

**DIVISION DE RECTORIA Y REGULACION
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LAS PERSONAS
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR**

2002

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
Prólogo	5
Situación de Salud del Adulto Mayor en Chile	7
Principios, Valores y Objetivos de la Política de Salud del Adulto Mayor	13
Orientaciones Programáticas para la Población Adulto Mayor en Atención Primaria de Salud	17
Registros del Programa de Salud del Adulto Mayor en Atención Primaria de Salud	29
Tarjetón de Controles del Adulto Mayor	31
Ficha Ingreso Control Salud del Adulto Mayor	33
Ficha de Control de Seguimiento del Adulto Mayor	44
Ficha Consulta Nutricional del Adulto Mayor	45
Ficha Consulta Social del Adulto Mayor	49
Ficha Consulta Kinesiológica del Adulto Mayor	50
Reunión Clínica del Adulto Mayor	51
Instrumentos de Supervisión, Auditoría y Evaluación de los Programas REM, Resumen Estadístico Mensual B-05 de las Atenciones de Salud de la Población Adulta Mayor	55
Tarjetero Adulto Mayor	62
Pauta de Supervisión, Asesoría y Auditoría del Programa de Salud del Adulto Mayor	68
Pauta de Supervisión del Programa Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	80
Pauta de Auditoría del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)	81
Pauta de Supervisión de unidades de Farmacia en Establecimientos de Atención Primaria	82
Pauta de Auditoría del Manejo Clínico y terapéutico. Pacientes Adultos Mayores con factores de riesgo cardiovascular	83

PROLOGO

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. Sin embargo no todas las personas envejecen de la misma forma, la evidencia científica describe que la calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, la exposición a factores de riesgo y las posibilidades de acceso a la promoción de la salud, prevención y recuperación de la enfermedad en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

Cada día hay más personas con posibilidad de vivir un mayor número de años acompañados de enfermedad crónica o discapacidad, predisponiendo a una mayor posibilidad de limitación funcional y utilización de servicios sociales de salud. El desafío para la Política de Salud es, por lo tanto, adaptar el tipo y las características de la atención otorgada en los diversos niveles de salud para lograr un envejecimiento saludable, con mayor autonomía y menor discapacidad, teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población chilena, el enfoque de género, el aumento de la esperanza de vida y las condicionantes socio-económicas, urbano-rural y regionales.

Sobre la base de lo anterior se espera contar con una atención integral que abarque los aspectos bio-sico-sociales del adulto mayor, en el entendido de que el buen envejecimiento depende de la capacidad de mantener la autonomía. Se requiere hacer hincapié en la realización de ejercicios, una adecuada nutrición y la estimulación de la función cognitiva, en conjunto con una participación regular en actividades sociales y productivas a fin de reducir el aislamiento, factor de riesgo que afecta negativamente a la salud de las personas mayores. De este modo, se espera mantener la capacidad funcional, ya que ésta constituye el mejor **indicador de bienestar y valor predictivo** de discapacidad y muerte prematura.

En Chile desde 1996 existe una Política Nacional explícita para el Adulto Mayor, la que ha planteado como su objetivo general "Lograr un cambio cultural de toda la población sobre la valoración y trato hacia los adultos mayores, lo cual implica una percepción distinta acerca del envejecimiento y alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los adultos mayores". Dentro de este marco, se establece como objetivo específico para salud "Mejorar y mantener las condiciones de autovalencia en los Adultos Mayores. Se propone incentivar acciones en las áreas de promoción, prevención y atención curativa específica en las perspectivas de un envejecimiento activo".

**SITUACION
DEL ADULTO MAYOR
EN CHILE**

SITUACION DEL ADULTO MAYOR EN CHILE

Información socio-demográfica

La tendencia mundial, por un lado, a la disminución de la mortalidad infantil, resultando en un aumento de la esperanza de vida, y por otro, en la disminución de la fecundidad, ha dado al fenómeno del envejecimiento poblacional un impacto que sin duda es crucial en la construcción de los pueblos y donde las necesidades sanitarias, sociales y económicas requieren de una cobertura y atención cada vez más importante para este grupo etáreo.

El envejecimiento de la población es una de las más importantes expresiones de la transición demográfica, fenómeno global que tanto en América Latina y el Caribe, al igual que en Chile comienza a estar presente a partir del final del siglo recién pasado como lo describe en la tabla siguiente:

Tabla I. Tamaño de la población mayor de 65 años en Chile:

Año	Población de 65 años y más			
	Hombres	Mujeres	Total	% total
1980	260.785	359.047	619.832	5,6%
2000	453.255	637.132	1.090.387	7,2%
2020	894.731	1.168.995	2.603.726	11,0%
2040	1.576.716	2.031.263	3.607.979	16,9%

Fuente : CELADE 2000-2001, Estimación y Proyecciones Oficiales.

Tabla II. Tamaño y proyecciones de la población adulta mayor en Chile

Esperanza de vida de la población chilena de 65 años			
Año	Hombres	Mujeres	Total
1980	13.6	16.4	15.2
2000	15.5	18.9	17.5
2020	16.7	20.5	18.9
2040	17.6	21.8	20.0

Fuente : CELADE 2000-2001, Estimación y Proyecciones Oficiales.

Podemos ver, según tabla II, que la población mayor se triplicará en cuarenta años. La esperanza de vida al nacer en la actualidad es de 79 años para la mujer y de 73 años para el hombre. La esperanza de vida a los 65 años es de 18.9 años para la mujer y de 17.5 años para el hombre y en el año 2040 aumentará a 21.8 años para la mujer y a 20.0 años para el hombre.

La población chilena mayor de 60 años, equivale hoy día a 1.658.066 personas, es decir un 10,63% de la población total. Es importante resaltar que las proyecciones de crecimiento de los grupos de edad, dentro del grupo etáreo 60 y más, muestra un importante aumento de las personas de 80 y más, pasando, en el caso de las mujeres, de 11,5% en el año 1980 a 16,1% en el 2025. El aumento de las mujeres mayores es consecuentemente otra característica del envejecimiento poblacional. La relación es de 100 mujeres por 76 hombres de 60 años y más; después de los 75 años de edad, la relación es de 100 a 60. La encuesta Casen revela una serie de vulnerabilidades que afectan a la mujer, entre ellas su precario nivel de educación formal, su dependencia del aparato público para la atención en salud, sus niveles de pobreza y responsabilidades como jefas de hogar.

En la actualidad el 92.2% de los hombres mayores de 65 y el 93.2% de las mujeres mayores de 65 están adscritos a FONASA (FONASA, Depto. de Gestión Estratégica – Estudios, Dic.2001). Por otro lado, se observa una mayor preocupación por el cuidado de salud el grupo femenino (63,0%), en comparación con los hombres mayores, quienes asisten menor cantidad de veces a los controles preventivos que las mujeres, (37,0%) (Tabla III).

Tabla III. Distribución de la población Adulta Mayor por sexo, según tipo de atención de salud recibida en los últimos 3 meses, 2000

Tipo de atención	Hombre	Mujer
Control preventivo	37,0 %	63,0%
Consulta enfermedad o accidente	35,1%	64,9%
Consulta especialidad	36,9%	63,1%
Consulta urgencia	37,3%	62,7%
Atención dental	41,7%	58,3%
Exámenes laboratorio	37,8%	62,2%
Rayos X o ecografías	32,9%	67,1%

Fuente MIDEPLAN. Encuesta Casen 2000

La Tabla IV, nos muestra que de todas las atenciones de salud descritas, la que tiene mayor relevancia para el Adulto Mayor es el control preventivo de salud. Esto significa la incorporación paulatina de una conducta preventiva de salud, conducta que es necesario mantener y aumentar.

Tabla IV. Distribución de la población por tramos de edad, según tipo de atención de salud recibida, en los últimos 3 meses, 2000

Tipo de atención	0- 59 años	60 años y más
Control preventivo	27,5%	36,8%
Consulta enfermedad o accidente	16,0%	15,4%
Consulta especialidad	13,7%	15,3%
Consulta urgencia	9,0%	6,2%
Atención dental	21,5%	9,5%
Exámenes laboratorio	7,2%	11,2%
Rayos X o ecografías	5,1%	5,6%
Total	100.0%	100.0%

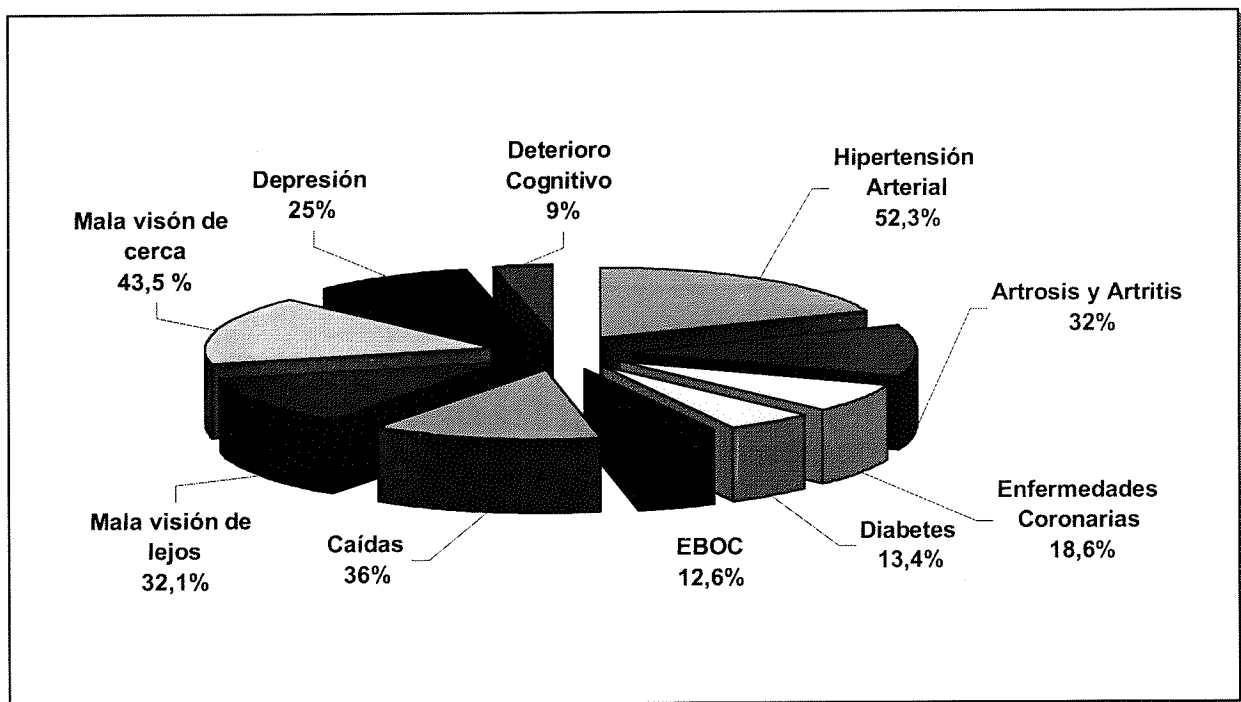
Fuente MIDEPLAN. Encuesta CASEN 2000

Epidemiología

Con el envejecimiento de la población cambian los tipos de enfermedades predominantes. Las afecciones isquémicas del corazón y las enfermedades cerebro vasculares son las principales causas de defunción en el grupo de las personas de edad, seguidas por las neoplasias y las enfermedades respiratorias, principalmente la neumonía.

