

Ministerio de Salud Pública
DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES

La salud ya es de todos!



Ministerio de Salud Pública



GOBIERNO NACIONAL DE
LA REPUBLICA DEL ECUADOR

Créditos

Autores: Dr. Pablo Álvarez Yáñez
Presidente de la "Sociedad Ecuatoriana
de Geriátría y Gerontología". (CP)

Lcda. Lourdes Pazmiño Figueroa
Líder del Área de Salud del Adulto Mayor

Dra. Alicia Villalobos
Consultora EUROSOCIAL-Ministerio de Salud de Chile

Dr. José Villacís
Consultor Temporal OPS-Ecuador

Equipo de Apoyo: Dra. Irlanda Ordóñez Gárate
Salud del Adulto Mayor

Dr. José Eras Pazmiño
Médico Familiar

Edición: Mgs. Fausto Segovia Baus

Diseño gráfico: Javier Cañas B. - *Impresionarte*

Diagramación: Jonathan Barragán

Impresión:

Quito, Ecuador
Mayo 2010

Autoridades

Dr. David Chiriboga Allnutt
Ministro de Salud Pública

Dra. Ximena Abarca Durán
Subsecretaria General de Salud

Dr. Xavier Solórzano Salazar
Subsecretario de Extensión y Protección Social en Salud

Dra. Fátima Franco de Delgado
Subsecretaria Regional de Salud Costa-insular

Dra. Carmen Laspina Arellano
Directora General de Salud

Dr. Washington Estrella Pozo
Director de Normatización del SNS

Lcda. Lourdes Pazmiño Figueroa
Líder Salud Adulto Mayor



Ministerio de Salud Pública

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

CONSIDERANDO:

QUE: la Constitución de la República del Ecuador dispone en los Arts.32,36,38:

Art. 32 "La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir..."

Artículo 36: Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Artículo 38: El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.
3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas..."

QUE: la Ley Orgánica de Salud en los Arts.4,6,7 y13 manda:

"Art. 4 La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

Art. 6: Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: numeral 3: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.



Ministerio de Salud Pública

Art. 7: Toda persona, sin discriminación por motivo alguno, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos:

a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de calidad a todas las acciones y servicios de salud;

b) Acceso gratuito a los programas y acciones de salud pública, dando atención preferente en los servicios de salud públicos y privados, a los grupos vulnerables determinados en la Constitución Política de la República."

Art.13: Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general".

QUE: la Ley del Anciano en su capítulo I, Disposiciones Fundamentales, "Artículo 2 establece: El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa".

QUE: la Dirección Nacional de Normatización, a través del Área del Adulto Mayor y la Comisión Técnica Ejecutiva de Salud del Adulto Mayor, con la participación de la Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica Capítulo de Pichincha, y demás actores calificados, en el tema, han elaborado las "NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES" que responden a evidencias científicas, modelo de atención, estudios epidemiológicos y tecnología contemporáneas; y;

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151 Y 154 LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA Y EL ARTÍCULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA

ACUERDA:

ART. 1 Aprobar las "NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES", presentado por la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud y compuestas por los Capítulos: Situación Sociodemográfica y Epidemiológica, Marco Conceptual y Operativo, Normativa General y Específica por niveles de atención, Valoraciones: Clínica y de Laboratorio, Funcional, Cognitiva, Nutricional, Social y Rehabilitación; y los Capítulos correspondientes a Claves de diagnósticos por problemas, Enfermedades prevalentes de las personas adultas mayores.

ART. 2 Autorizar la publicación de las "NORMAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LAS Y LOS ADULTOS MAYORES",



Ministerio de Salud Pública

y disponer se difundan las mismas a nivel nacional para que sean aplicadas obligatoriamente en todas las Unidades Operativas del Sector de la Salud tanto públicas como privadas.

ART.3

De la ejecución del presente Acuerdo Ministerial, que entrará en vigencia a partir de su suscripción sin perjuicio de su publicación en el Registro Oficial, encárguense la Dirección de Gestión Técnica del Sistema Nacional de Salud y la Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud.

25 MAYO 2010

DADO EN EL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO, a:

**DRA. XIMENA ABARCA DURÁN
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA (E)**

WE/LPF/VM/PP
Trámite
7548

Índice

I. Introducción	11
II. Marco Jurídico	13
III. Situación de la Población Adulta Mayor	15
3.1. Demografía	16
3.2. Perfil epidemiológico	20
3.3. Condiciones sociales.....	23
IV. Marco Conceptual y de Referencia	25
4.1. Modelo de Atención Integral, Familiar y comunitario.....	26
4.2. Dispositivo fuerte de Atención Primaria de Salud	26
4.3. Envejecimiento, funcionalidad y autonomía.....	27
V. Marco Operativo Funcional	29
5.1. Sistema de Información	30
5.2. Signos vitales	30
5.3. Medidas antropométricas	33
5.4. Proceso Continuo Asistencial y Progresivo	37
VI. Objetivo General	39
VII. Objetivos Específicos	41
VIII. Matriz Normativa y de Procedimientos por Niveles de Atención	43
8.1. Normativa General Geronto-geriátrica	44
8.2. Valoración Geriátrica Integral	44
8.2.1. Tamizaje Rápido	45
8.2.2. Valoración Clínica y de Laboratorio	46
IX. Promoción de la Salud	49
9.1. Independencia y autonomía.....	51
9.2. Autocuidado, estilos de vida saludables.....	52
9.3. Seguridad, ambientes saludables.....	52
9.4. Derechos.....	53
9.5. Participación: Redes de apoyo formales e informales	54
X. Prevención	55
10.1. Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad	56
10.2. Dependencia funcional	57
10.3. Inmunizaciones	57
10.4. Salud bucal	58
10.5. Violencia	61
XI. Recuperación	
(Primer nivel de atención con enfoque de promoción y prevención)	65
11.1. Grandes Síndromes Geriátricos.....	66
– Caídas – Flujograma	66
– Delirio o Síndrome Confusional – Flujograma	69

– Demencias – Flujograma.....	71
– Depresión – Flujograma.....	73
– Dismovilidad – Flujograma.....	75
– Incontinencia urinaria – Flujograma.....	77
– Problemas de los pies y sus cuidados – Flujograma.....	79
– Úlceras de presión – Flujograma.....	81
11.2. Claves de Diagnóstico por problemas.....	83
– Astenia – Flujograma.....	83
– Disfunción sexual – Flujograma.....	85
Disminución de la agudeza Auditiva – Flujograma.....	87
– Disminución de la agudeza Visual – Flujograma.....	91
– Dolor abdominal – Flujograma.....	94
– Dolor articular – Flujograma.....	96
– Estreñimiento – Flujograma.....	99
– Hipotermia – Flujograma.....	101
– Pérdida de peso – Flujograma.....	104
– Retención Urinaria – Flujograma.....	107
– Temblor – Flujograma.....	109
11.3. Patologías prevalentes (CIE-10).....	111
– Hipertensión Arterial – Flujograma.....	111
– Diabetes Mellitus Tipo 2 – Flujograma.....	114
– Neumonía – Flujograma.....	118
– Osteoporosis – Flujograma.....	121
– Hipertrofia Prostática Benigna – Flujograma.....	123
– Insuficiencia cardíaca – Flujograma.....	126
– Enfermedades cerebro-vasculares – Flujograma.....	129
– Diarrea y gastroenteritis – Flujograma.....	131
– Colelitiasis – Flujograma.....	134
XII. Recuperación	
Segundo Nivel de Atención Hospitalaria.....	137
Neumonía – Flujograma.....	138
Insuficiencia Cardíaca – Flujograma.....	142
Enfermedad Cardíaca isquémica – Flujograma.....	148
Demencia – Flujograma.....	152
Depresión – Flujograma.....	157
Insomnio – Flujograma.....	161
Artritis reumatoidea – Flujograma.....	165
Hiperplasia prostática – Flujograma.....	169
Anemia por deficiencia de hierro – Flujograma.....	174
XIII. Rehabilitación Integral	179
XIV. Atención Integral de Salud del Adulto Mayor Institucionalizado	181
14.1. Cuidados Paliativos.....	183
14.2. Redes de apoyo formales e informales.....	188
XV. Estándares e Indicadores de Calidad	189
XVI. Anexos	207
XVII. Glosario de Términos	253
XVIII. Bibliografía	261
XIX. Colaboraciones	265

I. Introducción

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de 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, geografía en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor

El principal objetivo del continuo de la asistencia sanitaria- social e integral, hoy en día, no es solo aumentar la expectativa de vida, sino el cómo se vive una vida más larga. Esto implica prolongar la vida libre de discapacidad o de una vida funcionalmente sana. De allí la importancia de detectar a quienes están en riesgo de perder su capacidad funcional y de actuar a nivel de prevención primaria, vale decir, antes que se produzca la discapacidad.

Las acciones de salud orientadas a la población adulta mayor deben dirigirse a mantener la independencia, a prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma y su autonomía, sin descuidar la atención en eventos agudos y cuidados continuos en la recuperación y rehabilitación.

Visualizado así este escenario, el Ministerio de Salud Pública ha visto necesario editar esta norma como un instrumento técnico, científico, ético, legal para estandarizar y reglamentar la asistencia continua y progresiva e integral a las personas adultas mayores, por lo que es de cumplimiento obligatorio y la no aplicabilidad origina sanción.

III. Marco Jurídico

La Constitución de la República del Ecuador (2008) expresa:

Artículo 36.- “Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia”

Artículo 37.- “El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1.- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas”

Artículo 38.- “El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; así mismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.
2. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.
4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole o negligencia que provoque tales situaciones.

6. Atención preferente, en caso de todo tipo de emergencias y desastres.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufren enfermedades crónicas y degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica para que garantice su estabilidad física y mental”

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores, por parte de los familiares o las instituciones establecidas para su protección.

