

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



**VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR
(VACAM) EN EL CENTRO DE SALUD SAPALLANGA.
HUANCAYO. 2015 – 2016**

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

HILDA MARIA YAPIAS TOVALINO

CALLAO – 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Hilda Maria Yapias Tovalino', is located in the bottom right corner of the page.

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: 038

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

Resolución de Decanato N°079-2018-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.YAPIAS TOVALINO HILDA MARIA

INDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1 Descripción de la situación problemática.....	3
1.2 Objetivo.....	5
1.3 Justificación.....	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes.....	6
2.2 Marco conceptual.....	12
2.3 Definición de Términos.....	44
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	48
3.1 Recolección de datos.....	48
3.2 Experiencia profesional	48
3.3 Procesos realizados en el tema del informe. -.....	50
V. RESULTADOS.....	56
VI. CONCLUSIONES.....	64
VII. RECOMENDACIONES	65
VIII. REFERENCIALES.....	66

INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo académico profesional tiene por finalidad presentar mi experiencia en las intervenciones de enfermería en la atención del adulto mayor en el centro de salud Sapallanga establecimiento de nivel I-3 ubicado en el distrito de Sapallanga de la provincia de Huancayo actividad realizado en los años 2015 y 2016.

Así mismo contribuir al conocimiento de la problemática del adulto mayor para que sirva de referencia de las intervenciones de enfermería a otros profesionales de la especialidad en la etapa de vida adulto mayor.

El presente trabajo académico tiene por finalidad dar a conocer la importancia de la valoración clínica del Adulto Mayor para disminuir los factores de riesgo o evitar que estas aparezcan a través de la promoción y prevención de la salud.

La inversión de la pirámide poblacional a nivel mundial, sustenta la importancia del abordaje interdisciplinario y la valoración integral del adulto mayor, lo cual implica evaluarlo desde los aspectos físico, funcional, mental y social, con el propósito de identificar tempranamente modificaciones y alteraciones en su estado de salud.

En tal sentido la calidad de atención de enfermería, en las personas adultas mayores mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud es decir tener un mejor desempeño profesional, hacer uso

eficiente de los recursos, garantizar el mínimo de daños, y lograr la satisfacción del paciente y los familiares.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1 Descripción de la situación problemática.

Según la Organización mundial de la salud hace notar el incremento a pasos acelerados de los habitantes mayores de 60 años, el cual será más rápido en los países de ingresos bajos y medianos.

La capacidad funcional de 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 esto depende de otros factores como el comportamiento y estilos de vida saludable, factores de riesgo, la aparición de enfermedades no transmisibles, infecciones, parasitosis que son más frecuentes en esta edad.

La necesidad de asistencia en el adulto mayor está en aumento porque muchos pierden la capacidad de vivir en forma independiente al tener limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales y es probable que van a necesitar de una atención domiciliaria con apoyo de la familia que muchas no recibe ayuda gubernamental.

En las emergencias, las personas mayores pueden ser especialmente vulnerables y muchas veces son abandonados al no poder desplazarse. Por el contrario en muchas situaciones pueden ser un

recurso para recibir ayuda humanitaria o se les involucra como líderes de la comunidad.

En el Perú el Instituto Nacional de Estadística e Informática presenta el Informe Técnico Situación de la Población Adulta Mayor, en el cual se describen algunos rasgos demográficos, sociales y económicos de la población de 60 y más años de edad; así como sus condiciones de vida donde hace notar los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos, donde antes estaba compuesta básicamente por niños.

En este informe técnico se considera que en su mayoría de los hogares tienen entre sus miembros al menos un adulto mayor y muchos de ellos cumplen la función de jefes de hogar.

La mayor proporción de personas de 60 y más años de edad, tienen problema de salud, y en su mayoría tuvo algún problema crónico. Frente a esta situación generalmente no acuden al establecimiento de salud para atenderse más recurren a la medicina tradicional con remedios caseros o se auto medican porque justifican que el establecimiento queda lejos, demoran en la atención o no le genera confianza. Estos son factores a tomar en cuenta para incrementar los niveles de asistencia, prevención y cuidado de la salud de los adultos mayores.

1.2 Objetivo.

Describir la valoración clínica del adulto mayor (vacam) en el centro de salud Sapallanga. Huancayo. 2015 – 2016

1.3 Justificación.

El presente trabajo académico profesional se justifica porque en el centro de salud de Sapallanga se ha podido notar respecto a la atención que se realiza en el adulto mayor, que este no recibe la atención adecuado para su edad.

También se justifica porque de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para revertir la situación encontrada y brindar atención multidimensional a esta población especialmente desprotegida.

Se justifica porque de los resultados expuestos se podrán proponer normas pertinentes a fin de difundir la experiencia laboral.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes.

MORRISON Torres, Doreen Elizabeth, Pereira Escoda, Begonha Andrés. Chile - 2004 “ *Estudio Descriptivo de la Situación Funcional del Adulto Mayor de 80 años y más de las Comunas de Independencia y Recoleta, de la zona Norte de la Región Metropolitana de Chile, a través de la Medida de Independencia Funcional*” cuyo objetivo es: Describir la situación funcional de los adultos mayores de 80 años y más, no institucionalizados, de las comunas de Independencia y Recoleta de la Región Metropolitana de Chile, mediante el uso de la “Medida de Independencia Funcional” la cual mide tanto el área motora como la cognitiva. Resultados: obtenidos acerca de situación funcional de la población femenina ser inferior a la masculina sin embargo al finalizar detalladamente los datos, se observa que en la muestra utilizada, las mujeres concentraron el mayor número de enfermedades invalidantes, siendo el rango de 85 – 89 años el que prevalecía en este aspecto llegando a las siguientes Conclusiones : a nivel global, se observó que los puntajes de todas las áreas disminuyeron a medida que la edad aumentaba, excepto en casos aislados, lo cual en este caso se traduciría en el aumento de grado de dependencia a medida que la población envejece. (1)

BORRA Texeira, Vanessa / Hernández Feijo, Fernanda Liesegang Rodríguez, Teresita / Osorio Antúnez, María / Pérez Manica, Ana Laura. Montevideo 2010. *“Atención de Enfermería al adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención”* Objetivo: Determinar qué actividades correspondientes a las funciones de enfermería son realizadas por el personal de enfermería profesional, en la atención dirigida a los adultos mayores en el primer nivel de atención, en los centros de salud de la R.A.P.- A.S.S.E. en Montevideo, en el período del 1 al 15 de julio de 2010. Resultado: La actividad de enfermería realizada se destaca que las efectuadas por casi la totalidad de la población son solo las correspondientes a la función asistencial y administrativa, seguida por la función docente en la mitad de la población en estudio. Mientras que las funciones investigadoras no son realizadas por ninguna. Conclusiones: Se logró cumplir con los objetivos planteados al inicio de la investigación, determinándose que no todas las actividades dirigidas al adulto mayor en el primer nivel de atención son realizadas por el personal de enfermería profesional. Predominando las actividades correspondientes a las funciones asistencial y administradora, en tanto que las correspondientes a la función docente son efectuadas por la minoría; cabe destacar que no se realizan actividades correspondientes a la función investigadora.

(2)

MIRANDA Guerrai, Amauri de Jesús / Hernández Vergel, Lázaro Luís / Rodríguez Cabrera, Aida. La Habana 2009. *“Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor” Revista Cubana de Medicina General Integral*”. Objetivo: es evaluar la calidad de la atención en salud ofrecida a los adultos mayores en sus dimensiones estructura, proceso y resultado, en el policlínico “5 de Septiembre” del municipio Playa. Resultado: se detectaron dificultades que afectan la calidad brindada al adulto mayor, como, insuficientes recursos humanos, médicos, enfermeras, geriatras, internistas y psicólogos. Ningún consultorio resultó evaluado como *adecuado* por presentar problemas con la privacidad, al trabajar 2 ó 3 médicos en una misma consulta y existe déficit de oftalmoscopios. Conclusión: La estructura existente para garantizar la atención en salud al adulto mayor presenta insuficiencias en lo relativo a recursos humanos, materiales y en la satisfacción de los usuarios, lo cual influye negativamente en la calidad del proceso de atención a la población de 60 años y más. (3)

CASTRO Benito, Jilberto Ricardo. Lima – Perú 2013. *“Capacidad Funcional del Adulto Mayor que acude al Hospital del Día de Geriatría”*. Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Resultados: Predominó el sexo femenino. La edad fluctuó entre 61 y 95 años. En aquellos con alto porcentaje entre los 80 años o más, prevaleció el estado civil casado; en la escolaridad, el

nivel primario; con relación a las ABVD, el 50,7 % presentó dependencia leve con mayor predominio del sexo femenino; el 98,1% de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse; el 38,5 % necesita poca ayuda para subir y bajar escaleras y el 19,9 % es independiente para tomar baños. Para las actividades instrumentales de la vida diaria, 11,5 % presenta una dependencia máxima, con predominio del sexo femenino en todos los niveles; el 59,6 % necesita ayuda para realizar compras y el 51,9 % la requiere en la preparación de los alimentos. El 87,8 % utiliza por mismo el teléfono. Conclusión: La mayoría de los adultos mayores son del sexo femenino; la edad que más predominó fue de 80 años o más; hubo prevalencia de casados y del nivel primario. En la evaluación de la actividad básica de la vida diaria, más de la mitad presentó un tipo de dependencia (leve, moderada, grave o total); y en las actividades instrumentales de la vida diaria, se observó que 3/4 de los entrevistados eran dependientes (leve, moderada grave o máxima).

