

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**EDUCACIÓN AL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN EN EL PUESTO DE SALUD
HUAYNACANCHA. LA OROYA. JUNIN. 2014-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

EDITH YOLANDA OSCANOA CÓNDOR

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Edith', is written over a set of diagonal lines that serve as a guide for the signature's placement.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 028

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°069-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. OSCANOA CÓNDOR EDITH YOLANDA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO.....	6
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES.....	8
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	12
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	41
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	43
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	43
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME.....	44
IV. RESULTADOS.....	45
V. CONCLUSIONES.....	51
VI. RECOMENDACIONES.....	52
VII. REFERENCIALES.....	53
ANEXO.....	55

INTRODUCCIÓN

Es importante plantear que una metodología didáctica de enseñar, con el método concreto que utilizamos para transmitir los contenidos, procedimientos y principios al paciente y que se cumplan los objetivos de aprendizaje propuestos por el profesional.

Para que este método sea exitoso requiere el uso de algunas habilidades de enseñanza que incrementen la claridad de la información que se transmite (dar pocas ideas para que se vayan asimilando, discriminar los contenidos novedosos para evitar interferencias), explicitar el valor o utilidad del tema, hacer preguntas retóricas, organizar el contenido mediante esquemas, utilizar ejemplos, lenguaje familiar, preguntas de corrección o clarificación.

Adulto mayor es un término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambio de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida).

Los adultos mayores son símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría, por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en cierta sociedad, debido a su

larga trayectoria. Aunque esto difiere según cada cultura, porque en algunos países la condición de vida de un adulto mayor se torna muy difícil debido a que pierden oportunidades de trabajo, actividad social y en el peor de los casos son excluidos o rechazados.

El cuidado de un adulto mayor debe ser especial porque su organismo no es el mismo y ha sufrido varios cambios biológicos, es por eso que se les recomienda a estas personas llevar un estilo de vida tranquilo donde puedan disfrutar de su familia y de las cosas que más le gustan hacer, también es recomendado una alimentación balanceada y una rutina de ejercicios que les ayude a contrarrestar el degenera miento de su organismo. Finalmente llegar a esta etapa de la vida es un privilegio que pocos pueden tener es por esta razón que al llegar a ser adulto mayor se debe tener una actitud positiva y alegre.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La proporción de los habitantes del planeta mayores de sesenta años se duplicará, el cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos, como por ejemplo en Francia en cien años recién se duplicara y por el contrario en china Brasil esta duplicación será en veinte cinco años.

Es un acontecimiento sin precedentes en la historia que la mayoría de las personas de edad madura e incluso mayores tengan unos padres vivos, como ya ocurre en nuestros días. Ello significa que una cantidad mayor de los niños conocerán a sus abuelos e incluso sus bisabuelos, en especial sus bisabuelas., viendo que las mujeres viven más que los varones.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis.

En los países desarrollados personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos, negarles una atención buena asistencia. El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

Se deduce que la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro, en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana.

El riesgo de padecer demencia la capacidad funcional aumenta netamente con la edad y se calcula una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

Las personas adultas mayores padecen cierto grado de deterioro cognoscitivo. En los países de ingresos bajos y medianos los ancianos aquejados de demencia por lo general no tienen acceso a la atención asequible a largo plazo que su afección puede requerir. Muchas veces, la familia no recibe ayuda gubernamental para ayudar a cuidar de estos pacientes en casa. Además afirma que es mayor la población femenina frente a la población masculina.

También asegura que un alto porcentaje de esta población percibe sueldos por debajo del nivel adquisitivo adecuado.

En lo que respecta a aseguramiento de salud, no toda la población de este grupo etario se encuentra dentro de este régimen representando un porcentaje determinante.

En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor lo que demanda mejor criterio en el cuidado que debe brindar el profesional de enfermería.

No obstante lejos en nuestra población denota el cambio que hay en personas adultos mayores y además que van sufriendo deterioro y que no toman conciencia de su salud, no se valoran ellos mismos y que son abandonados por los hijos y se echan al abandono y bien es cierto se dedican a cosas como fumar, tomar, mastican la coca y con ello ya sobre salen de sus problemas.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en la educación al adulto mayor en el primer nivel de atención en el puesto de Salud Huaynacancha. La Oroya. Junín. 2014-2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo se justifica porque se observó en el establecimiento de salud de Huaynacancha que los adultos mayores no acuden a realizarse las evaluaciones respectivas mediante las medidas preventivas en cuanto a su cuidado, porque ellos creen que a un establecimiento de salud solo se acude cuando están enfermos o presentan alguna molestia alguna, por ello es lo que se realiza la educación a los adultos mayores y los familiares para que tomen conciencia de las enfermedades prevenibles que aqueja a la persona adulto mayor y sus respectivos cuidados que se debe tener ya que una persona adulto mayor es una persona frágil.

Además se justifica porque de los resultados podremos proponer estrategias adecuadas a fin de incrementar actividades dirigidas especialmente a trabajar con el paciente adulto mayor buscando prevenir alteraciones en su salud y prolongar su etapa de vida de forma adecuada en el primer nivel de atención

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A continuación se presenta los antecedentes que guardan relación con el contenido:

A nivel internacional

ARANCIBIA R y Hernández D, Provincia Ciego de Ávila, Cuba, en el año 2008 en su investigación **“Estado Nutricional y Actividad Física en el Adulto Mayor en una población de referencia”** el presente estudio es descriptivo, utilizando un cuestionario para identificar la actividad física y el índice de masa corporal para determinar el estado nutricional en 1494 ancianos.

Obtuvieron los siguientes resultados: en el Grupo masculino las condiciones de obesidad (12.21%), sobrepeso(33.72%) y bajo peso (5.81%) exceden en su conjunto los valores del normal peso expresados en este grupo (48.26%), mientras que en el resto si bien existen los estados indicados los valores son más bajos, exceptuando el bajo peso (deficiencia nutricional por hipo calorías) que lentamente asciende aunque no de manera crítica, no obstante es una regularidad tanto el incremento del bajo peso como del normal peso desde el Grupo I al IV .

VERGOTTINI (2013). Argentina. Realizó una investigación sobre: **“Epidemiología, detección y prevención de enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial en un área alejada de grandes centros urbanos Sumampa, Santiago del Estero”**. Es un estudio epidemiológico, transversal observacional en la localidad de Sumampa. Las conclusiones fueron entre otras: El estudio muestra una alta prevalencia de hipertensión arterial (57%), las mujeres son más hipertensas que los hombres, el nivel educativo de la población estudiada fue bajo e incidió en la prevalencia de la hipertensión arterial, la obesidad es un factor de riesgo para hipertensión para la muestra, fundamentalmente para las mujeres, los factores dietéticos y el consumo de sal, no fueron variables estadísticamente fiables para extrapolar resultados, el 45% de los pacientes no sabían que eran hipertensos, el 84% de los pacientes tratados no logran controlar la Hipertensión.

A nivel nacional

ZAPATA Durango, Sandra, en Lima-Perú, en el 2013, realizó un estudio titulado **“Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el Servicio de Geriatría del Hospital Almenara”** el cual tuvo como objetivo: Determinar la percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el Servicio de Geriatría del HNGAI, fue un estudio cuantitativo, diseño descriptivo transversal,; la población estuvo conformada por los adultos

mayores que ingresaron al servicio de geriatría durante el primer trimestre del 2013. Para la recolección de datos se usó como técnica la entrevista y como instrumento un cuestionario. El proceso de recolección de datos lo efectuó la investigadora en el primer trimestre del 2013. Entre sus conclusiones más importantes menciona:

La percepción general del paciente adulto mayor frente al cuidado que reciben de las enfermeras(o) es medianamente favorable; por ende es preciso reflexionar sobre la esencia de enfermería, que es el cuidar al necesitado, un cuidado con bases humanísticas, pues el mal uso y aplicación de los avances científicos y tecnológicos, el estrés de los trabajadores de salud debido a la recarga de funciones y otras causas han hecho que el cuidado de enfermería se vuelva rutinario y frío, es decir, un cuidado deshumanizado, atentando contra la integridad de la persona.

REMUZGO Artezano, Aniña, Perú en 2002 sobre “Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (o) en el Servicio de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”.

