÍNICA

El formato está constituido por cinco páginas, distribuidas de la siguiente manera:

Primera página

- Identificación del usuario
- Lista de problemas: crónicos y agudos
- Plan de Atención Integral

Segunda página

- Fecha y N° de Historia Clínica
- Datos generales
- Antecedentes: personales y familiares
- Medicamentos de uso frecuente
- VACAM: valoración funcional

Tercera página

- VACAM: valoración mental
 valoración socio-familiar

Cuarta página

- Cuidados preventivos – seguimiento de riesgo

Quinta página

- Consulta: enfermedad actual
- Diagnósticos
- Categorías de clasificación de las personas adultas mayores
- Tratamiento

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

La Valoración Clínica del Adulto Mayor es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de definir el paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL

El paquete de atención integral de salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL


El plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del adulto mayor, en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada a la categoría del establecimiento de salud, en forma gradual y continua.

PÁGINA N° 1

Esta página muestra de manera resumida los daños crónicos y agudos, así como el plan de atención integral de salud, ayudando al prestador a familiarizarse rápidamente con la situación de salud del usuario del servicio.

LISTA DE PROBLEMAS

Figura 1

					1		
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
LISTA DE PROBLEMAS							
N°	FECHA			PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN	
N°	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN

Esta sección deberá ser llenada al final de la evaluación clínica y resume los daños crónicos y/o agudos del adulto mayor.

Problemas Crónicos.- Indicar la fecha (dd/mm/aa) de consulta, anotar y enumerar las enfermedades crónicas diagnosticadas. Anotar “Si” de estar controlado, y “No” en el caso de no estar en control médico. En observaciones anotar comentarios que considere pertinente. No repetir los diagnósticos ya registrados.

Problemas Agudos.- Enumerar y anotar las enfermedades agudas motivo de consulta. Se debe consignar la fecha (dd/mm/aa) de la atención, de repetirse la enfermedad se anotará la fecha en forma secuencial. En observaciones anotar comentarios que considere pertinente.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Figura N° 2

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL						
		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR
1	EVALUACIÓN GENERAL: FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FÍSICO					
2	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS					
3	EVALUACIÓN BUCAL					
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS					
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES					
6	CONSEJERÍA INTEGRAL					
7	VISITA DOMICILIARIA					
8	TEMAS EDUCATIVOS					
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS					

En esta sección se describe el proceso de formulación del plan de atención integral de salud, el mismo que es estructurado con el adulto mayor y/o acompañante para ser ofrecido de manera gradual y continua.

Consideraciones para el registro del plan de atención.-

- El Plan de atención será elaborado una vez concluida la evaluación integral del adulto mayor.
- Para el registro de las actividades contenidas en el plan de atención tales como: actividades, fechas y otros, se sugiere usar lápiz para las actividades programadas; y con lapicero una vez que estas son ejecutadas.
- Se recomienda tener un duplicado de la hoja del plan de atención en cartulina, el mismo que podrá estar archivado por separado de manera que facilite la utilización del citado documento para el seguimiento del plan.

Evaluación General.- Se verificará en primer lugar si se le realizó la evaluación general, de ser así, consignar en el ítem descripción como evaluado; registrando la fecha de evaluación. De estar la evaluación incompleta, o no se ha realizado, se programará de mutuo acuerdo con el usuario y/o acompañante, determinando la fecha y número de sesiones necesarias.

Para ser considerada como actividad ejecutada deberá realizarse la evaluación funcional, mental social y física, la misma que puede ser realizada en una o más sesiones.

La frecuencia de la Valoración Clínica del Adulto Mayor- VACAM, se realizará de acuerdo a la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores (Anexo N° 4 Plan de Atención Integral).

Administración de vacunas.- Verificar el estado de vacunación del adulto mayor. Pueden presentarse las siguientes situaciones:

Para el caso de la Fiebre amarilla:

- a) Que ha recibido vacuna antiamarílica.- En este caso en el plan consignar como “protegido”, de ser posible registrar la fecha de administración.
- b) Que no ha recibido la vacuna antiamarílica.- En esta situación se recomienda administrar la vacuna antiamarílica, siempre y cuando existan las condiciones para ello; caso contrario se programará de mutuo acuerdo con el usuario y/o acompañante.

En el caso de la vacuna antitetánica, si el adulto mayor no ha sido protegido y fuera necesaria su administración, se recomienda indicar la dosis correspondiente.

Las vacunas: Antihepatitis B, antinfluenza y antineumocócica, actualmente no están consideradas en el calendario nacional de vacunación, sin embargo se recomienda su administración de ser necesario.

Evaluación Bucal.- Verificar si el adulto mayor ha tenido control de salud bucal en el último año, de ser así registrar como controlado y consignar la fecha; caso contrario se programará la consulta para evaluación correspondiente o se referirá al establecimiento de salud con capacidad resolutive necesaria. Es importante tomar en cuenta que requiere seguimiento las indicaciones dadas en la evaluación.

Intervenciones Preventivas.- Verificar que en el adulto mayor se ha realizado tamizaje y/o descarte de:

- Riesgos y daños transmisibles (prioridades nacionales y regionales)
- Riesgos y daños no transmisibles (prioridades nacionales)
- Problemas de salud mental y violencia

Si estas intervenciones han sido ejecutadas, registrar el tipo de actividad y fecha; en caso contrario se programará priorizando las intervenciones de mutuo acuerdo con el usuario y/o acompañante, determinando la fecha y número de sesiones necesarias.

Administración de micronutrientes.- Actualmente la estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable no contempla la administración de micronutrientes en los adultos mayores. Sin embargo la suplementación con micronutrientes se podrá prescribir para complementar la dieta del adulto mayor, en función de su estado nutricional. De estar prescrito y/o estar recibiendo algún tipo de suplemento consignarlo en el plan para su seguimiento.