(4)

Zavaleta L. Lima – Perú 20011. *“Actividades funcionales básicas en el adulto mayor del Centro de Atención Residencial Geronto-Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro de Lima abril de 2011”*. La investigación tuvo como objetivo determinar las actividades funcionales básicas del adulto mayor. Se realizó una entrevista personal al adulto mayor y al cuidador, empleando una ficha de

evaluación 20 funcional básica del adulto mayor diseñada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como índice de katz modificado. Se hizo un censo poblacional en los pabellones sociales, con la exclusión de 88 adultos mayores con menos de 60 años, discapacidad física crónica o que padezcan de deterioro cognitivo. Se entrevistó a 232 adultos mayores, de los cuales el 55,17 % es de sexo masculino. La edad promedio de los adultos mayores es de 80,5 años. El 65 % son independientes. El nivel de actividad funcional, según grupo de edad, dio como resultado un mayor porcentaje de independientes, con 47,02 % en el grupo de 71-80 años; asistidos, con 64,06 % en el grupo de 81-90 años; son independientes, con 47,09 % en el grupo de más de 90 años. En el grupo de edad de 60 a 70 años no hay dependientes. La mayor actividad funcional básica afectada el baño, con 30,11 %; y la menos afectada, la alimentación, con 10,35 %. Se concluyó, en función del trabajo efectuado, que, en el nivel de estado funcional básico de la población adulta mayor, mientras más edad, mayor es el deterioro de las actividades funcionales básicas. La prevención de la discapacidad funcional del adulto mayor se inicia evaluando sus actividades funcionales básicas con el índice de Katz modificado. (5)

HUATUCO Henrriquez, Guisella Jennifer. Lima-Perú 2009 *“La Calidad del Cuidado de Enfermería y el Grado de Satisfacción Según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del*

Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de noviembre - diciembre 2008". Objetivo: Determinar la calidad del cuidado de enfermería y el grado de satisfacción según percepción del paciente adulto mayor en el servicio de Geriátrica del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen año 2008. Resultado: Distribución de los pacientes Adultos Mayores Según Edad de los cuales el 30% es adulto mayor joven comprendidos de 60-70 años de edad, 60% es de adulto mayor propiamente dicho siendo el grupo etario de mayor porcentaje y el 10% de adulto mayor viejo. Nivel de satisfacción del paciente respecto al manejo de queja el 40% se encuentra satisfecho, 35% poco satisfecho y un 25% insatisfecho esto constituye un elemento importante ya que es un aspecto de la calidad que la atención en salud. Conclusión: El grado de satisfacción del paciente adulto mayor respecto al trato personal brindado por la enfermera se encuentra poco satisfecho. (6)

PIO Cajaleon, Marilia. Huanuco 2016. *"Satisfacción del Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe del Personal de Salud en el Servicio de Medicina del Hospital Hermilio Valdizan Medrano – Huánuco 2015"*. Objetivo: Determinar la relación entre la satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe del personal de salud. Resultados: Se encontró que él [73,3%(44)] de pacientes hospitalizados en el servicio de medicina presentan un nivel de Satisfacción alta y el [26,7%(16)] nivel de Satisfacción baja

Observaron un nivel de cuidado adecuado [86,7%(52)] y observaron cuidados inadecuados el [13,6%(8)] Conclusión: Existe relación entre la satisfacción del adulto mayor y los cuidados que brinda el personal de salud en el servicio de medicina del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, por lo que se rechaza la Hipótesis nula y se acepta la Hipótesis de investigación. (7)

2.2 Marco conceptual.

Valoración integral del adulto mayor. - Las técnicas para la valoración integral del adulto mayor, son la respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades, disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica tradicional (anamnesis y exploración física). Los principales aspectos que deben incluirse en la valoración del adulto mayor son: la anamnesis, la exploración física seguidos de un análisis objetivo a partir de la aplicación de una serie de instrumentos denominados "escalas de valoración". Estas escalas facilitan la detección y seguimiento de problemas, así como la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden a este grupo poblacional. (8)

Valoración física. - Las modificaciones anatómicas y funcionales que se presentan en el ser humano, durante su trayectoria de vida y el mayor número de hallazgos presentes; hacen que para su valoración

física se requiera de mucho más tiempo del que se emplea en la valoración de un adulto.

Valorar al adulto mayor requiere por parte de quien lo examina, el desarrollo de competencias y habilidades que le conduzcan a la detección entre otras cosas de signos clínicos que le permitan sospechar la aparición de procesos patológicos o simplemente cambios relacionados con la edad. De igual manera cobran importancia los elementos del contexto social y cultural en que transcurre la cotidianidad del individuo que se constituyen en factores determinantes del pronóstico de su salud en el largo plazo. Existe una amplia gama de instrumentos para valorar al adulto mayor, sin embargo, guardan similitud en algunos aspectos como: facilidad de aplicación y posibilidades de medición objetiva de sus variables.

Uno de los aspectos de mayor importancia para los profesionales de la salud, es realizar un adecuado análisis de la situación clínica del paciente. Es importante tener en cuenta que en el adulto mayor es factible que se presenten algunas dificultades para la valoración derivadas de la coexistencia de síntomas de diferentes enfermedades (pluripatología), efectos secundarios de múltiples medicamentos (polifarmacia), e incluso desconocimiento de los procesos normales de envejecimiento por parte del examinador.

Según Carlos A. Cano, Gutiérrez y otros (2001), la historia clínica sigue siendo el instrumento por excelencia en la valoración clínica y aunque en algunas oportunidades puede ser dispendiosa y compleja, siempre debe desarrollarse a profundidad. Los datos para realizarla, no siempre son fáciles de obtener y es ahí cuando el cuidador o persona responsable tiene un papel protagónico. El conocimiento de la situación basal y el grado de deterioro que puede presentarse debido a la presencia de diversas enfermedades, son fundamentales a la hora de tomar decisiones.

Valoración funcional. - La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra.

Las escalas más utilizadas para evaluar las Actividades Básicas de la Vida Diaria son:

- Índice de actividades de la vida diaria (KATZ).
- Índice de Barthel.
- Escala de incapacidad física de la Cruz Roja.
- Escala Plutchik.
- Índice de Lawton y Brody.

Es la escala más utilizada para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Índice de actividades de la vida diaria (KATZ). Es uno de los test más conocidos, estudiados y validados en diferentes contextos. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamín Rose de Cleveland, para enfermos hospitalizados como consecuencia de fractura de cadera. Consta de seis ítems:

- Baño.
- Vestirse/desvestirse.
- Uso del retrete
- Movilidad.
- Continencia.
- Alimentación.

Katz ordeno jerárquicamente estas actividades debido a que las funciones más complejas se pierden primero. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. (O.N.U, 2006).

Cada ítem tiene dos posibles respuestas.

Si lo realiza de forma independiente o con poca asistencia: 1 punto.

Si requiere de gran ayuda o directamente no lo realiza: 0 puntos.

Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia. Como desventaja de este índice destacar que no es sensible a cambios mínimos. (Valderrama & Pérez del Molino, 1997).

Valoración psíquica o mental.- En esta área se deben contemplar dos aspectos fundamentales: las funciones cognitivas y el estado emocional. Para realizar esta evaluación se dispone de métodos directos e indirectos de valoración.

Métodos directos son los que se realizan directamente al paciente, mediante la historia clínica, la observación del comportamiento y la aplicación de cuestionarios y pruebas.

Los métodos indirectos son aquellos que recaban información a partir de la entrevista al familiar o cuidador del paciente. Estos métodos permiten conocer los 9 síntomas previos del paciente (evaluación basal), y los cambios observados en los diversos contextos en que se desenvuelve, tanto en el estado emocional como en el cognitivo.

Valoración Cognitiva. - La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la

orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas, en otras palabras su esfera mental. Numerosos procesos patológicos, que se encuentran con frecuencia en el adulto mayor como las infecciones, procesos neoplásicos, ingesta de medicamentos entre otros, pueden alterar las funciones cognitivas de forma parcial o global, así como de forma aguda o crónica, dando lugar a diferentes síndromes que se resumen bajo el concepto “deterioro cognitivo”.

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el adulto mayor y condiciona situaciones de diferentes niveles de incapacidad, que generan a su vez problemáticas de orden social y asistencial. Entre las problemáticas de orden social pueden mencionarse las cargas al cuidador, el síndrome de cansancio del cuidador, la necesidad de mayores redes de apoyo social. Desde el punto de vista asistencial, el deterioro cognitivo condiciona un incremento en las necesidades de asistencia por parte del cuidador principal por el riesgo de caídas, el incremento de las lesiones de piel, tienen peor pronóstico cuando requieren actividades de rehabilitación y el alta hospitalaria es más difícil, entre otras cosas. Por ello, conocer la situación cognitiva del adulto mayor es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un adecuado manejo puede mejorar sustantivamente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones.

Con frecuencia las alteraciones cognitivas son erróneamente atribuidas al proceso de envejecimiento; otras veces es el paciente (con deterioro cognitivo leve o moderado), el que presenta una imagen lúcida y su deterioro pasa desapercibido para la familia e incluso para el personal de salud, por tanto, la prevalencia de este tipo de deterioro puede subvalorarse.

El objetivo de la valoración cognitiva será entonces, identificar la presencia de un deterioro cognitivo que pueda afectar a la capacidad de autosuficiencia y autocuidado del adulto mayor, para establecer un diagnóstico más confiable de sus causas e implicaciones y por último, establecer estrategias de intervención que requiera.