El Proyecto SABE (Estudio Multicéntrico sobre Salud, Bienestar Social y Envejecimiento en 7 ciudades principales de América Latina y el Caribe, 1998-2000), describe la prevalencia de enfermedades y problemas de Salud, en la población Adulta Mayor.

**Gráfico N° 1. DISTRIBUCION DE LA MORBILIDAD
SABE - Chile**



Los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, constituyen un desafío para la construcción de modelos de atención de salud en los distintos estratos sociales, en las diferentes regiones del país y en los ámbitos urbano y rural.

De este modo, estaremos creando las condiciones para un envejecimiento saludable, con la mayor autonomía y la menor discapacidad posible.

**PRINCIPIOS, VALORES Y
OBJETIVOS
DE LA POLITICA DE SALUD
DEL ADULTO MAYOR**

PRINCIPIOS, VALORES Y OBJETIVOS DE LA POLÍTICA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

Desde el campo de la geriatría, se postula que el envejecimiento es un proceso fisiológico presente durante toda la vida adulta y que se va acentuando progresivamente con el aumento de la edad. La principal característica de este proceso, es la limitación progresiva de las capacidades y competencias funcionales de adaptación y de interacción del ser humano con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social.

Los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible, hasta ahora de envejecimiento, sino que a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la malnutrición, la pobreza y otros.

Los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales han sido reconocidos desde hace tiempo en la literatura especializada como determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, a la inversa, de discapacidad y de enfermedad.

Entre estos factores se han identificado específicamente algunos que tienen, por una parte, carácter predictivo y, por otra, son vulnerables a intervenciones costo-efectivas.

Es una necesidad impostergable influir, con eficacia, sobre aquellos factores ambientales predictores del nivel de salud y de la calidad de vida a través de intervenciones costo-efectivas que consideren la creación de espacios comunitarios de desarrollo integral del Adulto Mayor, diferentes de los Centros de Salud que tienen un carácter más asistencial, pero en estrecha colaboración e interacción con ellos.

Esta propuesta de Política de Salud del Adulto Mayor se enmarca en los principios de solidaridad intergeneracional y de equidad y se sustenta fuertemente en las estrategias de participación social, descentralización, intersectorialidad y trabajos en equipos multidisciplinares.

LOS OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN DE SALUD SON:

- **Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida.**
- **Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.**

**ORIENTACIONES
PROGRAMATICAS
PARA LA POBLACION
ADULTA MAYOR EN ATENCION
PRIMARIA DE SALUD**

ORIENTACIONES PROGRAMATICAS PARA LA POBLACION ADULTA MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Los objetivos de la atención de salud son:

- **Contribuir a mantener o recuperar la autonomía del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida.**
- **Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.**

Objetivos Específicos en la Atención Primaria son:

- **Controlar al adulto mayor a su ingreso al Programa de Salud, con el fin de:**
 - medir la funcionalidad
 - identificar los factores de riesgo
 - elaborar un plan de atención a ser realizado por el equipo de salud, el propio adulto mayor, su familia, la comunidad y la inter-sectorialidad
- **Controlar al adulto mayor periódicamente para:**
 - evaluar el plan de atención del control de salud anterior
 - reevaluar funcionalidad
 - reevaluar factores de riesgo
 - actualizar el plan de atención.

Actividades derivadas de los Controles de Salud:

- Resolución de morbilidad
- Consultas de nutrición, servicio social, kinesiología y otras
- Vacunación
- Programa de Alimentación Complementaria (PACAM)
- Reunión clínica
- Trabajo comunitario e intersectorial.

Criterios de Evaluación de la Población Adulta Mayor según Funcionalidad

La medición de la funcionalidad de la persona mayor permite diagnosticar su situación de salud y planificar sus cuidados. Por otra parte, este diagnóstico tomado a nivel poblacional, permite orientar acciones hacia cada grupo según funcionalidad y organizar los recursos humanos y materiales de establecimientos de Atención Primaria.

En Chile, hemos creado un instrumento que nos permite medir la funcionalidad en forma integral: funciones cognitiva, afectiva, locomotora y cardiovascular, y actividades de la vida diaria.

EFAM-Chile PARTE A Discrimina entre Autovalentes y Dependientes

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	Puede bañarse o ducharse	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?	Es capaz de manejar su propio dinero	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
3. ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos?	Puede usted tomar sus propios medicamentos	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
4. ¿Prepara Ud. su comida?	Preparación de la comida	
	Es incapaz de...	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	Puede hacer las tareas de la casa	
	Es incapaz de ...	0
	Lo hace con alguna ayuda	3
	Lo hace sin ayuda	6
6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.	MMSE	
	>13	0
	13 a 14	3
	15 a 17	4
	18 a 19	6
7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos	Años de escolaridad	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
	6 a 8	3
	8 a 10	4
	11 a 12	5
	13 ó más	6

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
8. El Adulto Mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.	Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
9. En posición de pié, encucillarse, tome el objeto desde suelo.	De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse	
	Le cuesta mucho encucillarse y no lo logra	0
	Se encucilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encucilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4
	Se encucilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6
TOTAL		

Clasificación Puntaje

Si suma puntaje ≤ 42 = persona dependiente

Si suma puntaje > 42 = persona autovalente

**Aplicar parte B a la persona con puntaje autovalente,
para determinar condición de riesgo**

PARTE B

Discrimina entre Autovalentes con y sin riesgo

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Presión arterial	
	PA normal, sin antecedentes HTA	13
	PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos	13
	PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos	9
	PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y con medicamentos	6
	PA elevada, sin antecedentes HTA	3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos.	0
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de Diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Diabetes	
	Sin diabetes	13
	Diagnosticada, en control y con medicamentos	6
	Diagnosticada, sin control o sin medicamentos	3
	Diagnosticada, sin control y sin medicamentos	0

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?	Lee diario, revista o libro	
	Casi nunca o nunca	0
	De vez en cuando	2
	Una vez por semana	5
	2 ó 3 veces por semana	7
	Todos los días	9
4. Copie puntaje de MMSE aplicado.	MMSE	
	13 a 14	5
	15 a 18	7
	19	9
5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido o "bajoneado" que nada logra animarlo?	En el último mes se ha sentido deprimido	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
6. En el último mes se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa.	En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
TOTAL		

Clasificación Puntaje

Si suma puntaje ≤ 45 = persona autovalente	<input type="checkbox"/>
Si suma puntaje > 45 = persona autovalente con riesgo	<input type="checkbox"/>

A quienes se aplica :A toda persona \geq de 65 años.

Frecuencia :Una vez al año.

¿Cuándo se aplica? :En controles de Salud de Ingreso y Seguimiento.

**PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD A LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR
SEGÚN FUNCIONALIDAD**

1. Adulto Mayor autovalente. Se considera que el 67% de la población es autovalente
2. Adulto Mayor autovalente con riesgo. Se considera que el 30% de la población adulta mayor es autovalente con riesgo
3. Adulto Mayor dependiente. Se considera que el 3 a 5% de la población adulta mayor es dependiente

1.- ADULTO MAYOR AUTOVALENTE

Nivel de Intervención:	Promoción Prevención
Objetivos	Mantener y/ o mejorar la funcionalidad Promover envejecimiento competente
Estrategias	Autocuidado - Intersectorialidad
Actividades	Controles de salud Resolución de morbilidad Consulta de nutrición Vacunación 100% PACAM > de 70 años, > de 65 años portadores de TBC y > de 60 años indigentes atendidos en el Hogar de Cristo según convenio

Control de Salud de Ingreso

Grupo de Edad	65 y más y 60 y más indigentes beneficiarios de PACAM
Cobertura	100% de la demanda
Orientación	100% de los ingresos y bajo control por una vez
Concentración	1
Rendimiento	2
Instrumento	Enfermera y Médico

Control de Seguimiento

El control de seguimiento puede ser realizado en diferentes modalidades mencionadas a continuación:

- **Control de Seguimiento individual**
- **Control grupal**
- **Talleres de actividad física, autocuidado**
- **Visita Domiciliaria**

Grupo de edad	65 y más y 60 y más indigentes beneficiarios del PACAM
Cobertura	100% de la demanda
Concentración	1 mínimo de acuerdo a recursos locales
Rendimiento	individual 3 por hora; grupal 4 – 8 por hora
Instrumento	hora enfermera, médico

Consulta de Morbilidad:

Concentración	Observado en el nivel local
Rendimiento	4 por hora
Instrumento	Hora Médico

Consulta Nutricional a Diabéticos:

Cobertura	100% Diabéticos
Concentración	Observado en nivel local
Rendimiento	Individual 3 por hora
Instrumento	Nutricionista

2.- ADULTO MAYOR AUTOVALENTE CON RIESGO

Niveles de Intervención	Promoción - Prevención Tratamiento - Rehabilitación
Objetivos	Prevenir pérdida de funcionalidad física, síquica y social.
Estrategias	Identificar población autovalente con riesgo Tratamiento y Rehabilitación Fortalecimiento de la familia y de la red de apoyo social Investigación. Trabajo Comunitario. Intersectorial Ayudas Técnicas Reunión clínica
Actividades	Controles de salud Resolución de morbilidad Consulta de nutrición, servicio social, kinesiólogo y otras Vacunación 100% PACAM > de 70 años, > de 65 años portadores de TBC y > de 60 años indigentes atendidos en el Hogar de Cristo según convenio

