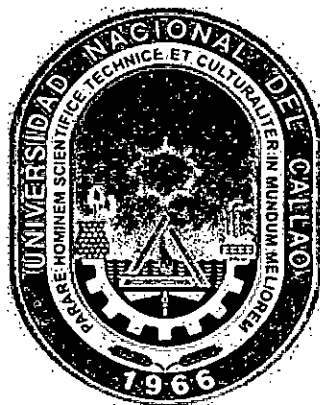


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR
EN EL CENTRO DE SALUD CHILCA.
HUANCAYO. 2014-2016**

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

NOEMI AUREA MAURICIO FLORES

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Noemi Aurea Mauricio Flores', 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: 020

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

Resolución de Decanato N°061-2018-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. MAURICIO FLORES NOEMI AUREA

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
I.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática:.....	4
1.2 Objetivo:	8
1.3 Justificación:.....	8
II.MARCO TEÓRICO	11
2.1 Antecedentes:.....	11
2.2 Marco Conceptual:	16
2.3 Definición de Términos:.....	48
III.EXPERIENCIA PROFESIONAL	50
3.1 Recolección de Datos:.....	50
3.2 Experiencia Profesional:.....	51
3.3 Procesos realizados en el tema del informe:	56
IV.RESULTADOS	59
V.CONCLUSIONES.....	68
VI.RECOMENDACIONES	70
VII.REFERENCIALES.....	72
ANEXOS.....	74

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene por finalidad presentar mi experiencia profesional en la Atención Integral del Adulto Mayor en el servicio de Enfermería del "Centro de Salud de Chilca" en los años 2014 al 2016.

Así mismo, contribuirá al conocimiento en la problemática del desarrollo de las actividades del adulto mayor. Espero que este informe sirva de referencia de la Intervención de Enfermería a otros profesionales. La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad. El ciudadano adulto mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias. La salud de las personas adultas mayores exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas. Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho

más frecuente a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar. Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muerte se asocian a las enfermedades no transmisibles prevalentes, no existiendo en nuestro país registros o sistemas de información confiables sobre morbilidad. Sin embargo, puede asumirse que las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025.

Ante esta realidad el Centro de salud Chilca busca una correcta atención geriátrica basada en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de valoración geriátrica integral y la atención integral del adulto mayor, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática:

La población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo.

El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.

Habrán en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes. Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones. 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. En efecto, las mujeres viven por término medio entre 6 y 8 años más que los hombres.

El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores. 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. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. 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.

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. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías.

En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas. En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión). El maltrato de los ancianos puede

ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración.

La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando. Se pronostica que de aquí al año 2050 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, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

A medida que las personas vivan más tiempo, en todo el mundo se producirá un aumento espectacular de la cantidad de casos de demencia, como la enfermedad de Alzheimer. El riesgo de padecer demencia aumenta netamente con la edad y se calcula que entre un 25% y un 30% de las personas de 85 años o más 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.

La población del Perú al igual que muchos de los países en desarrollo se caracteriza por ser joven. El 38% de su población es menor de 15 años, y sólo el 6% corresponde a los 60 años o más cuya proyección al año 2025 será del 12%. Sin embargo, esta estructura demográfica ya ha empezado a variar en las últimas décadas y se agudizan tales cambios debido principalmente a la declinación de las tasas de mortalidad y fecundidad. Esta última según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES) señala un promedio de hijos por mujer de 4.1 para el período 1984- 1986, frente a 5.2 del censo de 1981 y al 6.1 del censo de 1972. La alta mortalidad infantil 116/mil en menores de 5 años, y de 82/mil de 0 a 1 años, crea la dramática situación de tener que priorizar la atención de los problemas de acuerdo con su magnitud y la presión ejercida socialmente. Los adultos mayores, componentes de un grupo minoritario, no han sido mayormente considerados dentro de esas prioridades. Es evidente que las mayores posibilidades para la supervivencia, y el cuidado de la salud la tienen los ancianos del estrato social alto o medio alto con mayor poder económico. En los sectores populares en cambio, la pobreza margina a los mayores de una atención de primera categoría. Aproximadamente sólo 25% del total de gerontos están amparados por la Seguridad Social, son los jubilados de las empresas públicas o privadas que aportaron durante su vida productiva para lograr esta protección en su vejez. Los que no aportaron o los que no ejercieron ocupaciones dependientes, si no tuvieron la capacidad o la

precaución de ahorrar, a riesgo de devaluaciones monetarias, y si no tienen el apoyo familiar están condenados a una vida de desamparo. Algunos son acogidos en instituciones de inspiración caritativa (Hermanitas de los Ancianos Desamparados).

Un 66 % de la población adulta mayor de Perú está en situación de fragilidad respecto a su salud, un 41,3 % tiene problemas económicos ocasionales y 2 % depende de la asistencia social, de acuerdo a un estudio académico difundido en Lima.

Aproximadamente el 10 % de la población peruana, unos tres millones de habitantes, es mayor de 60 años, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

1.2 Objetivo:

Describir la Atención Integral del Adulto Mayor en el “Centro de Salud Chilca” Chilca- Huancayo, 2014 – 2016.

1.3 Justificación:

Se constata un aumento de la población adulta mayor a nivel mundial, sobre todo en América Latina, donde viven actualmente alrededor de 45 millones de personas con 60 y más años. Esta cifra se va a cuadruplicar hasta el año 2050. Actualmente ya viven más adultos mayores en los países en desarrollo que en los países industrializados. Por ello corresponde que en el nuevo Plan de Acción

Internacional sobre el Envejecimiento - aprobado en el año 2002 en Madrid en el curso de la II Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento – se concibiese el envejecimiento a escala mundial como un fenómeno general y un desafío para la sociedad del siglo XXI. Además se enfocó la situación de la población adulta mayor la primera vez desde la perspectiva de los países en desarrollo. Se dio énfasis a la responsabilidad respecto a la población de ancianos mayoritariamente pobre y se reclamó la toma en consideración de las necesidades de la población anciana en el marco de la cooperación internacional al desarrollo. Teniendo en cuenta los grandes problemas existentes, el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento reclama de los gobiernos y Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) una mayor cooperación y coordinación. En los países en desarrollo faltan frecuentemente soluciones sistemáticas y duraderas para los problemas que han surgido debido al aumento de la población anciana; de manera que no sólo a los gobiernos sino también a la sociedad civil y a sus organizaciones se les reclama que cumplan con su papel de co-actores en la política social. Durante décadas no se consideró que la población adulta mayor de los países en desarrollo fuese relevante para el desarrollo de un país, por lo que su integración en programas de cooperación internacional no fue prevista. Sin embargo, de una manera progresiva se va reconociendo la interrelación entre la pobreza de la población anciana y los problemas de desarrollo en un país del sur y la necesidad de

considerar la situación de los adultos mayores en programas de la cooperación internacional al desarrollo e integrarla por ejemplo en el debate sobre la pobreza.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las medidas de intervención realizadas en el "Centro de Salud de Chilca" de Huancayo, dirigidas a mejorar la atención integral al adulto mayor de que mostraron bajos niveles en el período 2014 - 2016, todo lo anterior con el propósito de evitar adultos mayores no evaluados que estarán más expuestos a enfermar, sobre todo de enfermedades no transmisibles como hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos además de la desnutrición, EDAs, IRAs, anemia y por consiguiente con mayor costo social al incrementar el riesgo de morbimortalidad.

Así mismo el presente informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los adultos mayores en el servicio del adulto mayor. Así mismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia, para desempeñar con éxito la labor y brindar una excelente atención integral.

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes:

Luego de realizar la revisión de antecedentes se ha encontrado algunos estudios relacionados. Así tenemos:

A Nivel Internacional

MIRANDA GUERRA, Amauri de Jesús; Hernández Vergel Lázaro Luís; Rodríguez Cabrera Aida; La Habana, Cuba (2009) realizaron un estudio cuyo título es: "*Calidad de la Atención en Salud al Adulto Mayor*" en el Policlínico "5 de Septiembre" del Municipio Playa, el cual tenía por objetivo: evaluar la calidad de la atención en salud ofrecida a los adultos mayores en sus dimensiones estructura, proceso y resultado, con una muestra de 300 personas de 60 años y más de 4 consultorios seleccionados mediante muestreo por conglomerado bietápico. 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. El nivel de conocimientos aceptable sobre el Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor e Hipertensión Arterial alcanzado por los médicos fue de 45,4 % y en las enfermeras de 72,7 %. La calidad de las historias clínicas fue no aceptable, y se identificaron otras insuficiencias en la satisfacción de los usuarios,

dadas por lo que desean obtener y no obtienen y lo que reciben sin desear, lo que muestra debilidades en la calidad de la atención al adulto mayor. 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. (5)

DELGADO VILELA, Carmen María; Guayaquil, Ecuador (2013) realizó un estudio cuyo título es: *“Mejoramiento de la calidad de atención integral del adulto mayor en el hospicio corazón de Jesús de la Junta de beneficencia de Guayaquil”* el cual tenía por objetivo: mejorar la calidad de atención integral en salud ofrecida a los adultos mayores, la cual presentó una ineficiente atención integral del adulto mayor, que incluyó: la inexistencia de una guía nutricional, la insuficiencia de personal capacitado en atención directa, la no aplicación de procedimientos geriátricos/gerontológicos básicos y la recreación no definida como terapia. Con población etaria de 331 asilados, 203 mujeres y 128 hombres; clasificados en 118 generales, 130 contribuyentes y 96 pensionistas; cuyas características son 30% postrados, 45% dependientes y 25% independientes. El trabajo se fundamentó en la elaboración de una guía nutricional con dietas ajustadas a necesidades orgánicas reales. Se capacitó al personal de atención directa con talleres prácticos en cuidado, protección y trato. Se diseñó un protocolo/procedimientos geriátricos/gerontológicos de

atención básica cuya aplicación permitió la eficiencia y eficacia del quehacer diario. Se desarrolló un cronograma de actividades recreativas con diseño fisioterapéutico como terapias preventivas. Como prioridad, se manejó técnicamente las complicaciones de la morbilidad y comorbilidad con calidad y calidez. (6)

A Nivel Nacional

ZAVALA LIZARASO, Gloria Isabel; Lima, Perú (2009) realizó el presente estudio titulado: *“Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009”*, tuvo como objetivo: Determinar el nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor sobre el cuidado que brinda la Enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. El Diseño Metodológico fue de una investigación aplicada del tipo descriptivo simple de corte transversal, en la cual se utilizará como técnica la Entrevista estructurada y como instrumento la escala. La muestra considerada para el estudio de investigación estuvo conformada por 60 pacientes Adultos Mayores que se encuentran hospitalizados en los Servicios de Medicina General del Hospital Nacional Dos de Mayo en el 2009. Las conclusiones en el presente estudio fueron: El paciente Adulto Mayor presenta en mayor porcentaje un nivel de satisfacción Medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo sobre los cuidados que brinda la enfermera en el servicio de Medicina del HNDM, siendo más baja la dimensión cuidado de estimulación. (7)

ROLDÁN MONZÓN Angie Vanessa, Lima Perú (2007), realizó un estudio de Investigación titulado *“Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares en la Comunidad Hermanitas Descalzas 2007”* tuvo como objetivo comprender las Vivencias del Adulto Mayor frente al abandono de sus familiares, lo cual fue posible lograr con el enfoque fenomenológico. Dicho estudio es de tipo Cualitativo, descriptivo, que me permitió tener una visión de la situación de la variable estudiada en la población de adultos mayores. La muestra estuvo conformada por 19 personas adultas mayores, la cual fue obtenida a través del muestreo no probabilístico intencionado por saturación. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista a profundidad, ya que se requerían obtener respuestas individuales que no hubieran sido posibles obtener con alguna entrevista de tipo común. El análisis fenomenológico de las 19 entrevistas realizadas permitió la identificación de siete unidades de significado, las cuales fueron posteriormente interpretadas para una mejor comprensión de las mismas. Entre las vivencias del adulto mayor tenemos que éste es consciente de la etapa de vida por la que atraviesa, y que, a pesar de los malos tratos recibidos por parte de sus familiares, éstos no sienten ningún tipo de rencor hacia ellos, por el contrario, crean excusas tratando de entender los motivos por los cuales sus familiares actúan de aquella manera; y que en la mayoría de los casos es por falta de dinero que sus familiares no están con ellos. En cada uno de sus pensamientos y/o actos está presente Dios, a

quien se aferran y piden a diario ayuda para seguir adelante. Entre las consideraciones finales se resalta la importancia de la futura realización de investigaciones de tipo cualitativo que incluyan como población a los adultos mayores, debido a la falta estudios relacionados a este tema. Así también se refleja la fragilidad y bondad de las personas adultas mayores, en cuyas almas no hay espacio para albergar ningún tipo de sentimiento negativo hacia alguna persona. (8)

CÓRDOVA N, Lavado S; Chiclayo, Perú (2010) realizo una investigación titulada *“Calidad de vida del adulto mayor, Hospital Regional de la Policía Nacional del Perú”* tuvo como objetivo: identificar, analizar y discutir la calidad de vida de las personas que se atienden en el Programa del Adulto Mayor del Hospital Regional Policial de Chiclayo. El estudio fue cualitativo con abordaje de estudio de caso. Se aplicó el cuestionario sociodemográfico y entrevista semiestructurada a profundidad. Los sujetos de investigación fueron 21 adultos mayores. Se concluyó que la dinámica familiar y sus relaciones interfamiliares generan procesos de comunicación efectivos o inefectivos; determinando un estado emocional de equilibrio o desequilibrio en el adulto mayor, asumiendo una percepción satisfactoria o insatisfactoria en su calidad de vida. A su vez, pese a las limitaciones en su funcionalidad corporal, física y emocional, la mayoría de adultos mayores intentan asumir un estilo de vida que les satisfaga. (9)

2.2 Marco Conceptual:

La vejez. - El envejecimiento concebido como un proceso que experimentan los individuos puede ser visto desde dos enfoques, uno biológico y otro social. Para el profesor Thomae (1982), la vejez es un destino social, puesto que son las características de la sociedad las que condicionan tanto la cantidad, como la calidad de vida. Peter Townsend, citado por Barros (1993) plantea algo similar cuando sostiene que la situación actual de dependencia de los ancianos ha sido creada por la política social. Una política social en muchas ocasiones no publicada.