El uso de instrumentos de valoración de la función cognitiva en adultos mayores, facilita una exploración sistemática, organizada, completa de las características del paciente, y permite la obtención de resultados comparables para diferentes examinadores o, para el mismo examinador a lo largo del tiempo de evolución del paciente. Por otra parte, el uso de estos instrumentos incrementa la sensibilidad diagnóstica, actuando como un complemento al juicio clínico. En resumen, aproximadamente el 80% de los casos de déficits leves, pueden pasar desapercibidos si no se emplea algún sistema de detección, ya que el juicio clínico sólo es capaz de captar el deterioro cuando éste ya es avanzado, mientras que los instrumentos facilitan

la detección de niveles de deterioro leve y moderado, cuando la intervención es más eficaz.

Test Mental Abreviado de Pfeiffer. - Es un test muy breve, consta de 10 preguntas que permiten conocer aspectos como: orientación, memoria y cálculo sencillo, el nivel cultural del individuo influye poco en el resultado. Cuando se presentan cinco o más errores, es difícil que se obtengan falsos positivos, por lo que está especialmente indicado como test de detección precoz en grupos con alta prevalencia de demencia, como son los muy ancianos, institucionalizados, o con problemas de salud o dependencia funcional. Es un test muy útil, sencillo y práctico.

Presenta una buena validez con el diagnóstico clínico de demencia (sensibilidad =68%; especificidad =96%), con buena reproductibilidad intra observador. Su principal problema es que no detecta deterioros leves, ni cambios pequeños en la evolución.

Valoración Afectiva. - Para la prevención de la depresión y la ayuda a la resolución de conflictos psicológicos, se propone dar prioridad a ciertos casos, basándose en factores de riesgo y vulnerabilidad. La herramienta de tamizaje más ampliamente Valoración Clínica del Adulto Mayor 11 difundida es la escala de depresión de Yesavage que se debe aplicar si existen indicios de alteración de la función afectiva.

La frecuencia de la depresión en el adulto mayor es variable según el contexto, sin embargo, en todos constituye un problema importante de salud. Puede establecerse, en términos muy generales, que los trastornos afectivos afectan a alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad; entre el 15 y 35% de los que viven en residencias (dependiendo de las características del centro); entre el 10 y 20% de los que son hospitalizados; alrededor de un 40% de los que padecen patología física y están en tratamiento por ello.

Se ha demostrado que la depresión se asocia a una mayor morbi-mortalidad, actúa negativamente sobre la situación funcional, nutricional y social del adulto mayor, así como en los resultados de intervenciones rehabilitadoras. Por ello es necesario realizar una valoración de posibles trastornos afectivos con el fin de detectar situaciones patológicas potencialmente tratables.

El objetivo de la valoración afectiva es identificar y cuantificar posibles trastornos en esta área que puedan afectar la capacidad de autosuficiencia del anciano, permitiendo establecer un adecuado plan terapéutico.

Valoración social. - Para la estructuración de una estrategia de cuidados a largo plazo del anciano, resulta imprescindible incluir la valoración del entorno social del paciente. Su objetivo es estudiar la

relación entre el anciano y su medio, así como identificar si los recursos se están utilizando de manera óptima.

La valoración social permite identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud y bienestar de la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación. Son dos las dimensiones que se estudian: los recursos humanos y materiales necesarios para ayudar o suplir los déficits físicos y psíquicos del paciente, así como la integración a su entorno, y la calidad de vida del cuidador informal.

El procedimiento seguido para llevar a cabo la valoración social, es variable, si bien en la mayoría de los casos es la entrevista semiestructurada la técnica más apropiada para la detección de riesgo o problemática social ya establecida.

Cabe señalar que existen diversas escalas de valoración social, sin embargo, su valor es limitado debido a la a la relatividad de lo que se entiende por apoyo social entre países, regiones, etnias, situación económica, etc. Por lo tanto, cada institución deberá utilizar el instrumento más apropiado a la idiosincrasia de su población beneficiaria, siendo la observación y la obtención de información por medio de la entrevista al propio paciente y su familia, el medio sugerido para estos fines.

Atención integral de salud del adulto mayor. 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, independientemente 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.

La Valoración Clínica del Adulto Mayor –VACAM a través de la Historia Clínica de Atención integral para las personas adultas mayores, según formato el cual será aplicado por el profesional de salud, o en asociación con otros integrantes del equipo de salud, previamente sensibilizado y capacitado para este fin.

- La cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor.

- El examen físico completo y se detectarán factores de riesgo o daño para su salud
- Los exámenes de laboratorio complementarias para la evaluación clínica: Hemograma, Hematocrito, Glucosa, Urea, Creatinina, Colesterol Total, Triglicéridos, Examen de orina completo, teniendo en cuenta el nivel de complejidad del establecimiento.
- La aplicación de la valoración Clínica del Adulto Mayor a las personas adultas mayores se hará una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.

Clasificación de las Personas Adultas Mayores a través de la Valoración Clínica del Adulto Mayor. - Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a la población adulta mayor en cuatro categorías que son:

Persona Adulta Mayor Activa Saludable. - Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

Es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria. Es decir, aquellas actividades esenciales para el autocuidado, como desplazarse, vestirse, comer, asearse, bañarse y controlar la continencia; asimismo, realizar actividades instrumentales

de la vida diaria como cocinar, limpiar, comprar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación y el dinero, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir de la ciudad. Se considera que el 65 % de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Plan de atención para la persona adulta mayor activa saludable).

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

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. 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 (Plan de atención para la persona adulta mayor enferma).

Persona Adulta Mayor Frágil. - Es la persona con disminución del estado de reserva fisiológica y con un aumento de la susceptibilidad a la discapacidad. Se considera que el 30 % de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condicione:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de accidente cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica , 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) menor de 23 ó mayor de 28.

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la 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.

Paciente Geriátrico Complejo. - Se define así a la persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- 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.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador (Plan de atención para el Paciente Geriátrico Complejo). Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

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 persona adulta mayor 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 antiamarílica, exámenes auxiliares, etc.). (9)

Cambios biológicos relacionados con la edad.

Sistemas sensoriales

- **Visión.** - Disminuye el tamaño de la pupila, Menor transparencia y mayor espesor del cristalino, lo que provoca que llegue menor cantidad de luz a la retina y empeore la visión lejana, Disminuye la agudeza visual y la capacidad para discriminar colores.
- **Audición.** - Menor agudeza para las frecuencias altas (tonos agudos), lo que deteriora la capacidad para discriminar palabras y comprender conversaciones normales. Esta es la causa de que una persona mayor tenga más problemas en oír las voces femeninas, ya que suelen ser más agudas. 25
- **Gusto y olfato.** - Disminuye la sensibilidad para discriminar los sabores salados, dulces y ácidos, debido al deterioro de las papilas gustativas, Pérdida de capacidad para discriminar los olores de los alimentos. La combinación de esos dos factores es una de las causas por la que la mayoría de los usuarios se quejan de las comidas servidas en las instituciones de atención socio sanitaria.
- **Tacto.** - La piel es el órgano relacionado con la capacidad sensorial; los cambios que se producen en la piel pueden observarse a simple vista: aparición de arrugas, manchas, flaccidez, sequedad.

Todos esos cambios se producen como consecuencia de transformaciones internas, como la disminución en la producción de

colágeno y la pérdida de grasa subcutánea y de masa muscular. Pero también pueden ser originados por deficiencias en la alimentación, por posibles enfermedades o por una excesiva exposición al sol sin la suficiente hidratación aplicada por vía tópica (cremas).

En general, para hacerse oír mejor por una persona mayor, es preferible emplear un tono de voz más grave que elevar la intensidad del mismo.

Sistemas orgánicos

- **Estructura muscular.** - Se produce una importante pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares, que disminuyen en peso, número y diámetro; consecuentemente, estos cambios traen consigo el deterioro de la fuerza muscular.
- **Sistema esquelético.** - La masa esquelética disminuye, los huesos se tornan más porosos (menos densidad del hueso) y quebradizos. Debido al proceso de desmineralización, los huesos también se vuelven más frágiles y, por lo tanto, más vulnerables a la fractura. Estos cambios afectan en mayor medida a las mujeres, debido a la mayor pérdida de calcio, factores genéticos, factores hormonales (menopausia), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol y malos hábitos de alimentación, entre otros.

- **Articulaciones.** - Se toman menos eficientes, al reducirse la flexibilidad. Se produce mayor rigidez articular, debido a la degeneración de los cartílagos, los tendones y los ligamentos, que son las tres estructuras que componen las articulaciones, ocasionando dolor.
- **Sistema cardiovascular.** - El corazón. Aumento del ventrículo izquierdo, mayor cantidad de grasa acumulada envolvente, alteraciones del colágeno, que provocan un endurecimiento de las fibras musculares y una pérdida de la capacidad de contracción, entre otros cambios.
- **Los vasos sanguíneos.** Se estrechan y pierden elasticidad. Al aumentar de grosor y acumular lípidos en las arterias (arterioesclerosis), el estrechamiento y la pérdida de elasticidad dificultan el paso de la sangre. Las válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y menos flexibles, es decir, necesitan más tiempo para cerrarse. Todos estos cambios conducen a un aporte menor de sangre oxigenada, y esto, a su vez, se convierte en una causa importante por la que disminuye la fuerza y la resistencia física general.
- **Sistema respiratorio.** - Su rendimiento queda mermado debido a diversos factores, entre los que se encuentran la atrofia y el debilitamiento de los músculos intercostales, los cambios esqueléticos

(caja torácica y columna) y el deterioro del tejido pulmonar (bronquios). Todo ello produce una disminución del contenido de oxígeno en sangre, que se reduce entre un 10 o un 15 %. La aparición de una enfermedad respiratoria, el enfisema, es común en personas de edad avanzada.