La Ley del Anciano, por su parte, se constituyó en una norma de carácter obligatorio y permanente, que versa sobre materia de interés particular y precautela los derechos económicos, sociales, legales y de prestación integral, de servicios médicos asistenciales, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad. En ella se garantiza el derecho a un mejor nivel de vida. Además se especifica el papel que deben desempeñar en su ejecución las distintas instituciones nacionales creadas en la norma, como son el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, adscrito al Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). El Reglamento que norma el funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológico, otorga permisos de funcionamiento de Centros de Atención a los Adultos Mayores.

Otras normas legales son: el Código Civil, el Código Penal, el Código de la Niñez y Adolescencia, la ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley del Tránsito, la Ley Orgánica de Régimen Municipal, la Ley Orgánica de Régimen Provincial, la Ley Orgánica de las Juntas Parroquiales, la Ley de Prevención, Protección y Atención Integral de las personas que padecen de diabetes, entre otras.



Situación de la población adulta mayor

3.1. Transición demográfica

La transición demográfica se manifiesta por la disminución de la tasa de fecundidad, la reducción sostenida de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la migración y los avances científicos que han influido en la longevidad.

La fecundidad es la variable demográfica que más impacto tiene sobre la estructura por edades de una población, y en nuestro país ha muestra-

do drásticos cambios en los últimos 50 años. En efecto, de acuerdo a la información del INEC, se obtiene que la tasa global de fecundidad (TGF) descendió en el país, de 6,7 hijos por mujer a comienzos de la década de 1960, a 2,1 en el quinquenio 2000-2005.

Las proyecciones de las tasas globales de fecundidad desde 1995 hasta 2025.

TABLA N° 1

Tasas globales de fecundidad proyectadas, según áreas mayores
Período 2000-2025

Áreas Mayores	Períodos Quinquenales					
	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015	2015-2020	2020-2025
Pichincha	2,62	2,46	2,33	2,22	2,13	2,05
Resto Sierra	3,46	3,11	2,81	2,56	2,36	2,19
Guayas y Galápagos	2,87	2,44	2,21	2,05	1,94	1,88
Resto Costa	3,39	3,06	2,77	2,53	2,34	2,18
Amazonía	4,86	4,29	3,72	3,21	2,79	2,46
Zonas no delimitadas	4,58	4,04	3,52	3,06	2,69	2,4
Total País	3,1	2,82	2,58	2,38	2,22	2,1

Fuente: Estimaciones de población INEC, 2001-2010

Si analizamos el fenómeno según los datos del cuadro, el país, en el período 1995 al 2000, llegó a 3,1 hijos por mujer, en el quinquenio 2020 – 2025 llegaría 2.1 hijos por mujer.

La reducción de la mortalidad general es un factor determinante en el fenómeno de la transición demográfica, debido a varios factores, entre ellos, a la mejora en los diagnósticos y tratamientos.

TABLA N° 2

Mortalidad general período 1995, 2000, 2007 y 2008

Año	Población	Mortalidad General	
		Número	Tasa 2
1 995	11`396.692	50.867	4,46
2 000	12`298.745	56.420	4,59
2 007	13`605.485	58.016	4,26
2 008	13`805.095	60.023	4,35

1/ ECUADOR: Estimaciones y Proyecciones de Población. 1950 - 2025 INEC – CEPAL 2/ Tasa por 1000 habitantes. Fuente: Anuario de Estadísticas Vitales INEC 2007

En 1.995 tenemos una tasa de mortalidad general de 4,46 para incrementarse en el 2000 a 4,59, y presentar variaciones de 4,26 en 2007 y 4,35 en 2008.

En relación a la esperanza de vida al nacer veremos que es el número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año, y en el Ecuador para el quinquenio 1.965 – 1970 la esperanza de vida al nacer era

de 57,4 años, mientras que para el 2010 está calculada en 75 años, lo cual refleja los avances tecnológicos responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida, lo que hace que las personas vivan hoy más años que generaciones anteriores.

En la tabla N°3 observamos la esperanza de vida al nacer en Ecuador desde 1.965 hasta el año 2010.

TABLA N° 3

Evolución de la esperanza de vida al nacer

Ecuador 1965-2010	
Periodos Quinquenales	Años de vida
1965 -1970	57,4
1970 - 1975	60,1
1975 -1980	63,1
1980 -1985	66,9
1985 -1990	67,5
1990 - 1995	70,0
1995 - 2000	72,3
2000 - 2005	74,1
2005 - 2010	75,0

Fuente: Estimaciones de población 1950-2025 INEC

La esperanza de vida al nacer cambió de 57,4 años de vida en el quinquenio 1965 – 1970, a 75 años en el quinquenio 2005 – 2010, que permite que la personas vivan más años, y por consiguiente más personas lleguen a más viejas.

En relación a la migración analizaremos los resultados de la encuesta ENEMDU realizada en diciembre del 2006.

TABLA N° 4

Provincias de Residencia habitual de los emigrantes
(Población Provincial)

Provincia	Migración Internacional		
	% Total de emigrantes Provincial	% Emigrantes hombres	% Emigrantes mujeres
Azuay	4,9	7,3	2,7
Bolívar	0,8	0,6	1,0
Cañar	10,7	16,6	5,6
Carchi	0,5	0,7	0,3
Cotopaxi	0,7	0,6	0,8
Chimborazo	1,9	2,2	1,6
El Oro	2,4	2,2	2,6
Esmeraldas	0,9	0,7	1,2
Guayas	1,8	1,8	1,8
Imbabura	3,0	3,6	2,4
Loja	4,6	6,2	3,1
Los Ríos	1,5	1,0	2,0
Manabí	0,5	0,4	0,7
Pichincha	3,2	3,2	3,1
Tungurahua	2,6	3,4	1,7
Galápagos			
Amazonia	2,0	2,1	2,0
Z. no delimitadas			

Fuente: INEC-ENEMDU 2006

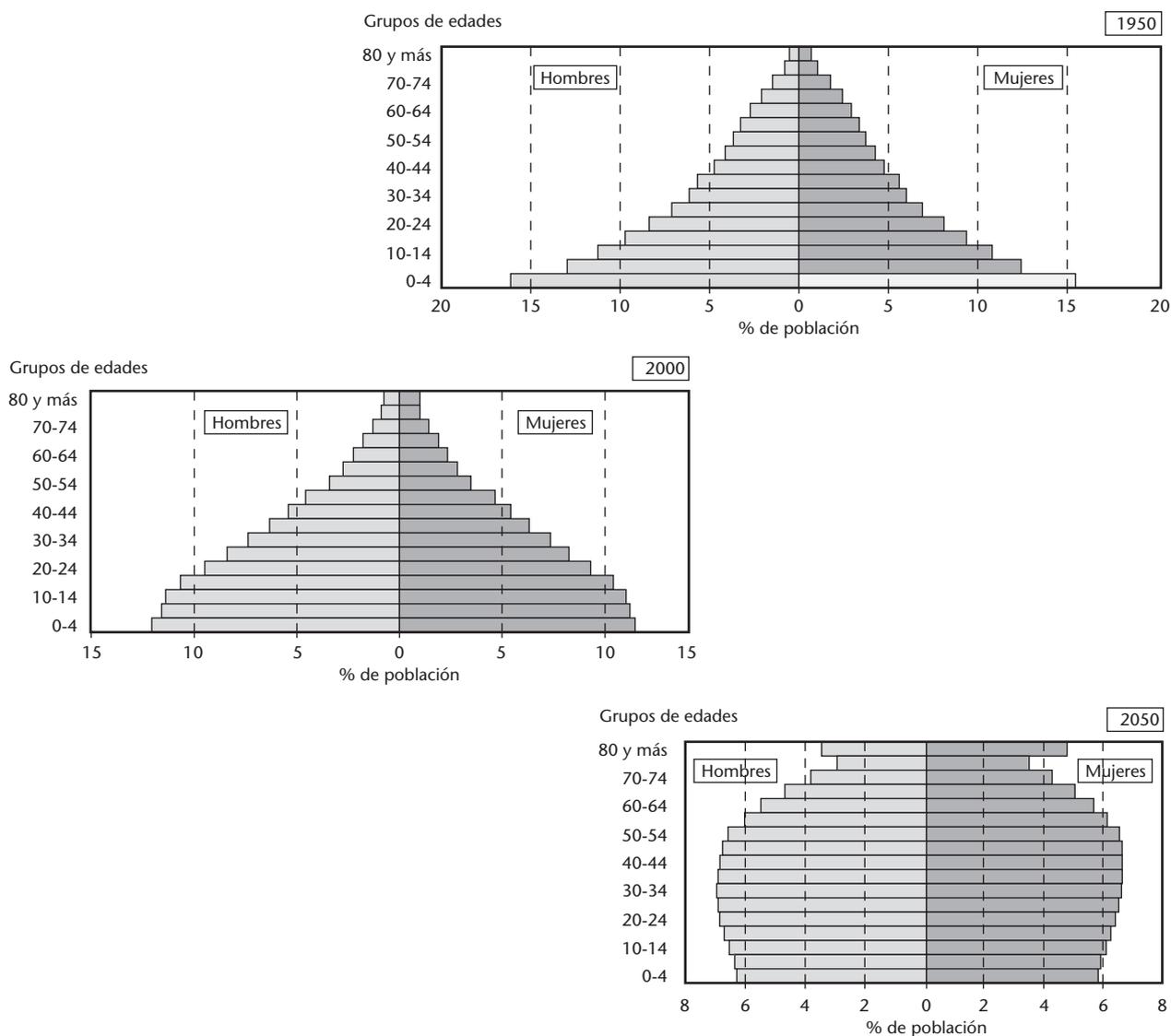
En la tabla N°4 se observa que la provincia con el mayor porcentaje de emigrantes es Cañar ubicada en la Sierra sur y presenta un 10,7% de emigración provincial, de los cuales el 16,6 % son emigrantes hombres y el 5,6% de emigrantes mujeres. Le siguen a continuación las provincias sureñas, también de Azuay y Loja, con un porcentaje de emigración de 4,9% y 4.6%, respectivamente. En general, el principal efecto observable de esta información es que la población de Ecuador, si no existiera esa migración externa sería levemente

más joven que la que presenta actualmente, con una menor proporción de jóvenes y de adultos mayores y una mayor proporción de personas en edades económicamente activas.