El principal sistema social del anciano y el apoyo que recibe viene de su familia. Se trata de una unidad social sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político de un momento dado. La definición más aceptada del concepto de familia es la de varias personas relacionadas por los lazos de parentesco, sanguíneos, de matrimonio o por adopción. Tales personas pueden compartir un mismo techo o habitar en viviendas separadas.

La familia del anciano brinda apoyo social, funcional, económico o material, afectivo y asistencia en diversas formas.

Aun cuando la gran mayoría de las personas adultas mayores son relativamente independientes y físicamente aptas y funcionales, el grupo de los mayores de 80 son más dependientes, más aún si su nivel socioeconómico y estado de salud son limitados (Sánchez, 1994). La O.M.S. ha definido la salud del anciano por su capacidad

para funcionar, y no por las limitaciones, discapacidad o enfermedad que presente.

Así, la calidad de vida de las personas mayores está estrechamente relacionada con la capacidad funcional y el conjunto de condiciones que le permiten mantener su participación en su propio autocuidado y en la vida familiar y social (CELADE, 2003; Fernández-Ballesteros et al., 1996).

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.

Organización del Trabajo Intramural

Servicios adecuados y/o diferenciados.- 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. Los servicios 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.

Infraestructura.- 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.

Equipamiento, mobiliario y materiales.- 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.

Referencia y Contrarreferencia.- La Dirección Regional de Salud (DIRESA) define el Sistema de Referencia y Contrarreferencia en el nivel regional, de acuerdo a la categorización¹ de los establecimientos que conforman la red prestadora de salud; así como asigna los recursos necesarios, según corresponda.

La red establece la organización de la referencia y contrarreferencia² en el ámbito de su responsabilidad, brindando asistencia técnica para su óptimo funcionamiento.

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 el 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 de 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:

a) 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 extramural.

El 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.

b) Admisión de la PAM

Recepción

- 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.

Triaje

- 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.

c) 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, según formato. (Ver anexo N°3). La VACAM 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 VACAM a las PAMs una vez al año, pudiéndose repetir, si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.

Criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores a través de la VACAM: De la aplicación de la VACAM inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño.

Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, según la necesidad de salud de las PAMs.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son las siguientes:

a) 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.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ver anexo N°4 Plan de atención para PAM activa saludable).

b) 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 (ver ítem c y d).

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (Ver anexo N°4 Plan de atención para PAM enferma).

c) Persona Adulta Mayor Frágil. - Es aquella que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. (Anexo N°3).
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer. (Anexo N°3).
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage. (Anexo N°3).
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar. (Anexo N°3).
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros.

- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) 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. (Ver anexo N°4 Plan de atención para la PAM frágil).

d) Paciente Geriátrico Complejo. - 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 cardíaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses.

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. (Ver anexo N°4 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 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 antiamarílica, 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.

De los 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 de Gestión.- El componente de gestión 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.

Programación.- La programación anual se realizará durante el año anterior en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención: Puestos, Centros de Salud, Hospitales, e Institutos Especializados.

Los niveles intermedios, Direcciones Regionales, cabeceras de Red o equivalentes consolidarán la programación del nivel inmediato inferior, verificando la calidad de la misma y la remitirán al nivel nacional, para la consolidación de la misma.

La programación de actividades de atención de las personas adultas mayores se elaborará sobre la base de un diagnóstico situacional de la población de 60 años a más, de acuerdo a los niveles de atención, capacidad resolutive y los recursos humanos disponibles en cada establecimiento, así como la demanda de la comunidad.

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.
- 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, sujetos 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.

La evaluación y monitoreo deben realizarse periódicamente con la finalidad de orientar acciones y reprogramar en base a las coberturas alcanzadas y las metas programadas.

La evaluación estará a cargo del responsable de la etapa de vida adulto mayor en cada nivel, éste a su vez será evaluado por el nivel inmediato superior.

Indicadores

a) De estructura

- Normas Técnicas disponibles en los establecimientos.
- Número de geriatras en los establecimientos de categoría III – 1
- Número de círculos/centros del adulto mayor en la región de salud.

b) 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.

Gestión de la información.- 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.

El nivel nacional, analizará permanentemente la información para transformarla en conocimiento para la adecuada toma de decisiones y realizar acciones que permitan el logro de las metas planteadas.

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.

Componente Financiamiento.- 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. (3)

Teoría de D. Orem.- Según Orem y Taylor (1996) la capacidad de agencia de autocuidado del individuo es una actividad aprendida por éste y orientada en situaciones concretas de la vida que el ser humano dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. El término capacidad se utiliza para significar el poder desarrollado en el individuo que le permite llevar a cabo formas particulares de acciones deliberadas de autocuidado.

La teorista D. Orem considera que el autocuidado de la salud 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 su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. (MORENO, B. Y XIMENES. C.; 2010). El término capacidad denota el poder desarrollado en la persona que le permite llevar a cabo formas particulares de acciones deliberadas de autocuidado. (OREM, D. Y TAYLOR, S.; 1996) La agencia de autocuidado debe darse en todas sus dimensiones, considerando que

el autocuidado general está enfocado en las necesidades básicas de toda persona tanto en el aspecto biológico como en el psicosocial; necesidades que satisfechas ayudarían al adulto mayor a tener una mejor calidad de vida en su esfera holística y reducirían posibles complicaciones que pudieran surgir a partir de su enfermedad. (PROPAS; 2010).

La calidad de vida se refiere principalmente a la satisfacción que tiene la persona con su salud física, relaciones interpersonales, independencia para realizar actividades y satisfacción con la vida. Para valorar la calidad de vida del adulto mayor, es necesario comprender que la adultez mayor es una etapa del desarrollo del ser humano que se inicia a los 60 años y termina en el momento en que la persona fallece y se caracteriza por ser un periodo de grandes cambios en todas las áreas de funcionamiento: biológicos, psicológicos y sociales. (LENARDT, M. Y COLS; 2013) Las necesidades de autocuidado están directamente relacionadas con las necesidades terapéuticas, retardando las complicaciones provenientes de la enfermedad, esta capacidad puede estar influenciada por la calidad de vida de la persona. Diversos autores refieren que la capacidad de autocuidado puede contribuir a mejorar la calidad de vida; por ende, es necesario investigar cómo se relacionan estos fenómenos para dirigir estrategias a futuro que logren impactar positivamente el autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores que tienen osteoartritis. Siendo el profesional de

enfermería agente de cambio, debe plantear iniciativas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con osteoartritis desde el momento del diagnóstico hasta su completa recuperación, capacitándolos para el autocuidado.

El autocuidado.- Según el modelo de Dorothea Orem “Es una actividad del individuo por éste y orientada hacia un objetivo. Es 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”. Explica el autocuidado como una necesidad humana. (OREM, D. Y TAYLOR, S.; 1996).

Enfermería, en relación al autocuidado se define como un servicio humano, e indica que su aspecto especial es la necesidad personal de proporcionar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o para la recuperación tras la enfermedad o la lesión. Se afirma que los componentes del método de Orem se centran, principalmente, a las necesidades del ser humano que están en relación con el “Autocuidado”, definiéndose este como: “Las acciones que permiten al paciente mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos” (ESTRADA, M. Y COLS.; 2004)

A través de la historia, partiendo desde la cultura griega, se generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado, llamado por ellos

“culto del sí”, que se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, constituyendo un sujeto responsable de sus propios actos. Similar es el concepto de promoción de la salud acerca de las prácticas de autocuidado que se basa en promover en las personas y su grupo social el acceso a los medios que le permitan tomar las mejores decisiones para lograr el control sobre su propia salud, representando una estrategia de mediación entre las personas y su entorno creando un futuro más saludable a través de los tres mecanismos no transmisibles:

- Autocuidado o decisiones que el individuo toma en beneficio de su propia salud.
- Ayuda mutua en acciones que las personas realizan unas a otras.
- Entornos sanos o creación de las condiciones y entornos que favorecen la salud.

Cuando hablamos de práctica de autocuidado nos estamos refiriendo a un conjunto de decisiones adoptadas por el individuo para ejercer un mayor control sobre su salud. El segundo mecanismo es la ayuda mutua que son los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras, prestándose apoyo emocional, compartiendo ideas, información y experiencias. El tercer punto comprende la creación de entornos sanos, que implica adaptar los entornos sociales, económicos y físicos de tal forma que ayuden a conservar la salud. (OREM, D. Y TAYLOR, S.; 1996). (6)

Requisitos del autocuidado.- Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para para regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. (OREM, D.; 2001).

Derivan de la reflexión interior formulada expresamente que distingue las acciones que son necesarias para regular los diversos aspectos del funcionamiento humano y el desarrollo permanente según gallegos, C. y Cols. (2000), son tres tipos:

a) Universales.- Son comunes a todos los seres humanos, presentes en todas las etapas de vida como son:

- El mantenimiento suficiente de aire.
- El mantenimiento suficiente de alimentos.
- El mantenimiento suficiente de agua.
- La provisión de cuidado de procesos de eliminación.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. La normalidad

se define como aquello que es esencialmente humano y es acorde con las características genéticas y constitucionales, y con el talento de las personas.

b) Los asociados al desarrollo.- Están asociados a las condiciones y eventos que ocurren durante varias etapas del ciclo de la vida, dándose consideración a cada requisito universal de autocuidado, se han identificado tres conjuntos de requisitos de autocuidado de desarrollo que son:

- Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
- Implicación en el autodesarrollo.
- Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

c) Los derivados a desviaciones de la salud.- Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos. Están asociados a defectos genéticos, de constitución y a las medidas médicas de diagnóstico y tratamiento; en cuanto a la osteoartritis serían:

- Aplicación de Ozonoterapia.
- Ingesta regular de medicación.
- Realización de ejercicios.

Factores determinantes.- La toma de decisiones respecto a la capacidad autocuidado, está determinada por factores internos y

externos los cuales según Gallegos, C. y Cols. (2000) son como se describe a continuación:

Factores internos o personales.- Dependen directamente de la persona y determinan el cuidado, corresponden a los conocimientos que determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten tomar decisiones y optar por prácticas saludables frente al cuidado de su salud.

a) Los conocimientos.- Determinan las prácticas saludables, pues permiten a la persona tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud.

b) La voluntad.- Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una “clave para la acción” diferente con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina “clave para acción” aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que la llevan a replantearse un hábito, una costumbre o creencia.

c) Las actitudes.- Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva una persona a actuar a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio.

d) Los hábitos.- Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada.

Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem.- El modelo de Dorothea Orem se centró en el arte de la práctica de enfermería, la cual se describe como asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio cuando el paciente es incapaz de realizar dichas actividades.

El autocuidado es una tarea que el paciente inicia y realiza personalmente para conservar la vida y bienestar, contribuye a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo. Orem considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas. (MARRINER, A. Y RAILE, M.; 2011).

La teoría del autocuidado.- El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada, para sí mismo con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es por lo tanto un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado conforman los fundamentos que permiten entender las necesidades y las limitaciones de acción de las personas, que pueden beneficiarse de la enfermería. (5)

La teoría de los sistemas de enfermería.- El propósito de esta teoría es describir y explicar las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero. La teoría afirma que la enfermería es una acción humana, los sistemas enfermeros son

sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras, mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.

Las actividades de enfermería, incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros están organizados según la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera.