- **Sistema excretor.** - El riñón tiene una menor capacidad para eliminar los productos de desecho. Por esta razón, se hace necesario para el organismo aumentar la frecuencia miccional. El deterioro del sistema excretor también hace frecuentes los episodios de incontinencia.
- **Sistema digestivo.** - En general, todos los cambios se traducen en una digestión dificultosa y en la reducción del metabolismo de ciertos nutrientes en el estómago y en el intestino delgado.
- Pérdida de piezas dentales, que originan un problema considerable en la digestión de los alimentos, para la cual es importante una buena masticación. Disminución de los movimientos esofágicos (contracción/relajación), cuya función es facilitar la deglución; reducción de la capacidad para secretar enzimas digestivas, lo que también dificulta la digestión; atrofia de la mucosa gastrointestinal, por lo que la absorción de nutrientes es menor.
- Disminución del tono muscular y el peristaltismo del intestino, que producen menor masa y frecuencia en la eliminación de sólidos y, por

lo tanto, estreñimiento. Vesícula e hígado en las personas mayores se produce una mayor incidencia de cálculos biliares y un menor tamaño y eficiencia del hígado.

Cuidados de Enfermería en la persona adulta mayor. - Este trabajo se sustenta en la teoría de **Dorothea Orem**. Quien no tuvo un autor que influyó en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres sub-teorías relacionadas:

La teoría del autocuidado. En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Dorothea Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad

para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define Entorno como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias,

cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta investigadora identifica en su teoría tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería teniendo en cuenta que estos requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetos formalizados del autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados.

1. Requisitos para el autocuidado universal: son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana.

Estos requisitos que exponemos a continuación representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana, fomentando positivamente la salud y el bienestar.

- Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
- Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.
- Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
- Equilibrio entre actividades y descanso.
- Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
- Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
- Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo a los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. Requisitos de autocuidado personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

3. Requisitos del autocuidado personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida. Con la aplicación de esta categoría el cuidado es intencionado, los inicia la propia persona este es eficaz y fomenta la independencia. Se puede afirmar que el ser humano tiene la capacidad para cuidarse y este autocuidado se aprende a lo largo de la vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Es por ello, que no es extraño reconocer en los seres humanos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades. En su teoría se aborda al individuo de manera integral en función de situar los cuidados básicos como el centro de la ayuda al ser humano a vivir feliz durante más tiempo, es decir mejorar su calidad de vida. De igual manera conceptualiza la enfermería como el arte de actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad, incluyendo la competencia desde su relación interpersonal de actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades y

demandas de autocuidado, donde debe respetar la dignidad humana, practicar la tolerancia, cumpliendo el principio del consentimiento informado, confidencialidad, credo, veracidad e intimidad entre otros aspectos, permitiendo que el enfermo participe en la planificación e implementación de su propia atención de salud, si tuviese la capacidad para ello, acogido a los adelantos científico-técnicos que propicien el desarrollo ascendente de la ciencia enfermera, respetando las normas, códigos ético- legales y morales que desarrolla la profesión.

La teoría del déficit de autocuidado. En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado es la condición que legitima a necesidad de cuidados de enfermería. Las personas limitadas o incapacitadas para cubrir su autocuidado son los pacientes legítimos de las enfermeras. Los enfermeros(as) establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Al estudiar la teoría de déficit de autocuidado coincidimos con Orem que es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado en la que las capacidades de autocuidado constituyentes desarrolladas de la actividad de autocuidado no son operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existentes. Esta abarca a aquellos pacientes que requieren una total ayuda de la enfermera por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado, ej. Cuadripléjico. Pero también valora a aquéllas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-paciente, ej. el baño y aquellas actividades en que el paciente puede realizarlas y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda, ej. la atención a un paciente pos operado de una cardiopatía congénita.

Cuando existe el déficit de autocuidado, Los enfermeros(as) pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema de Enfermería a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

La teoría de sistemas de enfermería.

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistema parcialmente compensador. - cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

- **Acción del paciente:** Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.
- **Sistema totalmente compensador:** cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo: Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente, paciente encamado con reposo absoluto
Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.
- **Sistema de apoyo educativo:** cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado
Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Naturaleza del autocuidado. El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.

Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.

Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.

Prevención de la incapacidad o su compensación.

Promoción del bienestar. El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad

en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

Como se puede apreciar, la realización del autocuidado requiere de una acción intencionada y calculada, la que está condicionada por el conocimiento y el repertorio de habilidades de la persona y se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda y, por lo tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar. No obstante, las personas pueden elegir la no-acción, es decir, pueden decidir no iniciar una conducta de autocuidado cuando es necesaria, por razones que incluyen la ansiedad, temor, o tener otras prioridades.

2.3 Definición de Términos.

Calidad de vida. Es un concepto que hace alusión a varios niveles de generalización pasando por sociedad, comunidad, hasta el, aspecto físico y mental, por lo tanto, por lo tanto, el significado de calidad de vida es complejo, contando con definiciones desde sociólogo, ciencias políticas, medicina, estudio del desarrollo, etc.

Adulto mayor. Es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona, porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando.

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 personas adultas mayores considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud.

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. - 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 a problemas de menor complejidad y que no representan amenazas para la vida de la persona adulta mayor. 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 emergencia. - Se orienta a resolver prontamente los problemas que ponen en riesgo la vida y salud de la persona adulta

mayor. Dependiendo de la complejidad de la emergencia se tratará y /o referirá al establecimiento o servicio correspondiente.

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: domicilio, casa de reposo, círculos de adultos mayores y casas de convivencia (asilos).

Cuidador. - Es en ocasiones el recurso por el cual se proveen cuidados específicos, muchas veces especializados, a los enfermos crónicos. En ellos se deposita o descansa el compromiso de preservar la vida de otro.

Capacidad funcional. - Es la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y de desempeñar roles sociales en la cotidianidad. Está estrechamente ligado al concepto de autonomía, la cual se define como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como desean hacerlo. Esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y, por tanto, reorientar las propias acciones.

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD). - Son aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, entre otras).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).- Son aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono, entre otras).

Valoración clínica del adulto mayor. - Es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos.

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, historias clínicas e informes mensuales de las estrategias, reporte de estadística. Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Se solicitó la autorización de la Jefatura del establecimiento de salud, a fin de tener acceso a los documentos requeridos para la obtención de datos.

La recolección de datos.

Procesamiento de datos obtenidos

Resultados

Análisis e interpretación de los resultados

3.2 Experiencia profesional

Mi experiencia profesional en el primer nivel de atención fue en la parte asistencial, al ingresar a laborar en el centro de salud de Sapallanga de nivel I-3 asumí la coordinación de varias estrategias

entre ellas el del Adulto Mayor hasta la actualidad, y haciendo un análisis del servicio se encontró que los pacientes acudían para consulta por el médico quien, en ese entonces, asumía la responsabilidad de la estrategia con un enfoque biomédico y no como atención integral. Por decisión de la Jefatura del establecimiento se me designa la coordinación y se me habilita un consultorio con algunos materiales. Como no existía un consultorio de enfermería no se encontró documentos de gestión como registros, guía de procedimientos, faltaba algunas normas, instrumentos de evaluación, formatos (historias clínicas del adulto mayor, referencia, seguimiento, tamizaje de salud mental, ordenes de laboratorio, hoja de información, entre otros), el cual generaba la necesidad de dar a conocer de la apertura del consultorio.

Al iniciar la atención del paciente adulto mayor se encontró que las historias clínicas algunas tenían el formato de valoración clínica sólo rellena con algunos datos entre ellos el diagnóstico médico y no había secuencia y orden en la estructura de dicho documento.

El establecimiento cuenta con el servicio de laboratorio, pero no realiza exámenes de perfil lipídico porque no cuenta con un equipo de bioquímica, materiales de laboratorio, insumos y reactivos para realizar el tamizaje de glucosa, colesterol y triglicéridos el cual generaba la necesidad de ser referidos para dichos exámenes que

son muy necesarios para la detección de enfermedades no transmisibles, que son muy frecuentes en esta etapa de vida.

Al hacer las indagaciones sobre la cobertura alcanzada en el año anterior se tuvo datos en el sistema de información sólo como la clasificación del adulto mayor y el seguro integral no existía información.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe. -

Después de hacer un análisis de la situación encontrada, en la estrategia del adulto mayor en el centro de salud de Sapallanga, donde se identifica las necesidades y/o problemas del servicio, se busca alternativas de solución, con el fin de buscar la eficiencia en la atención del adulto mayor para lo cual se toma las siguientes acciones: se elabora el plan de trabajo donde se da a conocer los objetivos, metas según los indicadores de gestión y CAPITA (seguro integral de salud), entre otros datos el cual se presentó a la Jefatura del establecimiento, luego se hizo el requerimiento para implementar el servicio como: formatos, insumos, material médico, equipos y mobiliarios el cual fue entregado en cantidad insuficiente de formatos, luego en el transcurso del tiempo se logró obtener un escritorio, un coche de curaciones, una gradilla con 02 peldaños, 02 tamboras medianas, 01 tacho metálico para residuos contaminados, 01 glucómetro, material médico (gasa, algodón, termómetro, soluciones,

guantes, baja lengua). Paralelamente se elaboró los documentos de gestión como: instrumentos de evaluación, registro diario, registro de seguimiento sectorizado, croquis de cada cuartel para facilitar las visitas domiciliarias en el seguimiento de los casos captados como diabetes, hipertensión arterial y geriátricos complejos. Dentro de ello se ordenó las historias clínicas de acuerdo a las normas vigentes, colocando cada hoja de atención en el lugar que le corresponde y en forma secuencial, el cual nos va permitir ver con mayor claridad, los antecedentes y hacer un mejor seguimiento en la atención del paciente adulto mayor para luego dar un tratamiento adecuado. Posteriormente se socializó con el personal del establecimiento en la utilización de los mismos. Pero como la afluencia de pacientes era escasa se tenía que sensibilizar primero al personal responsable de la estrategia en los puestos de salud, con quienes se tuvo una reunión técnica donde se dio a conocer sobre las actividades a desarrollar y se acordó las estrategias, como difusión sobre la oferta del servicio, sensibilización a la población, captación y seguimiento de los pacientes, y brindar atención descentralizada en cada puesto de salud el cual se cumplió de acuerdo a un cronograma establecido donde se tuvo la participación del personal multidisciplinario del centro de salud de Sapallanga.