En el grafico N° 1 se observa claramente la transición demográfica en nuestro país, que obliga a prepararnos para el futuro a tomar decisiones en los ámbitos político, técnico, administrativo, de gestión y financieros a fin de afrontar de mejor forma el proceso de envejecimiento poblacional.

GRÁFICO N° 1

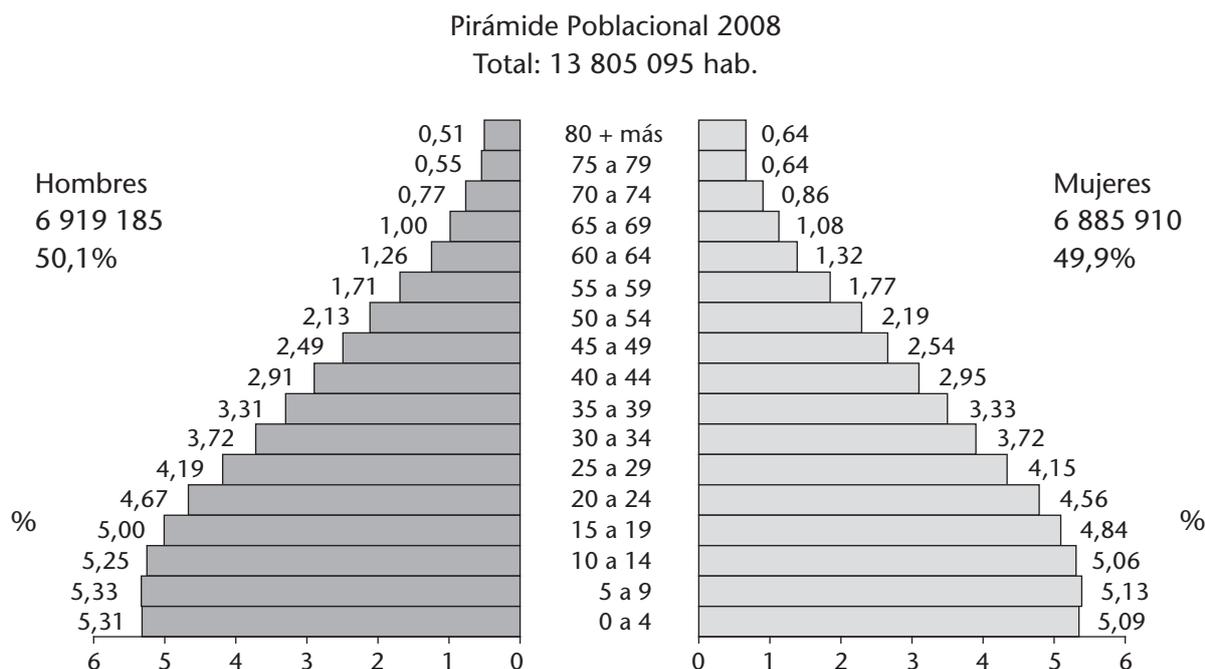
Ecuador: Pirámides de Edades 1950, 2000 y 2050



Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales 2003

En las pirámides anteriores, el proceso de envejecimiento poblacional muestra una tendencia a su rectangularización, e incluso a la inversión

de la pirámide, semejándonos a las pirámides actuales de los países desarrollados.



Fuente: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2025. INEC-CELADE

Como se puede observar, la estructura demográfica refleja una población predominantemente joven con un 31,2% de menores de 15 años y un índice de envejecimiento del 27,72%.

Según ciclos de vida, se distribuye en:

- Población menor de 10 años, 21%; adolescentes de 10 a 19 años, 20,1%; adulta de 20 a 64 años, 52,9%, y adultos mayores de 65 años y más, 6,6%.
- Mujeres en edad fértil de 10-49 años, 31,2%, y las embarazadas, 2,6%.

Visto así el proceso de envejecimiento por el que estamos atravesando, según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) para el 2030 se calcula que la población de personas mayores correspondan a la mitad de todos los niños y adolescentes, y que en el 2050 habrá menor número de adolescentes que personas adultas mayores, para lo cual debemos prepararnos con tiempo y lograr así la mejor calidad de vida para nuestros adultos mayores.

3.2. Transición epidemiológica

La transición epidemiológica es el cambio de un patrón de muerte y de causas de morbilidad dominado por enfermedades infecciosas, con muy alta mortalidad especialmente en las edades más jóvenes, a un patrón dominado por enfermedades crónicas degenerativas y afecciones producidas por la acción del hombre, con las formas más importantes de morbilidad y causa de muerte. Así tenemos que en el Ecuador, las enfermedades carenciales y transmisibles comparten espacio con las crónico-

degenerativas y los problemas de salud colectiva que muestra un perfil epidemiológico de transición característico de los países en vías de desarrollo.

Entre las primeras predominan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, la malaria, la tuberculosis pulmonar, las enfermedades inmunoprevenibles, la desnutrición global, la desnutrición crónica y la anemia. Cabe destacar el surgimiento de otras metabólicas en menores como la obesidad.

Entre las segundas están las enfermedades cerebro – vasculares, las cardiopatías isquémicas, la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, los tumores malignos, el SIDA y los problemas de salud mental. Los problemas de salud colectiva más frecuentes son los accidentes de transporte y la violencia intrafamiliar.

En el 2007 las enfermedades no transmisibles, especialmente las cerebro vasculares, isquémicas, hipertensivas y metabólicas tipo diabetes, que están asociadas a costumbres, actitudes y prácticas de la población, en cuanto a alimentación, actividad física, estrés, entre otras, se encuentran en los primeros lugares de causas de muerte; mientras que

aquellas enfermedades asociadas a causas medio ambientales como acceso a agua de mala calidad y la eliminación de excretas no-controladas, disminuyeron de forma importante al mejorar las condiciones sanitarias. Es decir, el perfil epidemiológico se modificó, por la intervención de aquellas instancias del Estado, Ministerio de Salud Pública, Gobiernos Autónomos Descentralizados (prefecturas y municipios), responsables de las competencias medio ambientales y otras instituciones extra-sectoriales como el Ministerio de Educación, entre otros.

A continuación encontramos las 10 primeras causas de mortalidad en la población adulta mayor en el Ecuador.

TABLA N° 5 Diez principales causas de mortalidad general, grupo de 65 años y más Ecuador año 2007

(Clasificación Internacional CIE-10 A 3 Dígitos)					
No.	Código	Causas de defunción	No. Casos	%	TASA*
1	J18	Neumonía, organismo no especificado	1876	6,23	23,23
2	I50	Insuficiencia Cardíaca	1802	5,99	22,31
3	I21	Infarto Agudo del Miocardio	1687	5,60	20,89
4	I10	Hipertensión Esencial (Primaria)	1311	4,35	16,23
5	E14	Diabetes Mellitus, no Especificada	1257	4,17	15,56
6	C16	Tumor Maligno del Estómago	1077	3,58	13,33
7	R54	Senilidad	1061	3,52	13,14
8	I64	Accidente Vascular Encefálico Agudo, No Especificado Hemorrágico e Isquémico	811	2,69	10,04
9	I11	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva	696	2,31	8,62
10	C61	Tumor Maligno de la Próstata	659	2,19	8,16
		Todas las demás causas	17871	59,36	221,27
		Total Defunciones	30108	100,00	372,78
		Población Estimada **	807 663		

* TASA: Por 10.000 habitantes

** Población estimada: INEC: Ecuador. PROYECCIONES DE LA POBLACION POR PROVINCIAS, CANTONES, ÁREAS, SEXO Y GRUPOS DE EDAD. 2001-2010

Fuente: INEC: Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones 2007

Elaborado: Dirección de Normalización del SNS. IY/MC

La primera causa de muerte en personas mayores de 65 años es la neumonía, pero si agrupamos los 1802 casos de insuficiencia cardíaca con 1887 casos y el infarto agudo de miocardio, con 1311 casos de hipertensión arterial, y 696 casos de enfermedad cardíaca hipertensiva, se concluye que las enfermedades crónicas no

trasmisibles ocupan el primer lugar de causas de mortalidad en los adultos mayores en el país, para el mismo año.

Dentro de 10 primeras causas de morbilidad, según egresos hospitalarios, se registra la diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso, con enfermedades crónicas.

TABLA N° 6 10 principales causas de egresos hospitalarios grupo de 65 años y más
Ecuador Año 2007

(Lista Internacional Detallada de la CIE 10)					
No.	Código	Causas de morbilidad	No. Casos	%	TASA*
1	J18	Neumonía, organismo no especificado	5124	5,1	518,01
2	N40	Hiperplasia de la Próstata	4001	4,0	404,5
3	K80	Colelitiasis	3979	3,9	402,3
4	I10	Hipertensión Esencial (Primaria)	3454	3,4	349,2
5	K40	Hernia Inguinal	2941	2,9	297,3
6	I50	Insuficiencia Cardíaca	2772	2,8	280,2
7	A09	Diarrea y Gastroenteritis de Presunto Origen Infeccioso	2422	2,4	244,9
8	E14	Diabetes Mellitus, no especificada	2415	2,4	244,1
9	E11	Diabetes Mellitus no Insulinodependiente	2395	2,4	242,1
10	I67	Otras Enfermedades Cerebrovasculares	2130	2,1	215,3
		Todas las demás causas	69 127	68,6	6 988,4
		Total Egresos	100 760	100,0	10 186,3
		Población Estimada **	98 917		

* Tasa: Por 10.000 Habitantes

** Población estimada: INEC: Ecuador. Estimaciones y proyecciones de la población
Período: 1950-2025

Fuente: Anuario de Camas y Egresos Hospitalarios. INEC. 2007
Elaborado: Dirección de Normatización del SNS: IY/MC

3.3. Condiciones sociales de la población adulta mayor

De acuerdo con el último censo 2001 la población adulta mayor se encuentra distribuida en forma desigual en las distintas regiones del país,

con un 7.9 % en la Sierra, 6.7 % en la Costa y en un porcentaje menor en las demás regiones.