La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de la enfermera en el Servicio de Geriatría del HNGAI. El estudio es de nivel aplicativo,

tipo cuantitativo, utilizando el método descriptivo de corte transversal en una población de 76 pacientes. Llegando a las siguientes conclusiones:

“El nivel de satisfacción del paciente Adulto es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo respecto a los cuidados recibidos de la enfermera en el servicio de Geriátrica del HNGAI, siendo más baja la dimensión calidez respecto a la dimensión calidad”

MORALES M Y Portilla M, Cono Sur Chimbote en el año 2006, en un estudio descriptivo correlacionar, investigó el **“Estilo de Vida y Nivel de Autocuidado del Adulto Mayor Hipertenso en el Hospital I”**, en una muestra de 115 adultos mayores hipertensos. Los resultados reportan que más del 61% de adultos mayores presentan un estilo de vida favorable y un buen nivel de autocuidado. De otra parte cifras próximas al 39% tienen un estilo de vida desfavorable y un buen nivel de autocuidado. No se encontró relación estadística mente significativa entre las variables estudiadas ya que los adultos mayores hipertensos tienen un buen nivel de autocuidado independiente de su estilo de vida. Desarrollaron una investigación de tipo descriptivo correlacionar, sobre el Estilo de Vida y Autocuidado del Adulto Mayor hipertenso del Módulo de Atención Integral, de Es Salud Hospital III de Chimbote en el año 2007.

La muestra estuvo constituida por 176 usuarios, los resultados señalan que el 50.6% de los adultos mayores hipertensos mantienen un nivel de

autocuidado bueno mientras que el 49.4% un nivel de autocuidado regular. El 59 % de la muestra presenta un estilo de vida favorable seguido de un 41% con estilo de vida desfavorable. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 TEORÍA DE ENFERMERÍA DE VIRGINIA HENDERSON

El presente trabajo académico se sustenta en la Teoría de Enfermería de Virginia Henderson. El trabajo junto a las investigaciones realizadas por Henderson generaron una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el paradigma de integración.

Es un modelo considerado de tendencia humanista y de tendencia de suplencia o ayuda, es un modelo ampliamente difundido por su característica de generalidad, sencillez y claridad.

El modelo de Henderson abarca los metapradigmas Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

- **Salud:** Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de

satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.
- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos (APRENDER)
- **Cuidado:** Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

- **Entorno:** Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es de naturaleza dinámica. Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.
- **Persona:** como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio. Estos componentes son indivisible y por lo tanto la persona se dice que es un ser integral.

Henderson define la enfermería como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Al cliente de Enfermería lo considera como un individuo que requiere asistencia para alcanzar la satisfacción de sus necesidades y la independencia, o la muerte pacífica.

Considera que tiene 14 necesidades básicas que comprende los componentes de los cuidados de Enfermería. Estas necesidades están interrelacionadas entre sí, son comunes a todas las personas y en todas las edades. Cada una de ellas contiene aspectos sociales, fisiológicos, culturales y afectivos.

Lo que se altera no es la necesidad, sino la satisfacción y el grado de satisfacción es distinto para cada persona. Aunque no prioriza las necesidades las cinco primeras se consideran vitales.

- 1. Necesidad de respirar normalmente:** Matiza también el control de algunos aspectos ambientales, tales como la temperatura, humedad, sustancias irritables y olores. Hace referencia al masaje cardiaco y al control de oxigenación.
- 2. Necesidad de comer y beber adecuadamente:** La enfermera debe conocer los aspectos psicológicos de la alimentación y establecer una supervisión constante sobre la comida, teniendo en cuenta gustos, hábitos, etc.
- 3. Necesidad de eliminar por todas las vías:** La enfermera deberá observar si la eliminación es normal, incluye la protección de la piel contra la irritación y una buena utilización de ropas de vestir y de cama.
- 4. Necesidad de moverse y mantener la debida postura:** Hace un matiz sobre los cambios posturales y la prevención de úlceras por decúbito.

Planteó que la enfermera no solo debe valorar las necesidades del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

- 1. Nivel sustitución:** la enfermera sustituye totalmente al paciente.
- 2. Nivel de ayuda:** la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
- 3. Nivel de acompañamiento:** la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

Henderson da una definición de enfermería, "asistir al individuo, sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por el mismo si tuviera la fuerza, conocimiento o voluntad necesaria, todo esto de manera que la ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible".

2.2.2 ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La Norma Técnica de Salud que rige la atención integral al adulto mayor, es de aplicación Sectorial, nacional, regional y local, de cumplimiento obligatorio por los prestadores de atención de salud a las personas adultas mayores en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Es la población objetivo está constituida por todas las personas mayores de 60 años a más. Se tendrá en cuenta la población adulta mayor adscrita, dirigiendo las intervenciones hacia aquellas personas adultas mayores que viven en zonas de mayor riesgo y/o presentan mayor vulnerabilidad, según corresponda.

a) Estrategias para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores:

Son un conjunto de acciones o comportamientos cuyo propósito es lograr la atención integral de las PAMs y familia. Las más reconocidas para la atención integral en este grupo etario, son las siguientes:

- Fortalecimiento de las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores.
- Organización y adecuación de los servicios según categorización.

- Manejo estandarizado en el mantenimiento y recuperación de la salud de las PAMs de acuerdo a la realidad regional y local.
- Participación de la familia y comunidad para mejorar el acceso a la atención integral de salud de las PAMs.
- Fomento de la participación de las PAMs en las acciones de salud. • Conformación de redes de servicios sociales y de apoyo mutuo intersectorial.
- Articulación de las medicinas tradicionales y complementarias.

▪ **Atención Intramural:**

Es la atención a la persona adulta mayor en el establecimiento de salud por el profesional o técnico de salud, sensibilizado y capacitado según competencias y nivel de complejidad del establecimiento.

- **Atención de daños agudos no emergencias.-** Se orienta a dar respuesta a problemas de salud de inicio rápido comprendida dentro de un conjunto de necesidades de salud identificadas. Están relacionadas a problemas de menor complejidad y que no representan amenaza para la vida de la PAM. Se incluyen las consultas programadas.
- **Atención de daños sub agudos y crónicos.-** Representa el abordaje de problemas sub-agudos y crónicos, principalmente

trastornos degenerativos no transmisibles, comprendidos dentro del conjunto de necesidades de salud seleccionadas.

- **Atención de la emergencia.-** Se orienta a resolver prontamente los problemas que ponen en riesgo la vida y salud de la PAM. Dependiendo de la complejidad de la emergencia se tratará y/o referirá al establecimiento o servicio correspondiente.

- **Atención integral.-** Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. Proceso por el cual se satisface las necesidades de salud a través de la prestación continua y con calidad de los cuidados esenciales de las PAMs considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

- **Atención extramural.-** Es la atención que se realiza fuera del establecimiento de salud con el objetivo de extender la atención a los grupos poblacionales prioritarios (pobres y extremadamente pobres) del ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud. El adulto mayor puede ser atendido en diferentes espacios como son: domicilio, casas de reposo, círculos de adultos mayores y casas de convivencia (asilos).

- **Criterios de programación.-** Son las reglas o pautas a ser aplicadas en la programación del conjunto de actividades y requerimientos de acuerdo al tamaño de población, en un tiempo

determinado, capacidad resolutive y demanda, con el objeto de alcanzar las metas programáticas de salud. El nivel nacional establecerá los criterios de programación de actividades de la etapa de vida adulto mayor. El nivel Regional y local programaran las actividades en función de la población adulta mayor adscrita al ámbito de la región y al establecimiento de salud, según los parámetros establecidos y tomarán en cuenta la presencia o ausencia de otros prestadores de servicios en la zona.

b) Componentes en la implementación de la atención de salud de las PAMs se desarrollarán los componentes de: Organización, Provisión, Gestión y Financiamiento.