Control de Salud de Ingreso

Grupo de edad	65 y más y 60 y más beneficiarios del PACAM
Cobertura	100% de la demanda
Orientación	100% de los ingresos y bajo control por una vez
Concentración	1
Rendimiento	2
Instrumento	Enfermera, Médico

Control de Seguimiento

Concentración	3 mínimo - 8 máximo
Rendimiento	individual 3 por hora - grupal 4-8 por hora
Instrumento	Enfermera, Médico

Consulta de Morbilidad

Concentración	Observado en el nivel local
Rendimiento	4 por hora
Instrumento	Hora médico
Registro	Ficha Clínica

Consulta Nutricional

Cobertura	100% Diabéticos y 100% Adultos Mayores con alteración estado nutricional
Concentración	Observado en nivel local
Rendimiento	Individual 3 por hora - grupal 4 – 8 por hora
Instrumento	Nutricionista

Consulta Social

Cobertura	60% de adulto mayor con riesgo
Concentración	2 – 3
Rendimiento	3 por hora
Instrumento	hora Asistente Social

Consulta Odontológica

Cobertura	Determinada a nivel local
Concentración	Observado en nivel local.-
Rendimiento	3 por hora
Instrumento	Hora Odontológica

Consulta Kinésica

Cobertura	Adulto Mayor con HTA, osteoarticular, obesidad, diabetes.
Concentración	Observado en nivel local.
Rendimiento	3 por hora - grupal 4 – 8 por hora
Instrumento	Kinesiólogo

Reuniones Clínicas

El objetivo de esta actividad es que los integrantes de los equipos que atienden al adulto mayor autovalente con riesgo, es decir, médico, enfermera, nutricionista, asistente social y kinesiólogo, analicen los casos de adultos mayores, que a pesar del tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto elaboren una estrategia común de manejo integral del paciente, con el propósito de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo del adulto mayor dependiente.

Orientación	3 casos por reunión
Concentración	24 anuales
Rendimiento	3 casos en 2 horas
Instrumento	Médico, enfermera, nutricionista, asistente social, kinesiólogo

Salas ERA

Rehabilitación Comunitaria

Programa de Ortesis y Prótesis

3.- ADULTO MAYOR DEPENDIENTE

Niveles de Intervención	Prevención Secundaria Tratamiento – Rehabilitación Cuidados paliativos
Objetivos	Mantener y/ o mejorar calidad de vida del Adulto Mayor, del cuidador y de la familia Muerte Digna
Estrategias	Atención Domiciliaria Trabajo Comunitario Intersectorial Cuidados Paliativos Programa de Ortesis y Prótesis, ayudas técnicas Coordinación Interniveles Integración de la red
Actividades	Visita domiciliaria PACAM Vacunación Antinfluenza Grupos de autoayuda Voluntariado

Visita Domiciliaria

Es la atención proporcionada al adulto mayor dependiente o postrado en su hogar con objetivo de mantener o mejorar la calidad de vida del adulto mayor, el cuidador y la familia. Las actividades a realizar en el hogar son: examen integral del adulto mayor; observar piel, higiene, alimentación, movilización, recreación, socialización, toma de fármacos, hidratación, continencia urinaria y fecal.

Cobertura	100% de los adultos mayores dependientes o postrados
Concentración	Mínimo 3 visitas al año
Rendimiento	1 visita por hora
Instrumento	enfermera, médico, auxiliar de enfermería, asistente social.

**REGISTROS DEL PROGRAMA
DE SALUD DEL ADULTO MAYOR
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD**

FICHA DE INGRESO CONTROL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

NOMBRE _____ N° FICHA _____

FECHA _____ EDAD _____

I.- ANTECEDENTES DE SALUD:

1.- MEDICAMENTOS:

NOMBRE	DOSES	FECHA PRESCRIPCION	INDICADO POR	ULTIMO CONTROL MEDICO

- 2.- Enfermedades Crónicas SI, cuáles _____ NO
- Está en control SI, dónde _____ NO
- 3.- Caídas SI, cuántas el último año _____ NO
- 4.- Vida Sexual Conformidad NO Por qué _____ SI
- Consumo frutas/ verduras No Si Porciones diarias de Fruta Porciones diarias de Verdura
- 5.- Líquidos Totales (volumen aprox. día) 0 a 1000 cc 1000 a 2000 cc
- 6.- Ejercicio Físico: Si Tipo _____ N° v/semana Tiempo N° minutos NO

II.- EXAMEN FISICO:

- 1.- Mediciones: Peso actual _____ Talla _____ IMC _____ CC _____
- Presión A. Sentada _____ P.A. de pie _____ Pulso _____
- 2.- Audición Normal Alterada
- 3.- Visión Normal Alterada
- 4.- Estado de la cavidad bucal Buena Regular Mala
- 5.- Estado de los Pies Alterado Normal
- 6.- Incontinencia urinaria SI _____ NO
- 7.- Otros hallazgos _____
- _____
- _____
- _____

III.- EXAMENES AL INGRESO:

<p>a) Adulto Mayor</p> <p>Glicemia _____</p> <p>Colesterol Total _____</p> <p>Hemograma _____</p> <p>Albúmina _____</p>	<p>b) Adulto Mayor Diabético</p> <p>Uremia _____</p> <p>Hemoglobina glicosilada(HbA1) _____</p> <p>Microalbuminuria _____</p> <p>Creatinina _____</p> <p>b) Adulto Mayor ASMA</p> <p>VEF _____</p> <p>b) Adulto Mayor EPOC</p> <p>PEF _____</p>
--	--

IV.- DIAGNOSTICO

- Funcional EFAM-Chile: Autovalente _____ Autovalente con riesgo _____ Dependiente _____

- Hallazgos referidos al EFAM-Chile

PARTE A	PUNTAJE	PARTE B	PUNTAJE
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7			
8			
9			
TOTAL		TOTAL	

- Biológico _____

- Psicológico _____

- Social _____

V.- PLAN DE ATENCION

VI.- REFERENCIAS Y MOTIVO

NOMBRE DEL PROFESIONAL _____ CITACION PROXIMO CONTROL _____

INSTRUCTIVO CONTROL DE SALUD DE INGRESO DEL ADULTO MAYOR

El control de salud se debe aplicar a todo Adulto Mayor que ingresa al Establecimiento de Atención Primaria. Este control es un momento privilegiado para detectar factores de riesgo y educar a la persona en asumir su autocuidado.

Los objetivos del Control son:

- Evaluar integralmente al Adulto Mayor, en los aspectos funcionales biológicos, psicológicos y sociales.
- Identificar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad
- Elaborar un plan de atención y de seguimiento, para ser ejecutado por el conjunto del equipo del Establecimiento.

Disponer de información para la toma de decisiones del equipo.

El Control consta de cinco componentes:

1. *Antecedentes de Salud*
2. *Examen Físico*
3. *Exámenes de Laboratorio*
4. *Diagnóstico Integral*
5. *Plan de Intervención*

1. Antecedentes de Salud

1.1 Medicamentos: El envejecimiento modifica la farmacocinética y la farmacodinamia. La presencia de pluripatología, automedicación, baja adherencia al tratamiento farmacológico y el uso de la contención farmacológica, son problemas frecuentes en la población adulta mayor. La vigilancia de la terapia farmacológica es un factor necesario en las medidas preventivas del mantenimiento de la funcionalidad.

Se debe indagar y consignar las siguientes variables:

- **Nombre:** Solicitar a la persona mayor que diga el nombre de los medicamentos que está tomando, consignar en la ficha. Generalmente la persona mayor no conoce el nombre de los medicamentos ni para qué están indicados, por lo tanto se recomienda que al momento de la citación al control la persona lleve todos los medicamentos que está tomando, incluidas las yerbas, homeopatía y otros.
- **Dosis:** Preguntar por la dosis que está tomando actualmente por cada fármaco, consignar en la ficha y verificar si corresponde a la indicación médica. Si no corresponden, corregir de inmediato. Es frecuente que la persona cambie la dosis del fármaco sin consulta médica. El adulto mayor recibe a veces fármacos de la misma familia en forma repetida indicados por otros médicos; sin informar al profesional tratante, lo que conlleva riesgos de caídas por ejemplo.
- **Indicado por:** Preguntar si el fármaco fue indicado por médico tratante, auto recetado, indicado por la farmacia, por la radio, por un amigo, etc. Si no fue indicado por médico déVELO a morbilidad.
- **Ultimo control médico:** Preguntar por la última visita al médico, para verificar control de los fármacos que el adulto mayor está consumiendo. Es frecuente que la persona mayor tenga tratamiento farmacológico y pase mucho tiempo sin consultar . Si es ésta la situación derive a morbilidad.

Educación:

- Consecuencias de la automedicación
- Los medicamentos deben conservarse etiquetados y envasados
- Verificar la fecha de vencimiento del fármaco
- Control médico periódico, si tiene tratamiento farmacológico es de vital importancia educar al paciente, familia u otros cuidadores en como organizar la toma de medicamentos durante el día

2. Enfermedades crónicas: A menudo la persona mayor no conoce su condición de enfermo crónico, es decir que la enfermedad es para toda la vida, de desarrollo larvado, silencioso y se manifiesta sólo cuando hay un gran compromiso de los órganos, como corazón, riñón, ojos, cerebro, pared vascular, etc. Si la persona no conoce su condición de cronicidad es muy difícil que asuma su autocuidado.

Se debe consultar al adulto mayor que sufre de hipertensión, diabetes mellitus, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma si está en control periódico.

Educación:

- En el concepto de cronicidad.
- En la necesidad de cambiar de hábitos de alimentación, ejercicio.
- En la adherencia al tratamiento farmacológico.
- En el control periódico.

3. Caídas: Consultar al adulto mayor si ha tenido una o más caídas durante el último año, precisar donde se produjo, cuántas, si se dio cuenta que se caía, si tuvo pérdida de conocimiento.

Conocer si la causa es intrínseca (propias del paciente) o extrínseca (factores ambientales o externos). Verificar si hay cuadros mórbidos agudos o crónicos, poli farmacía, etc; cuyas consecuencias pueden haber sido las causas de la caída.

Educación:

- En las consecuencias psicológicas, sociales, económicas de la caída
- Tomar medidas preventivas al interior de la casa: baño, cocina, pasillos, escaleras.
- Realizar ejercicios de fuerza con extremidades inferiores, de equilibrio en forma regular.
- Corregir defectos visuales, auditivos.
- Aprender a caminar con bastones adecuados, cuando corresponda.
- Uso de calzado apropiado

4. Vida sexual: Recordar que más que una "cuantificación estadística" de la actividad sexual, interesa si hay conformidad por su vida sexual actual y si tiene inquietudes al respecto. Es necesario respetar la privacidad del paciente, realizar el diálogo con empatía y en forma privada.