TABLA N° 7

Porcentaje de la población adulta mayor por regiones.
Censo 2001

Regiones	
Sierra	7,9%
Costa	6,7%
Amazonia	4,4%
Galápagos	5,5%
Zonas no delimitadas	5,35%

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamiento especial de los datos censales

El 40% de las personas adultas mayores reside en las áreas rurales, situación que es desventajosa al limitar el acceso a los servicios básicos incluidos los de salud.

Las condiciones materiales de vida de las personas se reflejan, de una manera muy decisiva, en la vivienda que ocupan y en los servicios con los que ella cuenta, lo que a su vez impacta sobre su estado de salud y bienestar y el de sus familias.

Según el Censo de 2001, la gran mayoría de los adultos mayores se declara propietaria de su vivienda (80%), lo que es más frecuente en las zonas urbanas y sin un claro diferencial por sexo en el total del grupo etario. Este diferencial sí se advierte, en cambio, cuando se observa la información sobre tenencia de la vivienda según zonas urbanas y rurales: en las ciudades las mujeres se declaran propietarias de su vivienda en mayor proporción que los hombres (56 frente a 44%), mientras que en las zonas rurales la situación es la inversa (52,2% de los hombres frente a 47,8% de las mujeres)

En cuanto al analfabetismo si se compara con otros grupos de edad, es evidente que el nivel de analfabetismo de la población adulta mayor en nuestro país es el reflejo de los cambios en la cobertura del sistema educativo en los últimos de-

cenios. El porcentaje de analfabetismo total de adultos mayores es de 26,9% para ambos sexos. Equivale a menos cinco a seis veces superior al de los más jóvenes.

Las diferencias en el analfabetismo de la población de 65 años y más muestran la importante discriminación de género que estuvieron sujetas estas generaciones en este ámbito, la que, sin embargo, se ha ido eliminando en las últimas décadas con la ampliación del acceso a la educación. Así, tenemos que en las zonas urbanas la diferencia por sexo es de 5,4 puntos porcentuales en detrimento de las mujeres, mientras que en las zonas rurales la diferencia se amplía a 12,8 puntos en su perjuicio.

Un aspecto fundamental es la condición de vida de la población adulta mayor: su situación conyugal, o estado civil, constituye un importante factor de protección de riesgo. Para satisfacer las necesidades de esta etapa de la vida, la familia es una estructura de apoyo para los adultos mayores, tanto desde el punto de vista económico como social y sanitario. El 53,7% a nivel nacional se declara casado o unido. Entre los que no tienen una pareja, y presumiblemente viven solos, se encuentran divorciados y divorciadas, separados y separadas, solteros y solteras, viudos y viudas,

cuyos porcentajes van en aumento a medida que aumenta la edad.

Según el tipo de hogar en que residen se puede apreciar que, en orden de importancia, los adultos mayores se encuentran en un 55,7% en hogares extensos (núcleo completo o incompleto con hijos); en un 9,3% en hogares unipersonales (personas que viven solas o con servicio doméstico), y en un 7,3% en hogares compuestos. Esto indica que, en un 90,6% de los casos, las personas mayores no viven solas, y que un elevado porcentaje (83,3%) se encuentra protegida por el ámbito familiar y no han sido desarraigadas del mismo.

Las ocupaciones principales de los adultos mayores, de acuerdo al Censo 2001, es la agrícola, pesca, en la Costa; tareas manuales con alguna o ninguna calificación en la Sierra. Las categorías de

profesionales y técnicos, personal administrativo y funcionarios públicos solo representan, en conjunto, el 6,7% de la población adulta mayor ocupada.

La incidencia de la pobreza en este grupo poblacional destaca el caso de Pichincha, con el porcentaje en la zona rural de (44,9 %) y un alto porcentaje urbano (71,8%). Sin embargo, la provincia de Guayas con el mayor porcentaje urbano de todas (81,8%), muestra también una alta incidencia de pobreza rural superior al promedio nacional (74,4%). De todas maneras se aprecia que la pobreza estructural, en general, se encuentra en las poblaciones de todas las provincias.

Los adultos mayores que declararon recibir uno o más ingresos son la mayoría (70,4%), y de ellos un 56,3% son hombres (365.933) y un 43,7% mujeres (283.701).

IV. Marco conceptual y de referencia

4.1. Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural

En el 2007 el Ministerio de Salud Pública promulgó las Políticas de Salud al incorporar al modelo como una de ellas, centrado en la familia, la comunidad con enfoque intercultural, de género, intergeneracional y territorial basado en los principios de la Atención Primaria de Salud, que permitió hacer realidad los derechos y deberes establecidos en la Constitución vigente.

El modelo, al promover, conservar, recuperar la salud de la población ecuatoriana, toma en cuenta a las personas adultas mayores, como sujetos de derechos (dadas las condiciones limitadas de accesibilidad física, económica, cultural y social a los servicios de salud y sociales).

El modelo considera al individuo, la familia y comunidad como el centro de su accionar y busca mejorar la calidad de vida. Tiene estrecha relación con el "buen vivir", de acuerdo al Art 14 de la Constitución que, en el caso concreto de las adultas mayores, población marginada, ayuda y propicia la atención y cuidados continuos que necesita, adaptando el sistema a las necesidades del adulto mayor, a través de la coordinación entre los diferentes niveles, para devolver la independencia física, mental y social que en algún momento pueden haberla perdido. Establece mecanismos

de evaluación y control a través de indicadores de gestión e impacto.

En el proceso de ejecución desarrolla las capacidades del talento humano en el continuo asistencial y progresivo, para entregar respuestas integrales e integradas de salud a la población adulta mayor.

Los principios básicos que maneja y orienta el modelo, tales como universalidad progresiva en el acceso y extensión de la cobertura, conllevan que los mecanismos de organización, provisión, gestión y financiamiento para la atención integral a los adultos mayores, sean adecuados en los ámbitos de la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, interrelacionando y complementando actividades sectoriales, entre los diversos sistemas médicos: medicina formal, medicinas ancestrales, medicinas alternativas y complementarias.

Con la aplicación del modelo se pretende que la asistencia sea continua, progresiva y equitativa a las personas adultas mayores independientes y autónomas, así como en episodios agudos, el seguimiento en la rehabilitación para prevenir complicaciones que le pueden llevar a la dependencia.

4.2. Dispositivo fuerte de Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud renovada, estrategia básica para la atención de las personas adultas mayores dentro del Sistema de Salud y Sistemas Sociales, abarca diferentes categorías para producir mejoras equitativas y sostenibles, que implica un enfoque amplio en el cual se identifican los valores, principios, componentes organizacionales y funcionales, porque propician la organización de los programas y planes de intervención adaptados

al adulto mayor, de acuerdo a sus problemas médicos y sociales.

Con la Atención Primaria de Salud se supera la estructura tradicional de organización y funcionamiento en salud, al desarrollar acciones sociosanitarias integradas entre las instituciones públicas, privadas y la participación activa de la población.

Al trabajar con la comunidad se consigue activar la solidaridad intergeneracional frente a los adultos

mayores, “es darle al otro lo que uno querría recibir, atención personalizada, es comprometerse sin distinción, es compartir los fines y las responsabilidades, es la adhesión ilimitada a los principios, a los preceptos que sentencian los más sensibles valores humanos; es asumir la salud como parte

de la justicia social, erradicando con ello la equivocada actitud de proveer salud con indolencia, con apatía, con indiferencia, displicencia, negligencia e insensibilidad. La salud es un derecho, es un bien público, no es más una acción generosa, caritativa o bondadosa” (Manual del MAIS-FCI 2008).

4.3. Envejecimiento, Funcionalidad y Autonomía

El envejecimiento es un proceso normal del individuo en donde se presenta hasta una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas, más la predisposición genética, estilos de vida inadecuados y condiciones socio-económicas precarias y ambientales nocivos, hacen que el estado de salud funcional de la persona mayor aumente el riesgo de transitar desde la independencia a la dependencia.

En las primeras etapas del ciclo vital las enfermedades se manifiestan, a través de una semiología clásica y definida. En la adultez mayor se produce un cambio en la expresión de las enfermedades. Los síntomas y signos clásicos esperables en otras edades frente a las mismas enfermedades son diferentes.

En la vejez la expresión de las enfermedades,

suele ser más larvada, atípica y los síntomas se modifican; por ejemplo, aumenta el umbral del dolor, cambia la regulación de la temperatura y el balance hidroelectrolítico, se modifican los mecanismos compensatorios como taquicardia y polipnea, incluso en algunas ocasiones, existiendo compromiso y los signos y síntomas clásicos aparecen normales.

Es así como una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor se produce, a través de alteraciones de la funcionalidad, que se constituye en el signo de alerta más significativo. De ahí la importancia fundamental de la medición permanente de la funcionalidad en el adulto mayor.

La independencia funcional es la capacidad de cumplir o realizar determinadas actividades o tareas requeridas en el diario vivir. Las actividades de la vida diaria son las acciones que realiza una persona en forma cotidiana para mantener su cuerpo y subsistir independientemente.

La definición formula que, desde una perspectiva funcional, **“el adulto mayor sano”** es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal.

El envejecimiento es un proceso universal, progresivo, asincrónico e individual. Universal porque afecta a todos los seres vivos. Progresivo porque se produce a lo largo de todo el ciclo vital en forma inevitable. Asincrónico porque los diferentes órganos envejecen a diferente velocidad. Individual porque depende de condiciones genéticas, ambientales, sociales, educacionales y de estilo de vida de cada individuo. En este contexto la funcionalidad es el principal indicador del estado de salud de la personas adultas mayores, que llegan a un envejecimiento activo.