Consejería Integral.- De acuerdo a la identificación de los factores de riesgo de carácter físico psicosocial y ambiental se priorizará el tipo de consejería, el número de sesiones necesarias y las fechas, de mutuo acuerdo con el usuario y/o acompañante. Se recomienda los siguientes temas:

1. Autocuidado
2. Estilos de Vida Saludables:
 - 2.1 Actividad física
 - 2.2 Práctica y hábitos alimentarios
 - 2.3 Prácticas y hábitos de higiene
 - 2.4 Hábitos tóxicos
3. Uso del tiempo libre
4. Sexualidad
5. Fomento de la integración social:
 - 5.1 Proceso de envejecimiento
 - 5.2 Promoción de integración social: evitar aislamiento social
6. Deberes y derechos ciudadanos
7. Uso racional de medicamentos
8. Medicina alternativa y tradicional
9. Salud psicosocial (Problemas familiares: Alcoholismo, violencia, etc.)

Visita Domiciliaria.- Anotar el motivo de la visita y fecha. Las visitas a los adultos mayores deberá realizarse en las siguientes circunstancias:

- Adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- Adulto mayor en situación de enfermedad terminal que necesitan de cuidados paliativos
- Adulto mayor que no acude a tratamiento de daño transmisible, o no transmisible
- Adulto mayor con problemas sociales que les imposibilita desplazarse al establecimiento de salud

Temas Educativos.- De acuerdo a la identificación de las necesidades de salud de la persona adulta mayor se priorizará el tema educativo a ser abordado, en sesiones grupales, las mismas que serán programadas considerando fechas y número de sesiones propuestas; su participación se definirá de mutuo acuerdo con el adulto mayor y/o acompañante. Así mismo de acuerdo a las necesidades y disponibilidad, programar su participación en los círculo/centro del adulto mayor del establecimiento de salud y en otras actividades socio-culturales.


Atención de Prioridades Sanitarias.- De acuerdo al tipo de daño considerado prioridad nacional o regional se programarán las actividades según protocolos establecidos por cada estrategia sanitaria. Registrar los procedimientos definidos por la estrategia sanitaria, así como las fechas programadas.

Nota: Los nombres y apellidos del adulto mayor deben ser consignados en la parte inferior de cada hoja del Formato de Atención Integral.

PÁGINA N° 2

FECHA Y NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA

Figura N° 3

 <p>Ministerio de Salud Personas que atendemos personas</p>				<p style="text-align: center; font-weight: bold;">FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR</p>		2
						FECHA

Fecha.- Anotar el dd/mm/aa y hora, correspondiente al día en que se realiza la primera atención en el establecimiento de salud.

Historia Clínica.- El número correlativo asignado por el establecimiento.

DATOS GENERALES

Figura N° 4

DATOS GENERALES					
Apellidos		Nombres		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		F. Nac: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:		Procedencia:		Grupo sanguíneo	Rh
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
G° de Instrucción		Estado civil		Ocupación	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Domicilio		Teléfono			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Familiar o cuidador responsable :					

Apellidos y Nombres.- Escribir con letra mayúscula e imprenta los apellidos y nombres consignados en el DNI.

Sexo.- Marcar con "X" en el recuadro según corresponda.

Edad.- Anotar la edad en años cumplidos, verificar con fecha de nacimiento.

Fecha de Nacimiento.- Escribir: dd/mm/aa. Si no recuerda la fecha exacta colocar cuando menos el año (indicar que es una fecha aproximada si es el caso).

Lugar de Nacimiento.- Apuntar el distrito y/o provincia correspondiente.

Procedencia.- Distrito y/o provincia de donde procede.

Grupo Sanguíneo y Rh.- Anotar de ser conocido y verificable Si se desconoce estos datos deberán incluirse en el plan de atención.

Grado de Instrucción.- Se debe anotar el término correspondiente: analfabeto, primaria, secundaria, técnica o superior, especificar si es completa o incompleta.

Estado Civil.- Se debe anotar el término correspondiente: casada(o), conviviente, viuda(o), divorciada(o), separada(o) o soltera(o).

Ocupación.- Se debe consignar su estado actual (jubilado, desocupado u ocupación actual). De ser pertinente anotar la ocupación predominante.

Domicilio.- Dirección de residencia actual consignando: calle, jirón o avenida y número; o lote, manzana o block; y/o urbanización o localidad según corresponda.

Teléfono.- en lo posible anotar el número de teléfono de referencia, puede ser familiar o comunitario.

Familiar o cuidador responsable.- Anotar el nombre del familiar y/o cuidador responsable y grado de parentesco.

ANTECEDENTES

Figura N° 5

ANTECEDENTES								
ANTECEDENTES PERSONALES				ANTECEDENTES FAMILIARES				
	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer: (Mama, estómago, colon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Descripción de antecedentes y otros:			_____					

Antecedentes Personales.- Marcar con una "X" según corresponda (sí o no) la presencia o no de enfermedades transmisibles y no transmisibles:

- Hipertensión Arterial
- Diabetes
- Dislipidemias (colesterol alto)
- Osteoartritis (u osteartrosis)
- Accidentes cerebro vasculares (derrame cerebral): Ataques isquémicos transitorios (TIA), infartos, hemorragias, hematomas subdurales, etc.

- Enfermedad cardio vascular: Enfermedad Coronario isquémico agudo o crónico (Anginas inestables o estables, infartos de miocardio), arritmias cardiacas (fibrilación auricular), insuficiencia cardiaca congestiva, otras
- Cáncer: Según género preguntar sobre cáncer de cervix y/o mama en las mujeres y de próstata en los varones
- Hepatitis: Si ha sido confirmado mediante un examen de laboratorio
- Tuberculosis
- Hospitalizado último año: Por cualquier diagnóstico
- Transfusiones
- Intervención/es quirúrgica/s
- Accidentes: Especificar.

Antecedentes Familiares.- Marcar con una “X” el casillero correspondiente a la presencia de alguno (s) de los antecedentes descritos.