▪ **Componente Organización:**

Es el conjunto de procesos y acciones que permiten reordenar la oferta sanitaria para producir prestaciones de salud que cubran las necesidades de atención de salud de este grupo poblacional. Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales tanto en la atención intramural como en el extramural para brindar cuidados esenciales de calidad. El componente de organización comprende: • Oferta fija y móvil • Organización de los recursos humanos • Servicios e infraestructura física (disponibilidad y ordenamiento de los ambientes, mobiliario, equipos, materiales e insumos para la atención intra y extramural) •

Flujos y horarios de atención • Normas, guías de práctica clínica y protocolos entre otros Los establecimientos de salud se organizarán para la atención integral de las personas adultas mayores, considerando los recursos disponibles en el ámbito y de acuerdo a su nivel de complejidad dentro de la red prestadora de servicios de salud a la cual pertenecen.

- **Recursos Humanos:** El personal de salud debe estar capacitado en la atención integral del adulto mayor; así como, tener habilidades y actitudes que le permita establecer desde el inicio, empatía con este grupo etéreo propiciando un clima de confianza, seguridad y respeto. En los establecimientos de salud I-1, I-2, I-3 y I-4, según corresponda, se conformará un equipo interdisciplinario básico integrado por el médico y enfermera, sensibilizados, capacitados y entrenados para brindar atención integral al adulto mayor. Se incorporarán otros profesionales de la salud tales como odontólogo, psicólogo, trabajadora social, nutricionista entre otros; así como personal técnico de enfermería y/o técnico sanitario, de acuerdo a la complejidad del establecimiento y disponibilidad de recursos. Los establecimientos de salud III-2, III-1, II-2 y II-1 conformarán equipos interdisciplinarios coordinado por profesionales especialistas en geriatría o capacitados en salud integral del

adulto mayor. El equipo interdisciplinario de la red o microrred prestadora de salud se constituye en el grupo profesional que coordinará las acciones de la red interna de salud y participa de la red de apoyo intersectorial.

- **Servicios e infraestructura:** Los establecimientos de salud deberán contar con servicios adecuados y/o diferenciados de atención de salud del adulto mayor, de acuerdo a su nivel de complejidad.

Adecuados y/o diferenciados deberán adaptarse a las necesidades y requerimientos de las personas adultas mayores de la región o localidad para la atención integral, tomando en cuenta el contexto familiar y comunitario. Se considerará servicio diferenciado, aquel que brinda atención integral a las personas adultas mayores en ambientes convenientemente adecuados, en horario de atención diferenciado y visible al público. Se considerará servicio adecuado, aquel servicio con ambientes adaptados a las condiciones biológicas y funcionales del adulto mayor.

Los establecimientos de salud deberán considerar la ubicación del consultorio en el primer piso, de fácil acceso, con buena iluminación, puertas amplias, rampas, pasamanos, pisos antideslizantes y otros que faciliten el desplazamiento de las

PAMs. Los servicios deberán contar con condiciones que garanticen la confidencialidad y privacidad en la atención de las personas adultas mayores y que faciliten las relaciones interpersonales entre los usuarios y los proveedores.

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos para la atención integral del adulto mayor de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento. El servicio contará con lo siguiente: tensiómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro, oto-oftalmoscopio, lámpara de cuello de ganso, camilla, peldaños de 2 pasos, sillas y escritorio. El servicio deberá contar con fluxograma, normas, guías de práctica clínica, guías de procedimientos, ficha de valoración clínica del adulto mayor (VACAM), tabla de valoración del índice de masa corporal, cartilla de evaluación de agudeza visual (cartilla de Snellen) y otros documentos para la atención. Los servicios deberán disponer de materiales y mecanismos para proveer información verbal o escrita completa, veraz, oportuna y en un lenguaje comprensible para el adulto mayor, familia, cuidador y público en general, de tal manera que les permita tomar decisiones informadas sobre la salud. Los servicios contarán con material educativo que incluya temas educativos del paquete de atención integral, teniendo en consideración interculturalidad y derechos de los usuarios.

Los establecimientos de salud ejecutan la referencia y la contrarreferencia para la continuidad y oportunidad de la atención de las PAMs captadas, de acuerdo a las normas vigentes y a lo establecido en el nivel local para la red de servicios. El motivo de la referencia de un adulto mayor responde a la capacidad resolutive de cada uno de los establecimientos de acuerdo a las Guías de Práctica Clínica, manteniendo las disposiciones que la norma establece. El personal de salud procurará que el adulto mayor víctima de abuso o abandono sea referido a la red de atención intersectorial local, defensoría, fiscalía, delegación policial, refugios, asilos, otros. Los Institutos Especializados y hospitales categoría III son los establecimientos de mayor capacidad resolutive constituyéndose en centros de referencia de la red prestadora. Los hospitales categoría II son los centros de referencia de los establecimientos del nivel I (puestos y centros de salud o equivalente) según corresponda. La DIRESA contará con un directorio de instituciones que brinden servicios para adultos mayores, formando redes de atención y de soporte social con las que se coordinarán intervenciones de atención, recuperación y desarrollo integral para este grupo poblacional, según amerite el caso.

- **Documentos de gestión y otros instrumentos**

- Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006.

- Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores.
- Guía de Atención Integral de Salud para las Personas Adultas Mayores.
- Guías de Práctica Clínica de las Enfermedades Prevalentes en el Adulto Mayor.
- Formatos para la historia clínica.
- Formatos para la referencia y contrarreferencia, comunidad – servicios, y en la red prestadora.
- Registro, tarjetas o formatos para el seguimiento.
- Instructivos y materiales educativos diversos.
- Registro de indicadores epidemiológicos, de producción, eficiencia y calidad.
- Documentos técnicos de gestión emitidos por la Dirección de Salud y otros.

Organización del Trabajo Extramural La organización del trabajo extramural para la atención del adulto mayor comprende acciones como: las visitas, la atención domiciliaria, el seguimiento de los adultos mayores, el trabajo intersectorial, la formación de redes de soporte social, el trabajo conjunto con los adultos mayores, creación de círculos/centros del adulto mayor y el

desarrollo de programas referidos a la familia y comunidades saludables. Así mismo, se conformarán equipos para la atención de poblaciones excluidas y dispersas según norma vigente.

Articulación multisectorial El nivel nacional, la Dirección Regional, Red, Microrred o establecimiento de salud según corresponda, promoverá la participación coordinada de los diferentes sectores para lograr la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores, desarrollo integral de los adultos mayores. Esta estrategia incluye la abogacía con los decisores en el nivel nacional, regional y local, a fin de incorporar a los adultos mayores en los planes de desarrollo en los diferentes niveles de responsabilidad. Formación de redes de soporte social

El nivel nacional, Direcciones de Salud, Red, Microrred o establecimiento de salud según corresponda fortalecerá o impulsará la formación de redes de soporte social en sus ámbitos para afrontar las diversas necesidades que este grupo poblacional requiere. **Comunidades y municipios saludables** Los diferentes niveles e instituciones de salud, según corresponda promoverán que las autoridades políticas y civiles, las instituciones y organizaciones públicas y privadas, empresarios, trabajadores y sociedad en general, participen, realicen esfuerzos

y acciones para la mejora continua de las condiciones de vida y salud, entre otras condiciones, para lograr el bienestar de la población adulta mayor del ámbito local a su cargo.

▪ **Componente Prestación:**

Comprende la atención integral de salud del adulto mayor, a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que el equipo interdisciplinario de salud, el propio adulto mayor, familia y comunidad, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimientos de salud y otros) brinda al adulto mayor. La atención de salud, se realizará siempre de manera integral, independiente del motivo de consulta, de tal manera que el adulto mayor sea evaluado, y cuente con un plan de atención integral. Los establecimientos de salud según nivel de complejidad y el personal de salud, según corresponda, deberán desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a fin de mejorar las condiciones de vida para un envejecimiento activo y saludable.