Los sistemas de enfermería, se forman cuando las enfermeras usan sus habilidades, con el fin de: prescribir, diseñar y proveer cuidados de enfermería a los pacientes. En este caso, la enfermera se convierte en agencia de autocuidado para el paciente. Las acciones de enfermería se organizan en tres sistemas:

a) Sistema de compensación total.- Cuando una persona es incapaz de satisfacer sus propias demandas de autocuidado, entonces existe un déficit o problema. Dicho déficit o problema es lo que indica a las enfermeras cuan y por qué la enfermera es necesaria. Aquí la enfermera debe hacer todo por el paciente.

b) Sistema de compensación parcial.- El paciente se ayuda parcialmente puesto que su condición no le permite ser totalmente independiente para su autocuidado.

c) Sistema de apoyo educativo.- La persona está en capacidad de auto cuidarse, pero requiere orientación. Las acciones que

emprenden las enfermeras, ayudan a los pacientes a mejorar sus capacidades para involucrarse en su autocuidado y para alcanzar sus propios requisitos de autocuidado de manera terapéutica. Cuando la persona lleva a cabo las acciones de autocuidado se denomina agente de autocuidado y esta acción va dirigida a conseguir objetivos, que son los requisitos de autocuidado (universales, de desarrollo y de desviación de salud). El papel de enfermería, es tener y desarrollar el conocimiento necesario para ayudar a las personas y las familias.

Rol de la enfermera.- Considerando que la enfermería es un servicio a la comunidad en todas las edades de la vida, el cuidado enfermero del adulto mayor se especializa en los cuidados de las personas mayores, indistintamente de su edad y situación de salud, con el fin de conseguir que el transcurrir por la vida sea en las mejores condiciones de salud posible, incrementando los conocimientos, las habilidades y la motivación de la persona adulta mayor, para afrontar los cambios físicos y psicosociales que aparecen durante el proceso de envejecimiento. Muchos de los problemas que viven los ancianos están asociados a las actividades cotidianas y por lo tanto son más sensibles a los modelos de cuidados de enfermería y al soporte relacional que los acompaña. (ANE; 1976).

Los cuidados finalmente deben conllevar en los adultos mayores a:

- Aumentar las conductas saludables.

- Minimizar y compensar las pérdidas de salud y las limitaciones relacionadas con la edad.
- Proveer comodidad durante los eventos de angustia y debilidad en la vejez, incluyendo el proceso de la muerte.
- Facilitar el diagnóstico, alivio y tratamiento de las enfermedades que ocurren en la vejez.

2.3 Definición de Términos:

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 etéreo, son las siguientes:

Adulto mayor. - En el año 1984, la Organización Mundial de la Salud, establece el uso del término "Adulto Mayor" para referirse a las personas de 60 años a más. (GARCILAZO, M.; 2015).

Envejecimiento. - Es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, heterogéneo y hasta el momento, inevitable, (LEITÓN, Z Y ORDOÑEZ, Y.; 2003).

Plan de Atención Integral: Es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, es personalizado, y realizado de acuerdo a cada categoría.

Atención integral. - Es la atención multidimensional a través de un equipo interdisciplinario. (4)

Calidad de vida.- Es la condición que resulta el equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de estas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y aspiraciones personales).

PAMs. - Personas Adultas Mayores.

ESNAM. - Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos:

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo el proceso de Recolección de Datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los Registros de Enfermería del Servicio del Adulto Mayor como: Informes Mensuales, Datos de la Oficina de Estadística del Establecimiento de Salud His Report Minsa, Oficina de Admisión Historias Clínicas del Adulto Mayor, Registros de Atención Integral del Adulto Mayor para obtener datos como: Número de atenciones por año, VACAM elaborados y ejecutados, evaluación del estado nutricional, Exámen laboratorio ejecutado y elaborado, Tamizaje de agudeza y catarata. Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones: Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Coordinadora de la Estrategia Sanitaria del Adulto Mayor (ESAM) y Jefatura del Establecimiento de Salud.

En el Procesamiento de Datos los datos obtenidos fueron insertados en una base de procesamiento en el programa informativo Excel mediante el cual se obtuvieron resultados como tabla y gráficos que nos permitieron demostrar la eficacia o el cambio de nuestras Intervenciones de Enfermería en la atención integral del adulto mayor. En el análisis e interpretación de los resultados se pudo observar el

impacto de la implementación del servicio en la atención integral del adulto mayor.

3.2 Experiencia Profesional:

Mi experiencia profesional se inicia el año 2013 en el Centro de Salud de Chilca, a partir del año 2014 asumo la coordinación de la ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR hasta la actualidad, a través de mi experiencia profesional se ha podido encontrar muchas limitaciones en donde la ESNAM no era considerado, no había un personal y menos un ambiente exclusivo para dicha estrategia.

- **Recuento de la experiencia profesional**

Mi experiencia profesional en la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor se inicia el 01 de Enero del año 2014, en el Centro de salud Chilca, por los que tuve la oportunidad de trabajar en la ESNAM y actualmente sigo laborando hasta la fecha durante los cuales he podido desempeñarme aplicando mis conocimientos teóricos y prácticos inherentes al área donde me desenvuelvo, basados en principios científicos, que me permitieron implementar los instrumentos como: Registro de atención diaria, registro de diabetes, hipertensión, catarata, formato ordenes de laboratorio y garantizar para el adulto mayor una atención integral con calidad y calidez.

Estos años de experiencia ejercidos en la estrategia del adulto mayor me han permitido ir observando los avances de esta estrategia, desde

sus inicios hasta la actualidad tanto en sus Protocolos, Normas Técnicas, Escalas de Evaluación, insumos, mejores coberturas de atención y sobre todo de recurso humano profesional con esto se logró que esta estrategia sea considerado con la misma importancia que las demás estrategias y se evidencio en los informes operacionales llamados hoy en día informe HIS Report MINSA.

En la estrategia del adulto mayor, las atenciones con el tiempo han ido mejorando, tanto en la oferta como en la demanda.

Existe escasa demanda de adultos mayores, la atención es a libre demanda.

Se realizan actividades intramurales y extramurales que en sí son:

- **Intramurales:** Atención misma del adulto mayor, brindándose todo el paquete integral de actividades a los adultos mayores como VACAM, exámenes de laboratorio, sesiones educativas de alimentación balanceada, lavado de manos, enfermedades no transmisibles y sesiones demostrativas alimentación balanceada, lavado de manos.
- **Extramurales:** La atención integral en poblaciones cautivas (albergue de la Sociedad de la Beneficencia de Huancayo), seguimiento a través de la visita domiciliaria por diversas causas detectadas como hipertensión, diabetes, colesterol y triglicéridos, sesiones educativas de alimentación balanceada, lavado de manos, enfermedades no transmisibles y sesiones demostrativas alimentación balanceada, lavado de manos.

En el año 2015 la ESNAM ya era considerado una estrategia importante en el establecimiento, pero faltaba la designación de un personal profesional exclusivo para la estrategia porque las coordinadoras designadas no podían cumplir con las actividades porque los cambiaban a poco tiempo o simplemente les asignaban más de tres estrategias y ESNAM lo llevaban en fin, porque se continúa trabajando ya que las atenciones integrales eran las actividades preventivas, se logró mejorar la cantidad de atenciones a través de las diversas estrategias y es así que este año se logra la designación del personal profesional a tiempo completo.

En el año 2016 el objetivo de la coordinación de la ESNAM es conseguir un servicio con ambiente exclusivo, ya que se estaba trabajando en un solo servicio compartido con otras estrategias por la cual no se podía brindar una atención de calidad.

Como siempre se seguía trabajando con los alberges de adultos mayores pero era necesario el ambiente exclusivo porque pese a que se trabajaba se requería el ambiente para los casos especiales, es así con buena sustentación técnica se logró la gestión con el respaldo de jefatura, en el mes de junio se contó con un ambiente exclusivo, ello nos conllevó a una atención de calidad a los adultos mayores y así podremos lograr disminuir los problemas que existen y que se van acrecentando en esta población tan vulnerable como es el adulto mayor.

Durante los 3 años de mi experiencia profesional en la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor, en la atención integral al adulto mayor se realizaron las siguientes actividades.

1. En el establecimiento de salud:
 - Se sensibilizo al equipo del adulto mayor y a todo personal de salud involucrados en las actividades programadas, dando a conocer las líneas de acción, sus componentes, sus beneficios de la etapa de vida adulto mayor.
 - Se elaboro un Plan de Trabajo de la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor y cronograma de actividades.
2. En el albergue:
 - Se coordinó con el gerente y subgerente del albergue presentándose así el Plan de Trabajo para la ejecución de las actividades de la atención integral del adulto mayor, realizando actividades de verificación de registro y los espacios apropiados para realizar la atención.
 - Se capacito a los cuidadores y se fomentó el compromiso para la ejecución de las actividades. En la actualidad los cuidadores se desempeñan en diferentes roles dentro del albergue, ya sea como tutores, cuidadores, coordinadores de talleres auxiliares, supervisores o como responsables de un programa y así retomar la capacidad creativa, disposición y compromiso de cada cuidador, para que involucre más al adulto mayor con su cuidado personal.

- Se realizó la evaluación nutricional por antropometría, control de peso y talla (IMC) la importancia de la antropometría nutricional en salud pública radica, entre otras en que es una herramienta de tamizaje de la población, de uso fácil y de bajo costo. Además, sirve para caracterizar el estado nutricional, evaluar intervenciones, vigilar tendencias en el tiempo, orientar actividades de promoción y asignar recursos. La clasificación de la valoración nutricional antropométrica según índice de masa corporal para la edad permite evaluar los niveles de delgadez, normal, sobrepeso y obesidad (OMS 2007).
- Se realizó la determinación de riesgo de enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas según perímetro abdominal. En el adulto mayor el perímetro abdominal puede determinar un riesgo bajo, alto y muy alto de tener enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas (hiperinsulinemia, diabetes tipo II).
- Se realizó tamizaje de la agudeza visual, los problemas visuales se van desarrollando poco a poco a lo largo de la vida, así mismo se realiza el descarte de catarata.
- Durante los 3 años de haber trabajado con los adultos mayores, en el 2014 y 2015 solo se realizó las actividades de atención integral, no se realizó seguimiento a los exámenes de laboratorio. A partir del 2016 se realizó seguimiento a los pacientes con enfermedades no transmisibles y con catarata.

- Para poder llegar a mi meta tuve que crear estrategias como: reunión con el personal de salud de medicina, ecografía, laboratorio, odontología, psicología y realice las actividades en el alberge, se coordinó con la jefatura del establecimiento y de enfermeras, personal técnico, en relación a los cuidadores se trabajó con ellos para la atención integral, comprometiéndolos, se les explico antes de realizar cada actividad y se ejecutó la actividad uno por uno individualmente y ordenadamente.
- Durante la ejecución de las actividades, realizados con los adultos mayores se presentaron limitaciones como: no contaba con enfermera y técnicos de enfermería suficientes para la ejecución de actividades como: para el peso y la talla de pacientes con grado de dependencia.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe:

En el Procesamiento de Datos he utilizado programa estadístico Excel donde fueron insertados los datos obtenidos en una base de procesamiento, mediante el cual se obtuvieron resultados como tabla y gráficos que nos permitieron demostrar la eficacia o el cambio de nuestras Intervenciones de Enfermería en la atención integral del adulto mayor explicado en la experiencia profesional.