5. Líquidos: Es muy frecuente encontrar que el adulto mayor no ingiere una buena cantidad de líquido predisponiéndose a la deshidratación (piel seca, astenia, labios secos etc.). Marcar en casillero correspondiente los volúmenes aproximados que ingiere en 24 horas.

6. Consume verduras / frutas: El consumo de fibras es fundamental en el equilibrio de la dieta en el adulto mayor.

7. Realiza ejercicio físico: La realización de ejercicio físico en forma regular mejora capacidad cardiorrespiratoria, fuerza muscular, flexibilidad, mantiene rangos articulares, ayuda en el control del dolor en las patologías crónicas, calidad de vida y funcionalidad.

Educar:

- Informar a la persona mayor y a su familia, que es frecuente que el adulto mayor no tenga sed (hipodipsia, disminución de la sed), por ello es absolutamente necesario tomar conciencia de la ingesta de agua diaria.
- A medida que se envejece se produce una reducción del agua intracelular
- La ingesta de líquido debe ser a lo menos de dos litros diarios considerando las comidas, exceptuando personas con insuficiencia renal u otra contraindicación médica.

2. Examen Físico

2.1 Mediciones antropométricas:

Peso: Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra bajo peso en los últimos seis meses, sin hacer dieta, se debe derivar a médico, esto puede constituir una señal de enfermedad. Puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo; presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recurso económico u otros impedimentos para obtener sus alimentos.

Talla: Realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

Índice de masa corporal: Es el indicador del estado nutricional más recomendable en el adulto mayor.

ESTADO NUTRICIONAL	Índice de Masa Corporal (IMC)
Enflaquecido/a	Menor de 23
Normal	23,1 a 27,9
Sobrepeso	28 a 31,9
Obeso	32 o más

Si la persona está enflaquecida u obesa enviar a médico y nutricionista

- **Presión Arterial:** Es frecuente la hipotensión ortostática en las personas mayores, causa importante de caídas, por ello se debe tomar la presión sentado y de pie. Se registra el valor más alto para clasificarlo. Si la cifra está alterada enviar a control seriado de PA.
- **Pulso:** Se busca pesquisar alteraciones del ritmo, frecuencia y amplitud. Si se detecta algún problema derivar a médico.

Educación:

- En la importancia de controlar periódicamente los parámetros antropométricos
- Si hay alteración de alguno de ellos consultar médico

2.2 Audición

Preguntar al adulto mayor si tiene que subir el volumen de los aparatos de televisión, radio para escuchar.

Educación:

- A la familia que cuando converse con la persona mayor module bien, con un tono normal, asegurándose que la persona lo esté mirando en un lugar iluminado
- Visitar al otorrino, si no escucha bien, es frecuente que la persona mayor tenga un tapón de cerumen en el oído.

2.3 Visión: Preguntar a la persona como ve con lentes o sin lentes

Educación:

- No ver bien constituye un serio riesgo de caída y de aislamiento
- Control regular por oftalmólogo ya que pueden desarrollarse otras patologías degenerativas, como por ejemplo catarata, si no se trata puede llevar a la ceguera.

2.4 Cuidado bucal

- Observar encías que pueden estar dolorosas y sangrantes, signo de enfermedad periodontal, frecuente en las personas mayores y causantes de la pérdida de piezas dentarias.
- Observar úlceras o manchas en la mucosa bucal en búsqueda de cáncer de cavidad oral, frecuente en este grupo etáreo.
- Observar la hidratación de la mucosas, debido a una menor producción de saliva agravada por el poco líquido que toman las personas mayores
- Preguntar por la calidad de la higiene (frecuentemente deficiente), esto sumado a las condiciones descritas anteriormente dañan en forma importante la dentadura de las personas mayores

Clasifique las condiciones de la cavidad bucal en:

- **Buena:** cuando no hay alteraciones significativas, ausencia de infección
- **Regular:** si existen focos infecciosos, encías inflamadas
- **Mala** : Pérdida importante de piezas dentaria, encías sangrante

Educación:

- Visitar periódicamente al odontólogo
- Lavado frecuente de los dientes, después de cada comida
- Sacarse todas las noches las prótesis dental y lavarlas con el cepillo dental

2.5 Estado de los pies: Para mantener la marcha los pies son esenciales, con frecuencia se observan muchos problemas en las personas mayores asociado a pie diabético, onicomicosis, queratosis, heridas y deformaciones. Es importante en el control de salud registrar piel, temperatura, coloración y volumen del pie.

Educación:

- Cuidar en forma regular los pies
- Visitar al podólogo regularmente

2.6 Continencia urinaria: las personas mayores en general no informan al médico de pérdidas involuntarias de orina, por esta razón es importante preguntar sistemáticamente en el control de salud si hay pérdida involuntaria; si esta condición es habitual u ocasional y en que situaciones se produce: tos, secundaria a esfuerzo, etc.

Educación:

- Realizar ejercicios de suelo pélvico.
- Sugerir evacuar orina en forma periódica durante el día evitando rebalses.

2.7 Otros hallazgos: Registrar otras situaciones detectadas que no estén incluidas en los puntos anteriores

3. Exámenes de Laboratorio.

3.1 Creatinina: Considerando que con el proceso de envejecimiento se produce una pérdida progresiva de la función renal (6 a 10% cada 10 años, a partir de la 4° década) es dable esperar que los adultos mayores tengan un deterioro significativo de su función renal. Esta situación puede verse aumentada por la mayor incidencia de la HTA y DM en este grupo etareo, cuadros crónicos que agravan más el deterioro renal. Por otro lado debemos considerar que los adultos mayores son en gran medida polimedamentados (polifarmacia), y en este caso debemos asumir siempre una potencial nefrotoxicidad de los fármacos por lo cual se hace necesario conocer la función del estado renal del adulto mayor.

Se determina el valor de creatinina plasmática en el afán de conocer la tasa de filtración glomerular, pero como es sabido el adulto mayor disminuye su masa muscular, lo cual se refleja en los valores de creatinina sérica plasmática; se puede dar el caso de que adulto mayor con una creatinina normal realmente tenga deterioro en su función renal. Por el motivo anterior es que se recurre al cálculo de la función renal mediante, el clearance corregido de creatinina, a través de la siguiente fórmula:

$$\text{Aclaramiento de creatinina} = \frac{\text{Peso corporal (Kgs)} \times (140 - \text{edad})}{72 \times \text{creatina sérica}}$$

(Clearance corregido)

* en el caso de las mujeres este resultado final se multiplica por 0.85

3.2 Glicemia: La medición predice potenciales individuos diabéticos asintomático, de una manera rápida y barata.

Su utilidad no solamente esta remitida a la detección precoz de Diabetes Mellitus, sino que también a la detección precoz de la intolerancia a la glucosa. Para los criterios diagnósticos de estas entidades señalada, según los valores de la glicemia encontrada refiérase a las Guías clínicas y Normas Técnicas MINSAL. La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades mas importantes de la población adulta mayor.

La Diabetes es responsable de alteraciones microvasculares (específicas) como la retinopatía, nefropatía, neuropatía; y otras complicaciones macrovasculares asociadas (no específicas) tales como: enfermedad coronaria, cerebrovasculares y arterial periférica. Por estas situaciones se considera la diabetes mellitus uno de los altos factores de riesgo en geriatría y de ahí su importancia en detección precoz.

3.3 Colesterol Total: Ver Norma de Dislipedemia, Minsal

3.4 Hemograma: En general los individuos de edad avanzada sufren los mismos trastornos hematológicos de los jóvenes aunque hay algunas procesos más comunes en adultos mayores Ej. Anemia microcítica, ferropriva que representa el 60% de las anemias de adultos mayores de 65 (volumen corpuscular medio menor 80). Cuando no hay deficiencia de hierro en la dieta ni una mala absorción generalizada o secundaria a gastrectomía por ejemplo, se debe descartar pérdidas hemáticas sobre todo a través de tracto digestivo o génito urinario.

Si la persona es diabética agregar:

3.5 Uremia: Examen básico para detectar eventual falla renal antes que aparezcan los síntomas típicos del síndrome urémico, lo que es más habitual en el anciano.

3.6 Hemoglobina glicosada (HbA_{1c}): Constituye con un parámetro de mal control de la alimentación (régimen), del diabético cuando los valores de HbA_{1c} están elevados.

3.7 Microalbuminuria: Método para la detección de la nefropatía diabética incipiente, es este caso, una señal de alerta para el manejo farmacológico del paciente. Se puede prescindir de este examen si se cuenta con proteinuria previa de más de 0,5 gr. en 24 horas, lo que nos indica una nefropatía declarada.

4. Diagnóstico Integral: El adulto mayor debe ser mirado integralmente, es necesario entonces, plantearse un abordaje donde forme parte el paciente, la familia, equipo de salud, comunidad y la intersectorialidad.

5. Plan de Intervención: El plan de intervención debe considerar en su ejecución.

- Describir factores de riesgos existentes.
- Dar a conocer al adulto mayor y su familia cual es su situación de salud, escribir los compromisos adquiridos.
- Educar y registrar en la ficha las medidas de autocuidado prioritarias.

FICHA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO ADULTO MAYOR

NOMBRE _____	N° FICHA _____
FECHA _____	PROFESIONAL _____
CONTROL PAM _____	ENFERMEDAD CRÓNICA _____
EDAD _____	Pres. Art. SENTADO _____
PESO _____	Pres. Art. PIE _____
TALLA _____	PULSO _____
HEMOGLUCOTEST (DM) _____	IMC _____

EVALUACIÓN DEL PLAN DEL CONTROL ANTERIOR

IV.- DIAGNOSTICO ACTUALIZADO

- Funcional EFAM-Chile: Autovalente _____ Autovalente con riesgo _____ Dependiente _____

- Hallazgos referidos al EFAM-Chile

PARTE A	PUNTAJE	PARTE B	PUNTAJE
1		1	
2		2	
3		3	
4		4	
5		5	
6		6	
7			
8			
9			
TOTAL		TOTAL	

- Biológico _____

- Psicológico _____

- Social _____

Terapia farmacológica _____

Otros hallazgos _____

Plan de atención _____

Referencia _____

Próximo Control: _____ Firma del profesional: _____

FICHA DE CONSULTA NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha : _____ N° ficha clínica: _____

1. IDENTIFICACION DEL PACIENTE Y OTROS ANTECEDENTES

Nombre : _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Nivel de Instrucción: B M S A

Ejercicio SI NO Tipo _____

Frecuencia semanal _____ Tiempo (c/ vez) _____

FACTORES DE RIESGO: AUTOVALENTE AUTOVALENTE C/RIESGO POSTRADO

HTA

DISLIP.