- **Atención de la Persona Adulta Mayor**

La atención de la persona adulta mayor comprende la entrega del paquete de cuidados esenciales considerando momentos que a

continuación se detallan y que deben adecuarse al contexto del establecimiento de salud:

- *Captación de la PAM* La PAM deberá ser captada de diversas maneras y motivos:
 - Como consultante o usuario: sólo o acompañado de un familiar o cuidador, con o sin patología o riesgo de salud
 - Como acompañante de consultante o usuario
 - Referido por un promotor de salud, persona de la comunidad, ONG, u otra institución
 - Referido por personal de salud de un establecimiento de menor o mayor complejidad
 - Mediante búsqueda activa en la labor extramuralEl primer contacto con la PAM es importante porque además de atender el motivo de la consulta definirá el camino a seguir para el desarrollo del Plan de Atención Integral personalizado.
- *Orientación personalizada del proceso de atención en el servicio.*
- *Verificación del cumplimiento de la ley de atención preferente (Ley N° 27408)*
- *Búsqueda o apertura de la historia clínica, el mismo que deberá formar parte de la ficha o carpeta familiar, de corresponder.*

- *Identificación del financiamiento o validación de derechos: Seguro Integral de Salud (SIS), otros seguros, subvenciones, exoneraciones o pagos particulares Triage.*
- *Atención preferencial a la PAM.*
- *Detección de signos de alarma o gravedad.*
- *Determinar si la PAM tiene alguna enfermedad para definir el tipo de atención que requiere para derivarlo a la consulta que le corresponde.*
- *Orientación e información sobre el tipo de servicio requerido.*
- *Atención integral* La atención integral de la persona adulta mayor comprende un conjunto de cuidados esenciales los que se encuentran incluidos en el paquete de Atención Integral, de acuerdo a las necesidades de salud del adulto mayor (Ver Anexo N° 2). Toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez o tenga la condición de continuador se le realizará:
- *La Valoración Clínica del Adulto Mayor - VACAM* a través de la Historia Clínica de Atención integral para las PAMs, aplicada por el profesional de salud. Incluye el examen físico completo, exámenes de laboratorio complementarias, la cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor.

La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio. Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:

- Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud.
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible).
- Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor.
- No acude a consulta programada (Ej. vacunación antiamebílica, exámenes auxiliares, etc.)

- **Plan de Atención Integral**

El Plan de atención integral es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, en el se especifican la provisión de servicios según categorías. Así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutive quién se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales.

A las PAMs se les brindará los cuidados esenciales, los mismos que estarán correlacionados con las necesidades que se van a satisfacer.

- Necesidades de desarrollo: acciones de promoción y educación para la salud.
- Necesidades de mantenimiento de la salud: acciones de prevención de la salud (identificación de riesgo e intervención de los mismos).
- Necesidades derivadas del daño: atención de daños según guía de atención.
- Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: atención de discapacidades según protocolo.

El Plan de atención integral para la Persona Adulta Mayor es personalizado, y realizado de acuerdo a cada categoría. El mismo que deberá ser elaborado por el equipo interdisciplinario y con participación de la persona adulta mayor y/o cuidador responsable. La aplicación del Plan de atención integral por categoría y personalizado se desarrollará a través de las actividades contenidas en el plan de manera continua, progresiva y priorizada. El seguimiento dependerá de los hallazgos de la valoración clínica integral inicial, del Plan de atención integral y se actuará de manera individual.

▪ **Componente Prestación:**

Comprende procesos gerenciales de: Planificación y programación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación de acciones a desarrollar para la prestación de un servicio de calidad al adulto mayor que permiten brindar soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios.

La programación de la atención integral al adulto mayor se realizará en base a la demanda común, que acude por propia iniciativa al establecimiento de salud; y la demanda captada que acude por motivación externa al establecimiento de salud o son referidos por otras organizaciones

- **Asistencia Técnica, Supervisión, Monitoreo y Evaluación**

El proceso de asistencia técnica y supervisión se realizará desde el nivel inmediato superior de acuerdo a la programación o a solicitud de parte; y estará dirigido al equipo de salud a cargo de las actividades de la etapa de vida adulto mayor, en sus aspectos administrativos, técnicos y educativos.

La asistencia técnica y supervisión con desplazamiento del personal del nivel nacional al nivel regional, se realizará por lo menos una vez al año, y del nivel regional a sus niveles

operativos, de acuerdo a sus recursos y necesidades, sugiriéndose que ésta sea realizada dos veces al año.

La asistencia técnica y supervisión bajo la concepción de enseñanza – aprendizaje, estará a cargo del profesional capacitado y se realizará de acuerdo a los niveles de complejidad del sistema.

El instrumento de supervisión estará diseñado de acuerdo a las normas técnicas vigentes y formará parte del instrumento de Supervisión Integral. Deberá ser adecuado en el ámbito local en función de los componentes de salud integral y en relación con el Plan Operativo.

Los principales procesos para la implementación de la atención integral para las personas adultas mayores, sujetas a supervisión y evaluación son: existencia de servicios diferenciados, calidad de la atención integral, IEC, consejería, coordinación intersectorial.

El monitoreo y la evaluación se realizará a nivel nacional, regional y local a través de indicadores de estructura, de proceso, resultado e impacto, los mismos que responden al desarrollo de las actividades de atención integral de las PAMs. Los indicadores de proceso serán de evaluación mensual o trimestral según

corresponda, los de resultado serán de evaluación anual y los de impacto de medición quinquenal. Sin embargo en este último caso, se realizará la evaluación de la tendencia anual.

- **De proceso**

- Porcentaje de adultos mayores con valoración clínica integral.
 - Porcentaje de adultos mayores en la categoría frágil.
 - Porcentaje de adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial.
 - Porcentaje de adultos mayores con diagnóstico de Diabetes Mellitus.
 - Número de establecimientos de salud que cumplen las normas técnicas para la atención de las PAMs
- c) De resultado.
- Porcentaje de adultos mayores satisfechos con la atención recibida.
- d) De impacto.
- Tasa de mortalidad en las PAMs

- **Gestión del conocimiento**

La capacitación del personal de salud, estará a cargo de la red de facilitadores en el ámbito nacional, regional y local. Los establecimientos de salud deberán incluir dentro de sus planes institucionales de capacitación temas de adultos mayores.

Las actividades de atención serán registradas en el Sistema Único de Información (HIS), debiéndose fortalecer el correcto llenado de los datos a nivel local. Corresponde al nivel intermedio y operativo, verificar la calidad de la información, desde su registro, procesamiento, análisis y reporte; así mismo, deberá promover la toma de decisiones basada en evidencias a partir del análisis local. La Dirección Regional tiene la responsabilidad del último control de calidad. Se considerará la información oportuna aquella que es remitida al nivel nacional hasta el día 15 del mes siguiente al informado.

El análisis de la información local y regional deberá realizarse de manera cualitativa y cuantitativa a través de indicadores de proceso, resultado e impacto, determinando las dificultades, los problemas y las necesidades más frecuentes en el trabajo con los adultos mayores y evaluando las acciones tomadas. El análisis de la información será mensual, trimestral, semestral y anual.

- Investigación

Las Direcciones Regionales y Direcciones de Salud, así como los Institutos, Hospitales, Centros y Puestos de Salud, promoverán y desarrollarán investigaciones relacionadas al adulto mayor, con la

finalidad de mejorar la calidad de la atención, se priorizará la investigación operativa. Las investigaciones estarán dirigidas a:

- Diseño y validación de modelos de atención para los adultos mayores, que puedan ser replicados en diferentes instancias en los ámbitos locales, regionales y nacional.
- Implementación de un modelo de intervención para la promoción de salud y prevención de las enfermedades.
- Desarrollo de un modelo de capacitación dirigido al personal de salud que trabaje con adultos mayores.
- Mejoramiento de la calidad de la atención del adulto mayor
- Los responsables de los diferentes niveles de atención, establecerán mecanismos facilitadores para el desarrollo de investigaciones.

- **Vigilancia epidemiológica**

Los servicios de salud realizarán la vigilancia epidemiológica a fin de obtener información básica para el análisis sistemático de la ocurrencia y distribución de los problemas de salud más resaltantes, identificando los factores que intervienen para que estos se produzcan y de esta manera poder tomar decisiones oportunas en el nivel local. Los problemas de salud más importantes de la población adulta mayor sujeta a vigilancia son:

Enfermedades transmisibles prevalentes, Enfermedades no Transmisibles (cáncer, depresión, violencia, suicidios, intentos de suicidio entre otros). Para efectos del registro y la notificación de la ocurrencia se utilizarán las definiciones operacionales de las variables según las normas establecidas para cada caso por la Dirección General de Epidemiología.