Adultos Mayores Evaluados

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUADOS	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

Adultos Mayores con Valoración Clínica – Estado Nutricional

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

Adultos Mayores con casos de morbilidad según IMC

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
DELGADEZ	15	109	199
NORMAL	23	157	306
SOBREPESO	27	125	237
OBESIDAD	22	98	157

Adultos Mayores con casos de morbilidad según Perímetro Abdominal

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
RIESGO BAJO	15	109	199
RIESGO ALTO	39	225	412
RIESGO MUY ALTO	33	155	263

Adultos Mayores con Consejería Integral

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
CONSEJERIA INTEGRAL	27	447	899
PORCENTAJE	31.03%	91.41%	100.00%

Adultos Mayores con Exámenes de Laboratorio

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
EXAMENES DE LABORATORIO	27	378	785
AVANCE	31.03%	77.30%	87.32%

Adultos Mayores con Evaluación de Agudeza Visual

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
AGUDEZA VISUAL	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

Adultos Mayores con VACAM Elaborados – Ejecutados

AÑOS	2014	2015	2016
ELABORADOS	87	489	899
EJECUTADOS	27	378	785
PORCENTAJE	31.03%	77.30%	87.32%

Adultos Mayores con Evaluación Integral

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUACIÓN INTEGRAL	27	378	785
AVANCE	0.78%	10.91%	22.66%

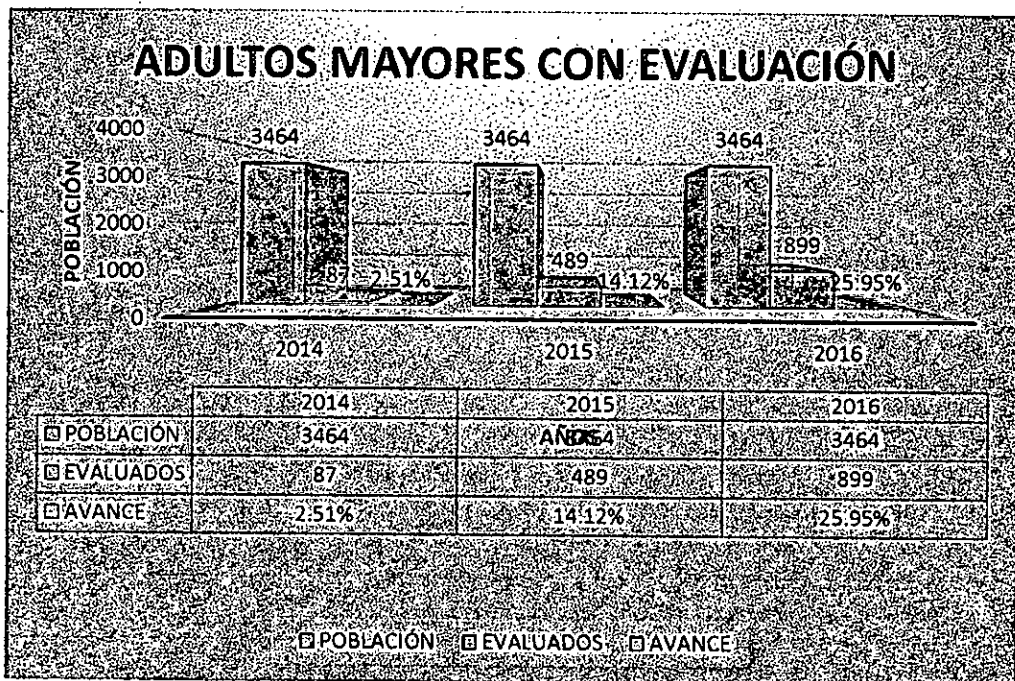
RESULTADOS

Los avances de las atenciones de cada año se han mejorado y eso se puede demostrar en las gráficas detalladas.

TABLA N°4.1
Adultos Mayores con Evaluación 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUADOS	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

GRAFICO N°4.1
Adultos Mayores con Evaluación 2014 – 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que el adulto mayor con evaluación en la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor se ha ido incrementando considerablemente, en el 2014 solo se evaluó un 2.5% de la población adulta mayor, en el 2015 un 14.12% y en el 2016 un 25.95%. En conclusión, podemos decir que las evaluaciones al adulto mayor del 2014 al 2016 va mejorando positivamente.

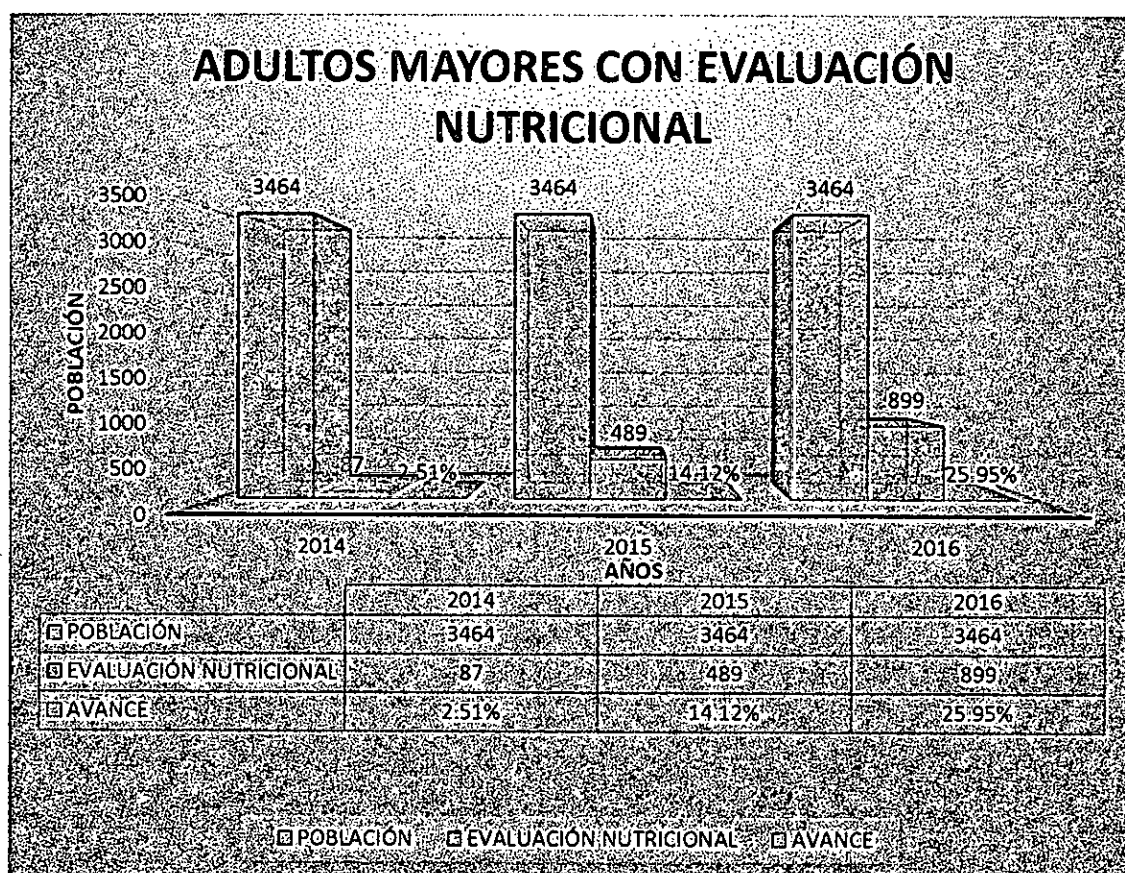
TABLA N° 4.2

**Adultos Mayores con Valoración Clínica – Estado Nutricional 2014
– 2016**

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUACIÓN NUTRICIONAL	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

GRAFICO N°4.2

**Adultos Mayores con Valoración Clínica – Estado Nutricional 2014
– 2016**



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de la población adulta mayor con evaluación nutricional se ha ido incrementando considerablemente, en el 2014 solo se evaluó un 2.5% de la población adulta mayor, en el 2015 un 14.12% y en el 2016 un 25.95%. En conclusión, podemos decir que la evaluación nutricional al adulto mayor del 2014 al 2016 va mejorando positivamente.

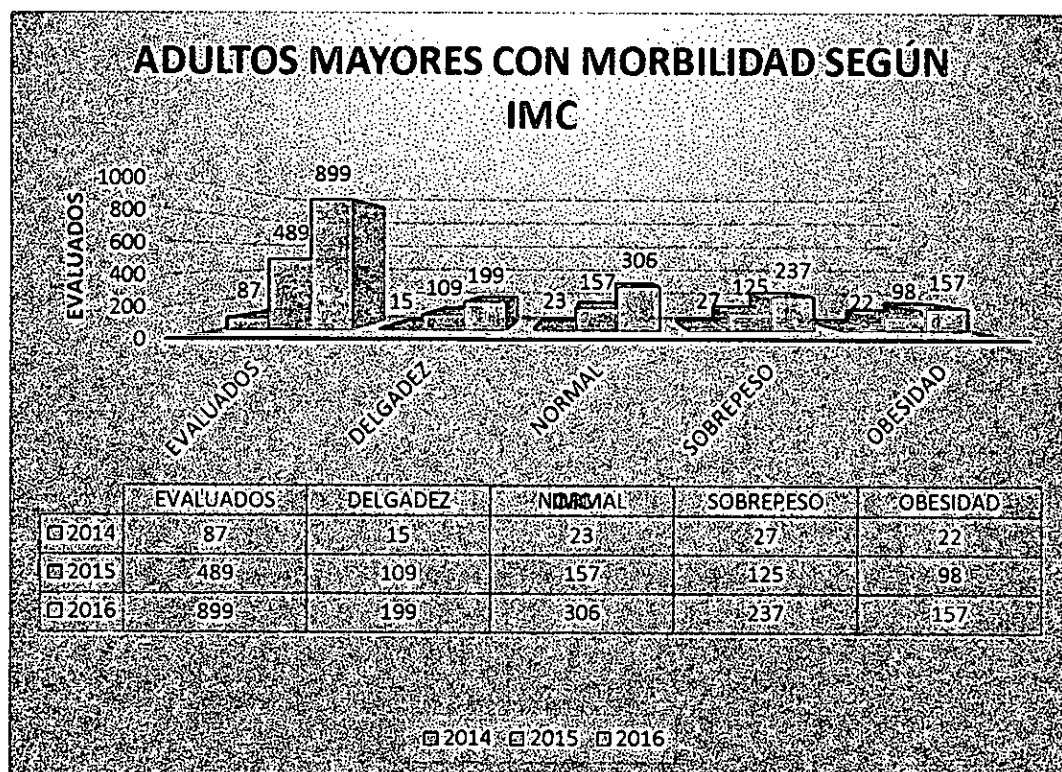
TABLA N°4.3

Adultos Mayores con casos de morbilidad según IMC 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
DELGADEZ	15	109	199
NORMAL	23	157	306
SOBREPESO	27	125	237
OBESIDAD	22	98	157

GRAFICO N°4.3

Adultos Mayores con casos de morbilidad según IMC 2014 – 2016

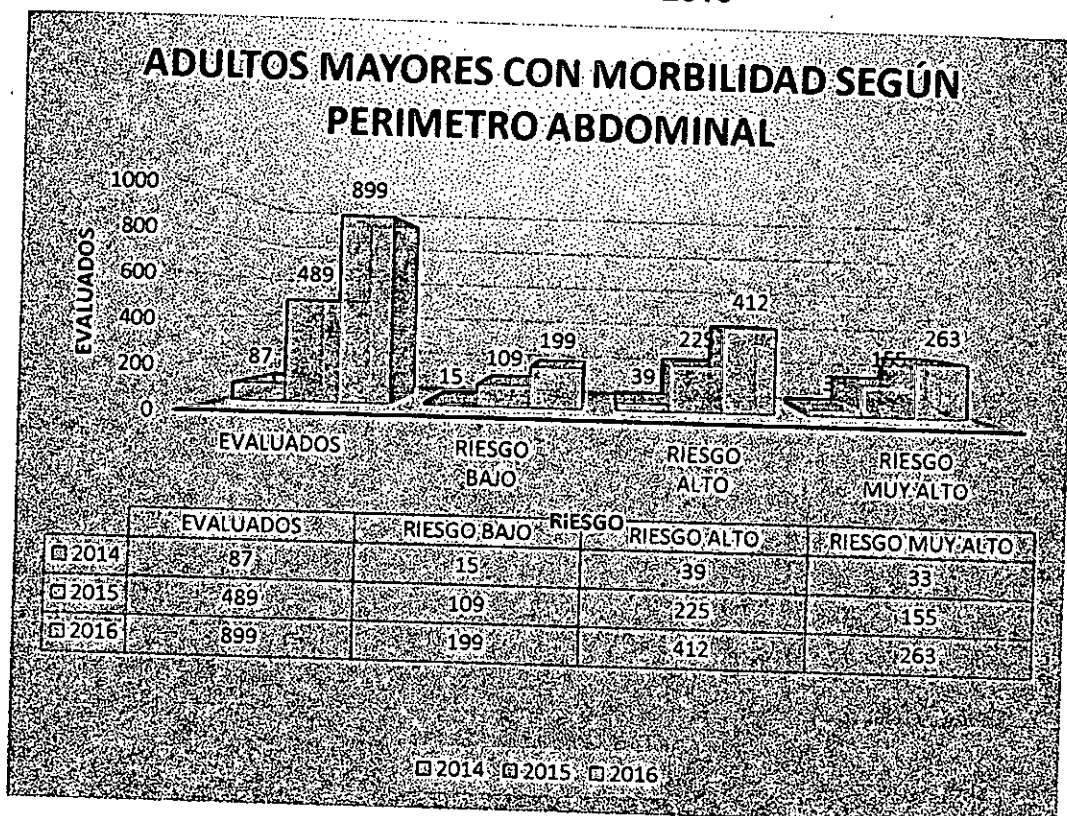


INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de adultos mayores evaluados presentan morbilidad según su Índice de Masa Corporal, en el 2014 hubo 27 adultos mayores con sobrepeso, en el 2015 hubo 125 adultos mayores con sobrepeso y en el 2016 hubo 237 adultos mayores con sobrepeso. En conclusión, podemos decir que según se va incrementando las evaluaciones al adulto mayor del 2014 al 2016 el diagnóstico nutricional según Índice de Masa Corporal de sobrepeso predomina.