En la atención del paciente en cuanto recursos humanos solo se cuenta con un profesional de enfermería, quien además está a cargo

de las estrategias de No Transmisibles y Salud Ocular, quien brinda atención directa al paciente dando cumplimiento a las normas vigentes es decir se realiza medidas antropométricas, se hace la valoración clínica al adulto mayor, para ver el estado físico, funcional, cognitivo, afectivo y social. Además se obtiene información de antecedentes, estilos de vida, se identifica procesos agudos, sub agudos o crónicos, algunas limitaciones o dificultades que tiene o tuvo el paciente, para establecer un diagnóstico oportuno, y dar un tratamiento eficaz. Esto nos va permitir gracias a la utilización de la historia clínica que también nos sirve de guía en la obtención de datos.

Para brindar la atención bajo un enfoque de atención integral, se diseñó un modelo de tarjeta de control del adulto mayor el cual fue impreso con apoyo de la municipalidad, con la finalidad de captar los pacientes en admisión, identificar factores de riesgo y puedan recibir atención multidimensional. Los datos considerados son: atención enfermería para saber el estado nutricional, y hacer un seguimiento en el control de presión arterial, tamizaje de salud ocular donde se identifica problemas de agudeza visual, catarata, tamizaje de salud mental para la detección de casos de violencia intrafamiliar, trastornos depresivos, ansiedad, estrés, consulta odontológica para detección de problemas en la salud bucal, consulta médica para hacer en lo posible un diagnóstico oportuno y dar un tratamiento adecuado, exámenes de laboratorio para la detección de enfermedades no transmisibles,

anemia, infección de vías urinarias entre otras. También se ha considerado actividades extramurales los cuales van a contribuir a mejorar la salud mental de los adultos mayores. Esta iniciativa se socializó con el personal de salud sobre uso e importancia de la tarjeta de control, el cual es entregado a todo paciente adulto mayor que acude al consultorio de enfermería.

En relación a los exámenes de laboratorio, y teniendo en cuenta la edad del paciente y su capacidad funcional se le daba la referencia al centro de salud de Chilca, para el tamizaje de glucosa, colesterol y triglicéridos, previa coordinación por vía telefónica donde se nos confirma la fecha y hora de la atención en laboratorio, medida que permitió evitar que el paciente, vaya en horas de la madrugada y a veces no alcanzar cupos.

Dentro de las estrategias de mejora se realizaron “campañas de atención integral de salud en el adulto mayor” en coordinación con la Municipalidad de Sapallanga, Programa Pensión 65, DIRESA JUNIN, Red Valle del Mantaro y personal del centro y puestos de salud, donde se ofertó los servicios de medicina, odontología, psicología, laboratorio, inmunizaciones, seguro integral de salud, atención de enfermería al adulto mayor, esencialmente con la finalidad fue sensibilizar a la población, realizar actividades preventivas promocionales, captar enfermedades no transmisibles, cataratas e

iniciar y fortalecer el trabajo coordinado en favor del adulto mayor de las instituciones públicas como la Municipalidad, Programa Pensión 65 y el sector salud. Así mismo esta actividad me permitió conseguir los diferentes formatos utilizados en la estrategia.

Dicha actividad se realizó en centro de salud y puesto de salud de La Punta por tener la mayor población de beneficiarios de adulto mayor.

También se realizó una reunión de coordinación con la representante del Municipio, coordinadora de pensión 65 para realizar actividades en conjunto en beneficio del adulto mayor, el cual se viene ejecutando con reuniones de los días viernes por la tarde en el auditorium de la municipalidad donde participa el personal de salud en sesión educativa, sesión demostrativa, taller entre otros.

Se realizó un acto protocolar sobre la inauguración del Centro Integrado del Adulto Mayor y el Circulo del Adulto Mayor con la presencia del gerente de asuntos sociales y la regidora de promoción de la salud de la municipalidad, coordinadora del adulto mayor de la Red de salud Valle del Mantaro, responsables de la coordinación y especialmente los adultos mayores quienes participaron activamente con danzas y socializando con el personal presente.

En vista que el centro de salud no cuenta con recursos económicos para la estrategia, se está realizando las coordinaciones de un convenio multisectorial entre el Centro de Salud y Municipalidad de

Sapallanga con la finalidad de contar con el apoyo logístico para desarrollar las actividades preventivo promocionales.

Los datos procesados nos permitirán obtener cuadros y gráficos estadísticos en un programa informativo Excel.

V. RESULTADOS.

TABLA N° 4.1
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR
C.S SAPALLANGA 2015 – 2016

AÑO / ACTIVIDAD	2015	2016
vacuna Influenza	76	168
Antiparasitario	0	370
Campaña de Atención Integral	0	1
Sesión educativa	3	12
Sesión demostrativa	0	4
Taller . Psicología	0	3
Visita domiciliaria	6	12
Implementación documentos de gestión	4	2
Elaboración de la tarjeta Adulto Mayor	0	1
Conformación Circulo Adulto Mayor	0	1

FUENTE: Registro diario del Adulto Mayor C.S. Sapallanga-Huancayo.

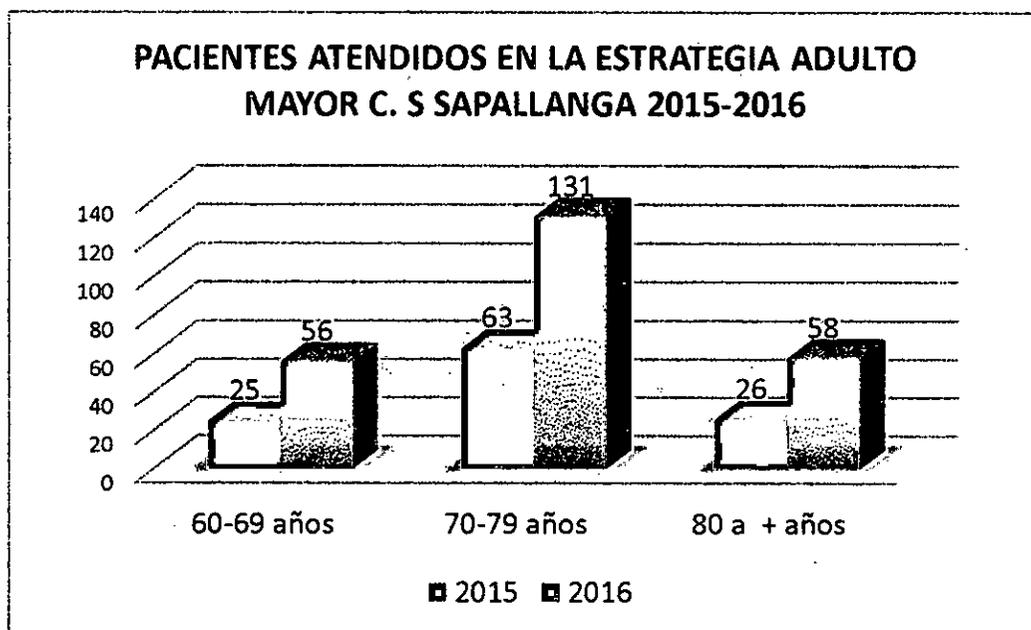
En la tabla N° 1 se observa que la mayor cantidad de actividad es de 370 personas adulto mayor a quienes se les administro Mebendazol de 500 mg como medida de prevención contra los parásitos y una intervención de enfermería en campaña de atención integral, la elaboración de la Tarjeta de control del adulto mayor, campaña de atención integral de salud y la conformación del círculo del adulto mayor.

TABLA N° 4.2
PACIENTES ATENDIDOS EN LA ESTRATEGIA
ADULTO MAYOR C. S SAPALLANGA 2015-2016

AÑOS	2015	2016
60-69 años	25	56
70-79 años	63	131
80 a + años	26	58
Total	114	245

FUENTE: Registro diario del Adulto Mayor- C.S. Sapallanga.

GRAFICO N° 4.2



En el gráfico N° se puede apreciar que el mayor número de pacientes atendidos es de 63 cuya edad fluctúa entre 70 – 79 años de edad, en el 2015 y de 131 de la misma edad en el 2016 y de la edad de 60 – 69 años se observa menor proporción de 25 y 26 en el 2015 y 2016 respectivamente.