La funcionalidad física y la autonomía mental constituyen el objetivo central en el continuo asistencial y progresivo. Pretenden que el sistema de salud se adapte a las necesidades de las personas adultas mayores, trabajando en el primer nivel de atención que incluye la comunidad y EBAS, en el proceso de envejecimiento natural mediante acciones de promoción, prevención, valoración geriátrica integral oportuna, referencia y contrareferencia, que permita mantener, prevenir y rehabilitar la pérdida de la “independencia y autonomía”. Son competencias y responsabilidades que,

en el sistema de salud, se complementan en el segundo y tercer nivel de atención (hospitalización), donde se manejará los eventos agudos clínicos o quirúrgicos, a través de las unidades de agudos, unidad de mediana estancia o recuperación funcio-

nal, hospital del día y de seguimiento hospitalario a domicilio, mediante el equipo interdisciplinario, en casos de requerir vigilancia médica y cuidados de enfermería especiales y el paciente no cuente con soporte familiar y económico.

V. Marco operativo

funcional

5.1. Sistema de Información de Salud

Es un conjunto de componentes y procedimientos organizados e interrelacionados en forma permanente que permiten generar información de series estadísticas e indicadores de salud, a tra-

vés de recolectar, procesar, almacenar y distribuir información relacionada a la producción de establecimientos y/o específicamente de programas de Atención en salud.

5.1.2. Subsistema de información de la Atención del Adulto Mayor

No es un fin en sí mismo, porque en el campo de la atención es un medio para describir y entender el estado de salud del adulto mayor, de la familia y de la comunidad, así como provee la información en cantidad y calidad suficiente para planear, dirigir, ejecutar, controlar y evaluar los servicios de salud, y para medir los resultados de las acciones sobre el estado de salud y las variaciones en el tiempo y tomar las decisiones pertinentes.

Formularios de registro y notificación

El principal formulario de registro de informa-

ción de atención ambulatoria y hospitalización del adulto mayor está contenido en la nueva Historia Clínica Única, con la siguiente denominación: **SNS-MSP/HCU-form.057/2010. Atención al Adulto Mayor (Anexo 1 – 2 – 3)**

El segundo formulario de registro de información de Atención del adulto mayor relacionado a la prevención y morbilidad, es el parte diario de atención ambulatoria: SNS-MSP/form.504/2010. **Parte Diario de Atención Ambulatoria. (Anexo 4)**

5.1.3. Formularios de la vigilancia epidemiológica

1. **El EPI 1-Local lado "A"** es el referente a los Síndromes: Bubónico, Diarréico Agudo con Deshidratación Grave, Febril Eruptivo no Vesicular, Febril Ictérico Agudo, Febril Ictérico Hemorrágico Agudo, Meníngeo Encefálico, Parálisis Flácida Aguda y Pulmonar por Hanta Virus y Enfermedades transmisibles, 38 de **notificación semanal obligatoria (Anexo 5)**; y

2. El EPI2, de enfermedades de Transmisión sexual, Crónicas, Crónicas cáncer, Tropicales, Zoonóticas, Tuberculosis, Fiebre reumática y de Comportamiento humano, de Vigilancia Epidemiológica confirmadas de **notificación mensual obligatoria. (Anexo 6)**

5.2. Signos Vitales

Son las señales o reacciones que presenta un ser humano con vida que revelan las funciones bá-

sicas del organismo, y son los siguientes:

5.2.1. Presión arterial

Se define como la fuerza ejercida por la sangre contra la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

Con frecuencia se señala que la presión arterial es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total, ya que como se sabe es igual al producto de ambas.

- **Presión arterial sistólica.**- Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra contraído.
- **Presión arterial diastólica.**- Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra relajado.

Procedimiento de la detección

La medición de la presión arterial se efectuará de acuerdo a los procedimientos, que a continuación se describen:

- El usuario deberá abstenerse de fumar, tomar productos caféinados y refrescos de cola, al menos 30 minutos antes de la medición.
- Debe estar sentado con un buen soporte por la espalda, su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- La medición podrá realizarse en posición supina, de pie o acostado
- La medición se efectuará después de 5 minutos de reposo por lo menos
- Preferentemente se utilizará esfigomanómetro mercurial o en caso contrario uno anerode recientemente calibrado.
- Se utilizará un brazalete (manguito) de tamaño adecuado, para asegurar una medición precisa, ubicándose a la altura del corazón. La cámara de aire (globo) debe cubrir al menos el 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo; algunos adultos con gran masa muscular requerirán un manguillo de mayor tamaño.
- Deberán registrarse los dos valores (sistólica, diastólica). La aparición del primer ruido define la aparición de la presión sistólica y el último ruido se usa para definir la presión diastólica.

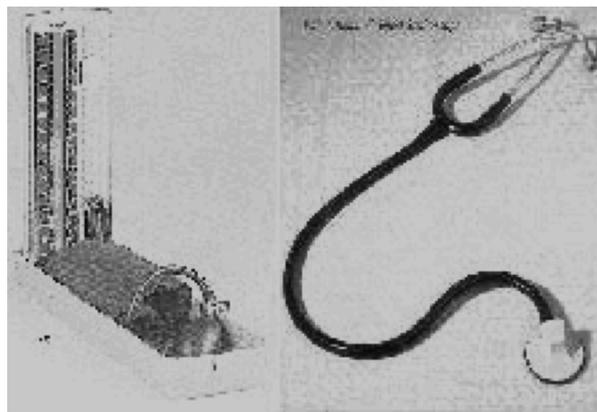
El valor de la presión arterial corresponde al promedio de dos mediciones, separadas entre sí por dos minutos o más. Si las dos presiones difieren por más de 5 mm de Hg, se realizarán otras dos mediciones y se obtendrá el promedio.

Clasificación y criterios diagnósticos

- Presión arterial óptima: <120/80 mmHg
- Presión arterial normal: 120-129/80-84 mm Hg
- Presión arterial alta: 130-139/85-89 mmHg

Equipo para tomar la presión arterial

- Baumanómetro
- Brazalete
- Estetoscopio



Medición de la presión arterial (técnica)



- Sentado cómodamente con los pies sobre el piso durante 5 minutos
- Brazo derecho sobre la mesa
- Brazo desnudo y semiflexionado
- Codo entre hombro y costilla más baja

Localización del pulso braquial

Con los dedos índice y medio, debe localizar la arteria humeral en el canal bicipital en la cara anterior del brazo por dentro del músculo bíceps.



Presión arterial acostada. Presión arterial sentada.

5.2.2. Temperatura corporal

Es el grado o intensidad de calor que presenta el cuerpo. La temperatura normal es el resultado del equilibrio establecido, entre el calor producido y el calor perdido por el organismo

Valores normales

- Concepción clásica: Valor "normal" promedio en humanos: 37°
- Concepción actual: Temperatura Corporal Media 18 – 40 años : $36.8 \pm 0.4^{\circ}\text{C}$

- Valores normales (media) Oral: 37 °C, Rectal (central): 37.5 °C, Axilar: 36.5 °C

Fiebre

Elevación de la T° Corporal por encima de los límites circadianos normales, como consecuencia de un cambio ocurrido en el centro termorregulador (hipotálamo). T° superior a 37.2 °C por la mañana o mayor a 37.7 °C por la tarde.

5.2.3. Pulso

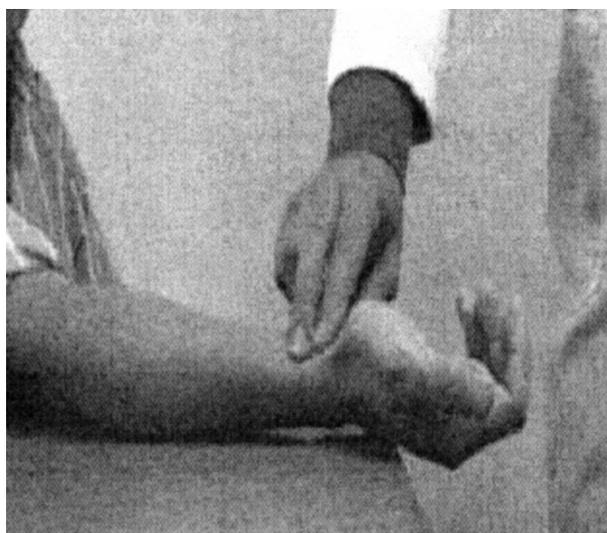
Es la expansión y contracción rítmica de una arteria causada por el impacto de la sangre impulsada por el corazón. El pulso se controla para determinar el funcionamiento del corazón. Sufre modificaciones cuando el volumen de sangre bombeada por el corazón disminuye o cuando hay cambios en la elasticidad de las arterias. Tomar el pulso es un método rápido y sencillo para valorar el estado de un lesionado.

Cifras normales del pulso.-Varía de acuerdo a diferentes factores. El más importante es la edad. En los adultos mayores es de 60 o menos pulsaciones por minuto.

Localización del pulso radial

Los sitios para tomar el pulso son en cualquier arteria superficial que pueda comprimirse contra

un hueso. La arteria más común es a nivel de la muñeca (arteria radial).



5.2.4. Frecuencia respiratoria

Respiración

Es el intercambio gaseoso entre el organismo y la atmósfera. En la respiración además de los órganos del aparato respiratorio, intervienen la contracción de los músculos del tórax y los movimientos de las costillas. En caso de lesiones a este nivel, es indispensable el control de este signo vital.

La respiración consta de dos fases: la inspiración y la espiración. Durante la inspiración se introduce el oxígeno a los pulmones proveniente de la atmósfera y en la espiración se elimina bióxido de carbono.

Hay factores que hacen variar el número de respiraciones, entre ellas: el ejercicio. La actividad muscular produce un aumento temporal de la frecuencia respiratoria. El sexo en la mujer la respiración tiende a ser más rápida que en el hombre. En la hemorragia; aumenta la respiración y a medida

que se desarrolla la persona la frecuencia respiratoria tiende a disminuir.