OBESIDAD

D.M.

EFAM - Chile

2. ANTROPOMETRÍA

Peso _____ Kg. Talla _____ cm. I.M.C. _____

3. LASIFICACION NUTRICIONAL SEGUN I.M.C.

E

N

SP

O

4. ANAMNESIS NUTRICIONAL (preferencia, aversiones, intolerancia, disponibilidad de alimentos, tiempos de comida, problemas de masticación y/ o deglución etc)

5. ESTUDIO DIETETICO

1.1. Resultado Encuesta Alimentaria y aporte de macronutrientes de la dieta (*)

Grupo de Alimentos	Porciones N°	Calorías	H. de C. (g)	Lípidos (g)	Proteínas (gr)
Cereales					
Verduras en Gral. Verduras Libre					
Frutas					
Carnes AG Carnes BG Leguminosas					
Lácteos AG Lácteos MG Lácteos BG					
Aceite y Grasas Alimentos ricos en lípidos					
Azúcar					
TOTAL					

(*) Nota: una medida de crema "Años Dorados" equivale a 1 porción de cereales y _ porción de lípidos

5.2. Adecuación Energética %

P% _____ G% _____ CHO% _____

**5.3. Ingesta de Nutrientes Críticos y otros como factores de riesgo nutricional
(Calcio, Hierro, Colesterol, Fibra, etc.)**

5.4. Ingesta de agua y otros líquidoslt/ d

6. Diagnóstico Nutricional _____

7. Prescripción Dietética y otras indicaciones _____

8. Derivación a _____

FECHA PROXIMO CONTROL

NUTRICIONISTA

INSTRUCTIVO DE LA FICHA CONSULTA NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR

Fecha: registrar día, mes y año en que se otorga la atención

N° de ficha clínica: anotar el número asignado por el establecimiento al usuario(a).

1.- Identificación del paciente y otros antecedentes:

Nombre : anotar nombres y apellidos (paterno y materno).

Edad : registrar los años cumplidos al momento de la consulta.

Sexo : auto-explicativo.

Nivel de Instrucción: Marcar con una "X" en el casillero correspondiente, el último año cursado; "B" cuando corresponde a básica, "M" para enseñanza media y "S" para los años cursados en alguna carrera universitaria o de instrucción superior; cuando no lea, ticar el casillero "A" (analfabeto(a)).

Ejercicio: Se considerará positivo desde caminatas no inferiores a 30 minutos diarios, continuas o con intervalos no inferiores a 10 minutos cada vez y con una frecuencia mínima de 4 veces x semana.

Tipo: especificar el tipo de ejercicio que realiza.

Frecuencia semanal: registrar en el casillero el N° de días que realiza ejercicio (si es diario anotar "7").

Tiempo cada vez, anotar los minutos que dedica a la actividad en cada oportunidad.

Factores de Riesgo: Registre en el casillero correspondiente si el paciente presenta algunas de las patologías allí mencionadas o tiene otro factor de riesgo como alteración cognitiva (resultado del minimental inferior a 12,9) o si se considera dependiente (cuando **no es capaz de realizar actividades de la vida diaria (como: vestirse, levantarse, cocinar u otra).**

2.- **Antropometría** Peso: Registre en kilogramos el resultado de esta acción, sin zapatos, con el mínimo de ropa y ciñéndose al procedimiento normado.

Talla: Anotar en cms la altura del(a) consultante descalzo(a) y en posición normada.

Índice de Masa Corporal: registre el valor obtenido

I.M.C.= peso (kg) / estatura² (m) conocido también como índice de Quetelet o

BMI=Bady mass index.

- 3.- **Clasificación Nutricional:** registre de acuerdo a norma la clasificación obtenida según el I.M.C. (bajo peso, normal, sobre peso u obeso, según corresponda).
4. **Anamnesis Nutricional:** Describa brevemente los alimentos de mayor aceptabilidad, aquellos que le producen rechazo, o intolerancia manifestada por: dispepsias, alergias, meteorismo etc. Considere otras variables que inciden en la disponibilidad de alimentos (como capacidad de compra, fuentes de abastecimiento etc.), Otros factores que pudieran afectar la ingesta de alimentos: problemas de deglución, dentadura u otro.

Horario de la última comida y primera del día siguiente, etc.
5. **Encuesta Alimentaria:** aplicar encuesta alimentaria modificada y llevarla a porciones de acuerdo a la agrupación piramidal de alimentos.
6. **Ingesta:**
 - Ingesta actual: registre el número de porciones que de acuerdo a la encuesta alimentaria consume el usuario.
 - Recomendación: anote el número de porciones que debiera consumir el consultante de acuerdo a sus características.
 - Requerimientos nutricionales: registrar calorías y macronutrientes para cada caso en particular.
7. **Ingesta de agua y otros líquidos:** registrar en litros el volumen total de líquidos consumidos diariamente (incluir sopas, bebidas azucaradas, té, café, etc.)
8. **Diagnóstico Nutricional:** de acuerdo a todos los antecedentes establezca el diagnóstico nutricional del consultante y especifique si encontró un desbalance alimentario nutricional de importancia (ejemplo estado nutricional normal, ingesta total adecuada de lípidos, distribución inadecuada de ellos etc.).
9. **Prescripción dietética:** registre el tipo de régimen señalando aportes, digestibilidad, constancia etc.
10. **Otras indicaciones:** registrar indicaciones complementarias a la prescripción dietética, ej. Regularización de horarios, higiene en la manipulación de alimentos, etc.
11. **Derivación:** registre el profesional o la unidad a la cual fue referido el consultante.
12. **Citación a próximo control:** autoexplicativo.

CONSULTA SOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Nombre:

Edad:

Grupo Familiar:

- Quienes lo componen
- Dinámica de la interacción familiar
- **Ambiente familiar y comunitario**

Situación Económica:

- Ingresos personales
- Ingresos de grupo familiar

Situación Previsional:

Situación Habitacional:

Auto-Imagen

- De entre su familia, amistades, vecinos y conocidos, ¿quién cree usted que le aprecia como persona?. Diga sus nombres
- ¿Piensa Usted que significa algo importante para alguien de su familia o para otros? Diga sí o no
- ¿A quién diría que usted ayuda y apoya de alguna manera día a día?. Diga los nombres

Relaciones Horizontales

- Diga los nombres de amigos íntimos con los que se relaciona al menos una vez al mes.
- De la gente que conoce, diga los nombres de las personas a quienes puede hablar con toda franqueza y confianza sin tener cuidado con lo que dice.
- ¿Con cuántos buenos vecinos habla usted al menos una vez al mes? Diga los nombres.
- ¿Con cuántas personas que piensan como usted y tienen parecidos intereses habla?. Diga los nombres.

Identificación de Soportes Internos y Externos

- De la gente que conoce, diga los nombres de quienes le ayudarían en caso necesario.
- De la gente que conoce, ¿quién cree usted que le da más consuelo si lo necesita?. Diga los nombres.

Participación grupal y/ o comunitaria

Visión de la vejez

Antecedentes relevantes de la historia social personal y familiar

FICHA DE CONSULTA DE KINESIOLOGIA DEL ADULTO MAYOR

I. Antecedentes Personales:

Nombre:..... N° de Ficha.....
Fecha de Nacimiento:..... Edad.....
Dirección Teléfono.....
Diagnóstico:.....
Fecha de Ingreso a Kinesiología:.....
Fecha de Egreso:.....
Profesional Responsable:.....

II. Antecedentes Generales:

- Observación espontánea del adulto mayor: asiste solo, marcha, usa elementos accesorios para caminar, problemas sensoriales evidentes, etc.
- Sufre mareos, antecedentes de caída, frecuencia de estos.
- Medicamentos y dosis que consume.
- Dolores frecuentes, rigidez, calambres, alteraciones del sueño, de la memoria, tensiones actuales.
- Actividades de la vida diaria que se ven alteradas.
- Antecedentes Familiares, ambiente psicosocial (red de apoyo)
- Tratamientos previos de rehabilitación

III. Evaluación Postural:

- Vista anterior
- Vista lateral
- Vista posterior

IV. Evaluación Articular

V. Evaluación Muscular

VI. Evaluación de marcha y equilibrio

VII. Conclusión de la Evaluación. Plan de trabajo.

VIII. Sugerencias al adulto mayor de autocuidado y pauta de ejercicios.

REUNION CLINICA DEL ADULTO MAYOR

Objetivo General

Elaborar una estrategia común de manejo integral del paciente autovalente con riesgo, con el propósito de evitar que la persona pierda funcionalidad y pase al grupo del adulto mayor dependiente.

Los integrantes del equipo de salud, Medico, Enfermera, Nutricionista, Kinesiólogo y Asistente Social deben reunirse mensualmente a fin de preparar en conjunto todas aquellas estrategias que permitan mejorar las condiciones de funcionalidad del adulto mayor autovalente con riesgo según antecedentes entregados por los profesionales participantes.

Orientación :5 casos por reunión
Concentración :24 anuales
Rendimiento :5 casos en 2

Ficha de Registro de Reunión Clínica

1.- Antecedentes Generales

Nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
N ° de Ficha: _____
Profesionales que participan en la reunión: _____
Fecha de reunión: _____

□ Valoración Integral

- Medico: Diagnósticos clínicos, estado de salud, etapa de la enfermedad, tratamiento, pronóstico, grado de influencia en funcionalidad y calidad de vida. Estado de conciencia, sensorial, físico y mental
- Enfermera: Diagnósticos de enfermería según necesidades básicas y autocuidado, con enfoque familiar. Apoyo al cuidador, grado de dependencia para actividades de la vida diaria, estado de la comunicación, riesgos ambientales, respuesta y participación en educación y autocuidado del adulto mayor y familia.

- Nutricionista: Estado nutricional, dieta, disponibilidad de alimentos.
- Kinesiólogo. Funcionalidad, movilidad.
- Asistente Social: Diagnóstico social, familiar y comunitario, redes de apoyo. Características de la vivienda.
- Dental: Condiciones de salud bucal.