Las actividades de la etapa de vida adulto mayor serán financiadas por las partidas respectivas de Tesoro Público (recursos ordinarios y recursos directamente recaudados) y otras fuentes de financiamiento. Se promoverá el apoyo privado nacional y de cooperación externa para el desarrollo de actividades o proyectos específicos.

Las actividades programadas deberán estar incorporadas en el Plan Operativo Institucional, para contar con el financiamiento correspondiente. Las atenciones de los Adultos Mayores pobres y en extrema pobreza serán cubiertas por el Seguro Integral de Salud – SIS, de acuerdo a los planes de cobertura de atención vigentes. 7 Responsabilidades

Las disposiciones contenidas en la presente Norma Técnica de Salud son de aplicación obligatoria, bajo responsabilidad de todos los funcionarios, Directores Generales, Jefes, Responsables de la Atención integral de la PAMs, médicos,

personal asistencial y personal administrativo, que participarán en el proceso de atención de las PAMs. Así mismo es responsabilidad del:

2.2.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

El adulto mayor requiere de un cuidado multidisciplinario efectivo, que incluya la promoción y recuperación de su salud, el crecimiento individual, familiar y social, el cual se enfoca en tres áreas.

a) Áreas del cuidado

- **Área física:**

- Realizar movilización y cambio de posición al paciente para evitar úlceras por presión.
- Promover mejores estilos de vida como ejercicio, alimentación balanceada, abandono del tabaco y el alcohol.

- **Área social:**

- Promover la participación activa en la sociedad.
- Señalización de áreas públicas frecuentadas por el adulto mayor para la prevención de accidentes.

- **Área psicológica:**

- Fortalecer las capacidades motoras y cognoscitivas por medio de terapias recreativas y ocupacionales.

- Realizar un rol de cuidado familiar de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

La enfermería profesional se incorpora de esta manera, con su propia perspectiva en el cuidado integral del adulto mayor; por lo que es necesario fortalecer los conocimientos referentes a los derechos del adulto mayor los cuales se deben hacer valer al brindar cuidados de enfermería.

b) Propuestas de intervenciones de enfermería para el cuidado del adulto mayor enfocado a las áreas del ejercicio profesional:

▪ **Cuidado directo:**

- Utilizar un lenguaje sencillo, coherente y concreto de acuerdo a los requerimientos del adulto mayor.
- Identificar el déficit de auto cuidado para determinar el plan de cuidados que requiera el adulto mayor.

▪ **Investigación**

- Investigar parámetros de normalidad en el adulto mayor para fundamentar los cuidados de enfermería que se brindan.
- Investigar sobre el impacto que tiene el rechazo social o abandono en el adulto mayor.

- **Docencia**

- Educar al adulto mayor sobre la importancia del autocuidado.
- Promover la recuperación y mantenimiento de la postura corporal.

- **administrativo**

- Establecer con el adulto mayor y sus cuidadores metas y tareas para lograr niveles óptimos de autocuidado.
- Coordinar con instituciones dedicadas al cuidado del adulto mayor para el traslado oportuno de pacientes y así brindar una asistencia de calidad.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Enfermería:** Ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual. El ejercicio de enfermería varía conforme a las necesidades de la situación del usuario, debido a la ampliación de los roles se han establecido nuevas dimensiones a la práctica de enfermería.
- **Intervenciones de enfermería:** Acciones llevadas a cabo para controlar el estado de salud, reducir los riesgos, resolver, prevenir o

manejar un problema, facilitar la independencia y promover una sensación óptima de bienestar físico, psicológico y espiritual.

- **Cuidado integral:** Describe la importancia de prestar un servicio que fomente la capacidad de influir positivamente en la persona, desarrollando armónica y coherentemente todas y cada una de las dimensiones del ser humano, a fin de alcanzar su plena adaptación al entorno.
- **Envejecimiento:** Conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas.
- **Senilidad:** Estado fisiológico producto de un envejecimiento paulatino, se caracteriza por una debilitación física y psíquica general, producto de los cambios histológicos, bioquímicos y metabólicos.
- **Senectud:** Periodo de la vida humana que va desde los 68 o los 70 años en adelante, durante el cual se produce la definitiva disminución y decadencia de las fuerzas psicofísicas hasta llegar a la muerte.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Mediante nuestro informe que realizo y además de las evaluaciones anuales se nota el incremento que se va teniendo de año en año se va viendo que el adulto mayor va tomando conciencia de la prevención de la salud y se puede ver que mediante informes anuales cual es el incremento de la atención en el adulto mayor según va transcurriendo el año y en la que se va identificando problemas de salud que se puedan prevenir mediante los exámenes que se realicen.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Con mi experiencia obtenida en mi centro de trabajo del Puesto de Salud de Huaynacancha, ya que se encuentra ubicada en una comunidad campesina los cuales tienen reuniones los segundos domingos de cada mes, mediante el proceso de tener reuniones en la comunidad y viendo que la población que asiste son personas adultas o adultas mayores entre hombres y mujeres, a dicha reunión se procede a pedir al Presidente de la comunidad de Huaynacancha que dentro de sus reuniones se nos accede por lo menos treinta minutos de su atención para poder dar charlas educativas sobre las enfermedades preventivas y de todos los programas que se atienden en nuestro establecimiento de salud

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Los procesos que se realizaron fueron las charlas educativas en las diferentes reuniones con participación de los diferentes personales profesionales de nuestro establecimiento y en forma individual y en familia.