Cifras normales de la respiración: En los adultos: 16 a 20 respiraciones por minuto, y en adultos mayores menos de 16 respiraciones por minuto.

Procedimiento

- Coloque al paciente en posición de cúbito dorsal (acostado).
- Proceda a contar los movimientos respiratorios, tome la inspiración y la espiración como una sola respiración, observe el tórax y el abdomen.
Cuenta las respiraciones por minuto utilizando un reloj con segundero.
- Registre en el casillero correspondiente.

5.3. Antropometría

Es el estudio de las proporciones del cuerpo humano por procedimientos métricos. Sirve de base en salud para establecer el diagnóstico nutricional, en el presente caso del adulto mayor.

Las medidas antropométricas utilizadas son:

peso, talla, índice de masa corporal (IMC), perímetro de cintura, perímetro de cadera y perímetro de pantorrilla. Se registran en el formulario N° 057-2010 Atención Adulto Mayor de la Historia Clínica Única.

5.3.1. Medición de peso

Es la medida de la masa corporal expresada en kilogramos.

Equipo

Báscula para adulto portátil, electrónica ó de plataforma con capacidad mínima de 150 Kg. y precisión de 100 a 200 g.

Método

- Instalación de la báscula.
- Localice una superficie plana horizontal y firme para colocarla. No se coloque sobre alfombra ni tapetes.

- Calibre la báscula antes de empezar el procedimiento.

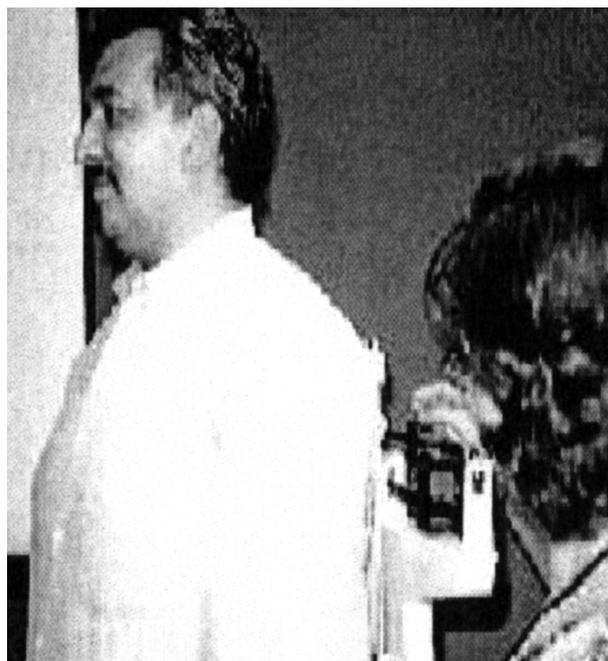
Procedimiento

- La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide al sujeto que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador.
- Debe estar erguido, con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.
- Si se emplea báscula de peso, se toma la lectura cuando el indicador de la báscula se encuentra completamente fijo.

Toma de peso con báscula de piso



Toma de peso con báscula de pedestal



5.3.2. Talla (estatura)

Es la altura que tiene un individuo en posición vertical, desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de "firmes". Se mide en centímetros (cm).

Equipo

- Balanza con tallímetro
- Estadímetro

Procedimientos para la medición

- Informe al paciente las actividades que se van a realizar para que esté enterado y sea más fácil medirlo.
- Informe a la familia o familiar, las actividades que se van a desarrollar para que estén tranquilos.
- Indique al usuario que se quite el calzado, gorras, adornos y se suelte el cabello. Si es necesario, ayúdele.
- Coloque a la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios (figura 5). Toma de talla con estadímetro
- Verifique que los pies estén en posición correcta.



- Asegúrese que la cabeza, espalda, pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Acomode la cabeza en posición recta, coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, y suavemente cierre sus dedos.
- Trace una línea imaginaria (plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo.

Al hacer la lectura asegúrese que el ojo del ob-

servador y la escala del equipo, estén a la misma altura. Si la marca del estadímetro se encuentra entre un centímetro y otro, anote el valor que esté más próximo: si esta a la mitad, se tomará el del centímetro anterior.

Índice de masa corporal (IMC)

Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de masa corporal IMC, y se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional.

Índice de masa corporal normal

Hombres		Mujeres	
50 - 59 años	24.7 - 31	50 - 59 años	23.6 - 32.1
60 - 69 años	24.4 - 30	60 - 69 años	23.5 - 30.8
70 - 79 años	23.8 - 26.1	70 - 79 años	22.6 - 29.9
80 y más	22.4 - 27	80 y más	21.7 - 28.4

IMC = Bajo peso

El IMC = Peso (kg)/ talla m², indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional

Ejemplo del Cálculo del IMC

Peso = 72 kg

Talla = 1,65 m

$$\text{IMC} = \frac{72 \text{ kg}}{(1,65) \text{ m} \times (1,65) \text{ m}} = \frac{72 \text{ kg}}{2,72} = 26,47$$

IMC = 26,47

5.3.3. Perímetro de cintura o circunferencia abdominal

Es la medición de la circunferencia de la cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva.

Equipo.

Cinta métrica de fibra de vidrio.

Método

Trace una línea imaginaria que parta del hueco de la axila hasta la cresta iliaca. Sobre ésta, identifique el punto medio entre la última costilla y la parte superior de la cresta iliaca (cadera). En este punto se encuentra la cintura.

Procedimiento

- Coloque la cinta métrica en el perímetro del punto antes mencionado y proceda a la medición de esta circunferencia, con el individuo de pie y la cinta horizontal.
- Evite que los dedos del examinador queden entre la cinta métrica y el cuerpo del paciente, ya que conduce a error.
- Registre el resultado en el casillero correspondiente.



Valores de circunferencia de cintura

Valores de circunferencia de cintura que representan factor de riesgo de enfermedad Cardiovascular.

Mujer: Cintura > 85 cm.

Hombre: Cintura > 95 cm.

5.3.4. Perímetro de cadera

Es la medición de la circunferencia de cadera. Constituye la máxima circunferencia a nivel de los glúteos. Permite conocer la distribución de la grasa y su combinación en el índice de cintura /cadera mediante una aproximación sencilla a la distribución de la grasa corporal.

Los valores del índice cintura/caderas considerados de riesgo han sido estimados en estudios de adultos: > de 1 para hombres y > 0.85 para mujeres.

Equipo

Cinta métrica de fibra de vidrio.

Método

Identifique y palpe los trocánteres femorales. En este punto se encuentra la cadera.

Procedimiento

- Con el adulto mayor de pie, coloque a la cinta métrica en la parte más ancha de los glúteos (nalgas).
- La medición debe realizarse colocando la cinta de manera paralela al piso y cuidando que la cinta no se tuerza.
- Registre en el casillero correspondiente.

5.3.5. Perímetro de la pantorrilla

Equipo

Cinta métrica de fibra de vidrio.

Método

La persona debe permanecer de pie en una superficie alta que facilite la medición.

Procedimiento

Se debe colocar la cinta métrica de fibra de vidrio justo a la mitad y alrededor de la parte carnosa y abultada de la pierna por debajo de la corva. Para realizar esta medición, se debe elegir la pierna derecha si la persona es diestra, o la izquierda si es zurdo. Registre el resultado en el casillero correspondiente.

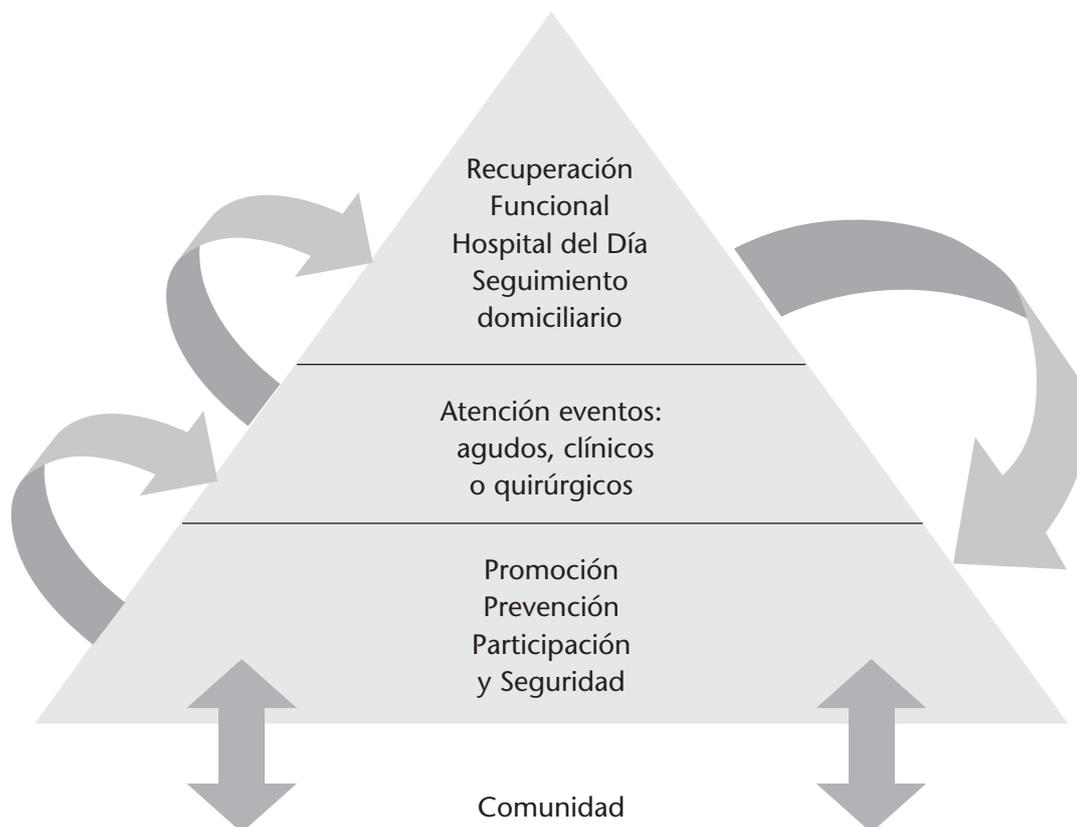
5.4. Proceso continuo asistencial y progresivo

Es una modalidad de atención basada en evidencias científicas, en la cual el sistema debe adaptarse a las necesidades de la población adulta mayor, y no el adulto mayor al sistema, caracterizado por un seguimiento continuo, desde la dimensión del envejecimiento natural (independiente), donde las actividades de promoción como el auto cuidado son importantes. Así las personas controlan los factores nocivos a la sa-

lud, la práctica de estilos de vida saludables y la prevención de complicaciones.