□ **Plan de acción para la Atención del Adulto Mayor según especialidad.**

- Médico
- Enfermera
- Nutricionista
- Kinesiólogo
- Asistente Social
- Dental

□ **Conclusión – Acuerdos**

Síntesis de las orientaciones a seguir con el paciente, la familia y la comunidad (educación a la familia, derivación a grupos comunitarios, reforzamiento de educación entregada en control de salud, visita periódica a domicilio, etc.)

□ **Evaluación**

Definir fecha de una próxima reunión para seguimiento y evaluación del Plan de Acción Propuesto.

**INSTRUMENTOS
DE SUPEVISION, AUDITORIA
Y EVALUACION
DE LOS PROGRAMAS**

RESUMEN ESTADISTICO MENSUAL (R.E.M)

ESTABLECIMIENTO:

MES:

ANO: 2002

REM 05 ATENCION DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

SECCION A : CONTROLES DE SALUD

TIPO DE CONTROL	FUNCIONARIOS	CÓDIGOS	CONTROLES DE SALUD			
			TOTAL (Beneficiario y NO Beneficiario)	POR SEXO		A BENEF.
				HOMBRES	MUJERES	
DE INGRESO	MEDICO	05-01-01	0			
	ENFERMERA	05-01-02	0			
	TOTAL	05-01-00	0	0	0	0
DE SEGUIMIENTO AUTOVALENTE SANO Y CRONICOS COMPENSADOS	MEDICO	05-02-01	0			
	ENFERMERA	05-02-02	0			
	TOTAL	05-02-00	0	0	0	0
DE SEGUIMIENTO FRÁGIL	MEDICO	05-03-01	0			
	ENFERMERA	05-03-02	0			
	TOTAL	05-03-00	0	0	0	0
DE SEGUIMIENTO DEPENDIENTE	MEDICO	05-04-01	0			
	ENFERMERA	05-04-02	0			
	TOTAL	05-04-00	0	0	0	0

SECCION B: CONSULTAS

TIPO DE CONSULTAS	FUNCIONARIOS	CODIGOS	CONSULTAS			
			TOTAL (Beneficiario y NO Beneficiario)	POR SEXO		A BENEF.
				HOMBRES	MUJERES	
MORBILIDAD	MÉDICO	05-05-01	0			
	ENFERMERA (ETS)	05-05-02	0			
	TEC. PARAM. (PSR)	05-05-05	0			
	TOTAL	05-05-00	0	0	0	0
NUTRICIONAL	NUTRICIONISTA	05-06-04	0			
DE ENFERMERÍA	ENFERMERA	05-07-02	0			
SOCIAL	ASIST.SOCIAL	05-08-06	0			
DE OTROS PROFESIONALES	FONOAUDIÓLOGO	05-09-07	0			
	PSICÓLOGO	05-09-08	0			

SECCION C: VISITAS A DOMICILIO

FUNCIONARIOS	CÓDIGOS	VISITAS			
		TOTAL	POR CONDICIÓN		
			SANO Y CRÓNICO COMPENSADO	FRÁGIL	DEPENDIENTE O POSTRADO
MÉDICO	05-10-01	0			
ENFERMERA	05-10-02	0			
NUTRICIONISTA	05-10-04	0			
ASIST. SOCIAL	05-10-06	0			
TEC. PARAMEDICO	05-10-05	0			
TOTAL	05-10-00	0	0	0	0

SECCION C.:1: CONSULTA DE ENFERMERA EN DOMICILIO

05-11-02	CONSULTAS	
----------	-----------	--

SECCION D: ACTIVIDADES COMUNITARIAS

TIPO DE ACTIVIDAD	FUNCIONARIOS	CÓDIGOS	TOTAL PERSONAS	INSTITUCIONES
REHABILIT COMUNITARIA	KINESIOLOGO	05-12-10		
GRUPOS DE AUTOAYUDA	ENFERMERA	05-13-02		
	ASISTENTE SOCIAL	05-13-06		
TRAB. CON VOLUNTARIOS	ASIST. SOCIAL	05-14-06		
INTERSECTORIALIDAD	ASIST. SOCIAL	05-15-06		
ACTIVIDADES GRUPALES	ASIST. SOCIAL	05-16-06		
	OTROS PROF	05-16-11		

SECCION E: REUNIONES CLINICAS ADULTO MAYOR

05-18-01	N° REUNIONES	
05-18-02	N°. CASOS	

SECCION F: EVALUACION PIE DIABETICO

05-19-00	N° EVALUACIONES	
----------	--------------------	--

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

SECCION D.1 : EDUCACION DE GRUPOS

FUNCIONARIO	CÓDIGOS	Nº SESIONES
MEDICO	05-17-01	
ENFERMERA	05-17-02	
MATRONA	05-17-03	
NUTRICIONISTA	05-17-04	
A. SOCIAL	05-17-06	
PSICOLOGO	05-17-08	
KINESIOLOGO	05-17-10	
TER. OCUPACIONAL	05-17-09	
FONOAUDIOLOGO	05-17-07	

SECCION G: POBLACIÓN BAJO CONTROL E INGRESOS POR CONDICIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD
(Recuento Semestral)

CONDICIÓN	CÓDIGOS	EXISTENCIA					INGRESOS		
		TOTAL	POR EDAD		POR SEXO		TOTAL	POR EDAD	
			65-69 AÑOS	70 Y + AÑOS	HOMBRES	MUJERES		65-69 AÑOS	70 Y + AÑOS
SANO Y CRONICOS COMPENSADOS	05-20-01	0					0		
ADULTO MAYOR FRAGIL	05-20-02	0					0		
DEPENDIENTE O POSTRADO	05-20-03	0					0		
TOTAL	05-20-00	0	0	0	0	0	0	0	0

SECCION H: POBLACION BAJO CONTROL POR ESTADO NUTRICIONAL, SEGÚN SEXO (JUNIO Y DICIEMBRE)

ESTADO NUTRICIONAL	CODIGOS	TOTAL	POR SEXO	
			HOMBRES	MUJERES
BAJO PESO	05-21-01	0		
NORMAL	05-21-02	0		
SOBREPESO	05-21-03	0		
OBESOS	05-21-04	0		
TOTAL	05-21-00	0	0	0

SECCION I: COBERTURA DE ENFERMEDADES EN EL ADULTO MAYOR (Recuento Semestral)

PATOLOGIA		CÓDIGOS	POBLACION BAJO CONTROL			INGRESOS	EGRESOS POR ABANDONO	ALTA MEDICA
			TOTAL	HOMBRES	MUJERES			
HIPERTENSION ARTERIAL	COMPENSADO	05-22-01	0					
	NO COMPENSADO	05-22-02	0					
	TOTAL	05-22-00	0					
DIABETES MELLITUS	COMPENSADO	05-23-01	0					
	NO COMPENSADO	05-23-02	0					
	TOTAL	05-23-00	0					
E.P.O.C.		05-24-01	0					
ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES		05-25-01	0					
NEUMONIAS		05-26-01	0					
ASMA BRONQUIAL		05-27-01	0					

JEFE DE ESTADÍSTICAS

ENCARGADO PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

INSTRUCTIVO CENSO MENSUAL RP11

La enfermera Coordinará y supervisará el censo mensual y lo entregará a la Dirección del Establecimiento dentro de los 5 primeros días hábiles de cada mes.

La información debe ser traspasada al formulario estadístico definido por los departamentos de Estadísticas de los Servicios de Salud, con una frecuencia trimestral, y en forma semestral la información del estado nutricional.

Los datos básicos a recoger, en este caso, son:

EXISTENCIA MES ANTERIOR

Corresponde a la población bajo control en el último censo informado.

INGRESOS

Casos nuevos que ingresan a control, reingresos, traslados, cambio de grupo de edad de adulto a adulto mayor.

EGRESOS

Corresponde a los casos que salen del Programa por: abandono, traslado, fallecimiento, cambio de grupo de edad de adulto a adulto mayor u otra causa.

EXISTENCIA MES SIGUIENTE

Se debe señalar el total de casos en control, separados por grupos de edad en adulto 20-44 años y 45-64 años y en adulto mayor de 65-69 años y 70 y más años. **Considera a los ingresos, los controles del mes, existencia meses calendario, inasistentes. Excepto egresos.**

INASISTENTES

Corresponde a los casos que no concurren a control en la fecha indicada y hasta por un período de 11 meses y 29 días.

CRONICOS COMPENSADOS/ DESCOMPENSADOS

Corresponde a todos los casos bajo control (incluye inasistentes), de acuerdo a criterios de clasificación para efectos de evaluación de grupos de población bajo control, independiente de la edad.

Compensados, considerar los valores normados:

- HTA menor a 140/90
- Diabetes Mellitus:
 - Glicemia en ayunas menor a 140 mg/dl.
 - Post prandial menor 180 mg/dl.
- Mixtos (HTA y DM), cualquiera de ellas alterada, se considera descompensado.

Cuando se registran los casos compensados y descompensados se debe incluir a los inasistentes, con el último valor registrado en la tarjeta.

A. Funcionalidad

Corresponde a la medición de la funcionalidad realizada en quienes se les ha realizado el Control de Salud del Adulto Mayor. Sus categorías son:

- **Autovalente**
- **Autovalente con riesgo (frágil)**
- **Postrado**

B. Cuidado Paliativos y autocontrol. Envío de la información trimestral.

Corresponde a las personas de 20 años y más que se encuentran en el Programa de Cuidados Paliativos y Autocontrol en Diabetes. Separados por grupos de edad:

- **Menores de 20 años**
- **20-64 años**
- **65 y más**

C. Estado Nutricional. Envío de la información trimestral

Registrar de acuerdo al grupo de edad y a los criterios establecidos para evaluar IMC.

D. Tratamiento derivado Tuberculosis. Información trimestral

Corresponde al total de personas en tratamiento.

E. Evaluación de Pié Diabético. Información trimestral

Corresponde al número de evaluaciones realizadas en las personas de 20 años y más años con diabetes.

Señalar el número de evaluaciones realizadas en el período (tres meses) y en la siguiente columna lo acumulado a la fecha desde enero del año en curso.

El acumulado corresponde a número de evaluaciones anteriores (lo informado en censo anterior, en el caso del censo de marzo el número anterior debe ser 0), más las evaluaciones del periodo.

Identificar las categorías con riesgo, sin riesgo, pié diabético establecido y total.

Por lo tanto, el número total acumulado, debe ser a fin del año, igual al total de personas en control con Diabetes Melitus. La normativa señala evaluar una vez al año los pies de las personas con diabetes.