- Tuberculosis: Especial énfasis en las personas que conviven con el adulto mayor. Es importante consignar antecedentes de enfermedades no transmisibles en familiares directos (padres, hermanos, tíos):
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Infarto de miocardio
- Demencia
- Cáncer: preguntar principalmente por cáncer de mama, estómago y colon.

Descripción de Antecedentes y Otros.- Explicar brevemente otros antecedentes positivos y además es importante interrogar sobre patologías prevalentes en este grupo etáreo: Osteoporosis, Artritis Reumatoide, etc.

MEDICAMENTOS

Figura N° 6

Medicamento de uso frecuente				
No.	Nombre	Dosis	Observaciones	
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS		NO	SI	Cuál?

En relación a medicamentos, se debe preguntar y consignar las siguientes variables:

Nombre del medicamento.- Solicitar al adulto mayor que mencione el nombre y dosis de los medicamentos que está tomando y consignar en la ficha. Indicar al usuario que en el siguiente control traiga todos los medicamentos que está tomando, incluidas las yerbas, medicamentos homeopáticos y otros.

Dosis.- Preguntar por la dosis que está tomando actualmente por cada fármaco, consignar en la ficha y verificar si corresponde a la indicación médica. Si no corresponden, **corregir** de inmediato.

Observaciones.- Preguntar el tiempo que viene tomando el fármaco, días, meses, en algunos casos años y anotar si fue indicado por el médico tratante, automedicado, indicado por la farmacia, por un amigo, por la radio o televisión, etc. También se consignará datos que se consideren relevantes mencionar.

Reacciones adversas a medicamentos (RAM).- En este ítem anotar si el adulto mayor es alérgico a algún/os medicamento/s y anotarlo/s.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM

I. VALORACIÓN FUNCIONAL

Figura N° 7

VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM					
I. VALORACIÓN FUNCIONAL					
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	KATZ		DIAGNÓSTICO FUNCIONAL		
	Dependiente	Independiente			
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			INDEPENDIENTE (1)
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			DEPENDIENTE PARCIAL (2)
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			DEPENDIENTE TOTAL (3)
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(1) Ningún ítem positivo de dependencia
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			(3) 6 ítems positivos de dependencia

Procedimiento por el cual se obtiene e interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional de una persona, para ello se aplicará el **Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD: KATZ**.

Marcar con una "X" si el adulto mayor es independiente (realiza las funciones sin ayuda) o dependiente en relación a las seis funciones a ser evaluadas: Bañarse, vestirse, usar el baño, movilizarse, continencia y alimentación. Luego de la valoración se determina el **Diagnóstico Funcional** de la siguiente manera:

- (1) : Ningún ítem positivo de dependencia
- (2) : De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- (3) : 6 ítems positivos de dependencia

PÁGINA N° 3

II. VALORACIÓN MENTAL

Procedimiento mediante el cual se evalúa el estado cognitivo y afectivo. El primero abarca el conocimiento y la identificación de las alteraciones cognitivas o mentales, el segundo determina la presencia o ausencia de depresión.

2.1 ESTADO COGNITIVO

Figura N° 8

II. VALORACIÓN MENTAL		
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error		
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	<input type="text"/>	<p>VALORACION COGNITIVA</p> <p>NORMAL <input type="checkbox"/></p> <p>DC LEVE <input type="checkbox"/></p> <p>DC MODERADO <input type="checkbox"/></p> <p>DC SEVERO <input type="checkbox"/></p> <p><u>DC: Deterioro Cognitivo</u></p> <p>Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo, E= errores,</p> <p>- No Deterioro Cognitivo : ≤2 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E</p> <p>- Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E</p>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>	
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>	
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>	
¿Dónde nació?	<input type="text"/>	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>	
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>	

Para la evaluación del estado cognitivo se utiliza el **Cuestionario abreviado de Pfeiffer**, esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución.

El cuestionario abreviado de Pfeiffer consta de 10 preguntas, y se debe marcar con "1" punto por cada pregunta errada (E), y "0" por cada pregunta totalmente acertada. Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:

≤ 2 E : No deterioro cognitivo 5 a 7 E : Deterioro Cognitivo Moderado
3 a 4 E : Deterioro Cognitivo leve 8 a 10 E : Deterioro Cognitivo severo

Nota: Las personas con primaria incompleta y analfabeta se **restará** un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo con la valoración respectiva.

2.2 ESTADO AFECTIVO

Figura N° 9

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)			
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="text" value="NO"/>	Colocar una marca (X), si corresponde	<input type="text"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="text" value="SI"/>		<input type="text"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="text" value="SI"/>		<input type="text"/>
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="text" value="SI"/>		<input type="text"/>

Escala Abreviada de Yesavage.- Esta escala determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas. La valoración del estado afectivo se determinará marcando con una "X" si la respuesta de la escala coincide con la del entrevistado. No se marcará sí la respuesta no es coincidente. Se cuentan las "X" coincidentes y determinamos la valoración afectiva de la siguiente manera:

0 a 1 "X" : Sin manifestaciones depresivas
2 a más "X" : Con manifestaciones depresivas

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

Figura N° 10

III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR			
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales
3	Vive con cónyuge de similar edad	3	Un salario mínimo vital
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	3. VIVIENDA	Pts	4. RELACIONES SOCIALES
1	Adecuada a las necesidades	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	2	Relación social sólo con familia y vecinos
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	3	Relación social solo con la familia
4	Vivienda semi construida o de material rústico	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	5	No sale del domicilio y no recibe visitas
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR <input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social <input type="checkbox"/> Existe riesgo social <input type="checkbox"/> Existe problema social 5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, ≥15 pts : Existe problema social	
1	No necesita apoyo		
2	Requiere apoyo familiar o vecinal		
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social		
4	No cuenta con Seguro Social		
5	Situación de abandono familiar		

Evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del entrevistado. Las preguntas están agrupadas en 5 rubros:

- Situación familiar
- Situación económica
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Apoyo de red social

A las respuestas de cada grupo le corresponde un puntaje determinado que va de 1 a 5 puntos. Se marcará con una "X" la respuesta correspondiente por cada uno de los 5 grupos mencionados. Luego se suma los puntos de cada respuesta marcada con "X", determinándose la valoración socio-familiar de la siguiente manera:

5 a 9 puntos : Buena/aceptable situación familiar
 10 a 14 puntos : Existe riesgo familiar
 ≥ 15 puntos : Existe problema social

PÁGINA N° 4

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO

CADA CONSULTA

Figura N° 11

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR										
CADA CONSULTA	FECHA:									Comentario
Fiebre en los últimos 15 días										
Tos por más de 15 días										

En cada visita al establecimiento se deben consignar los siguientes datos:

- Fiebre en los últimos 15 días: Si solamente es sensación de alza térmica sin confirmación mediante la medición con un termómetro debe anotarse en el espacio reservado para comentarios.
- Tos por más de 15 días para el caso de Tuberculosis principalmente.

PERIÓDICAMENTE (Anual)

Figura N° 12

PERIÓDICAMENTE (Anual)	FECHA:									Comentario
Vacunas: Antitetánica (3 dosis)										
Antiamebílica (zona de riesgo)										
Antihepatitis B (3 dosis)										
Antinfluenza (anual)										
Antineumocócica (Cada 5 años)										

Inmunizaciones.- Las vacunas deben ser parte integral de la consulta médica: La ampliación del concepto de protección es necesario incorporarlo como objetivo global de protección específica, integrando en este concepto al adulto mayor. Preguntar si le ha sido o no administrada; si la respuesta es negativa ofrecer y derivar para su administración. Ofrecer las que el paquete del adulto mayor provee en forma gratuita, y que están incluidas en el Calendario Nacional de Vacunaciones.

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA

Figura N° 13

Hábitos y Estilos de Vida	(Colocar Sí o No)									
Consumo de alcohol										
Consumo de tabaco										
Actividad Física										

Tabaco y Alcohol.- Preguntar si hay o no consumo de tabaco y alcohol, tiempo, frecuencia y cantidad. Anotar la respuesta correspondiente.

Actividad Física.- Preguntar si realiza o no actividad física. Colocar la respuesta respectiva.

SALUD BUCAL

Figura N° 14

Salud bucal:									
(Colocar Sí o No)									
Control de Salud Bucal en el último año									

Preguntar al adulto mayor si realizó control de salud bucal en el último año. Anotar la respuesta correspondiente.

OTROS EXÁMENES

Figura N° 15

Otros exámenes:										
♀	Mamas									
♀	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)									
♀	Mamografía (c/ 2 años)									
♂	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA									
♂♀	Densitometria									

En la prevención de los cánceres de mayor prevalencia. Es imprescindible un examen de mamas una vez al año, mamografía cada dos años, examen pélvico cada año y PAP cada 3 años en mujeres.

Evaluación de Antígeno Prostático Específico (PSA) y tacto rectal en varones.

Densitometría para el diagnóstico de Osteoporosis.

LABORATORIO BÁSICO

Figura N° 16

Laboratorio Básico									
Hemograma completo									
Glucosa									
Urea									
Creatinina									
Colesterol									
Triglicéridos									
Examen de orina									

Los exámenes básicos que debemos solicitar al adulto mayor que acude por primera vez son: hemograma completo, glucosa, úrea, creatinina, colesterol, triglicéridos y examen de orina. Además solicitar el grupo sanguíneo y rh en el caso de no haberse realizado el examen. Debemos tener en consideración que estos exámenes actualmente no son provistos de manera gratuita, sin embargo se recomienda solicitarlos a fin de complementar la evaluación integral.

SÍNDROMES Y PROBLEMAS GERIÁTRICOS

Figura N° 17

Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)									Comentario
Vértigo-mareo									
Delirio									
Síncope									
Dolor crónico									
Deprivación Auditiva									
Deprivación Visual									
Insomnio									
Incontinencia urinaria									
Prostatismo (síntomas prostáticos)									
Estreñimiento									
Úlceras de presión									
Inmovilización									
Caídas:									
Caídas en el último año									
Caídas (Número de caídas: _____)									
Fracturas									

En relación a los síndromes y problema geriátricos marcar la respuesta afirmativa o negativa de la existencia o no de síndrome(s) y/o problema(s) geriátrico(s).

PÁGINA N° 5

FORMATO DE CONSULTA

Figura N° 18

CONSULTA							
ENFERMEDAD ACTUAL							
Fecha:		Hora:		Edad:			
Motivo de consulta:				Tiempo de Enfermedad:			
Apetito:		Sed:		Sueño:		Estado de ánimo:	
Orina:				Deposiciones:			
Pérdida de peso:							
Ex. Físico	T°:	P A :	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:
Piel:							
TCSC: Edemas				Estado de los pies (pulsos pedios):			
Cabeza y Cuello:							
Cavidad oral:							
Tórax y Pulmones:							
Aparato Cardiovascular:							
Abdomen:							
Aparato Génitourinario:				Tacto Rectal:			
Sistema Nervioso:							
Aparato Locomotor:							

Fecha y hora.- En que se realiza la consulta médica.

Edad del Paciente.- Anotar la edad en años cumplidos

Motivo de Consulta.- La principal molestia que lleva a la Persona Adulta Mayor al establecimiento de salud.

Tiempo de Enfermedad.- Desde que se iniciaron los síntomas; puede consignarse días, semanas o meses. Debe recalarse que es del episodio actual sobre todo en reagudizaciones de dolencias crónicas.

Funciones Biológicas.- Debe interrogarse sobre variaciones en relación a la normalidad general y del paciente en particular. (Por ejemplo si antes se levantaba una vez para orinar en las noches, y ahora se levanta de 5 a 6 veces).