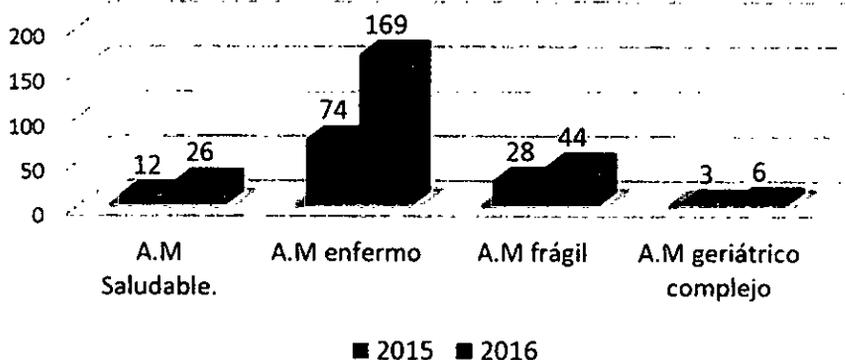
TABLA N° 4.3
CLASIFICACIÓN DEL ADULTO MAYOR
C.S SAPALLANGA 2015-2016

AÑO/VALORACION	2015	2016
Adulto Mayor saludable.	12	26
Adulto Mayor enfermo	74	169
Adulto Mayor frágil	28	44
Adulto Mayor geriátrico complejo	3	6
Total	114	245

FUENTE: Registro Diario del Adulto Mayor del C.S. Sapallanga-Huancayo.

GRAFICO N° 4.3

**PACIENTES CON VALORACION CLINICA DEL ADULTO
MAYOR DEL C.S SAPALLANGA 2015-2016**



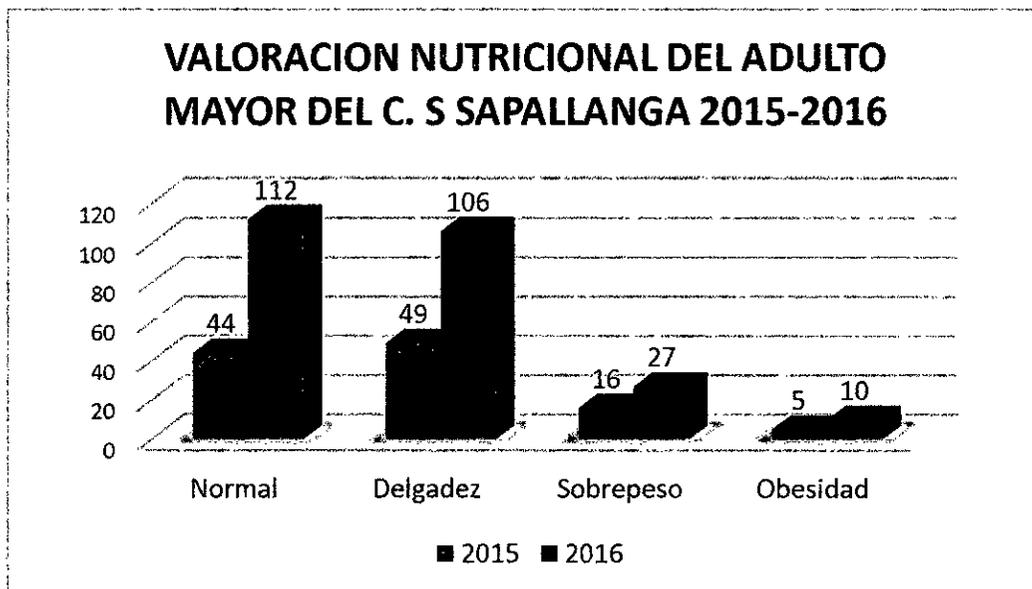
En el grafico N° 2 se puede apreciar que de los pacientes que reciben valoración clínica la mayor categoría lo ocupan los adultos mayores enfermos (74) en el año 2015 asimismo en la misma categoría se presentan 169 pacientes en el 2016, observándose además que en la categoría de adulto mayor geriátrico complejo se observa 3 pacientes en el 2015 y 6 pacientes en el 2016 los cuales constituyen de menor categoría.

TABLA No 4.4
VALORACION NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR
C. S SAPALLANGA 2015 – 2016.

Año/Diagnostico nutricional	2015	2016
Normal	44	112
Delgadez	49	106
Sobrepeso	16	27
Obesidad	5	10
Total	114	245

FUENTE: Registro diario del Adulto Mayor. C.S. Sapallanga – Huancayo.

GRAFICO N° 4.4



En el gráfico N° 3 se puede observar que el mayor número de casos es 49 con delgadez en el 2015, que supera a 44 que están normal y de 112 pacientes en condición normal en el 2016 y de menor casos se puede observar, 05 pacientes obesos en el 2015 y 10 casos con el mismo diagnostico en el 2016.

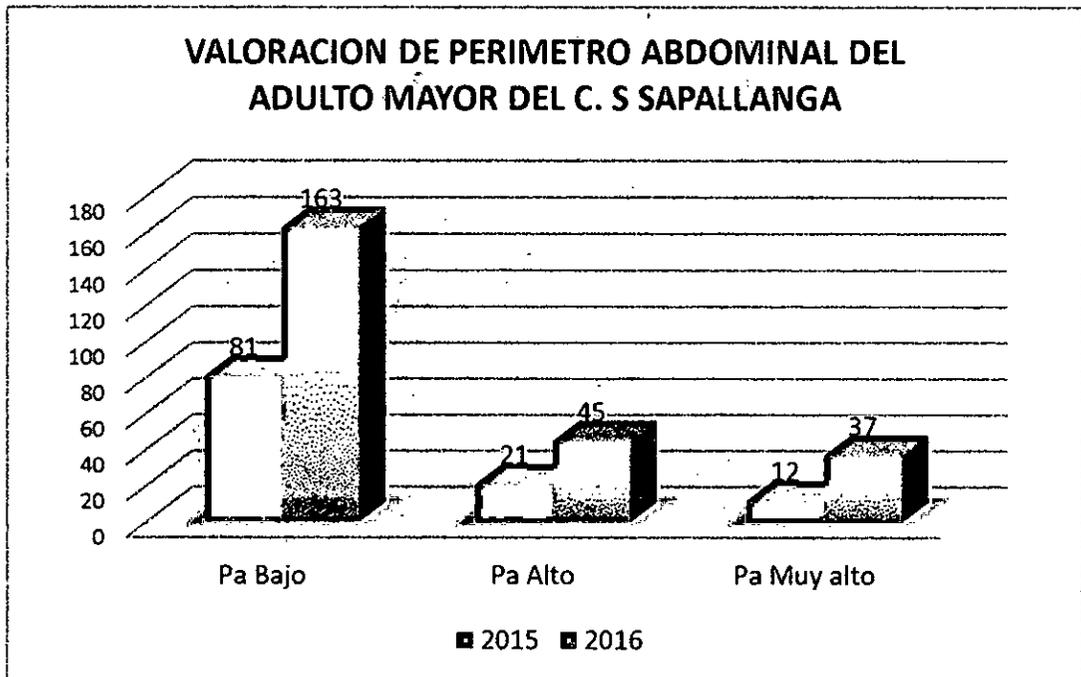
TABLA N° 4.5

**VALORACION DEL PERIMETRO ABDOMINAL DEL ADULTO MAYOR
C. S SAPALLANGA 2015-2016**

RIESGO/AÑOS	2015	2016
Riesgo Bajo	81	163
Riesgo Alto	21	45
Riesgo Muy alto	12	37
Total	114	245

FUENTE: Registro diario Adulto Mayor. C.S. Sapallanga-Huancayo. /

GRAFICO N° 4.5



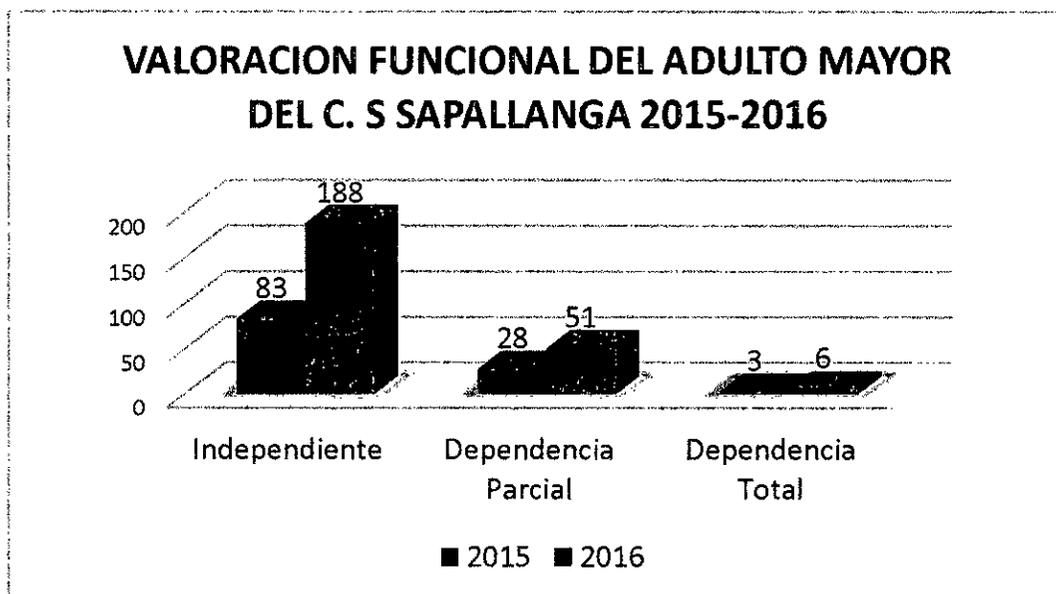
En el gráfico N° 4 se puede observar la mayor cantidad de pacientes (81) que al valorar el perímetro abdominal el riesgo es bajo, en el 2015 y 163 en el 2016 y del mismo modo se puede apreciar en menor proporción con riesgo muy alto de 12 y 37 pacientes en el 2015 y 2016 respectivamente.