TABLA N°4.4
Adultos Mayores con casos de morbilidad según Perímetro
Abdominal 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
RIESGO BAJO	15	109	199
RIESGO ALTO	39	225	412
RIESGO MUY ALTO	33	155	263

GRAFICO N°4.4
Adultos Mayores con casos de morbilidad según Perímetro
Abdominal 2014 – 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de adultos mayores evaluados presentan morbilidad según su Perímetro Abdominal, en el 2014 hubo 39 adultos mayores con riesgo alto, en el 2015 hubo 225 adultos mayores con riesgo alto y en el 2016 hubo 412 adultos mayores con riesgo alto. En conclusión, podemos decir que según se va incrementando las evaluaciones al adulto mayor del 2014 al 2016 el riesgo a enfermar según perímetro abdominal es riesgo alto y este predomina.

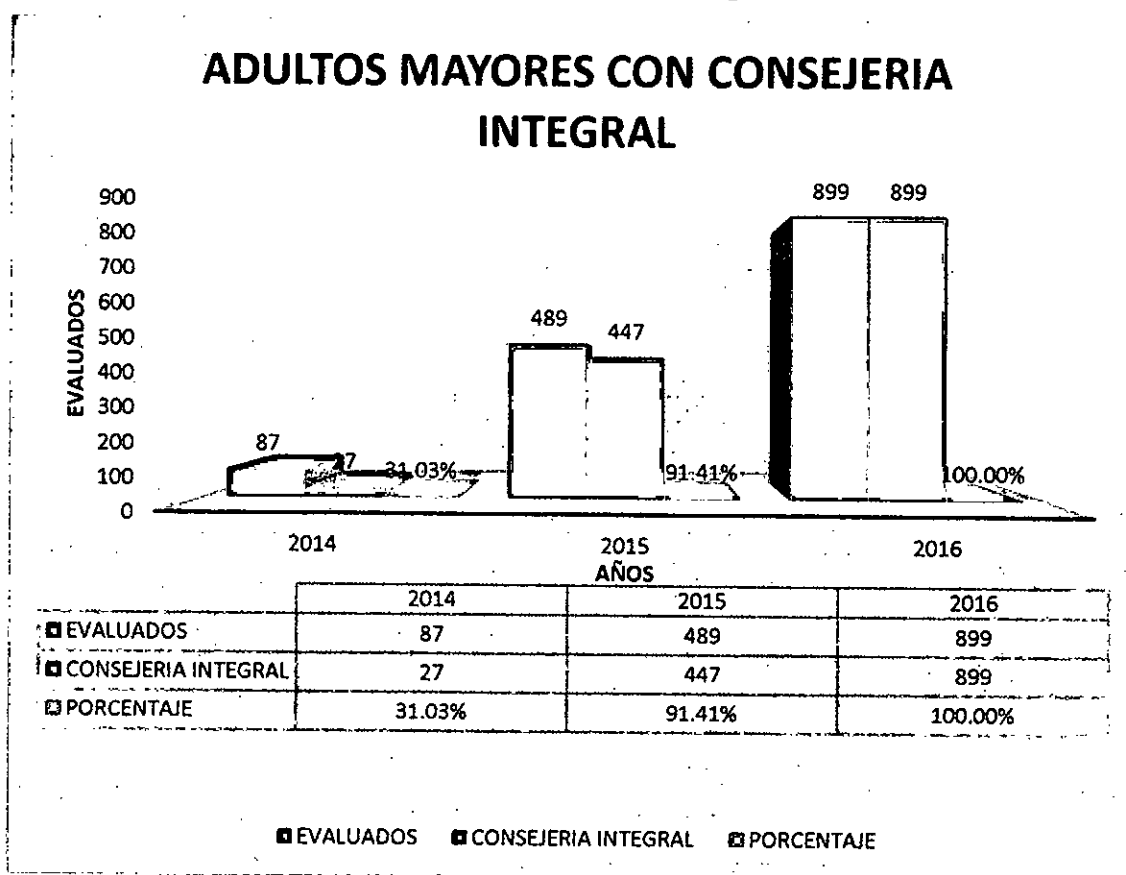
TABLA N°4.5

Adultos Mayores con Consejería Integral 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
CONSEJERIA INTEGRAL	27	447	899
PORCENTAJE	31.03%	91.41%	100.00%

GRAFICO N°4.5

Adultos Mayores con Consejería Integral 2014 – 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que, del total de adultos mayores evaluados, los que recibieron una consejería integral se ha ido incrementado considerablemente, en el 2014 solo se llegó a un 31.03%, en el 2015 se incrementó a un 91.41% y en el 2016 se llegó a un 100%. En conclusión, podemos decir que según se va incrementando las evaluaciones al adulto mayor del 2014 al 2016 se va mejorando positivamente hasta llegar a un 100% de adultos mayores con consejería integral.

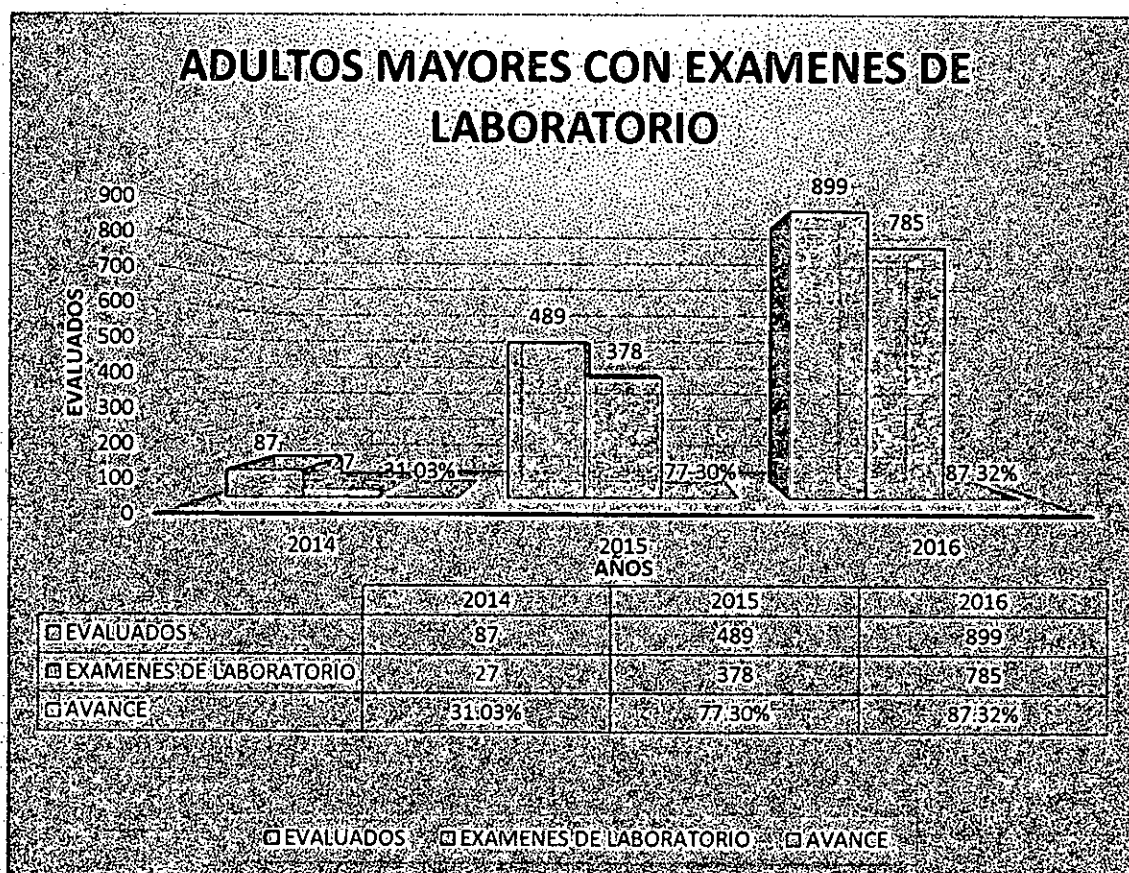
TABLA N°4.6

Adultos Mayores con Exámenes de Laboratorio 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
EVALUADOS	87	489	899
EXAMENES DE LABORATORIO	27	378	785
AVANCE	31.03%	77.30%	87.32%

GRAFICO N°4.6

Adultos Mayores con Exámenes de Laboratorio 2014 – 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que, del total de adultos mayores evaluados, los que se realizaron exámenes de laboratorio se ha ido incrementado considerablemente, en el 2014 solo un 31.03% se realizó sus exámenes de laboratorio, en el 2015 se incrementó a un 77.30% y en el 2016 se llegó a un 87.32%. En conclusión, podemos decir que según se va incrementando las evaluaciones al adulto mayor del 2014 al 2016 se va mejorando positivamente hasta llegar a un 87.32% de adultos mayores con exámenes de laboratorio completo.

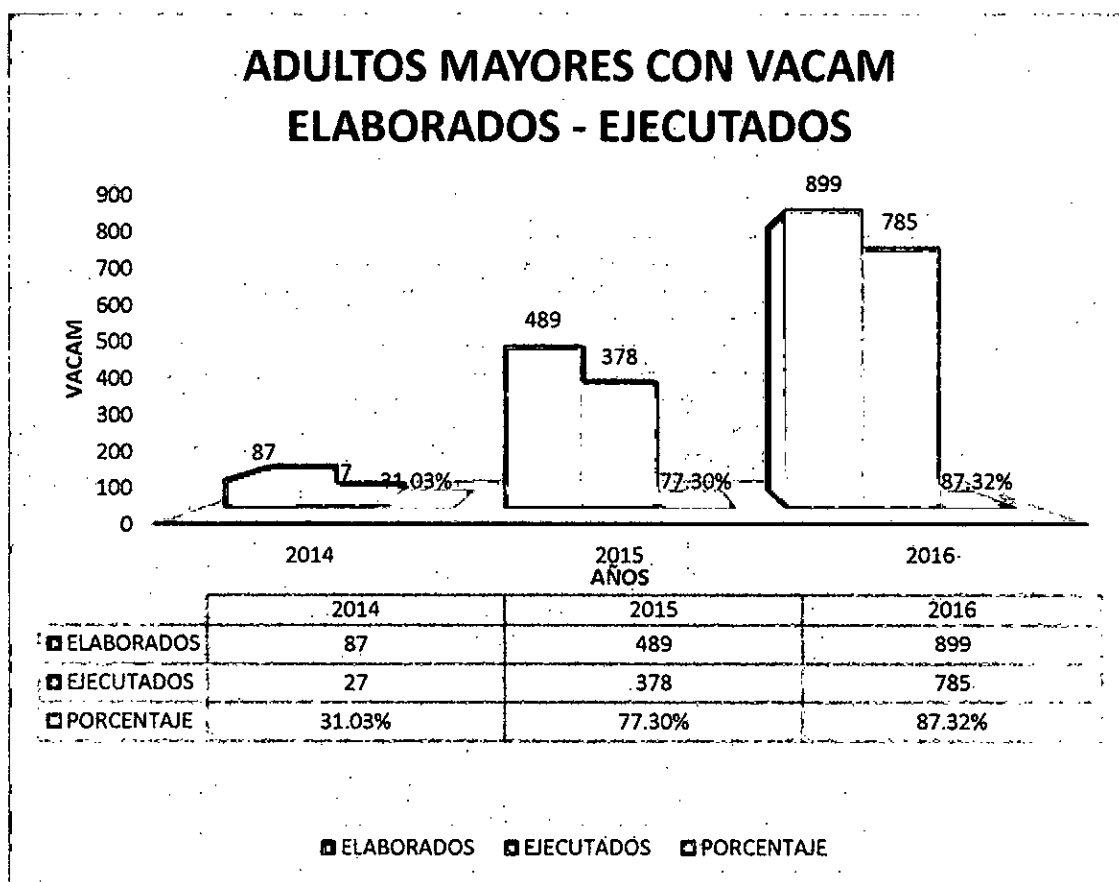
TABLA N°4.7

Adultos Mayores con Evaluación de Agudeza Visual 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
AGUDEZA VISUAL	87	489	899
AVANCE	2.51%	14.12%	25.95%