EXAMEN FÍSICO

- **Temperatura.-** Por consenso se usa la temperatura axilar, colocar el termómetro por un lapso de 3 minutos.
- **Presión Arterial.-** Es frecuente la hipotensión ortostática en las personas mayores, y es causa importante de caídas, por ello se debe tomar la presión sentado y de pie. Se registra el valor más alto para clasificarlo. Si la cifra está alterada enviar a control seriado de PA.
- **Frecuencia Cardíaca.-** Se busca detectar aumento o disminución de la frecuencia cardíaca. En estado de reposo la frecuencia cardíaca oscila entre 60 a 100 por minuto, en estado normal de salud.

- **Frecuencia Respiratoria.**- Es la frecuencia respiratoria de 12 a 20 por minuto. Se recomienda no usar fracciones de minuto, para luego hacer el cálculo respectivo.
- **Pulso.**- Se busca detectar alteraciones del ritmo, frecuencia y amplitud.

Mediciones antropométricas:

- **Peso actual.**- Controlar el peso con la menor cantidad de ropa.
- **Talla.**- Realizar la medición con un tallímetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.
- **Índice de Masa Corporal - IMC** (Índice de Quetelec).- Es el indicador del estado nutricional más recomendable en el adulto mayor.

Fórmula para determinar el IMC:

$$\text{IMC: } \frac{\text{Peso del adulto mayor en Kilogramos}}{\text{Talla del adulto mayor expresado en metros}^2}$$

Ej.: Adulto mayor con 75 kg y 1,52 m de talla

$$\frac{75}{(1.52)^2} = \frac{75}{2,31} = 32,46$$

ESTADO NUTRICIONAL	ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
Adelgazado	≤ de 23
Normal	23.1 a 27.9
Sobrepeso	28 a 31.9
Obeso	32 o más

Si la persona está adelgazada u obesa se derivará al médico y al nutricionista. El médico hará su evaluación física indicando los hallazgos positivos.

DIAGNÓSTICOS

Figura N° 19

DIAGNÓSTICOS:					
I. FUNCIONAL	:	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>	Dependiente Total <input type="checkbox"/>	
II. MENTAL					
2.1 Estado Cognitivo	:	Normal <input type="checkbox"/>	DC Leve <input type="checkbox"/>	DC Moderado <input type="checkbox"/>	DC Severo <input type="checkbox"/>
2.2 Estado Afectivo	:	Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/>	Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>		
III. SOCIO-FAMILIAR	:	Buena <input type="checkbox"/>	Riesgo social <input type="checkbox"/>	Problema Social <input type="checkbox"/>	
IV. FÍSICO	:	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>		
	:	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>		

Los diagnósticos deberán obtener los principales problemas que afectan la salud del adulto mayor en sus diferentes dimensiones.

I. FUNCIONAL: Las categorías son:

- independiente,
- dependiente parcial y
- dependiente total.

Marcar con un aspa la categoría correspondiente

II. MENTAL

- 2.1 Estado Cognitivo: Las posibilidades diagnósticas pueden ser:
- No existe Deterioro Cognitivo,
 - Deterioro Cognitivo Leve,
 - Moderado,
 - Severo.
- Marcar con un aspa la categoría correspondiente
- 2.2 Estado Afectivo: Si existen o no manifestaciones depresivas.

- III. **SOCIAL:** Las categorías son:
- Buena situación social/aceptable situación social,
 - existe riesgo social o
 - existe problema social.
- Marcar con un aspa la categoría correspondiente

- IV. **FÍSICO:** Según lo encontrado en la evaluación clínica.

Cada uno de los diagnósticos anteriores se obtiene con las pruebas realizadas en la Valoración Clínica Integral - VACAM.

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR

Figura N° 20

CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:			
(Al final de la primera consulta)			
SALUDABLE	<input type="checkbox"/>	FRÁGIL	<input type="checkbox"/>
ENFERMO	<input type="checkbox"/>	GERIÁTRICO COMPLEJO	<input type="checkbox"/>

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituye el pilar fundamental del Plan de Atención Integral ya que permitirá identificar a las Personas Adultas Mayores en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida y aquellas en quienes es necesario establecer actividades preventivas.

1.- Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella cuyas características físicas funcionales, mentales y sociales están de acuerdo con su edad cronológica. Es la PAM sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas de atribuibles a patologías agudas o crónicas, y con examen físico normal. No presenta patología, está saludable.

2.- Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo (ver ítem 3 y 4).

3.- Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple con 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. (Anexo N° 1 pág. 2)
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer. (Anexo N° 1 pág. 3)
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage. (Anexo N° 1 pág. 3)
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar. (Anexo N° 1 pág. 3)
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas

- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) igual o menor de 23 ó mayor de 28

4. Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de los siguientes requisitos:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – Familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses

TRATAMIENTO Y EXÁMENES AUXILIARES

Figura N° 21

TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares
		Referencia (Lugar y motivo):
Próxima Cita:	Firma y Sello:	
Atendido por:	(Colegio prof.)	
Observación:		

El tratamiento terapéutico específico, debe estar acompañado del diseño de un plan de rehabilitación que permita la recuperación o mantenimiento de las capacidades funcionales.

Exámenes auxiliares.- Se solicitará exámenes auxiliares, que el caso amerite.


Referencia (Lugar y motivo).- Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.

Al final de cada consulta el profesional debe señalar la fecha de la próxima cita, colocar su nombre completo, firma y sello con su número de Colegio Profesional.


VI. ANEXOS


- Anexo N° 1** Formato de Atención Integral del Adulto Mayor
Anexo N° 2 Plan de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor: Clasificación por categorías.