TABLA N° 4.6
VALORACION FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR DEL
C. S SAPÁLLANGA 2015-2016

VF/AÑOS	2015	2016
Independiente	83	188
Dependencia Parcial	28	51
Dependencia Total	3	6
Total	114	245

FUENTE: Registro diario del Adulto Mayor. C.S. Sapallanga-Huancayo

GRAFICO N° 4.6



En el gráfico N° 5 se puede apreciar que la mayor cantidad de pacientes con valoración funcional de 83 en el 2015 son independientes en las actividades básicas de su vida diaria y 188 en el 2016 y en menor proporción de 3 pacientes en el 2015 y 6 pacientes en el 2016 que tienen dependencia total.

TABLA N° 4.7
TAMIZAJE DE GLUCOSA, COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS EN EL
ADULTO MAYOR
C.S. SAPALLANGA 2016

Edad/Nivel		60-69	70-79	80-Mas	TOTAL
Glucosa	Normal 70-110 mg/dl	23	76	36	135
	< 70 mg/dl	6	14	7	27
	> 110 mg/dl	1	1	0	2
Colesterol	< 200 mg/dl	16	35	16	67
	> 200 mg/dl	13	56	28	97
Triglicérido	< 150 mg/dl	7	43	19	69
	> 150 mg/dl	22	48	25	95

FUENTE: Registro de laboratorio. C.S. Sapallanga – Huancayo

GRAFICO N° 4.7

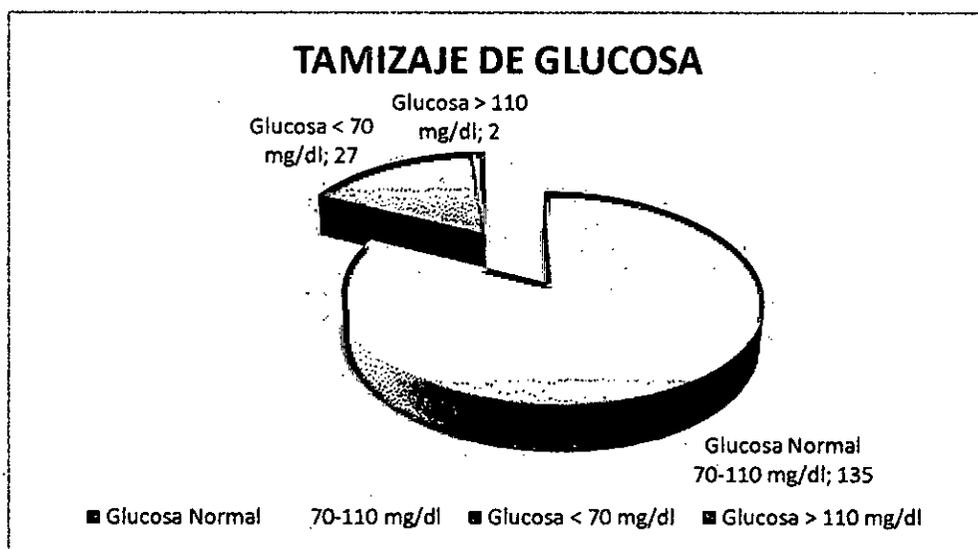


GRAFICO N° 4.7

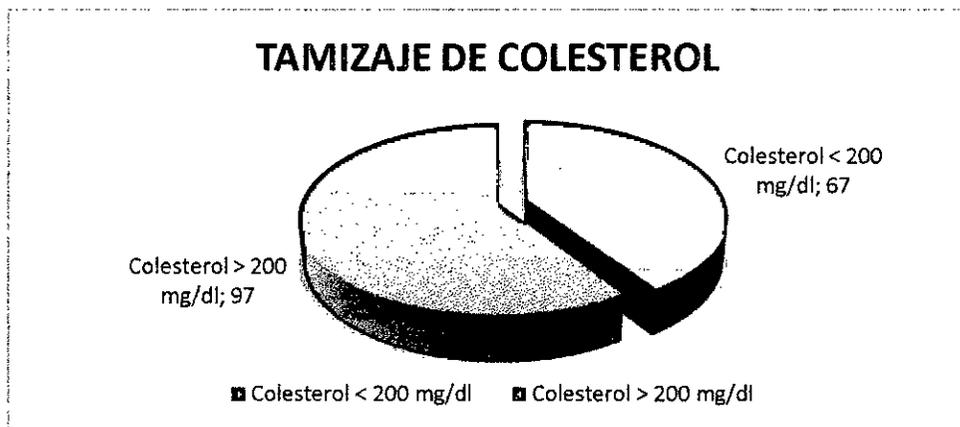
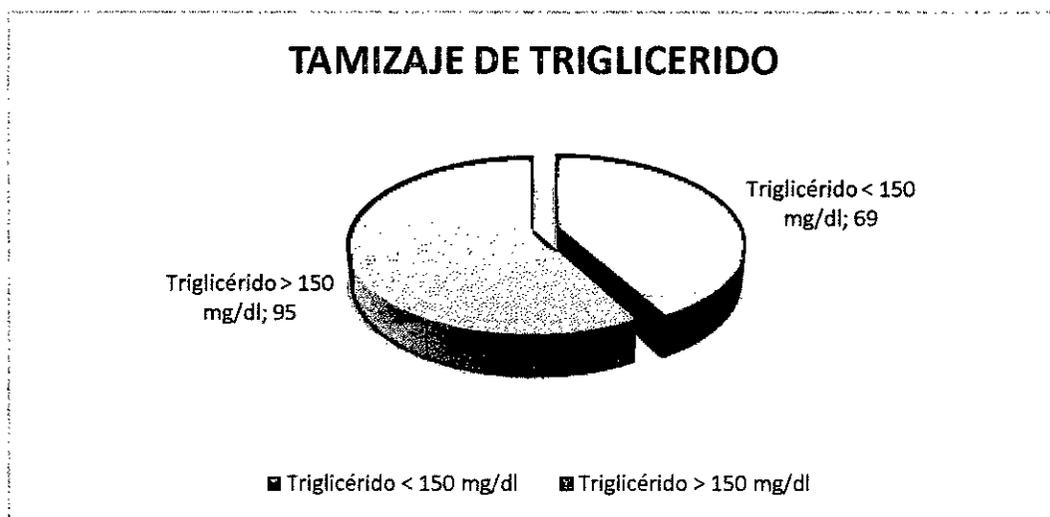


GRAFICO N° 7.3



En los gráfico N° 7.1, 7.2 y 7.3 se puede observar que en el 2016 la mayor cantidad de 135 adultos mayores tienen glucosa dentro de los parámetros normales y la menor cantidad se da en 02 adultos mayores con glucosa mayor al rango normal y según el resultado de colesterol se observa que 97 adultos mayores tienen el colesterol mayor del rango normal y 67 están dentro del rango normal y según el resultado de triglicéridos se aprecia que 69 adultos mayores están dentro de lo normal y 95 están por encima del rango normal. Así mismo se puede apreciar que la mayor afluencia de pacientes se da entre las edades de 70 – 79 años y menor entre 60 – 69 años de edad.

VI. CONCLUSIONES.

- a) La implementación del consultorio del adulto mayor con documentos de gestión y equipos, material médico, insumos y otros contribuyen en la atención adecuada del paciente adulto mayor.
- b) La participación de la enfermera es indispensable en el proceso de atención de la estrategia del adulto mayor ya que permitió el incremento de pacientes atendidos en el periodo del presente informe.
- c) La intervención de la enfermera en la valoración del estado funcional básico del adulto mayor en el informe ejecutado nos permite determinar mientras menos edad tenga en esta etapa de vida es más independiente en su actividad habitual.
- d) La valoración clínica del adulto mayor dependerá de las competencias y habilidades para hacer una adecuada clasificación según el estado de salud del adulto mayor.

VII. RECOMENDACIONES

- a) Garantizar la implementación permanente del consultorio de enfermería del adulto mayor con documentos de gestión (normas técnicas, registros, instrumentos de evaluación, planes de trabajo, tarjeta de control) y la personalización de las historias clínicas a fin de asegurar una atención adecuada en el momento de su intervención.
- b) Mantener la coordinación multisectorial mediante alianzas estratégicas y, continuar con el trabajo con el círculo del adulto mayor que nos permite dar sostenibilidad en la atención de los pacientes.
- c) Continuar con la intervención de enfermería para fomentar el autocuidado en el adulto mayor a través de actividades de promoción, prevención y atención según corresponda.
- d) Capacitaciones y actualización de personal de salud permanente para incrementar sus conocimientos y mejorar sus destrezas en la valoración clínica para posteriormente hacer un plan de intervención de enfermería con la finalidad de contribuir en la calidad de vida del adulto mayor.