GRAFICO N°4.7

Adultos Mayores con Evaluación de Agudeza Visual 2014 - 2016

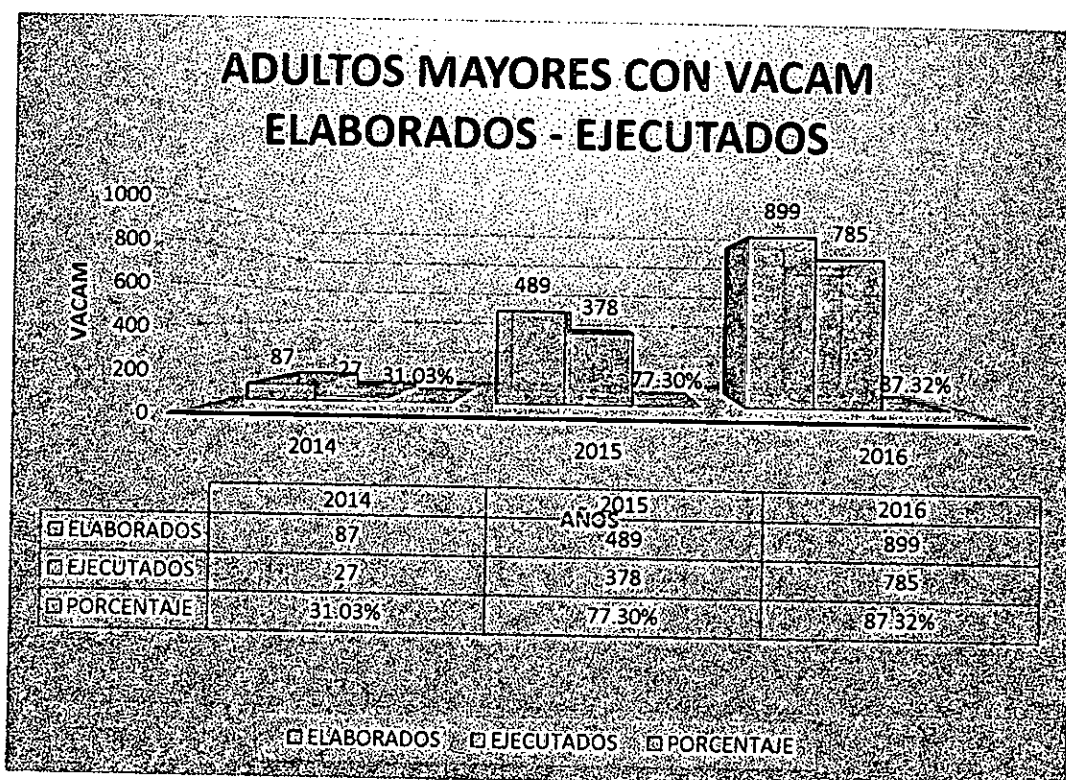


INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de la población adulta mayor con evaluación de agudeza visual se ha ido incrementando considerablemente, en el 2014 solo se evaluó un 2.51% de la población adulta mayor, en el 2015 se llegó a un 14.12% y en el 2016 a un 25.95%. En conclusión, podemos decir que la evaluación de agudeza visual realizada al adulto mayor del 2014 al 2016 va mejorando positivamente.

TABLA N°4.8
Adultos Mayores con VACAM Elaborados – Ejecutados 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
ELABORADOS	87	489	899
EJECUTADOS	27	378	785
PORCENTAJE	31.03%	77.30%	87.32%

GRAFICO N°4.8
Adultos Mayores con VACAM Elaborados – Ejecutados 2014 – 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de adultos mayores evaluados con Valoración Clínica del adulto Mayor elaborados de ejecutados se ha ido incrementando, en el 2014 solo se elaboró 87 y se ejecutó 27 solo se llegó a un 31.03% de la población adulta mayor, en el 2015 se elaboró 487 y se ejecutó 378 cubriendo un 77.30% y en el 2016 se incrementó a un 87.32%. En conclusión, podemos decir que la Valoración Clínica del adulto Mayor Ejecutada del 2014 al 2016 va mejorando positivamente con respecto a la elaborada.

TABLA N°4.9

Adultos Mayores con Evaluación Integral 2014 – 2016

AÑOS	2014	2015	2016
POBLACIÓN	3464	3464	3464
EVALUACIÓN INTEGRAL	27	378	785
AVANCE	0.78%	10.91%	22.66%

GRAFICO N°4.9

Adultos Mayores con Evaluación Integral 2014 - 2016



INTERPRETACIÓN: Según la gráfica se observa que del total de la población adulta mayor con evaluación integral se ha ido incrementando considerablemente, en el 2014 solo se evaluó integralmente en un 0.78% de la población adulta mayor, en el 2015 se alcanzó un 10.91% y en el 2016 se logró llegar a un 22.66%. En conclusión, podemos decir que la evaluación integral al adulto mayor del 2014 al 2016 va mejorando positivamente.

CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar una atención integral al paciente adulto mayor.

- b) Las actividades programadas de la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor cuenta con una coordinadora que a la vez lleva también la Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles en el Centro de salud de Chilca, con un equipo de salud conformado por personal profesional médico, enfermera y tecnólogo medico capacitados en la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las personas adultas mayores en el primer nivel de atención.

- c) Las contingencias sanitarias que consideran situaciones de emergencia; afectan directa e indirectamente las actividades regulares de las Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor; dado que se desvían horas del profesional de enfermería.

d) Los profesionales de enfermería con las evaluaciones periódicas trimestrales, semestrales de las diferentes estrategias sanitarias como en el caso del Adulto Mayor, permiten que se realicen planes de intervención con la finalidad de mejorar y conseguir coberturas de atención con mayor número de adultos mayores atendidos y por ende asegura un mejor impacto de la estrategia en la detección temprana de problemas de enfermedades no trasmisibles y que puedan recibir la atención correspondiente.

RECOMENDACIONES

a) A los Profesionales de Enfermería:

Coordinar con los gerentes de la Unidad Ejecutora que permita la continuidad de los coordinadores de la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor.

Actualizar permanentemente a los coordinadores de la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor con conocimientos recientes y destrezas para una atención integral de calidad y con calidez.

La promoción y prevención de la salud permite evitar problemas a futuro y mejoraremos los estilos de vida y disminuyendo las enfermedades no transmisibles como la diabetes, hipertensión.

b) Al Establecimiento de Salud:

Establecer una mejor coordinación en lo referente a Programación, Supervisión, Seguimiento y Evaluación de las actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional del Adulto Mayor entre la DIRESA, Unidad Ejecutora y Establecimiento de salud con la finalidad de mejorar la eficiencia y la eficacia del trabajo.

Adecuada organización de los servicios frente a situaciones de emergencias.

Considerar el suficiente y permanente recurso profesional de enfermería, para la atención exclusiva de la estrategia de atención integral del adulto mayor.

c) Al Servicio de Enfermería:

Elaboración de un Plan de Intervención, para mejorar o reforzar actividades ante un problema presentado, una vez que ha sido analizado.

Establecer un buen sistema de captación y seguimiento de los adultos mayores para la atención integral, sobre todo para aquellos

adultos mayores en estado de abandono y poblaciones cautivas como los alberges o casas de adultos mayores.

Articular en forma eficiente la estrategia con los servicios de medicina, odontología, laboratorio, psicología, inmunizaciones, farmacia, fisioterapia, triaje y admisión, para lo cual es necesaria una mejor adecuación técnica administrativa que facilite las actividades sobre todo en la captación de adultos mayores.

El Equipo de Salud debe entregar a las mujeres una orientación adecuada antes durante y después del climaterio.

d) A la Sociedad:

La sociedad debe desarrollar programas que permitan el enriquecimiento de la vida social, espiritual y el autocuidado del adulto mayor. La sociedad debe prepararse en forma continua para atender este tipo de personas de tal forma que no lleguen a la postración y puedan realizar sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

La sociedad debe preparar a la familia especialmente a las nuevas generaciones para garantizar una convivencia armónica. La familia debe prepararse con el objeto de propiciar la comunicación intergeneracional. El adulto mayor debería tener una jubilación más digna que le permita satisfacer sus necesidades básicas sin mayor apremio. A su vez debe tener mayores oportunidades de trabajo de acuerdo a lo que pueda aportar. Este adulto mayor debería trabajar, pero, por el gusto de trabajar y no por necesidad, porque, al ser por necesidad tiene un estrés adicional al competir con personas jóvenes y que le puede producir un deterioro emocional, afectivo llevándolo a auto abandonarse.

A nivel de pregrado los futuros profesionales de la salud deben prepararse para la atención de este tipo de pacientes.

La comunidad debe contribuir al fortalecimiento de los círculos del adulto mayor.

REFERENCIALES

1. Apaza Apaza L. V. (2016). Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores. [Base de datos]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Repositorio UNSA. Disponible en: <http://www.repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1816/ENapaplv.pdf?sequence=1> [2017, 11 de noviembre].
2. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona (2006). [Base de datos]. Lima: Minsa. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/.../0/5/jer/.../Guía%20Técnica%20VNA%20Adulto%20Mayor.pdf> [2017, 9 de noviembre].
3. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud (2006). [Base de datos]. Lima: Minsa. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/.../adultoMayor/.../Normas%20Técnicas segunda%20parte> [2017, 8 de noviembre].
4. Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (2012). Disponible en: <http://www.files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf> [2017, 11 de noviembre].
5. Salgado Montenegro F. C. (2015). Cuidado del adulto mayor autovalente desde el modelo de Nola J. Pender. [Base de datos]. Chiclayo. Disponible en:

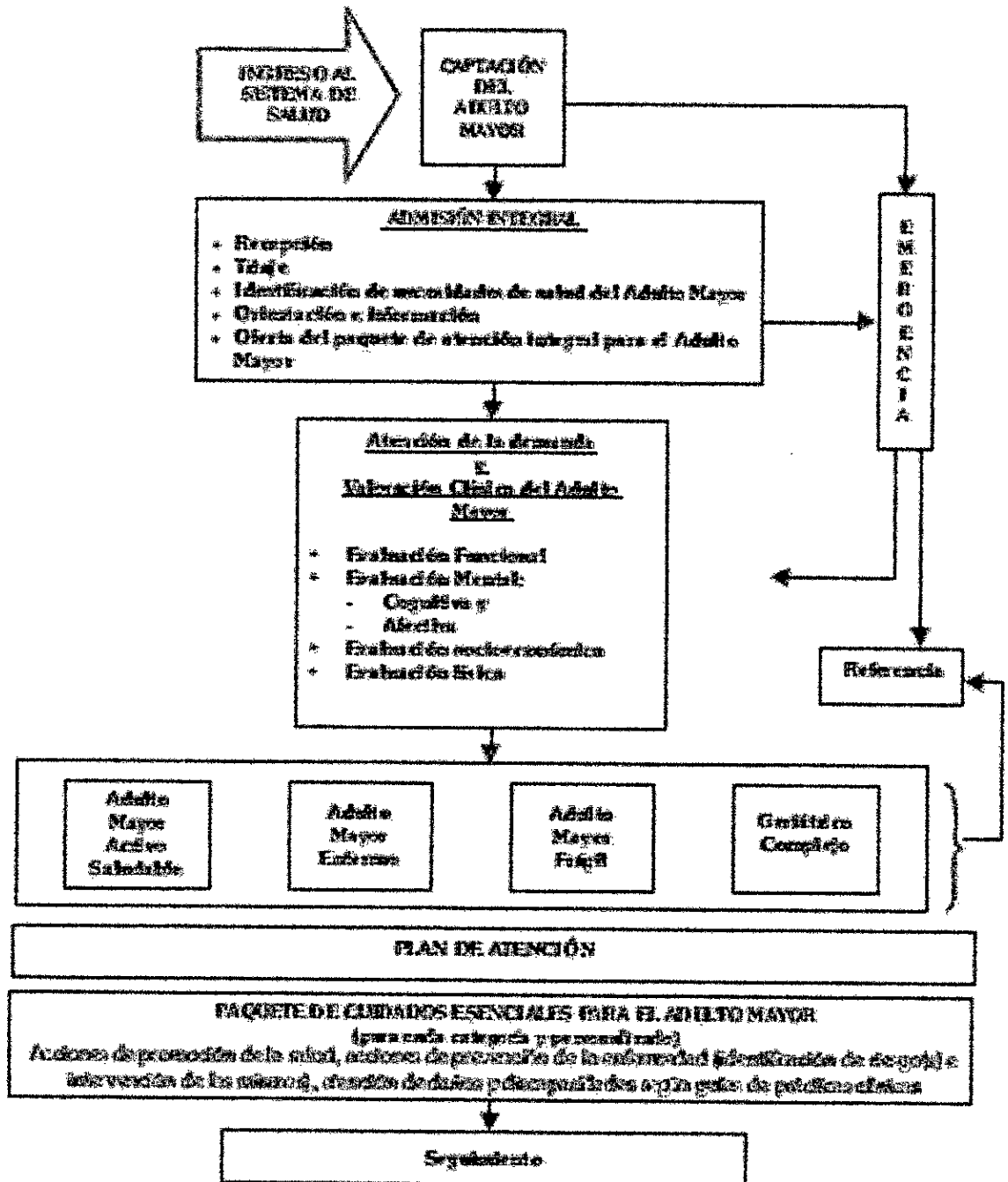
http://www.tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/597/1/TM_Salgado_Montenegro_FlorCecilia.pdf [2017, 12 de noviembre].

6. Sánchez Guerra K. G. (2015). "Autoestima y autocuidado". [Base de datos]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa-Repositorio UNSA. Disponible en: <http://www.repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/377/M-21585.pdf?sequence=1>
7. Zavala Lizaraso G. I. (2010). Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor. [Base de datos]. Lima. Cybertesis UNMSM. Disponible en: http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1234/1/Zavala_lg.pdf [2017, 10 de noviembre].