Recuérdese el momento de presentarse un evento agudo, a resolverse a nivel de hospitales generales, unidades de recuperación funcional o de mediana estancia en hospital especializado, atención ambulatoria (hospitales del día) y seguimiento domiciliario, para reinsertarlo a la familia y la sociedad.

GRÁFICO N° 3 Continuo asistencial y progresivo



VI. Objetivo general

Lostrar que el personal que atiende a las personas adultas mayores, conozcan y apliquen el proceso asistencial continuo y progresivo, con el fin de contribuir a alargar los años de independencia y autonomía y mejorar su calidad de vida, adaptando el sistema de salud a las necesidades de esta población.

VII. Objetivos específicos

- Desarrollar e implementar progresivamente el enfoque del continuo asistencial y progresivo.
- Fortalecer y trabajar en el marco del modelo familiar y comunitario e intercultural (redes de apoyo formales e informales).
- Fortalecer la atención primaria de salud (promoción, autocuidado y prevención).
- Aplicar la Valoración geriátrica integral.
- Manejar técnicamente las Claves del diagnóstico por problemas.
- Resolver los Síndromes geriátricos.
- Lograr el mayor grado de eficacia, eficiencia y efectividad en el tratamiento y control de las enfermedades prevalentes.
- Desarrollar la Rehabilitación en los diferentes niveles de atención.
- Implementar en el Sistema de información el componente del adulto mayor.
- Trabajar con el adulto mayor institucionalizado
- Conocer y practicar los cuidados paliativos.

VIII. Matriz normativa

y de procedimientos
por niveles de atención

8.1. Normativa General Geronto-geriátrica

Todas las unidades operativas de los tres niveles de atención establecerán mecanismos que permitan el **acceso a la asistencia continua, progresiva y gratuita** a todas las personas adultas mayores.

El personal de salud brindará a toda persona adulta mayor **trato humanizado, fomentará la funcionalidad física y la autonomía personal** para prevenir complicaciones que pueden llevarla a la dependencia.

El personal de salud que atienda personas adultas mayores, llenará correctamente el formulario MSP-057 "Atención Adulto Mayor" de la historia clínica única. En la primera consulta, independiente del motivo de la misma.

En el continuo asistencial y progresivo a las personas adultas mayores, el personal de salud tendrá la obligación de realizar la valoración geriátrica integral, previa cita programada en el nivel ambulatorio y como parte de la atención en internación.

El personal de salud que atienda a personas adultas mayores incluirá y explicará a la familia la condición del adulto mayor, su participación en el proceso continuo asistencial y progresivo.

El personal de salud que atiende personas adultas mayores garantizará el ejercicio de los derechos de salud intercultural y el desarrollo para el pleno ejercicio del "buen vivir".

En todas las unidades operativas, se aplicará los estándares e indicadores de calidad, para monitorear y evaluar el proceso de implementación de las normas y mejorar el desempeño del personal de salud.

8.2. Valoración Geriátrica Integral

Es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, dirigido a explicar los problemas médicos, psíquicos, sociales, y en especial, las capacidades funcionales y condiciones geriátricas, para desarrollar un plan de intervención, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de mantener o recuperar la autonomía e independencia que puede haber perdido.

Dentro del continuo asistencial y progresivo, se considera a la valoración geriátrica integral, como el procedimiento básico que debe ser aplicado a toda persona adulta mayor.

La valoración geriátrica integral, comprende la valoración clínica y de laboratorio (primera consulta), funcional, cognitiva, nutricional y social, cada una de ellas apoyada por la aplicación de escalas específicas, reconocidas internacionalmente.

Valoración geriátrica integral	Escalas	Evaluación
Tamizaje rápido Anexo 8	Formulario correspondiente	Determina las condiciones geriátricas
Valoración Clínica y de Laboratorio	Formularios específicos de la Historia Clínica Única	Estado y condición de salud
Valoración Funcional Anexo 9	Índice de Katz modificado Lawton y Brody modificada	Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ³
Valoración Psíquica- Cognitiva Anexo 10	MMSE modificado Pfeiffer Yesavage modificada	Déficit cognitivo Complementa evaluación estado cognitivo Depresión
Valoración Nutricional Anexo 11	Mini nutricional Assessment MNA. Índice de masa corporal Medidas antropométricas	Estado nutricional Tendencias del estado nutricional
Valoración Social Anexo 12	Guijón, versión abreviada y modificada	Situación socioeconómica y familiar

8.2.1. Tamizaje Rápido

Tamizaje Rápido: Este cuestionario ayuda a identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo y orienta al profesional de salud en la toma de decisiones oportunas.				Nivel		
Actividad	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
Aplicación del cuestionario.	Personal seleccionado y capacitado.	<ul style="list-style-type: none"> Primera consulta Subsecuentes de acuerdo a la evolución y necesidades del paciente. 	5 minutos	X	X	X

Ver Anexo 8

8.2.2. Valoración Clínica y de Laboratorio

Valoración Clínica y Laboratorio: Es un proceso diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, que debe ser realizado por profesionales médicos/as, ante un evento agudo o crónico, clínico o quirúrgico, a través de todos los pasos de la historia clínica geriátrica, para llegar a un diagnóstico. Es la primera intervención dentro del continuo asistencial y progresivo, que permite aplicar la Valoración Geriátrica Integral (Primera consulta).				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
1. Atención motivo de la consulta <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y Laboratorio. - Plan de tratamiento de acuerdo al caso. - Aplicación de valoraciones geriátricas específicas, según caso y situación. - Post consulta. - Referencia al nivel superior, si el caso amerita. - IEC familia y / o cuidador. - Control y seguimiento. 	Médico y Enfermera, Equipo interdisciplinario	1).-Demanda	30 minutos	X	X	X
2. Cita programada <ul style="list-style-type: none"> - Valoraciones específicas: detectar riesgo y evitar complicaciones. - Plan de intervención. - Post consulta. - Asistencia continua y progresiva a domicilio (EBAS). - Inscripción a grupos organizados de AM o redes de apoyo formales e informales. - Referencia al nivel superior si el caso amerita. - IEC e involucramiento a la Familia o cuidador. - Control y seguimiento. 	Médico y Enfermera, Equipo interdisciplinario	2).-Anual	30 minutos	X	X	X
3. Atención evento agudo <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y Laboratorio - Valoración geriátrica Integral. - Ínterconsulta si el caso requiere. - Tratamiento específico. - vigilancia médica. - Cuidados específicos de enfermería. 	Médico y Enfermera, Equipo interdisciplinario	Demanda o referencia	8 a 12 días		X	X

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Involucrar a la familia y / o cuidador. - Plan de cuidados de equipo multidisciplinario. - Elaboración del plan del alta. - Contra-Referencia al primer nivel. - De no contar con apoyo familiar y económico. Referencia 3er nivel. 						
<p>4. Recuperación Funcional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración Geriátrica Integral en las primeras 72 horas: Valoración Funcional, Valoración Psíquica, Valoración Social. Valoración Nutricional) - Inter consultas. - Plan de tratamiento, según protocolos de atención. - Vigilancia médica. - Cuidados específicos de enfermería. - Involucramiento a la familia y cuidador. - Coordinación para el alta con el nivel primario y familia. - Plan de Alta. - Atención ambulatoria en Hospital de acuerdo evolución. - Contra-referencia al primer nivel 	Equipo multidisciplinario	Continua por sesiones	15 a 45 días		X	X

Ver Anexo 7

IX. Promoción de la salud

Entendida como las personas o poblaciones controlan y manejan los factores nocivos para la salud, mediante la práctica del auto cuidado que contribuye a mantener la independencia y autonomía del adulto mayor para mejorar su calidad de vida. El personal de salud ejecutará las siguientes actividades a través de acciones interpersonales, familiares y grupales.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Captación e inscripción de los adultos mayores de su área de influencia. - Creación de espacios de reflexión y recreación en la construcción de conocimiento en base a intercambio de saberes y cosmovisión. - Propiciar y ejecutar en la Asistencia Continua y Progresiva, actividades de promoción de la salud. - Elaboración de un plan de trabajo conjunto entre el personal y los adultos mayores inscritos y organizados. - Contenidos: <ul style="list-style-type: none"> • Envejecimiento activo. • Ejercicio físico sistemático y controlado sin llegar a la fatiga. • Promover acciones contra riesgos potenciales en el hogar y en los lugares públicos. • Alimentación hipocalórica, fraccionada y rica en fibra. • Fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo, y automedicación. • Retardar la aparición de enfermedades no transmisibles que lo lleven a la dependencia. • Combatir la soledad. • Conformar redes de apoyo formales e informales. • Desarrollar temas de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores. • Estimular la participación comunitaria en pro del adulto mayor y sus derechos. 	Equipo de salud, Equipo interdisciplinario	Continua	Programación anual	X	X	X

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> • Ocupación del tiempo libre con actividades autosustentables y recreativas. • Seguimiento y evaluación del plan de intervención. • Coordinación con el MIES, ONGs. 						