VIII. REFERENCIALES.

1. **Morrison Torres**, Doreen Elizabeth, Pereira Escoda, Begonha Andrés. Chile. (2004). "Estudio Descriptivo de la Situación Funcional del Adulto Mayor de 80 años y más de las Comunas de Independencia y Recoleta, de la zona Norte de la Región Metropolitana de Chile, a través de la Medida de Independencia Funcional". Disponible en:
http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2004/morrison_d/sources/morrison_d.pdf Tesis. (Ingreso el 06 de noviembre del 2017)
2. **Borra Texeira**, Vanessa / **Hernández Feijo**, Fernanda Liesegang Rodríguez, Teresita / **Osorio Antúnez**, María / **Pérez Manica**, Ana Laura. Montevideo (2010). "Atención de Enfermería al adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención". Disponible en:
<http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2010/FE-0349TG.pdf> (ingreso el 10 de octubre del 2017)
3. **Miranda Guerrai**, Amauri de Jesús / **Hernández Vergel**, Lázaro Luís / **Rodríguez Cabrera**, Aida. La Habana (2009). "Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor". Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-1252009000300003 Revista Cubana de Medicina General Integral. (Ingresado el 06 de Noviembre del 2017)

4. **Castro Benito**, Jilberto Ricardo. Lima – Perú (2013). “Capacidad Funcional del Adulto Mayor que acude al Hospital del Día de Geriatría”. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/80> Tesis.
(Ingreso el 06 de noviembre del 2017)
5. **Zavaleta L.** Lima – Perú. (2011). “Actividades funcionales básicas en el adulto mayor del Centro de Atención Residencial Gerontogeriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro de Lima abril de 2011”. Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2876/1/Zavaleta_cl.pdf Tesis. (Ingreso el 10 de octubre del 2017)
6. **Huatuco Henrriquez**, Guisella Jennifer. Lima-Perú. (2009). “La Calidad del Cuidado de Enfermería y el Grado de Satisfacción Según Percepción del Paciente Adulto Mayor en el Servicio de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen en el mes de noviembre - diciembre 2008”. Disponible en:
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/303> Tesis (ingreso el 06 de noviembre del 2017)
7. **Pio Cajaleon**, Marilia. Huanuco (2016). “Satisfacción del Adulto Mayor respecto a los Cuidados que recibe del Personal de Salud en el Servicio de Medicina del Hospital Hermilio Valdizan Medrano-Huánuco 2015”. Disponible en:

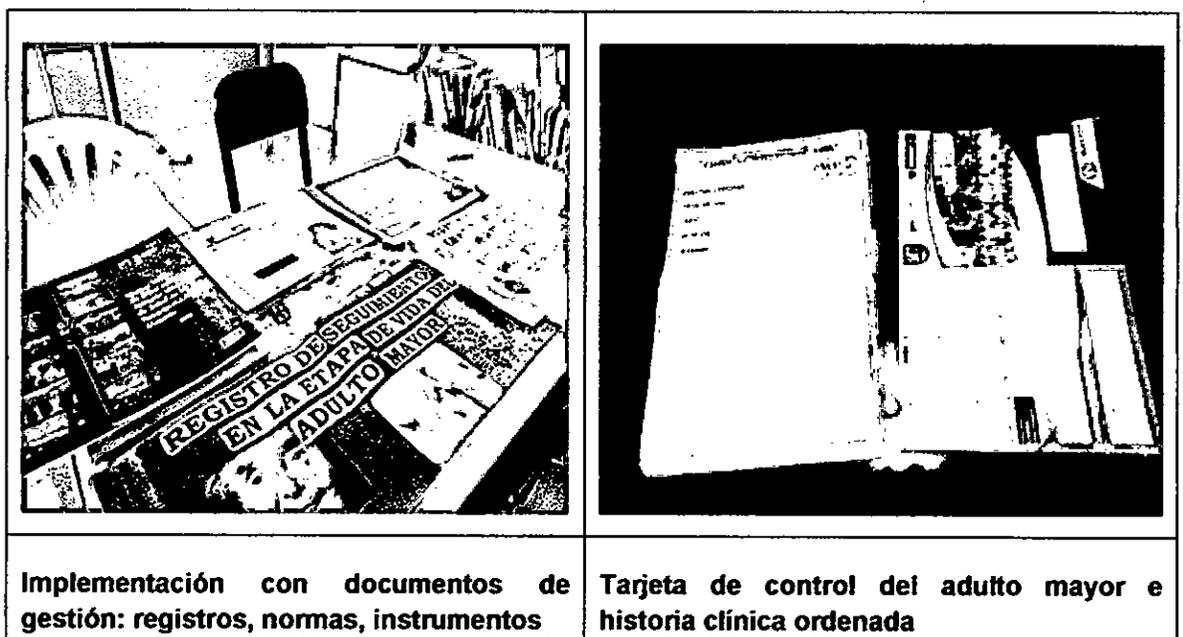
<http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/214> Tesis. (Ingreso el 10 de noviembre del 2017).

8. **OMS** (2002) 1era edición "Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores"
9. **Norma Técnica** de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas Adultas Mayores-2010.

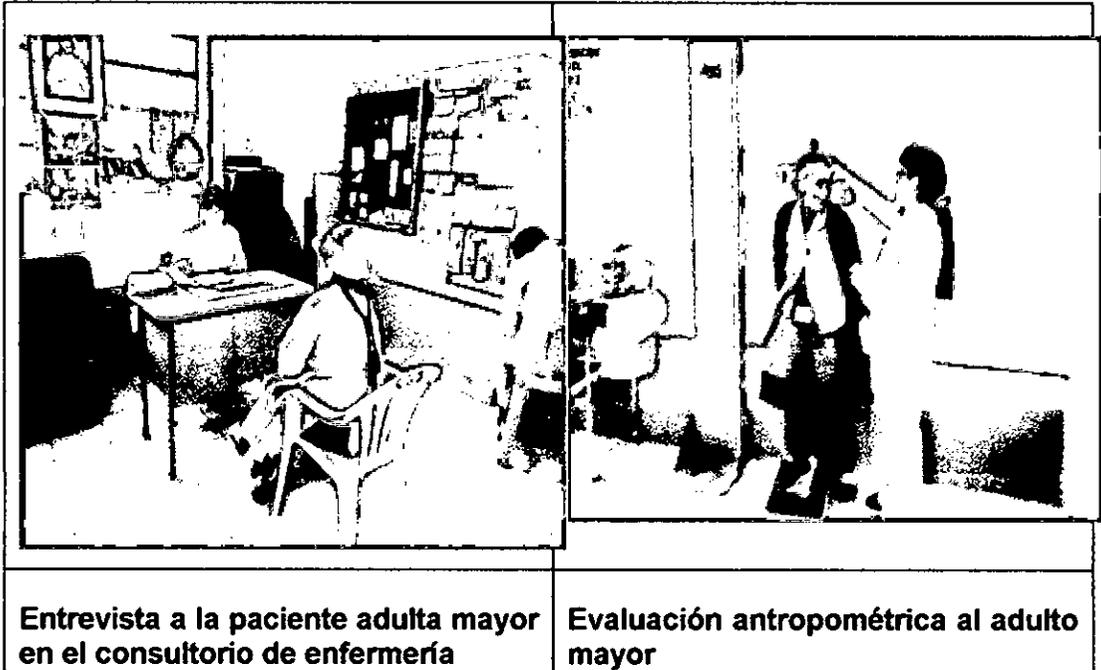
ANEXOS

ANEXO 01

ORGANIZACIÓN DEL CONSULTORIO DEL ADULTO MAYOR



EVALUACIÓN EN EL CONSULTORIO DEL ADULTO MAYOR



REUNION TECNICA



ANEXO 02

SESION EDUCATIVA

	
<p>Sesión educativa de lavado de manos con el adulto mayor</p>	<p>Sesión educativa sobre alimentación con el adulto mayor</p>

SESION DEMOSTRATIVA


<p>Sesión demostrativa de lavado de manos con los adultos mayores.</p>

ANEXO 03

TALLER DE PSICOLOGIA



SOCIALIZACION CON EL PERSONAL



Socializando con el personal de psicología sobre el uso de la tarjeta de control del adulto mayor



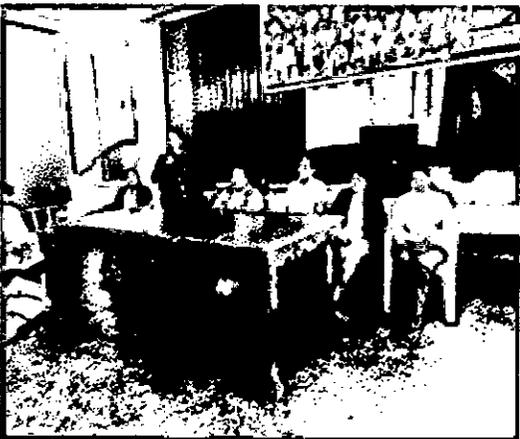
Socializando sobre el manejo de la historia clínica para mantener el orden y secuencia.

ANEXO 04

VISITA DOMICILIARIA

	
<p>Visita domiciliaria a paciente con diabetes mellitus, porque no vino a su control.</p>	<p>Visita domiciliaria a paciente geriátrica complejo, con TBC e hipertensión arterial, imposibilitada para caminar se le da consejería sobre su alimentación y tratamiento</p>

INAUGURACIÓN DEL CIRCULO DEL ADULTO MAYOR

	
<p>Acto protocolar de inauguración con presencia de autoridades del municipio, programa Pensión 65 y salud-</p>	<p>Presencia de la Coordinadora del adulto mayor, de la Red de Salud Valle del Mantaro.</p>



Presencia masiva de los adulto mayores en la inaguración



Participación activa de los adultos mayores con la danza del huaylarsh

CAMPAÑA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD ADULTO MAYOR



Coordinadoras del Programa Pensión 65, de la Municipalidad y del centro de salud.



Se esta entregando cupos para mantener el orden según el numero secuencias que les corresponde



Evaluación antropométrica y control de la presión arterial.



Verificación del SIS, y relleno de FUAS.