ANEXO N° 1

 Ministerio de Salud Personas que atendemos personas						1	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR							
LISTA DE PROBLEMAS							
Nº	FECHA			PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO/NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN	
Nº	PROBLEMAS AGUDOS			FECHA	FECHA	FECHA	OBSERVACIÓN
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL							
		DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUGAR	
1	EVALUACIÓN GENERAL: FUNCIONAL, MENTAL, SOCIAL Y FÍSICO						
2	ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS						
3	EVALUACIÓN BUCAL						
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS						
5	ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES						
6	CONSEJERÍA INTEGRAL						
7	VISITA DOMICILIARIA						
8	TEMAS EDUCATIVOS						
9	ATENCIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS						
APELLIDOS Y NOMBRE:					Nº HC		

Ministerio de Salud Personas que atendemos personas	2		
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			
FECHA día mes año <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	HORA <input style="width: 40px;" type="text"/>		
N° HC <input style="width: 80px;" type="text"/>			
DATOS GENERALES			
Apellidos <input style="width: 90%;" type="text"/>	Nombres <input style="width: 90%;" type="text"/>		
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Edad: <input style="width: 30px;" type="text"/>			
Lugar de Nacimiento: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
F Nac: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>			
Procedencia: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Grupo sanguíneo <input style="width: 40px;" type="text"/>		
G° de Instrucción <input style="width: 90%;" type="text"/>	Estado civil <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Ocupación <input style="width: 90%;" type="text"/>			
Domicilio <input style="width: 90%;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Familiar o cuidador responsable : <input style="width: 90%;" type="text"/>			
ANTECEDENTES			
ANTECEDENTES PERSONALES			
SI NO	SI NO		
Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Dislipidemias (Colesterol Alto) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Osteoartritis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ACV (Derrame) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer de cervix/mama <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer de próstata <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hospitalizado el último año <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Transfusiones <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Intervención Quirúrgica <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Accidentes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
ANTECEDENTES FAMILIARES			
SI NO	SI NO		
Tuberculosis <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Diabetes <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Infarto de Miocardio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Demencia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Cáncer: (Mama, estómago, colon) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Descripción de antecedentes y otros: <input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>			
<input style="width: 90%;" type="text"/>			
Medicamento de uso frecuente <input style="width: 90%;" type="text"/>			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40px;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Cuál? <input style="width: 100px;" type="text"/>			
VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM			
I. VALORACIÓN FUNCIONAL			
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)			
KATZ	Dependiente	Independiente	
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL <input style="width: 40px;" type="text"/>
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			INDEPENDIENTE <input style="width: 40px;" type="text"/> (1) DEPENDIENTE PARCIAL <input style="width: 40px;" type="text"/> (2) DEPENDIENTE TOTAL <input style="width: 40px;" type="text"/> (3)
			(1) Ningún ítem positivo de dependencia (2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia (3) 6 ítems positivos de dependencia
APELLIDOS Y NOMBRE: <input style="width: 90%;" type="text"/>			N° HC <input style="width: 80px;" type="text"/>

 Ministerio de Salud Personas que atendemos personas	FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	3																									
II. VALORACIÓN MENTAL																											
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error																											
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año) <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Qué día de la semana? <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar) <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Cuál es su dirección completa? <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Cuántos años tiene? <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Dónde nació? <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? <input style="width: 40px;" type="text"/> ¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú? <input style="width: 40px;" type="text"/> Dígame el primer apellido de su madre <input style="width: 40px;" type="text"/> Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta) <input style="width: 40px;" type="text"/>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">VALORACION COGNITIVA</td> </tr> <tr> <td style="width: 70%;">NORMAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC LEVE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC MODERADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DC SEVERO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black;">DC: Deterioro Cognitivo</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: 0.8em;"> Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo, E= errores, </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">- No Deterioro Cognitivo</td> <td style="text-align: right; font-size: 0.8em;">: ≤2 E</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">- Deterioro Cognitivo Leve</td> <td style="text-align: right; font-size: 0.8em;">: 3 a 4 E</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">- Deterioro Cognitivo Moderado</td> <td style="text-align: right; font-size: 0.8em;">: 5 a 7 E</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">- Deterioro Cognitivo Severo</td> <td style="text-align: right; font-size: 0.8em;">: 8 a 10 E</td> </tr> </table>	VALORACION COGNITIVA		NORMAL	<input type="checkbox"/>	DC LEVE	<input type="checkbox"/>	DC MODERADO	<input type="checkbox"/>	DC SEVERO	<input type="checkbox"/>	DC: Deterioro Cognitivo		Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo, E= errores,		- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E	- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E	- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E	- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E				
VALORACION COGNITIVA																											
NORMAL	<input type="checkbox"/>																										
DC LEVE	<input type="checkbox"/>																										
DC MODERADO	<input type="checkbox"/>																										
DC SEVERO	<input type="checkbox"/>																										
DC: Deterioro Cognitivo																											
Nota: Colocar un punto por cada error: A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total. DC = Deterioro cognitivo, E= errores,																											
- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E																										
- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E																										
- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E																										
- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E																										
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)																											
¿Está satisfecho con su vida? <input style="width: 40px;" type="text"/> NO ¿Se siente impotente o indefenso? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI ¿Tiene problemas de memoria? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI ¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses? <input style="width: 40px;" type="text"/> SI	Colocar una marca (X), si corresponde —	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca) </td> <td style="width: 30%; text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas) </td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 40px;" type="text"/></td> </tr> </table>	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input style="width: 40px;" type="text"/>	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input style="width: 40px;" type="text"/>																					
SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)	<input style="width: 40px;" type="text"/>																										
CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)	<input style="width: 40px;" type="text"/>																										
III. VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td> </tr> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Dos veces el salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Un salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Sin pensión, sin otros ingresos</td> </tr> </table>	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Dos veces el salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos		
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																										
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																										
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																										
3	Vive con cónyuge de similar edad																										
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																										
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																										
Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA																										
1	Dos veces el salario mínimo vital																										
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																										
3	Un salario mínimo vital																										
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																										
5	Sin pensión, sin otros ingresos																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">3. VIVIENDA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vivienda semi construida o de material rústico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td> </tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Relación social solo con la familia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td> </tr> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad	2	Relación social sólo con familia y vecinos	3	Relación social solo con la familia	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	5	No sale del domicilio y no recibe visitas		
Pts	3. VIVIENDA																										
1	Adecuada a las necesidades																										
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)																										
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																										
4	Vivienda semi construida o de material rústico																										
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																										
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																										
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad																										
2	Relación social sólo con familia y vecinos																										
3	Relación social solo con la familia																										
4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																										
5	No sale del domicilio y no recibe visitas																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; font-size: 0.8em;"> <tr> <th style="width: 5%;">Pts</th> <th style="width: 95%;">5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Situación de abandono familiar</td> </tr> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.1em;">VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/></td> <td>Existe problema social</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">5 a 9 pts</td> <td>: Buena/aceptable situación social,</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">10 a 14 pts</td> <td>: Existe riesgo social,</td> </tr> <tr> <td style="font-size: 0.8em;">≥15 pts</td> <td>: Existe problema social</td> </tr> </table>	VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR		<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe riesgo social	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe problema social	5 a 9 pts	: Buena/aceptable situación social,	10 a 14 pts	: Existe riesgo social,	≥15 pts	: Existe problema social
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)																										
1	No necesita apoyo																										
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																										
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social																										
4	No cuenta con Seguro Social																										
5	Situación de abandono familiar																										
VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR																											
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social																										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe riesgo social																										
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Existe problema social																										
5 a 9 pts	: Buena/aceptable situación social,																										
10 a 14 pts	: Existe riesgo social,																										
≥15 pts	: Existe problema social																										
APELLIDOS Y NOMBRES:		N° HC																									