ANEXOS

ANEXO N°1

Flujograma de Atención Integral de Salud para el Adulto Mayor en Establecimientos del Primer Nivel de atención



FUENTE: 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)

adultos mayores en estado de abandono y poblaciones cautivas como los alberges o casas de adultos mayores.

Articular en forma eficiente la estrategia con los servicios de medicina, odontología, laboratorio, psicología, inmunizaciones, farmacia, fisioterapia, triaje y admisión, para lo cual es necesaria una mejor adecuación técnica administrativa que facilite las actividades sobre todo en la captación de adultos mayores.

El Equipo de Salud debe entregar a las mujeres una orientación adecuada antes durante y después del climaterio.

d) A la Sociedad:

La sociedad debe desarrollar programas que permitan el enriquecimiento de la vida social, espiritual y el autocuidado del adulto mayor. La sociedad debe prepararse en forma continua para atender este tipo de personas de tal forma que no lleguen a la postración y puedan realizar sus actividades de la vida diaria en forma independiente.

La sociedad debe preparar a la familia especialmente a las nuevas generaciones para garantizar una convivencia armónica. La familia debe prepararse con el objeto de propiciar la comunicación intergeneracional. El adulto mayor debería tener una jubilación más digna que le permita satisfacer sus necesidades básicas sin mayor apremio. A su vez debe tener mayores oportunidades de trabajo de acuerdo a lo que pueda aportar. Este adulto mayor debería trabajar, pero, por el gusto de trabajar y no por necesidad, porque, al ser por necesidad tiene un estrés adicional al competir con personas jóvenes y que le puede producir un deterioro emocional, afectivo llevándolo a auto abandonarse.

A nivel de pregrado los futuros profesionales de la salud deben prepararse para la atención de este tipo de pacientes.

La comunidad debe contribuir al fortalecimiento de los círculos del adulto mayor.

ANEXO N°2

Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor

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: metazoos, 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)• Autocuidado y corresponsabilidad de la familia y comunidad
<p>3. Atención preventiva</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacunación antitumoral según prioridad regional• Anticéptica
<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 antitumoral 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• Metazoos• Hipertensión Arterial• Diabetes Mellitus• Osteoartritis• Otros

FUENTE: 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)




ANEXO N°3

Formato de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor - Centro de Salud Chilca

MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR		C.S. Chilca	
LISTA DE PROBLEMAS					
N°	FECHA	PROBLEMAS CRÓNICOS	CONTROLADO	NO CONTROLADO	OBSERVACIÓN
1	06/12/2014	Hipertensión Arterial	Controlado		
2	06/12/2014	Diabetes Mellitus	Controlado		
3	06/12/2014	Dislipidemia	Controlado		
4	06/12/2014	Enfermedad Coronaria	Controlado		
5	06/12/2014	Enfermedad Pulmonar Obstruccional Crónica	Controlado		
6	06/12/2014	Enfermedad Renal Crónica	Controlado		
7	06/12/2014	Enfermedad Hepática Crónica	Controlado		
8	06/12/2014	Enfermedad Neurológica	Controlado		
9	06/12/2014	Enfermedad Psiquiátrica	Controlado		
10	06/12/2014	Enfermedad Osteoarticular	Controlado		
11	06/12/2014	Enfermedad Infecciosa	Controlado		
12	06/12/2014	Enfermedad Parasitaria	Controlado		
13	06/12/2014	Enfermedad Oncológica	Controlado		
14	06/12/2014	Enfermedad Hematológica	Controlado		
15	06/12/2014	Enfermedad Endocrina	Controlado		
16	06/12/2014	Enfermedad Metabólica	Controlado		
17	06/12/2014	Enfermedad Autoinmune	Controlado		
18	06/12/2014	Enfermedad Congénita	Controlado		
19	06/12/2014	Enfermedad Adquirida	Controlado		
20	06/12/2014	Enfermedad Traumática	Controlado		
21	06/12/2014	Enfermedad Quirúrgica	Controlado		
22	06/12/2014	Enfermedad Dermatológica	Controlado		
23	06/12/2014	Enfermedad Oftalmológica	Controlado		
24	06/12/2014	Enfermedad Otorrinolaringológica	Controlado		
25	06/12/2014	Enfermedad Ginecológica	Controlado		
26	06/12/2014	Enfermedad Urológica	Controlado		
27	06/12/2014	Enfermedad Pediatría	Controlado		
28	06/12/2014	Enfermedad Geriátrica	Controlado		
29	06/12/2014	Enfermedad Neonatal	Controlado		
30	06/12/2014	Enfermedad Perinatal	Controlado		
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL					
N°	DESCRIPCIÓN	FECHA	FECHA	FECHA	LUOMA
1	EVALUACIÓN GENERAL FISIOLÓGICA, MENTAL, SOCIAL Y FÍSICO	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
2	IMUNIZACIONES	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
3	EVALUACIÓN SOCIAL	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
4	INTERVENCIONES PREVENTIVAS	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
5	ADMINISTRACIÓN DE MICROUTRIMENTOS	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
6	CONSULTA INTEGRAL	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
7	VISITA DOMICILIARIA	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
8	TEMAS EDUCATIVOS	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
9	ATENCIÓN DE PROBLEMAS SANITARIOS	06/12/14	06/12/14	06/12/14	
APELLIDOS Y NOMBRE		Nana Orestiano Ceppina Luna		N°	154660
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR					

FUENTE: 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.(2)

ANEXO 04




2

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - PIURA

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

FECHA: 23 / 01 / 2013 N° H.C. 154660

DATOS GENERALES

Apellido: Nana Cristobal Nombres: Georgetina Elena SEXO: F EDADES: 67a
 Lugar de nacimiento: Pisco, Huancavelica Procedencia: Chicla, Huancayo F. NAC.: 21 / 09 / 1949
 Gr. de Instrucción: 4to. primaria Estado Civil: Viuda Ocupación: Casa
 Domicilio: Av. General Goyena No. 113 Teléfono:

Familiar o cuidador responsable: Mariana Gómez Mena (D.I. 154660)

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PERSONALES				ANTECEDENTES FAMILIARES	
	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
ACV (Derrame Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto Arterial (CC))	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cáncer de cervix/mama	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			

Descripción de antecedentes y otros:

Medicamento de uso frecuente:

N°	Nombre	Dosis	Observaciones
1	Oxiprolol	2,5 mg	7 a las mañanas y 1 hora
2	Paracetamol		4 veces al día

REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS: NO SI Cuart.

VALORACIÓN CLÍNICA ADULTO MAYOR - VACAM

I. VALORACIÓN FUNCIONAL: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

KATZ	Dependiente	Independiente	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	Observaciones
1. Lavarse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE (1)	
2. Vestirse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Uso del Serv. Higiénico	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Movilizarse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE PARCIAL (2)	
5. Continencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE TOTAL (3)	
6. Alimentarse	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

APPELLIDOS Y NOMBRES: Nana Cristobal Georgetina Elena N. H.C. 154660

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR


FUENTE: 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. (2)

ANEXO 05


MINISTERIO DE SALUD DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNO POD DE SALUD VALLE DEL MARIZAL		FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR	
II. VALORACIÓN MENTAL			
2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)		Colocar 1 punto por cada error	
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes, año)	<input type="text" value="0"/>	VALORACIÓN COGNITIVA NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> DC LEVE <input checked="" type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> DC = Deterioro cognitivo. Nota: Colocar un punto por cada error. Nivel educativo bajo: se admite un error más. Nivel educativo alto: se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo. E = Errores. No Deterioro Cognitivo: 0 a 2 E. Deterioro Cognitivo Leve: 3 a 4 E. Deterioro Cognitivo Moderado: 5 a 7 E. Deterioro Cognitivo Severo: 8 a 10 E.	
¿Qué día de la semana?	<input type="text" value="0"/>		
¿En qué lugar estamos? (Vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text" value="0"/>		
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text" value="0"/>		
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text" value="0"/>		
¿Cuántos años tiene?	<input type="text" value="0"/>		
¿Dónde nació?	<input type="text" value="0"/>		
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text" value="0"/>		
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text" value="0"/>		
Dígame el primer apellido de su madre.	<input type="text" value="0"/>		
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text" value="1"/>		
2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala Abreviada de Yesavage)			
¿Está satisfecho con su vida?	<input checked="" type="checkbox"/>	SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0-1 marca) <input type="checkbox"/> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 O más marcas) <input checked="" type="checkbox"/>	
¿Se siente impotente o indefenso?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Tiene problemas de memoria?	<input checked="" type="checkbox"/>		
¿Siente desánimo o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input checked="" type="checkbox"/>		
III. VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR			
1. SITUACIÓN FAMILIAR		2. SITUACIÓN ECONÓMICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Vive con familia; sin conflicto familiar		<input type="checkbox"/> Dos veces el salario mínimo vital	
<input type="checkbox"/> Vive con familia; presenta algún grado de dependencia física/psíquica		<input type="checkbox"/> Menos de 2; pero más de 1 salarios mínimos vitales	
<input type="checkbox"/> Vive con cónyuge de similar edad		<input type="checkbox"/> Un salario mínimo vital	
<input type="checkbox"/> Vive sólo y tiene hijos con vivienda próxima		<input checked="" type="checkbox"/> Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	
<input type="checkbox"/> Vive sólo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)		<input type="checkbox"/> Sin pensión sin otros ingresos	
3. VIVIENDA		4. RELACIONES SOCIALES	
<input checked="" type="checkbox"/> Adecuada a las necesidades		<input type="checkbox"/> Mantiene relaciones sociales en la comunidad	
<input type="checkbox"/> Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas)		<input type="checkbox"/> Relación social sólo con familia y vecinos	
<input type="checkbox"/> Mala conservación: humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto)		<input checked="" type="checkbox"/> Relación social sólo con la familia	
<input type="checkbox"/> Vivienda semi-construida o de material rústico		<input type="checkbox"/> No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	
<input type="checkbox"/> Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda		<input type="checkbox"/> No sale del domicilio y no recibe visitas	
5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL, VIVIENDA)		VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR	
<input checked="" type="checkbox"/> No necesita apoyo		<input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social	
<input type="checkbox"/> Requiere apoyo familiar o vecinal		<input checked="" type="checkbox"/> Existe riesgo social	
<input type="checkbox"/> Tiene seguro; pero necesita mayor apoyo de éste o voluntariado social		<input type="checkbox"/> Existe problema social	
<input type="checkbox"/> No cuenta con Seguro Social		5 a 9 pts Buena/aceptable situación social.	
<input type="checkbox"/> Situación de abandono familiar		10 a 14 pts Existe riesgo social.	
APELLIDOS Y NOMBRE: Nana Cristina Coarima Elma		Nº: 15466	
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR			

FUENTE: 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.(2)


ANEXO 06



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍ
RED DE SALUD VALLE DEL MARTÍN



Apurí



JUNÍN

4

FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

CUIDADOS PREVENTIVOS - SEGUIMIENTO DE RIESGO - ADULTO MAYOR									
CADA CONSULTA	FECHA:	21/11/16	22/11/16	23/11/16	24/11/16	25/11/16	26/11/16	27/11/16	Comentario
Fiebre en los últimos 15 días	NO								
Tos por más de 15 días	SI								
PERIÓDICAMENTE (Anual)	FECHA:	21/11/16	22/11/16	23/11/16	24/11/16	25/11/16	26/11/16	27/11/16	Comentario
Vacunas:									
Antitetánica (3 dosis)	NO								
Antitetánica (zona de riesgo)	NO								
Antihepatitis B (3 dosis)	NO								
AntiInfluenza (anual)	NO								
Antineumocócica (Cada 5 años)	SI								
Hábitos y Estilos de Vida	(Colocar Sí o No)								
Consumo de alcohol	NO								
Consumo de tabaco	NO								
Actividad Física	NO								
Salud bucal:	(Colocar Sí o No)								
Control de Salud Bucal en el último año	NO								
Otros exámenes:									
Mamas	NO								
Papanicolaou y PAP (cada año, o 3 años)	NO								
Mamografía (o 2 años)	NO								
Evaluación de Próstata (tacto rectal) y/o PSA	NA								
Densitometría	NO								
Laboratorio Básico	Hemograma completo	NO							
Glucosa	NO	98 mg/dl							
Urea	NO								
Creatinina	NO								
Colesterol	NO								
Triglicéridos	NO								
Examen de orina	NO								
Síndromes y Problemas Geriátricos (Colocar SI o NO)		21/11/16	22/11/16	23/11/16	24/11/16	25/11/16	26/11/16	27/11/16	Comentario
Vértigo-mareo		SI							
Delirio		NO							
Síncope		NO							
Dolor crónico		NO							
Deprivación Auditiva		SI							
Deprivación Visual		SI							
Insomnio		NO							
Incontinencia urinaria		SI							
Prostatismo (síntomas prostáticos)		NA							
Estreñimiento		NO							
Úlceras de presión		NO							
Inmovilización		NO							
Caidas:		NO							
Caidas en el último año		NO							
Caidas (Número de caídas: _____)		1							
Fracturas		NO							