IV. RESULTADOS

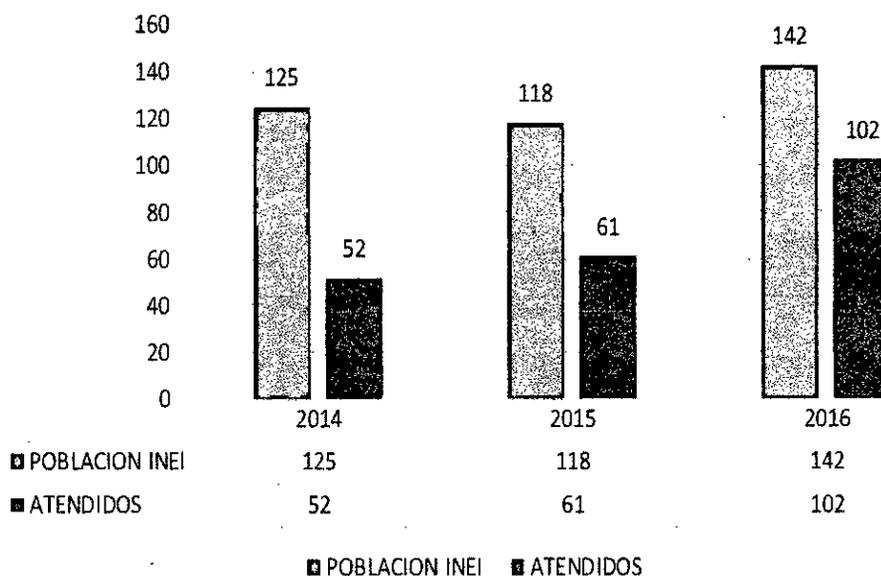
CUADRO 4.1

**RELACION DE POBLACION ANUAL A ADULTO MAYORES
ATENDIDOS EN EL P.S. HUAYNACANCHA 2014-2016**

ITEM	2014	2015	2016
POBLACION TOTAL	125	118	142
ATENDIDOS	52	61	102

GRÁFICO 4.1

**RELACION DE POBLACION ANUAL A ADULTO MAYORES
ATENDIDOS EN EL P.S. HUAYNACANCHA 2014-2016**

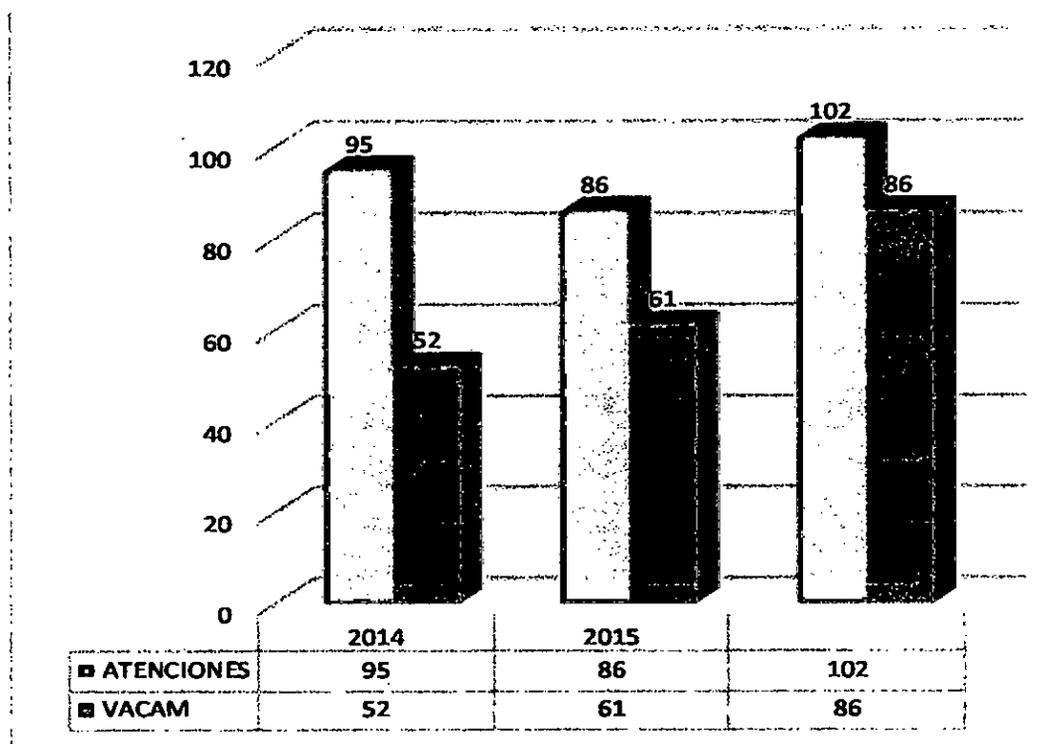


En el presente cuadro 4.1 podemos identificar que según van pasando los años se va incrementando los atendidos en el Puesto de Salud de Huaynacancha.

CUADRO 4.2
RELACION DE ATENCIONES DE ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS Y ADULTOS MAYORES CON VACAM EN EL P.S.
HUAYNACANCHA 2014-2016

	Atendidos	VACAM
2014	95	52
2015	86	61
2016	102	86

GRÁFICO 4.2
RELACION DE ATENCIONES DE ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS Y ADULTOS MAYORES CON VACAM EN EL P.S.
HUAYNACANCHA 2014-2016



En el presente cuadro 4.2 podemos observar que la relación de atendidos con la valoración clínica del adulto mayor se va incrementando según van los años.

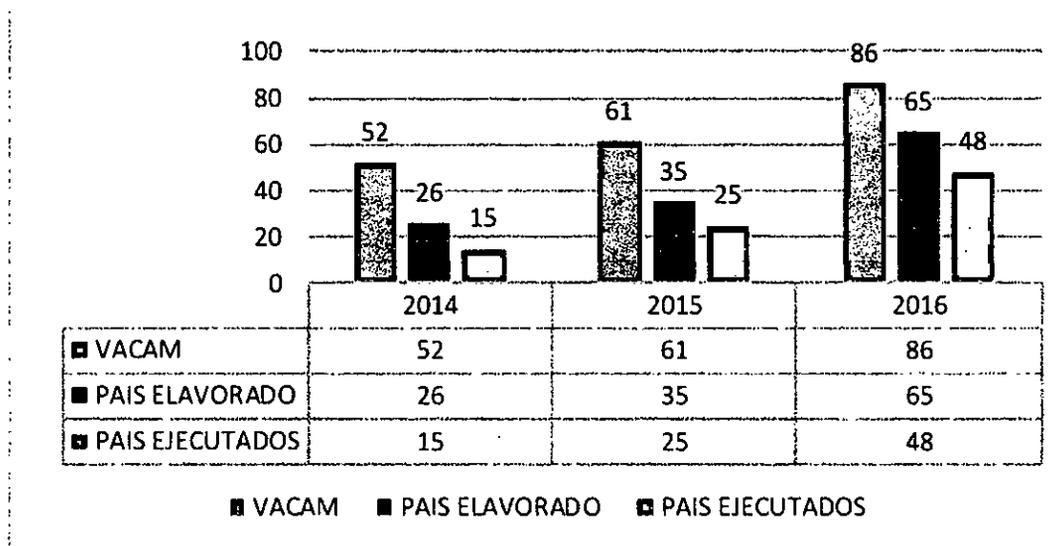
CUADRO 4.3

RELACION DE LOS ITEM DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON PLAN DE ATENCION INTEGRAL ELABORADO Y EJECUTADO EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016

ITEMS	2014	2015	2016
Valoración clínica del adulto mayor (Vacam)	52	61	86
país elaborado	26	35	65
país ejecutado	15	25	48

GRÁFICO 4.3

RELACION DE LOS ITEM DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON PLAN DE ATENCION INTEGRAL ELABORADO Y EJECUTADO EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016



Según se observa en el presente grafico tenemos que según van los años se va teniendo el incremento de los adultos mayores que se realizan su valoración clínica en relación a sus planes de atención integral elaborados con los ejecutados.

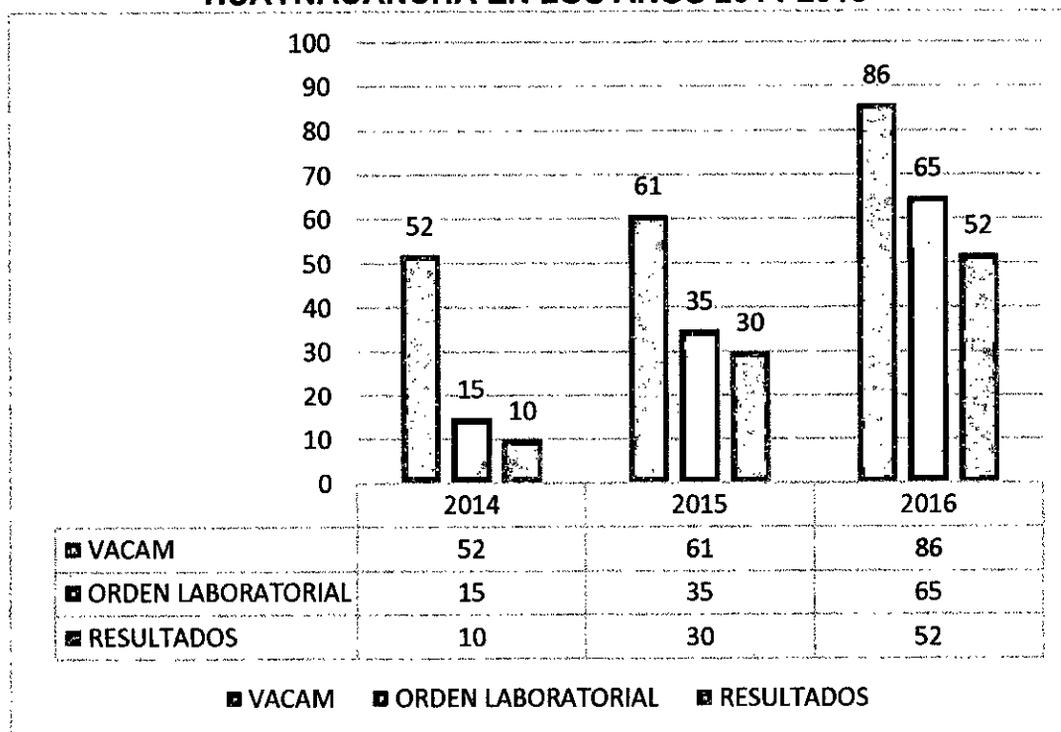
CUADRO 4.4

**RELACION DE LA VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR
CON ORDEN LABORATORIAL Y RESULTADOS EN EL P.S.
HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016**

ITEM	2014	2015	2016
Valoración clínica del adulto mayor (vacam)	52	61	86
orden laboratorial	15	35	65
retorno de resultados	10	30	52

GRÁFICO 4.4

**RELACION DE LA VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR
CON ORDEN LABORATORIAL Y RESULTADOS EN EL P.S.
HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016**



Podemos observar según van pasando los años los adulto mayores van tomando conciencia y acuden al servicio con el resultado de las ordenes de laboratorio y el incremento de año a año.