TARJETERO DEL ADULTO MAYOR

Sección

EGRESOS- PASIVO
DERIVADOS A NIVEL SECUNDARIO U HOSPITALIZADOS
INASISTENTES
Diciembre Noviembre Octubre Septiembre Agosto Julio Junio Mayo Abril Marzo Febrero Enero
CITADOS MESES CALENDARIO
CONTROLADOS DEL MES
31 30 29 - - - - 4 3 2 1
CITADOS DEL MES
INGRESOS

INSTRUCTIVO TARJETERO DEL ADULTO MAYOR

Propósito

Mantener información actualizada que permita conocer el perfil de salud de la población Adulta Mayor en control.

Objetivos generales

1. Contar con un sistema de registro que facilite el control y seguimiento de los Adultos Mayores, realizado por el equipo de salud.
2. Proporcionar información cuantitativa y cualitativa referida al Programa de Salud del Adulto Mayor

Objetivos específicos

1. Identificar el universo de Adultos Mayores Bajo Control, en el Programa del Adulto Mayor.
2. Organizar la atención de los Adultos Mayores Bajo Control.
3. Identificar y realizar el Seguimiento de Adultos Mayores con patologías crónicas.
4. Identificar Adultos Mayores beneficiarios del Programa de Alimentación complementaria (PACAM).
5. Mantener información actualizada sobre situación socio-económica de los Adultos Mayores en control que permita otorgar beneficios y servicios sociales.
6. Determinar el grado de funcionalidad de la población bajo control

Descripción

- El tarjetero está constituido por el conjunto **de tarjetas de adultos mayores** ingresados al Programa de Adulto Mayor para control y seguimiento. (Tarjetas de cartulina de 32,5 x22 cm).Las que se mantendrán en un Kardex y/o caja de madera cuyas características permitan identificar el total de Adultos Mayores Bajo Control y las secciones que se describen a continuación.
- Su uso es obligatorio en todos los Consultorios, Centros de Salud, Centros de Referencia de Salud, Postas Rurales y Consultorios de Especialidades que mantengan este tipo de población bajo control.
- Su manejo es centralizado su organización y funcionamiento son de responsabilidad de las enfermeras, quienes podrán delegar en un auxiliar de enfermería capacitado su manejo diario, el cual podrá efectuarse manualmente o en forma computarizada, de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

Secciones del Tarjetero

a) Ingresos del mes

Corresponde a todas las personas de 65 y más años, beneficiarios del sistema que se incorporan al Programa del Adulto Mayor. **(Se ingresa en el momento que se confecciona la tarjeta). Las tarjetas permanecen en su sección hasta el día del censo mensual.**

Beneficiarios nuevos

Se refiere a aquellos/as personas que nunca han recibido algún tipo de atención en el establecimiento. De acuerdo a la disponibilidad de recursos de cada establecimiento, se realizará el Control de Salud del Adulto mayor o se entregará citación en un plazo máximo de tres meses a contar de la fecha de inscripción. Se sugiere priorizar la citación para los beneficiarios nuevos).

Beneficiarios antiguos/as

Se refiere a aquellos que asisten regular o esporádicamente al establecimiento, mayoritariamente en los programas de crónicos. En tales casos se confecciona la tarjeta de control y seguimiento y se djunta

con la tarjeta antigua. Realizando el Control de Salud del Adulto Mayor en el Control siguiente a la fecha de ingreso, respetando cronograma y criterios de citación.

Beneficiarios en estado de inmovilismo o postración

Aquellos que **están bajo control** en el establecimiento, se abrirá su tarjeta de acuerdo a solicitud de familia o cuidadores y se planificará una visita posterior.

Aquellos que **no están bajo control** en el establecimiento y se solicite el alimento del PACAM, por parte de familiares o cuidadores, se deberá comprobar la existencia del potencial beneficiario/a, mediante visita domiciliaria por cualquier integrante del equipo y se registrará en el programa, planificando una visita posterior para realizar el Control de Salud.

Observaciones

Todos los beneficiarios del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor, (**PACAM**), deben estar incorporados en el tarjetero y corresponden a:

- Beneficiarios adultos mayores de 70 años
- Pacientes en tratamiento de tuberculosis mayores de 65 años, beneficiarios de FONASA y de ISAPRE, sólo en el período de su tratamiento por tuberculosis.
- Mayores de 60 años indigentes, atendidos en el Hogar de Cristo.

b) Grupos de edad

El tarjetero tendrá dos grandes secciones por grupos de edad

- 65 a 69 años
- 70 y más años
- 60 y más (indigentes)

c) Citados del mes

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios que deben acudir a Control durante el mes.

d) Controlados del mes

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios que fueron controlados, que permanecen en la sección hasta el día del censo mensual.

e) Citaciones ordenadas por meses calendario

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios con citación para los siguientes meses, como máximo los doce meses subsiguientes al de control. Deben existir las separaciones identificando claramente el mes.

f) Inasistentes

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios que no concurren a control en la fecha indicada y hasta por un periodo de 11 meses y 29 días.

g) Derivados al nivel secundario y hospitalizados

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios derivados a nivel secundario y/o hospitalizados.

h) Egresos- Pasivo

Corresponde a las tarjetas de los beneficiarios que durante el mes en curso se toma conocimiento de fallecimiento, traslado o abandono. **Estas tarjetas deben ser sacadas del tarjetero el día del censo mensual y enviadas a SOME, para archivo en pasivo.**

Abandono : corresponde a las tarjetas de los beneficiarios inasistentes por 12 meses o más, desde la última fecha de citación a control, al cual se le han efectuado esfuerzos de rescate definidas por el establecimiento (citaciones por escrito, llamado telefónico, y/o visita domiciliaria)

Procedimientos

1. La enfermera encargada del Programa del Adulto Mayor en el establecimiento será la responsable del correcto manejo, control y evaluación del tarjetero.
2. Nominará, capacitará y supervisará a los auxiliares de enfermería que trabajen en el tarjetero; establecerá las coordinaciones necesarias para el rescate de inasistentes.
3. **Las tarjetas deberán ser ordenadas por número correlativo de ficha en cada sección del tarjetero.**
4. **El registro de la tarjeta de control debe ser realizado en el momento del control por el profesional que realiza la atención.**
5. Se debe señalar los siguientes factores de riesgo

- Riesgo Cardiovascular: señalar con una letra.
 - Bajo riesgo : B
 - Riesgo alto : A
 - Riesgo máximo : M
- Funcionalidad: escribir el concepto
 - Autovalente
 - Autovalente con riesgo
 - Postrado

Señalar con color de acuerdo al manejo habitual del nivel local

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Patología mixta. Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus
- Demencia
- Respiratorio (neumonía reciente –EPOC)

La tarjeta deberá identificar factores de riesgo biológico, colores en el borde superior, **de acuerdo al manejo habitual del nivel local**. Si los establecimientos no han implementado un sistema de señalización para diferenciar las patologías crónicas más frecuentes, se sugieren las siguientes: azul para la hipertensión; rojo para la diabetes; mixto ambos colores, demencia; violeta, respiratorio; verde....

PAUTA DE SUPERVISION, ASESORIA Y AUDITORIA DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR

FECHA :

ESTABLECIMIENTO :

COMUNA :

OBJETIVO : Asesorar y apoyar a la gestión del equipo de Salud, conocer funcionamiento del Consultorio y el desarrollo de Programa de Salud del Adulto Mayor.

ASPECTOS A SUPERVISAR:

ESTRUCTURA:

A .- PERSONAL

Funcionario	Horas totales	Horas programa Adulto mayor	Observaciones
Médico			
Enfermera			
Asistente Social			
Dentista			
Psicólogo			
Kinesiólogo			
Auxiliar de enfermería			
Administrativo			
Nutrición			
Auxiliar de Farmacia			
Auxiliar de Bodega de Alimentos			
Auxiliar de Servicio			
Otros			

B.- PROGRAMACIÓN- PLANIFICACIÓN

1. ¿Conoce usted los Objetivos del Programa del Adulto Mayor?, consulte directamente a:

- Todo el equipo de trabajo
- Solo director establecimiento
- Encargado del programa
- Adultos mayores

2. La Programación operativa se efectúa en el marco de 1 Plan de Salud Comunal. Y orientaciones técnicas del Minsal y Servicio de Salud _____

3. ¿Cuenta con diagnostico de situación de los Adultos mayores de la comuna?

4. ¿Cuenta con Plan de Acción? _____

5. ¿Cuáles son las prioridades del programa? Están escritas. _____

6. ¿Cuáles son las Metas para el año? Señale indicadores del establecimiento.

INDICADOR	VALOR ACTUAL	META ALCANZAR
<u>N° de AM con Control de Salud de Ingreso</u> N° de AM inscritos		
<u>N° de AM vacunados</u> N° total de AM		
<u>% de AM autovalente, frágil, dependiente</u> Total de AM bajo control		
<u>N° de Normotensos</u> Total de AM hipertensos en control		
<u>N° de Normoglicémicos</u> N° de AM diabéticos en control		
<u>N° de AM tratados por depresión</u> N° de AM con depresión pesquisados en control		

Se realiza monitoreo mensual de los indicadores _____

Se evalúa la información en equipo. Pregunte al equipo el estado del indicador o la meta alcanzar _____

Existen informes escritos de cumplimiento de metas (mensual, anual)

Se informa a comunidad resultados de metas ¿Cómo?

CAPACITACIÓN DEL PERSONAL:

¿Existe programa interno? _____

El Programa de Capacitación Comunal incluye problemática del AM

¿Hay difusión de cursos y actividades de capacitación extraconsultorio? (MURAL)

¿Quiénes han sido capacitados y en qué, el último año?

Funcionario	Tema tratado o nombre curso	Horas	Quién impartió curso	Financiamiento Propio, Municipio Servicio de Salud, (otro señale Cuál)
Médico				
Enfermera				
Asistente Social				
Dentista				
Psicólogo				
Kinesiólogo				
Auxiliar de enfermería				
Administrativo				
Nutrición				
Auxiliar de Farmacia				
Auxiliar de Bodega de Alimentos				
Auxiliar de Servicio				
Otros				

Señale temas o necesidad de Capacitación

C.- TRABAJO COMUNITARIO

¿Existe diagnóstico participativo con la comunidad?

¿Existe equipo de trabajo comunitario?

Formado por:

¿Qué trabajo se realiza actualmente?

¿Hay trabajo intersectorial?