 Ministerio de Salud Personas que atendemos personas											4
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR											
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR											
CADA CONSULTA		FECHA:									Comentario
Fiebre en los últimos 15 días											
Tos por más de 15 días											
PERIÓDICAMENTE (Anual)		FECHA:									Comentario
Vacunas:											
Antitetánica (3 dosis)											
Antiamebílica (zona de riesgo)											
Antihepatitis B (3 dosis)											
Antinfluenza (anual)											
Antineumocócica (Cada 5 años)											
Hábitos y Estilos de Vida		(Colocar Sí o No)									
Consumo de alcohol											
Consumo de tabaco											
Actividad Física											
Salud bucal:											
(Colocar Sí o No)											
Control de Salud Bucal en el último año											
Otros exámenes:											
♀	Mamas										
♀	Pélvico y PAP (c/año, c/3 años)										
♀	Mamografía (c/ 2 años)										
♂	Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA										
♂♀	Densitometría										
Laboratorio Básico											
Hemograma completo											
Glucosa											
Urea											
Creatinina											
Colesterol											
Triglicéridos											
Examen de orina											
Síndromes y Problemas Geriátricos											
(Colocar SI o NO)											
Vértigo-mareo											
Delirio											
Síncope											
Dolor crónico											
Deprivación Auditiva											
Deprivación Visual											
Insomnio											
Incontinencia urinaria											
Prostatismo (síntomas prostáticos)											
Estreñimiento											
Úlceras de presión											
Inmovilización											
Caídas:											
Caídas en el último año											
Caídas (Número de caídas: _____)											
Fracturas											
APELLIDOS Y NOMBRE:									N° HC		
FORMATO 4											

							5																																																							
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																																																														
CONSULTA																																																														
ENFERMEDAD ACTUAL																																																														
FECHA:			HORA:			Edad:																																																								
Motivo de consulta:						Tiempo de Enfermedad:																																																								
Apetito:			Sed:			Sueño:			Estado de ánimo:																																																					
Orina:			Deposiciones:			Pérdida de peso:																																																								
Ex. Físico		T°:	P. A.:	FC:	FR:	Peso:	Talla:	IMC:																																																						
Piel:																																																														
TCSC: Edemas				Estado de los pies (pulsos):																																																										
Cabeza y Cuello:																																																														
Cavidad oral:																																																														
Tórax y Pulmones:																																																														
Aparato Cardiovascular:																																																														
Abdómen:																																																														
Aparato Génitourinario:						Tacto Rectal:																																																								
Sistema Nervioso:																																																														
Aparato Locomotor:																																																														
DIAGNÓSTICOS:																																																														
<table border="0"> <tr> <td>I. FUNCIONAL</td> <td>:</td> <td>Independiente <input type="checkbox"/></td> <td>Dependiente Parcial <input type="checkbox"/></td> <td>Dependiente Total <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <td>II. MENTAL</td> <td colspan="8"> </td> </tr> <tr> <td>2.1 Estado Cognitivo</td> <td>:</td> <td>Normal <input type="checkbox"/></td> <td>DC Leve <input type="checkbox"/></td> <td>DC Moderado <input type="checkbox"/></td> <td>DC Severo <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"> </td> </tr> <tr> <td>2.2 Estado Afectivo</td> <td>:</td> <td>Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/></td> <td>Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/></td> <td colspan="5"> </td> </tr> <tr> <td>III. SOCIO-FAMILIAR</td> <td>:</td> <td>Buena <input type="checkbox"/></td> <td>Riesgo social <input type="checkbox"/></td> <td>Problema Social <input type="checkbox"/></td> <td colspan="4"> </td> </tr> <tr> <td>IV. FÍSICO</td> <td>:</td> <td>1.- <input type="checkbox"/></td> <td>2.- <input type="checkbox"/></td> <td>3.- <input type="checkbox"/></td> <td>4.- <input type="checkbox"/></td> <td colspan="3"> </td> </tr> </table>									I. FUNCIONAL	:	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>	Dependiente Total <input type="checkbox"/>					II. MENTAL									2.1 Estado Cognitivo	:	Normal <input type="checkbox"/>	DC Leve <input type="checkbox"/>	DC Moderado <input type="checkbox"/>	DC Severo <input type="checkbox"/>				2.2 Estado Afectivo	:	Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/>	Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>						III. SOCIO-FAMILIAR	:	Buena <input type="checkbox"/>	Riesgo social <input type="checkbox"/>	Problema Social <input type="checkbox"/>					IV. FÍSICO	:	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>			
I. FUNCIONAL	:	Independiente <input type="checkbox"/>	Dependiente Parcial <input type="checkbox"/>	Dependiente Total <input type="checkbox"/>																																																										
II. MENTAL																																																														
2.1 Estado Cognitivo	:	Normal <input type="checkbox"/>	DC Leve <input type="checkbox"/>	DC Moderado <input type="checkbox"/>	DC Severo <input type="checkbox"/>																																																									
2.2 Estado Afectivo	:	Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/>	Con manifestaciones depresivas <input type="checkbox"/>																																																											
III. SOCIO-FAMILIAR	:	Buena <input type="checkbox"/>	Riesgo social <input type="checkbox"/>	Problema Social <input type="checkbox"/>																																																										
IV. FÍSICO	:	1.- <input type="checkbox"/>	2.- <input type="checkbox"/>	3.- <input type="checkbox"/>	4.- <input type="checkbox"/>																																																									
CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR:																																																														
(Al final de la primera consulta)																																																														
SALUDABLE <input type="checkbox"/>		FRÁGIL <input type="checkbox"/>																																																												
ENFERMO <input type="checkbox"/>		GERIÁTRICO COMPLEJO <input type="checkbox"/>																																																												
TRATAMIENTO				Exámenes auxiliares																																																										
				Referencia (Lugar y motivo):																																																										
Próxima Cita:				Firma y Sello:																																																										
Atendido por:				(Colegio prof.)																																																										
Observación:																																																														
APELLIDOS Y NOMBRES:							N° HC																																																							