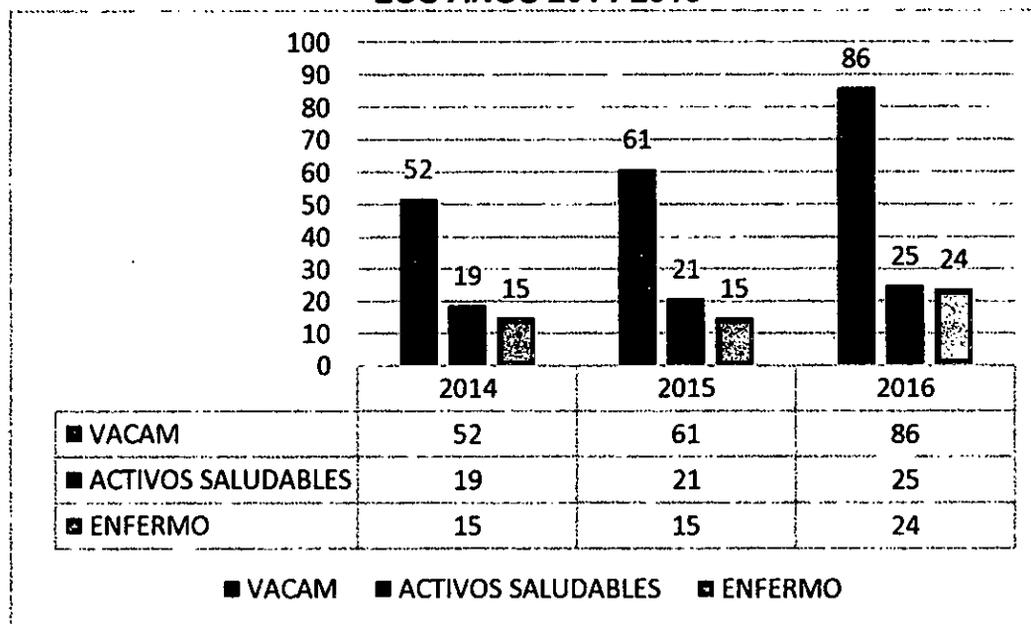
CUADRO 4.5

RELACION DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON SELECCIÓN DE NECESIDADES EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016

ITEMS	2014	2015	2016
Valoración clínica del adulto mayor (vacam)	52	61	86
adulto mayores activos saludables	19	21	25
adulto mayores enfermo	15	15	24

GRÁFICO 4.5

RELACION DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON SELECCIÓN DE NECESIDADES EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016



Se puede observar que de año a año se va incrementando la identificación de los adultos mayores según su necesidad.

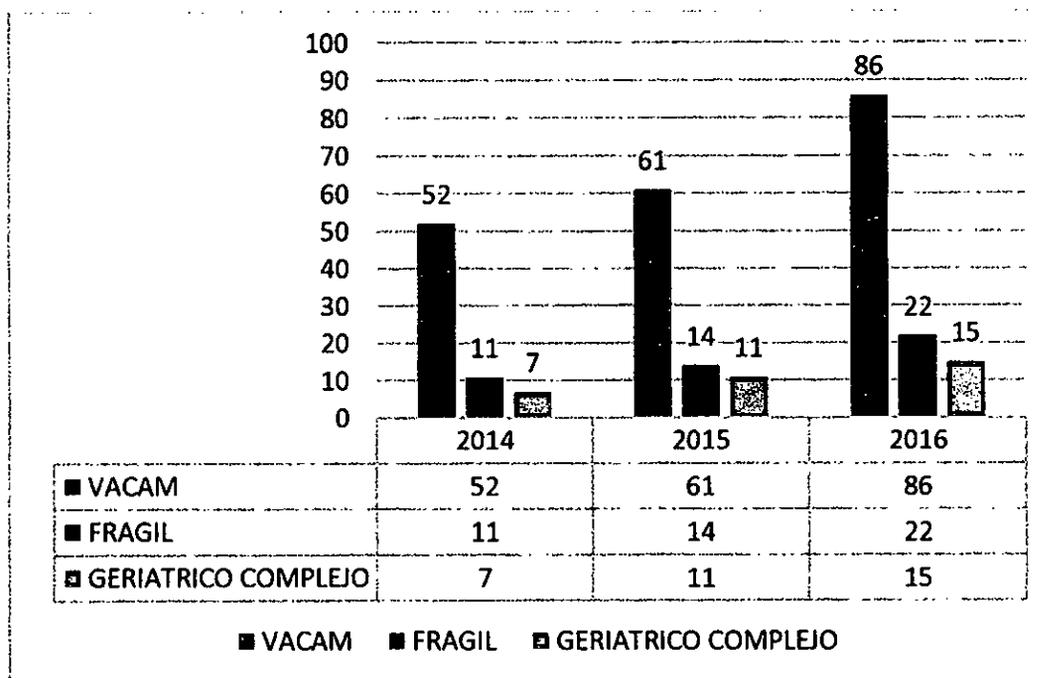
CUADRO 4.6

RELACION DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON SELECCIÓN DE NECESIDADES EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016

ITEMS	2014	2015	2016
Valoración clínica del adulto mayor (Vacam)	52	61	86
adulto mayores frágil	11	14	22
Adulto mayores geriátrico complejo	7	11	15

GRÁFICO 4.6

RELACION DE VALORACION CLINICA DEL ADULTO MAYOR CON SELECCIÓN DE NECESIDADES EN EL P.S. HUAYNACANCHA EN LOS AÑOS 2014-2016



Se puede observar en el gráfico 4.6 que de año a año se va incrementando la identificación de los adultos mayores según su necesidad.

V. CONCLUSIONES

- a) Según los cuadros presentados podemos notar el incremento de asistencia de personas adulto mayores.
- b) Que van tomando conciencia de las enfermedades de su edad.
- c) El incremento de año en año que se va teniendo según los cuadros presentados.
- d) Además que las siguientes evaluaciones que se realiza se va captando a más personas adulto mayores

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se debe tener en cuenta que la educación tanto a las personas mayores o a familiares que tengan dentro de la familia a personas mayores puedan tomar conciencia de con quienes están tratando o como poder asistir o atender a un adulto mayor.

- b) La educación tanto en diferentes actos sociales reuniones comunales, reuniones sociales, reuniones de organizaciones públicas y privadas se deben tomar en cuenta siempre la salud de una persona adulto mayor que es como una joya para los que los vivimos.

VII. REFERENCIALES

1. Decreto Supremo N° 011- 2011-MIMDES que aprueba la Política Nacional en relación al pleno de los derechos de las PAM reconocidas en la Constitución Política y los Tratados Internacionales Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores.
2. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006.
3. Dirección de Asistencia Social. Programa de Atención Integral de Salud. Cuba, 1999.
4. Organización Mundial de la Salud. Programa de Envejecimiento y Salud. Envejecimiento Saludable. Ginebra, 1998.
5. Base Legal • Ley N° 27408 - Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público.
6. Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.
7. Decreto Supremo N° 010-2000-PROMUDEH, que aprobó el documento: "Lineamientos de Política para las Personas Adultas Mayores".
8. Decreto Supremo N° 005-2002-PROMUDEH, que aprobó el "Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2002-2006".
9. Decreto Supremo N° 013-2002-SA, que aprobó el Reglamento de la Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de Salud.