APELLIDOS Y NOMBRE: Naña Crisostomo Georgina Elena Nº: 154660

FORMATO 4
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

FUENTE: 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.(2)

ANEXO 07

		5
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR		
CONSULTA		
ENFERMEDAD ACTUAL		
FECHA: 23/01/17 HORA: 9:30 am Edad: 67 años		
Motivo de consulta:		Tiempo de Enfermedad:
Dolor en la zona pélvica y fiebre		Hace 1 semana empezó a doler en la zona pélvica luego manifestos de micción y por último hace 1 día de fiebre.
Apetito: ↓ Sed: ↑ Sueño: ↓ Estado de ánimo: Depresivo		
Orina: ↓ Depósitos: ↑		Perdida de peso: ↓
Ex. Fisico: T 37.4 PA 130/80 mmHg F.C: 92 x' FR: 14 x'	Peso: 62 kg	Talla: 1.49 m IMC: 29.89
Piel: Schapero		
TCSC: Edemas Estado de los pies (pútsos)		
Cabeza y Cuello:		
Cavidad Oral		
Tórax y Pulmones		
Aparato Cardiovascular:		
Abdomen:		
Aparato Genitourinario		Tacto Rectal:
Sistema Nervioso		
Aparato Locomotor:		
DIAGNOSTICOS:		
I. FUNCIONAL: Independiente <input checked="" type="checkbox"/> Dependiente Parcial <input type="checkbox"/> Dependiente Total <input type="checkbox"/> II. MENTAL: 2.1 Estado Cognitivo Normal <input checked="" type="checkbox"/> DC Leve <input type="checkbox"/> DC Moderado <input type="checkbox"/> DC Severo <input type="checkbox"/> 2.2 Estado Afectivo Sin manifestaciones Depresivas <input type="checkbox"/> Con manifestaciones Depresivas <input checked="" type="checkbox"/> III. SOCIO - FAMILIAR: Buena <input type="checkbox"/> Riesgo Social <input checked="" type="checkbox"/> Problemas Sociales <input type="checkbox"/> IV. FISICO: 1.- 2.- 3.- 4.-		
CATEGORIAS DEL ADULTO MAYOR		
(Al final de la primera consulta)		
SALUDABLE <input type="checkbox"/>		FRAGIL <input type="checkbox"/>
ENFERMO <input checked="" type="checkbox"/>		GERIÁTRICO COMPLEJO <input type="checkbox"/>
TRATAMIENTO		Exámenes auxiliares
		Referencia (Lugar y Motivo)
Próxima cita	Firma y Sello:	
Atendido por:	(Colegio prof.)	
Observación:		
APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Dña. Luperón Georgina Elena</u>		N° <u>154660</u>
FORMATO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR		

FUENTE: 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.(2)

ANEXO N°08

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

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

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN 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, antiamparílica 2. Salud Bucal: Destartraje y profilaxis bucal 3. Prevención de caídas y accidentes 4. Prevención de deterioro cognitivo, y otros 	Primer nivel De atención	Una vez al año

CATEGORÍA	INTERVENCIÓN	NIVEL DE ACTUACIÓN	VALORACIÓN CLÍNICA VACAM
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, antiamparílica 2. Sistematizar el recojo en la ficha de atención integral para su intervención de la siguiente información: <ul style="list-style-type: none"> • Tabaco-alcohol: Abandono de hábitos tóxicos • Ejercicio físico: programación de ejercicio físico, evitar sedentarismo, inmovilidad • Nutrición: Abandono de malos Hábitos dietéticos, alimentación según daño) • Polifarmacia: evitar iatrogenia y automedicación. • Status funcional • Antecedentes de caídas • Presión arterial • Peso/talla • Agudeza visual • Agudeza auditiva • Colesterol • Glicemia <p>Actividad atención al daño/s: Atención del daño a la demanda y/o otros identificados en el proceso de atención: si estos corresponden a las ESN se actuará de acuerdo a las guías de prácticas clínicas.</p> <p>Actividades de rehabilitación: Actividades orientadas a mejorar el nivel funcional de las personas tanto en la esfera física, como en la psicológica y social. (Ej. 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. Deambulación asistida o no, ejercicios físicos, integración familiar y comunal, fisioterapia, terapia ocupacional, talleres de memoria, relajación y otros)</p>	Nivel primario de atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor.	Dos veces al año o realizarse siempre que se modifiquen significativamente las circunstancias biológicas o socio-familiares del adulto mayor.

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

FUENTE: 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)

ANEXO N°09

Registro de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor – Centro de Salud Chilca

REGISTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ADULTO MAYOR - CENTRO DE SALUD CHILCA
MES: JULIO

FECHA DE REGISTRO	CÓDIGO	NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	OCCUPACIÓN	TIPO DE CONSULTA	VALORACIÓN		CÓDIGO DE ATENCIÓN	CÓDIGO DE DIAGNÓSTICO	OBSERVACIONES
											PROBLEMAS	RIESGOS			
07/07/16	361	WILMANTO V.	VICACHA S. CARRETERA	07 232 253	72	M	C	PRIMARIO	PROFESOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	362	ALBA V.	CHILCA	07 232 253	75	F	C	PRIMARIO	SEÑORA	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	363	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	364	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	365	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	366	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	367	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	368	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	369	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	370	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	371	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	372	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	373	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	374	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	375	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	376	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	377	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	378	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	379	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	
07/07/16	380	FRANCO V.	CHILCA	07 232 253	73	M	C	PRIMARIO	SEÑOR	PROBLEMAS	1	1	1	1	

ANEXO N°10

**Orden de Laboratorio de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor
- Centro de Salud Chilca**

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DEL ADULTO
MAYOR (60 AÑOS A MÁS)**

EXAMENES DE LABORATORIO

- HEMOGRAMA
- HEMATOCRITO
- GRUPO Y FACTOR Rh
- GLUCOSA
- UREA
- CREATININA
- COLESTEROL TOTAL (HDL-LDL)
- TRIGLICERIDOS
- EXAMEN COMPLETO DE ORINA

FECHA:

SELLO Y FIRMA

ANEXO N° 11


Reporte de Actividades de la Etapa de Vida Adulto Mayor – Centro de Salud Chilca

Reporte de Actividades de la Etapa de Vida Adulto Mayor

AÑO: 2016 FECHA: 11 MARZO 2016

CICLO: I

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	I - Primer Trimestre				II - Segundo Trimestre		III - Tercer Trimestre	
	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago
PREVENCIÓN GENERAL DEL ENVEJECIMIENTO (PACAM)								
Programa Adulto Mayor (PAM)	45	47	48	52	54	56	58	60
Programa Adulto Mayor (PAM) - Salud	3	3	3	3	3	3	3	3
Programa Adulto Mayor (PAM) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa Adulto Mayor (PAM) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa Adulto Mayor (PAM) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa Adulto Mayor (PAM) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA CAÍDA								
Programa de Prevención de la Caída (PPC)	12	12	12	12	12	12	12	12
Programa de Prevención de la Caída (PPC) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Caída (PPC) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Caída (PPC) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Caída (PPC) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Caída (PPC) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA								
Programa de Prevención de la Violencia (PPV)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Violencia (PPV) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Violencia (PPV) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Violencia (PPV) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Violencia (PPV) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Violencia (PPV) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN								
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación (PPA) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA EDUCACIÓN								
Programa de Prevención de la Educación (PPE)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación (PPE) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación (PPE) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación (PPE) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación (PPE) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación (PPE) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA RECREACIÓN								
Programa de Prevención de la Recreación (PPR)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación (PPR) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación (PPR) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación (PPR) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación (PPR) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación (PPR) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y EDUCACIÓN								
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación (PAAE) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA RECREACIÓN Y EDUCACIÓN								
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Recreación y Educación (PREE) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y RECREACIÓN								
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Recreación (PARR) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA EDUCACIÓN Y RECREACIÓN								
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Educación y Recreación (PERE) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1
PREVENCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN Y EDUCACIÓN Y RECREACIÓN								
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER)	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER) - Salud	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER) - Educación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER) - Recreación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER) - Alimentación	1	1	1	1	1	1	1	1
Programa de Prevención de la Alimentación y Educación y Recreación (PAEER) - Otros	1	1	1	1	1	1	1	1


 Humberto Augusto Flores
 UGEL - CHILCA
 0123456789



FUENTE: Oficina de Estadística del Centro de Salud de Chilca-2016.

ANEXO N° 12

Registro Diario de Atención de la Etapa de Vida Adulto Mayor –
Centro de Salud Chilca

RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO														
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA														
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud														
FECHA	DIAS	SEMANA	UNIDAD PRODUCTORA DE SERVICIOS (UP)	PROFESIONISTA RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	ESPECIALIDAD	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE CONSULTA	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE ATENCIÓN	TIPO DE ATENCIÓN			
16	JUNIO	03	CHILCA	DR. JUAN CARLOS FORCES	ADULTO MAYOR	01	01	01	01	01	01			
17	14989	2	80	MALLO	4	N	N	VACAM	P	B	R	2008		
18	19828658	2	80	MALLO	4	E	C	DELABE Z	P	B	R	MC	6762	
19	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
20	19828658	2	80	MALLO	4	E	N	N	Comorbilidad Integral / Nutricional	P	B	R	99403	
21	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	PAIS	P	B	R	C8002	
22	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
23	194189	2	80	MALLO	4	E	N	N	Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	B	R	DNT	2019
24	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Examen de Presión Sanguínea	P	B	R	2013	
25	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	B	R	82847	
26	19828658	2	80	MALLO	4	E	N	N	Perfil Lipídico	P	B	R	80081	
27	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Comorbilidad en Salud Mental	P	B	R	99404	
28	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
29	194189	2	80	MALLO	4	E	N	N	Examen de los Ojos y la Visión	P	B	R	2010	
30	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Determinación de la Agudeza Visual	P	B	R	2c	99173
31	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
32	161315	2	80	MALLO	4	E	N	N	VACAM	P	B	R	2008	
33	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	DELABE Z	P	B	R	MC	6762
34	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
35	19828658	2	80	MALLO	4	E	N	N	Comorbilidad Integral / Nutricional	P	B	R	99403	
36	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	PAIS	P	B	R	C8002	
37	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
38	19828658	2	80	MALLO	4	E	N	N	Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	B	R	DNT	2019
39	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Examen de Presión Sanguínea	P	B	R	2013	
40	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	B	R	82847	
41	19828658	2	80	MALLO	4	E	N	N	Perfil Lipídico	P	B	R	80081	
42	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Comorbilidad en Salud Mental	P	B	R	99404	
43	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	
44	161315	2	80	MALLO	4	E	N	N	Examen de los Ojos y la Visión	P	B	R	2010	
45	19828658	2	80	MALLO	4	F	C	C	Determinación de la Agudeza Visual	P	B	R	2c	99173
46	19828658	2	80	MALLO	4	F	R	R	Evaluación y Control Nutricional	P	B	R	08170	

ANEXO N° 13
Evidencias Fotográficas.
Actividades de la Etapa de Vida Adulto Mayor – Centro de Salud
Chilca



Sesiones Educativas sobre el “Dia Internacional del buen trato al adulto mayor” a la Población de Chilca



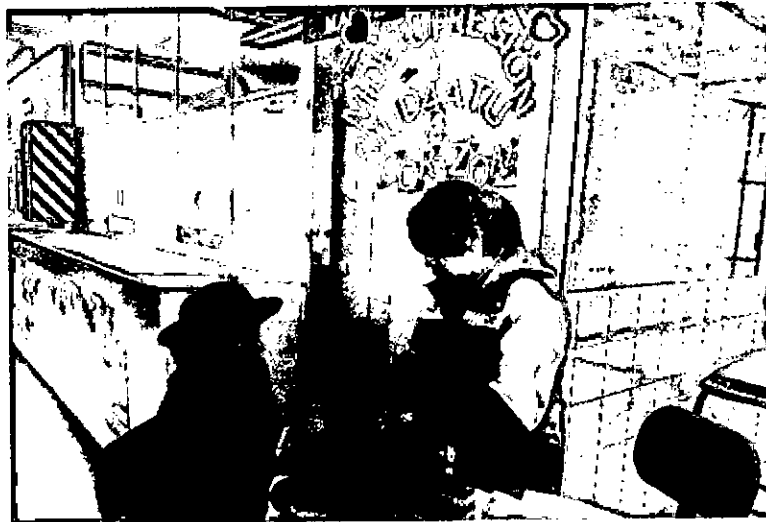
Campaña de Vacunación contra la Influenza a los Adultos Mayores del
CIAM – Chilca



Campaña de Desparasitación a los Adultos Mayores del CIAM – Chilca



Sesiones Educativas sobre "Alimentación Saludable" a la Población
Adulta Mayor – Chilca



Toma de la Presión Arterial, Diagnóstico y Control de la Hipertensión.