ANEXO 2

Plan de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor: Clasificación por Categorías

El Plan de atención integral de salud para la Persona Adulta Mayor deberá ser individualizado, y realizado de acuerdo a cada una de las cuatro categorías y según cuidados esenciales

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLINICA VACAM
1. Adulto Mayor Activo Saludable	<p>a) Actividades de promoción y educación para la salud: Se debe de actuar prioritariamente sobre los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autocuidado 2. Estilos de Vida Saludables: <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Actividad física 2.2 Prácticas y hábitos alimentarios 2.3 Prácticas y hábitos de higiene 2.4 Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol) 3. Uso del tiempo libre 4. Sexualidad 5. Fomento de la integración social: <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Proceso de envejecimiento 5.2 Promoción de integración social: evitar aislamiento 6. Deberes y derechos ciudadanos 7. Uso racional de medicamentos 8. Medicina alternativa y tradicional <p>b) Actividades de prevención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protección específica <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Quimioprofilaxis 1.2 Inmunizaciones: Antitetánica, antiamparílica 2. Salud Bucal: Destartraje y profilaxis bucal 3. Prevención de caídas y accidentes 4. Prevención de deterioro cognitivo, y otros 	Primer nivel de atención	Una vez al año

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLÍNICA VACAM
<p>2. Adulto Mayor Enfermo</p>	<p>Actividades de promoción y educación para la salud: Las mismas actividades que se brindan al adulto mayor sano</p> <p>Actividades de Prevención</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protección específica <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Quimioprofilaxis 1.2 Inmunizaciones: Antitetánica, antiampicilina 2. Sistematizar el recojo en la ficha de atención integral para su intervención de la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco-alcohol: Abandono de hábitos tóxicos • Ejercicio físico: programación de ejercicio físico, evitar sedentarismo, inmovilidad • Nutrición: Abandono de malos hábitos dietéticos, alimentación según daño) • Polifarmacia: evitar iatrogenia y automedicación. • Status funcional • Antecedentes de caídas • Presión arterial • Peso/talla • Agudeza visual • Agudeza auditiva • Colesterol • Glicemia <p>Actividad atención al daño/s: Atención del daño a la demanda y/o otros identificados en el proceso de atención; si estos corresponden a las ESN se actuará de acuerdo a las guías de prácticas clínicas.</p> <p>Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social. (Ej. Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros)</p>	<p>Nivel primario de atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.</p>	<p>Una vez al año</p>

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLÍNICA VACAM
3. Adulto Mayor Frágil	<p>Actividades de promoción y educación para la salud: Las mismas actividades que se brindan al adulto mayor sano.</p> <p>Actividades de Prevención: Las mismas actividades de prevención del adulto mayor enfermo. Además: periodicidad en las consultas.</p> <p>Atención del daño/s: Atención del daño a la demanda y/o otros identificados en el proceso de atención; si estos corresponden a las ESN se actuará de acuerdo a protocolos</p> <p>Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social. (Ej. Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros)</p>	Nivel primario de atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.	Dos veces al año o realizarse siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del adulto mayor.

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLÍNICA VACAM
4. Paciente Geriátrico Complejo	<p>Actividad de atención: atención del daño a la demanda. Dependiendo de las características y complejidad del daño, será atendido en el nivel primario, o referido</p> <p>Referencia: Al establecimiento de mayor complejidad para la atención de las necesidades de salud</p> <p>Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social. (Ej. Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros)</p>	Atención especializada	Realizar siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del adulto mayor.

VII. BIBLIOGRAFÍA

- Arriola, E. Medicina Preventiva en el Anciano. Matia Fundazioa. España, 2001
- Dirección de Asistencia Social. Programa de Atención Integral de Salud. Cuba, 1999
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a las Personas Mayores. Madrid, 1996
- Ministerio de Salud de Chile. Departamento de Salud de las Personas. Norma de la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Santiago de Chile, 2002
- Ministerio da Saúde – Brasil. Secretaría de Atencao Básica. Experiencias e Desafíos da Atencao e Saúde Familiar: Caso Brasil. Brasilia, 2004
- Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Madrid, 2002
- Organización Mundial de la Salud. Programa de Envejecimiento y Salud. Envejecimiento Saludable. Ginebra, 1998
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Washington, 2002