10. Resolución Suprema N° 014-2002-SA, que aprobó los “Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006”.

ANEXO

ANEXO 01

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
<p>1. Evaluación integral del adulto mayor:</p> <ul style="list-style-type: none">• Identificación de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis y demencia• Identificación de factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda• Identificación de síndromes y principales problemas geriátricos (deprivación visual, auditiva, malnutrición, incontinencia urinaria, caídas y otros)• Identificación de problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato)• Identificación de problemas odontológicos• Determinar la funcionalidad
<p>2. Tema educativo (informar y educar en)</p> <ul style="list-style-type: none">• Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene)• Derechos y deberes en salud• Habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre)• Auto cuidado y corresponsabilidad de la familia y comunidad
<p>3. Atención preventiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunación antimamaria según prioridad regional• Antitetánica
<p>4. Visita Domiciliaria</p> <ul style="list-style-type: none">• Al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud• Cuando no acude a tratamiento de daño transmisible, no transmisible• Cuando no acude a vacunación antimamaria según prioridad regional
<p>5. Atención de daños considerados prioridades regionales según guías de prácticas clínicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Atención o referencia de problemas odontológicos• TBC• ITS/VIH• Metaxénicas• Hipertensión Arterial• Diabetes Mellitus• Osteoartritis• Otros

ANEXO 03

 Ministerio de Salud <small>Ministerio del Poder Ejecutivo</small>	FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	2
FECHA <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año	HORA <input type="text"/>	N° HC <input type="text"/>
DATOS GENERALES		
Apellidos <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	Procedencia <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>
G° de Instrucción <input type="text"/>	Estado Civil <input type="text"/>	E. Nac: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Domicilio <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>	Grupo sanguíneo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>
Familiar o cuidador responsable <input type="text"/>		
ANTECEDENTES		
ANTECEDENTES PERSONALES		
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dislipidemias (Colesterol Alto)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoartritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ACV (Derrame)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras, Arritmias, ICCI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de cervicovaginal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer de próstata
Descripción de antecedentes y otros: _____ _____ _____		
ANTECEDENTES FAMILIARES		
SI	NO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto de Miocardio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer (Mama, estómago, colon)
Medicamento de uso frecuente		
No	Sí	Observaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>		
VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR - VACAM		
I. VALORACIÓN FUNCIONAL		
Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)	RAZ	(ABVD)
	dependiente	independiente
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Masticarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Adentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		DIAGNÓSTICO FUNCIONAL
		<input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE (1)
		<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE PARCIAL (2)
		<input type="checkbox"/> DEPENDIENTE TOTAL (3)
		(1) Ningún ítem positivo de dependencia. (2) De 1 a 5 ítems positivos de dependencia. (3) 6 ítems positivos de dependencia.
APELLIDOS Y NOMBRE: <input type="text"/>		N° HC <input type="text"/>

ANEXO 04

	3																										
Ministerio de Salud																											
FÓRMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR																											
II. VALORACIÓN MENTAL																											
2.1 ESTADO COGNITIVO (Metfiter) - Colocar 1 punto por cada error																											
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año) <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN COGNITIVA</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">NORMAL</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DC LEVE</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DC MODERADO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">DC SEVERO</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	VALORACIÓN COGNITIVA		NORMAL	<input type="checkbox"/>	DC LEVE	<input type="checkbox"/>	DC MODERADO	<input type="checkbox"/>	DC SEVERO	<input type="checkbox"/>																
VALORACIÓN COGNITIVA																											
NORMAL		<input type="checkbox"/>																									
DC LEVE		<input type="checkbox"/>																									
DC MODERADO		<input type="checkbox"/>																									
DC SEVERO		<input type="checkbox"/>																									
¿Qué día de la semana? <input type="checkbox"/>																											
¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar) <input type="checkbox"/>																											
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene <input type="checkbox"/>																											
¿Cuál es su dirección completa? <input type="checkbox"/>																											
¿Cuántos años tiene? <input type="checkbox"/>																											
¿Dónde nació? <input type="checkbox"/>																											
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? <input type="checkbox"/>																											
Dígame el primer apellido de su madre <input type="checkbox"/>																											
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta) <input type="checkbox"/>																											
Nota: Colocar un punto por cada error. A las personas con primarias incompletas y analfabetos 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 type="checkbox"/> NO	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 60%;"> SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca) </td> </tr> <tr> <td>¿Se siente impotente o indiferente? <input type="checkbox"/> SI</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle; text-align: center;"> Colocar una marca (X) si corresponde </td> <td> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas) </td> </tr> <tr> <td>¿Tiene problemas de memoria? <input type="checkbox"/> SI</td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Siente desagrado o se siente impotenciado respecto a actividades e intereses? <input type="checkbox"/> SI</td> <td></td> </tr> </table>			SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)	¿Se siente impotente o indiferente? <input type="checkbox"/> SI	Colocar una marca (X) si corresponde	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)	¿Tiene problemas de memoria? <input type="checkbox"/> SI		¿Siente desagrado o se siente impotenciado respecto a actividades e intereses? <input type="checkbox"/> SI																	
			SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca)																								
¿Se siente impotente o indiferente? <input type="checkbox"/> SI		Colocar una marca (X) si corresponde	CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas)																								
¿Tiene problemas de memoria? <input type="checkbox"/> SI																											
¿Siente desagrado o se siente impotenciado respecto a actividades e intereses? <input type="checkbox"/> SI																											
¿Tiene problemas de memoria? <input type="checkbox"/> SI																											
¿Siente desagrado o se siente impotenciado respecto a actividades e intereses? <input type="checkbox"/> SI																											
III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/periférica</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Vive sólo 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/periférica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Dos veces el salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Un salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td>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/periférica																										
3	Vive con cónyuge de similar edad																										
4	Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima																										
5	Vive sólo 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;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>3. VIVIENDA</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Buenas condiciones en la vivienda (piso, paredes, techos, ventanas, etc.)</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (basta incompleto)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Vivienda semi construida o de material aséptico</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Asentamiento humano (Inversión) o sin vivienda</td> </tr> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Buenas condiciones en la vivienda (piso, paredes, techos, ventanas, etc.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (basta incompleto)	4	Vivienda semi construida o de material aséptico	5	Asentamiento humano (Inversión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Relación social sólo con la familia</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td>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 sólo 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	Buenas condiciones en la vivienda (piso, paredes, techos, ventanas, etc.)																										
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (basta incompleto)																										
4	Vivienda semi construida o de material aséptico																										
5	Asentamiento humano (Inversión) 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 sólo 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;"> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td>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 border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">VALORACIÓN SOCIO - FAMILIAR</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe problema social</td> </tr> <tr> <td>5 a 9 pts</td> <td>: Buena/aceptable situación social.</td> </tr> <tr> <td>10 a 14 pts</td> <td>: Existe riesgo social.</td> </tr> <tr> <td>≥ 15 pts</td> <td>: Existe problema social.</td> </tr> </table>	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.
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 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.																										
APELLIDOS Y NOMBRE: _____ (N° HC) _____																											

ANEXO 05

 Ministerio de Salud Dirección de Geriátría		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR										4
CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR												
CADA CONSULTA		FECHA:								Comentarios		
Fiebre en los últimos 30 días												
Tos por más de 15 días												
PERIÓDICAMENTE (Años)		FECHA:								Comentarios		
Vacunas: Antidiftérica (3 dosis) Antitetánico (para de riesgo) Antidifteria (3 G dosis) Antidifteria (anual) Anticúmulo (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: 3 Muestra 9 Papanicolaou y HPV (cada 3 años) 4 Mamografía (cada 2 años) 8 Evaluación de Prostate (cada 2 años) y/o PSA 69 Densitometría												
Laboratorio: Hemograma completo Básico: Glucosa Urea Creatinina Colesterol Triglicéridos Examen de orina												
Síndromes y Problemas Geriátricos		(Colocar Sí o No)								Comentarios		
Vertigginoso												
Dolor												
Sintoma												
Dolor crónico												
Déficit Auditivo												
Déficit Visual												
Incontinencia												
Incontinencia urinaria												
Parosismo (síntomas postúricos)												
Espasmo												
Úlceras de presión												
Inmovilización												
Caídas:												
Caídas en el último año												
Caídas (Número de caídas: _____)												
Fracturas												
APELLIDOS Y NOMBRE:										N° HC		

ANEXO 05

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 CLÍNICA 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, antiemfílica 2. Salud Bucal: Desdentaje 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
2. Adulto Mayor Enfermo	<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, antiemfílica 2. Sistematizar el trabajo 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 litrografía y automedicación. • Status funcional • Antecedentes de caídas • Presión arterial • Peso/talla • Agudeza visual • Agudeza auditiva • Colesterol • Glucemia <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 los ESN se actuará de acuerdo a los 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. Deambulacion 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.	una vez al año

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. Deambulacion 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. Deambulacion 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.