¿Cuál?

¿Con quién?

¿Existe coordinación intersectorial?

¿Con qué sectores?

Observaciones :

D.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN

ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN

1.- S.O.M.E.

¿Existe lugar específico y claramente identificado para la recepción de Adultos Mayores? _____

¿Hay implementado un sistema de atención priorizada? _____

¿Se orienta en relación a los derechos y deberes del usuario? _____

Existe calificador de derecho _____

¿La calificación previsional es apoyada por Asistente Social? _____

¿El libro de sugerencias y reclamos está a disposición del público? _____

¿Es revisado por la Dirección del Consultorio? (leído, contestado): _____

E.- OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN

Existe registro de citaciones y rechazos para:

atención médica _____

atención enfermera _____

atención dental _____

otros _____

¿Cuál es la definición de rechazo? _____

¿ Registre número de Rechazos de la última semana? _____

Motivos de rechazos _____

F.- CAPACIDAD RESOLUTIVA

<u>AM derivados a especialista</u> N° de AM atendidos en morbilidad	N° de rechazos
--	----------------

Referencia y Contrareferencia

- ¿Cuánto demoran en llegar las citas al Consultorio? _____
 ¿El aviso llega en forma oportuna? _____
 ¿Devuelven al paciente con información? _____
 ¿Hay casos de interconsultas perdidas? _____

Observaciones : _____

ESPECIALIDAD	N° DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS	N° DE INTERCONSULTAS EN ESPERA	FECHA DE LA INTERCONSULTA MAS ANTIGUA.

G.- PROGRAMA ORTESIS Y PRÓTESIS

Existe registro de Adultos Mayores que han sido beneficiados con ayudas técnicas _____

Cuántas ayudas técnicas han sido entregadas:

Bastones _____ Andadores _____

Lentes _____ Sillas de ruedas _____

Audífonos _____ Cojines antiescaras _____

Colchones antiescaras _____

Existe lista de espera de Ayudas técnicas _____

Existe registro- inventario de entrega de ayudas técnicas _____

H.- LABORATORIO :

¿ Hay referencia a un laboratorio? _____

¿Cuál? _____

¿Existe coordinación? _____

¿Atiende a toda la demanda? _____

Demora promedio en la entrega de resultados: _____

¿ El abastecimiento de insumos es regular y adecuada? _____

¿Los cupos para exámenes son suficientes? _____

Dificultades identificadas: _____

I.- MEDICAMENTOS:

EDUCACIÓN :

¿Existe programa educativo? _____ ¿Focalizado? _____

¿Qué metodología utiliza en educación grupal? _____

J.- ASPECTOS TÉCNICOS- ASISTENCIALES DE LA ATENCIÓN DE ADULTO MAYOR

1.- Manejo del tarjetero de acuerdo a la norma técnica: _____

2.- Funcionamiento:

SUBPROGRAMAS	POBLACION A ATENDER	POBL. BAJO CONTROL	COBERTURA	INASISTENTES
CONTROL DE INGRESO ADULTO MAYOR				
HTA				
DM				
EPI				
TBC				
OH				
ETS				
DM+HTA				
CUIDADOS PALIATIVOS				
RESPIRATORIO				
DEMENCIAS				

3.- Rescate de inasistentes: _____

- Criterios de priorización: _____

5.- Manejo de pacientes: _____

Se realiza el Control de Ingreso al Control de salud del Adulto Mayor según normas:
revise 5 fichas al azar.

Nº de ficha	Registro de Ficha completo	Diagnostico integrado	Plan de acción	Control de seguimiento	OBSERVACIONES

6.- Baciloscopía: Se realiza SI _____ NO _____

- Índice de pesquisa: _____

7.- ¿Existen programas innovadores en relación a la salud del Adulto? _____

8.-Se han desarrollado estrategias para mejorar las condiciones de salud de este grupo etáreo? (educación, participación de grupos organizados de la comunidad, etc.)

9.-Existe coordinación con hospitales y Consultorios de especialidades.

K.- PLAN NACIONAL DE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA:

- Conservación de alimentos: _____

- Abastecimiento: _____

-Concordancia entre saldo físico y saldo estadístico: _____

Pob. atender	Pob. en tarjetero	cobertura	Inasistentes	Observaciones

- Existencia libro control diario/mensual de alimentos según norma: _____

- Tarjeteros y tarjetas según norma: _____

¿Inasistente retira alimentos? _____

¿Pasivo retira alimentos? _____

L.- VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

¿Existe mapa epidemiológico en el Consultorio? _____

¿Con datos de todos los programas? _____

¿Registro actualizado de las enfermedades observadas en Adultos Mayores?

¿Registro actualizado de mortalidad en Adulto Mayor?

Existe monitoreo y registro de Enfermedades Respiratorias y muerte por NEUMONÍA del AM.

¿Hay archivo con copias (formularios normados) de las Notificaciones Obligatorias? (RMC 14):

- En caso de brote de enfermedades infecto-contagiosa ¿Se realiza estudio epidemiológico?:

¿Hay retroinformación desde Dirección de Servicio de Salud y Estadística de los datos enviados por el Consultorio?:

Observaciones:

PAUTA DE SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR
(PACAM)

Servicio de salud _____ fecha: _____

Consultorio: _____ comuna: _____

Población Bajo Control 70 años y + _____ Bajo Peso _____ % SP _____ %

Obeso _____ % Normal _____ %

Población Bajo Control 65 años a 69 años con TBC _____

N° de Controles de Ingreso _____ N° de Controles Seguimiento _____

N° de Consultas Nutricionales (del período) _____

Población que retiró alimentos en el mes anterior _____ inasistentes _____

Total Kilos distribuidos en el mes anterior _____ Kg per cápita _____

Período de desabastecimiento Sí _____ No _____

N° días sin abastecimiento _____

Observaciones

(*) Semestral

PAUTA DE AUDITORIA DEL PROGRAMA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR
(PACAM)

Fecha: _____

N° de Ficha _____ Edad: _____ Sexo: _____

Calificación: Autovalente _____ Autovalente con riesgo _____ Postrado _____

Factor de Riesgo Nutricional:

DM HTA DISLIP. AT.CONG. DEPENDENCIA

Fecha de incorporación al PACAM Fecha del Control de Ingreso

N° de retiros del PACAM Fecha último retiro

N° de Controles Fecha último Control de Salud

Con Consulta Nutricional de Ingreso: Sí No

Observaciones _____

Nombre: _____

Profesión: _____

(*) 1 vez al año al 5% de la población

**PAUTA DE SUPERVISION
PROGRAMA ADULTO MAYOR
Unidades de Farmacia Consultorios de APS**

Consultorio:

Fecha:

I Tarjetero para la dispensación de medicamentos para el Adulto Mayor.

- 1.- Está implementado SI ___ NO ___
- 2.- Separado por Sub – Programa SI ___ NO ___
- 3.- Ordenado por: ___ Orden Alfabético ___ N° Ficha Cl.
- 4.- Está separado por mes SI ___ NO ___
- 5.- Permite conocer el N° de pacientes AM baja control SI ___ NO ___
- 6.- Están identificados los pacientes inasistentes SI ___ NO ___

II Tarjeta de control de dispensación.

- 1.- La patología se indica con cintas de colores SI ___ NO ___
- 2.- Se consignan todos los datos del paciente SI ___ NO ___
- 3.- Observaciones: _____
- 4.- Se consignan los datos de cada medicamento SI ___ NO ___
- 5.- Observaciones: _____
- 6.- Se indican todos los fármacos administrados conjuntamente SI ___ NO ___
- 7.- Observaciones: _____
- 8.- Se indica la cantidad de medicamento entregada y la fecha SI ___ NO ___
- 9.- Recetas archivadas en las Tarjetas están vigentes SI ___ NO ___
- 10.- Se consigna la inasistencia de los pacientes SI ___ NO ___

III Procedimiento de dispensación de medicamentos al paciente.

- 1.- Trato al paciente: ___ Bueno ___ Regular ___ Malo

IV Dispensación de medicamentos sujetos a control legal.

- 1.- Los medicamentos se prescriben en recetas originales SI ___ NO ___
- 2.- N° de recetas de Psicotrópicos archivadas en la Tarjeta del paciente _____
- 3.- Observaciones: _____

V Registros:

- 1.- Planilla de Registro diario de Recetas y Prescripciones SI ___ NO ___
- 2.- Planilla de consumo diario y mensual de medicamentos SI ___ NO ___

VII Observaciones:

PAUTA DE AUDITORIA DEL MANEJO CLINICO Y TERAPEUTICO
DE ADULTOS MAYORES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

N° F.C.I.	Edad	Sexo	Esquema Terapéutico								Funcio- nalidad (AVD)	P. Arterial	Ultima Glicemia	IMC	Factores de riesgo			Asistente SI NO	Otro Fármaco
			Atenolo l CM 50 mg	Enalapril CM 10 mg	Hidroclorotiazida CM 50 mg	Nifedipino Ret CM 20 mg	Gilbendamida CM 5 mg	Metformin a CM 850 mg	Tolbutamida CM 500 mg	Fluoxetina CM 20 mg					Tabaco	Dislipi- demia	Act. Físic a		

Selecciones en forma aleatoria 5 fichas clínicas de adultos mayores portadores de factores de riesgo cardiovascular.

AUTORES

Alicia Villalobos Courtin

Encargada Programa de Salud del Adulto Mayor, Minsal.

Viviana Estrada Castro

Asesora Programa de Salud del Adulto Mayor, Minsal.

Viviana Guerra Caicedo

Asesora Servicio Salud Viña del Mar – Quillota

Mónica Muñoz González

Asesora Servicio Salud Metropolitano Sur

Nieves González Castillo

Asesora Servicio Salud Metropolitano Occidente

Carmen Garrido González

Asesora Servicio Salud Valparaíso – San Antonio

Ivon Campos Cerda

Asesora Servicio Salud Concepción

Clara Bustos Zemelman

Asesora Programa de Salud del Adulto Mayor, Minsal

Patricio Herrera Villagra

Asesora Programa de Salud del Adulto Mayor, Minsal

Luisa Barbieri Risso

Asesora Programa de Salud del Adulto Mayor, Minsal

FOTOS PORTADA

Rehabilitación Comunitaria Proyecto Control Sano del Adulto Mayor,
Comuna de Ñuñoa,
Santiago de Chile

DISEÑO Y DIAGRAMACION

Lilian Madariaga Silva

IMPRESIÓN

Litografía Valente