9.1. Independencia y Autonomía

Actividades orientadas a mantener la funcionalidad física y autonomía mental del adulto mayor, para mejorar su calidad de vida y obtener una longevidad "sana".				Nivel		
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación e inscripción de los adultos mayores de su área de influencia. - Realización del Censo de adultos mayores de su área. - Reuniones de información y capacitación en relación al proceso de envejecimiento natural individual y poblacional. - Actividades grupales sociales, de acuerdo a necesidades y condiciones de las personas adultas mayores. 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

9.2. Autocuidado, estilo de vida saludables

Es manejar y controlar los factores nocivos para la salud, comprende todas las acciones y decisiones que toma una persona para mantener y / o recuperar la salud si lo ha perdido; implica asumir y poner en práctica estilos de vida saludables para prevenir complicaciones que le lleven a la discapacidad.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Propiciar y ejecutar en la Asistencia Continua y Progresiva, actividades de promoción de la salud que incluyan: - Responsabilidad de su cuidado. - Autocuidado de los sentidos. - Autocuidado de la piel y anexos. - Autocuidado de la cavidad bucal. - Autocuidado gastrointestinal. - Autocuidado nutricional. - Autocuidado de genitourinario. - Autocuidado en el sueño. - Autocuidado en la sexualidad. - Autocuidado cardiorespiratorio. - Autocuidado en el sistema nervioso - Autocuidado musculoesquelético. - Fomentar hábitos saludables evitando el alcoholismo, tabaquismo y automedicación. 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

9.3. Seguridad, ambientes saludables

La seguridad en el adulto mayor promueve la protección integral, donde la dignidad es una de los elementos esenciales, se desarrollará actividades orientadas a mantener ambientes de bienestar social, económico y psicológico.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Promover acciones contra riesgos potenciales en el hogar y en los lugares públicos. - Fomentar estrategias para declarar las "Ciudades Amigas del Adulto Mayor". 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

9.4. Derechos

“Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos públicos y privados, en especial en los campos de la salud, sociales y protección contra la violencia...” Constitución, Artículo 36.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de Motivación y empoderamiento acerca de los derechos de las personas mayores - Derecho a una vida digna - Derecho a recibir el APOYO familiar y social - Derecho a formar parte activa de la familia, el barrio y la sociedad - Derecho a prevenir enfermedades mediante ejercicio, vacunación oportuna y ambiente saludable. - Derecho a tener atención de salud de calidad para la detección precoz de enfermedades y su tratamiento - Derecho a una alimentación sana, suficiente y adecuada para la edad - Derechos a una vivienda segura, higiénica, agradable y de fácil acceso. 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

9.5. Participación: Redes de Apoyo Sociales y de Salud formales e informales.

Conjunto de instituciones y/o personas que trabajan por objetivos comunes, en estrecha coordinación y correlación dentro del marco asistencial continuo y progresivo.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de Motivación y Capacitación acerca de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Redes Sociales de apoyo del adulto mayor 2. Red Social Primaria: familia, amigos, vecinos. 3. Red comunitaria 4. redes institucionales: MSP, MIES, y otras. - Conformación de redes de apoyo formales e informales. <p>Tipos de apoyo:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Materiales: dinero, alojamiento, comida, ropa, pago de servicios. b. Instrumentales: Cuidado, transporte, labores del hogar c. Emocionales: afecto, compañía, empatía, reconocimiento, escucha d. Cognitivos: intercambio de experiencias, información, consejos. 	Equipo interdisciplinario	continua	Según programación anual (30 minutos cada reunión grupal e individual)	X	X	X

X. Prevención

10.1.- Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad

Está referida como un umbral, a partir de la cual la pérdida de la reserva fisiológica y de la capacidad de adaptación del organismo empieza a ser insuficiente para mantener la independencia y se sitúa en riesgo de perderla				Nivel		
				I	II	III
Actividad	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Buscar cualquiera de los factores de riesgo siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Mayor de 80 años. • Vivir solo. • Viudez menor de 1 año. • Comorbilidad. • Toma de más de tres fármacos. • Ingreso hospitalario en los 12 últimos meses. • Incapacidad funcional por otras causas. • Deterioro cognitivo. • Depresión. 	Equipo multidisciplinario	1 vez cada 6 meses	30 minutos	X	X	X

Diagnóstico precoz de la Fragilidad				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Con la presencia de tres de los siguientes criterios se define Fragilidad: <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso no intencionada de 5Kg o el 5% del peso corporal en el último año. • Debilidad muscular. • Baja resistencia cansancio. • Lentitud de la marcha. • Nivel bajo de actividad física. 	Equipo multidisciplinario	1 vez cada 6 meses	30 minutos	X	X	X

10.2. Dependencia Funcional

Estado en el cual se ha perdido la capacidad física necesaria para llevar a cabo todas las actividades que exige la vida diaria. Se manifiesta con la disminución de la movilidad, como consecuencia de una serie de enfermedades incapacitantes, agravadas en el adulto mayor por la debilidad muscular y la rigidez de las articulaciones entre otras causas externas – accidentales. Con la valoración Geriátrica Integral aplicada oportunamente, como una actividad preventiva, que permite identificar factores de riesgo, evitar complicaciones, que le lleven a la dependencia funcional.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
Medidas generales preventivas: <ul style="list-style-type: none"> - Mantenerse activo guardando límites de seguridad. - Conservar y mantener la forma física, elasticidad, coordinación y equilibrio. - Planificar a diario un plan rutinario de ejercicios, en casa o centro dirigido. - Tratar de hacer por sí mismo el mayor número posible de cosas. - Conservar la actitud y capacidad para luchar contra la adversidad. - Utilice utensilios, verdaderamente los que necesita, no dependa 100% de ellos. - Silla de ruedas. Debe considerarse como último recurso (prescrita por médico). 	Médico, Enfermera, Equipo multi-disciplinario	Continua	Programación anual	X	X	X

10.3. Inmunizaciones

Actividad de prevención de alta sensibilidad, para las dos patologías en este grupo poblacional.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra la influenza estacional. Vía IM, 1 dosis de 0,5ml. - Vacuna contra neumococo polisacárido. Vía IM. 1 dosis de 0,5ml. 	Personal de enfermería, Equipo de salud	Solo campañas anuales Cada 5 años Primer contacto	5 minutos	X	X	X

10.4. Salud Bucal

El control de la salud bucal se debe efectuar para todos los adultos mayores que asisten al servicio odontológico, que permite prevenir las principales patologías, detectar y tratar los problemas de los tejidos duros y blandos de la boca.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Promoción y educación</p> <p>Educación individual: El adulto mayor independiente recibirá información educativa durante el examen realizado por el odontólogo, sobre los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de fluoruros. • Eliminación de la placa bacteriana. • Hábitos saludables: Higiene dental: cepillado dental, importancia y técnica. Limpieza interproximal.: uso de la seda dental, cepillos interdentarios, Uso adecuado de cepillos dentales eléctricos. • Dieta saludable. • Corrección de malos hábitos: tabaco; alcohol. • Prevención del cáncer bucal: Autoexamen. • Higiene y mantenimiento de prótesis. • Ambientes sanos y saludables. • Acudir al odontólogo dos veces al año. 	Odontólogo general	En cada consulta	Según programación anual	X	X	X
<p>Educación grupal:</p> <p>Dirigida a adultos mayores independientes.</p> <p>Dirigida a responsables o cuidadores de adultos mayores dependientes funcionalmente que requieren cuidados especiales de los encargados.</p>	Odontólogo general	Semestral	Según programación	X	X	X
<p>Prevención</p> <p>Examen clínico: Es necesario hacer el examen clínico, mediante: la anamnesis; examen extraoral; examen intraoral; educación y motivación; diagnóstico y establecimiento de la causa; criterio de referencia. (Ver Protocolo de Consulta Odontológica).</p>	Odontólogo general Especialista Odontólogo general	Anual	Según programación anual	X	X	X

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
Profiláxis: Limpieza de las piezas dentarias en la consulta, con equipo odontológico (Ver Protocolo).	Odontólogo general	Semestral		X		
Control de placa bacteriana: Cepillado dental y uso de pasta dental fluorada (Ver protocolo de cepillado dental). Uso de seda dental (Ver protocolo). Uso de cepillos interdentarios. Uso de enjuagatorios (clorhexidina) con criterio de riesgo.	Odontólogo general	Semestral		X		
	Odontólogo general					
Detectar patologías gingivales o periodontales e identificar su interrelación con enfermedades sistémicas. Referencia a nivel superior de ser necesario.	Odontólogo general	Semestral		X		
Eliminación de cálculos supra y subgingivales: detartraje supragingival, raspado radicular, pulido coronario.	Odontólogo general	Semestral		X		
Corrección de restauraciones defectuosas. Corrección márgenes sobre extendidos de obturaciones y prótesis defectuosas.		Cuando el caso lo requiera	Según programación	X		
Corrección de malos hábitos: Dado que el tabaco y el alcohol afectan a la salud bucal, es necesario prevenir los riesgos de desarrollar patologías bucales.	Odontólogo general Especialista	Cuando el caso lo requiera		X		
Topicaciones de flúor en barniz: Están indicados como agentes preventivos de la caries, deben aplicarse a todos los pacientes con alto riesgo cariogénico.	Odontólogo general Especialista	Cuando el caso lo requiera		X		
Recuperación Con el fin de recuperar la salud bucal del adulto mayor y de acuerdo al diagnóstico establecido se debe realizar:	Odontólogo general Especialista					
Tratamiento de la caries dental K02:		Cuando el caso lo requiera				
• Obturaciones Restauraciones	Especialista			X	X	
• Endodoncia				X	X	
• Exodoncia (Ver protocolos)	Odontólogo general Especialista	Cuando el caso lo requiera		X	X	X

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<p>Manejo de las patologías gingivales y periodontales. K05</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gingivitis • Periodontitis <p>Manejo de las lesiones de los tejidos blandos.</p> <p>Emergencia: Dentro de las acciones integrales de salud bucal se consideran como emergencias: las exodoncias , el control del dolor y la infección.</p> <p>Referencia: La referencia se realizará a los pacientes que requieran tratamiento de especialidad, al nivel superior.</p> <p>Contrarreferencia</p> <p>Se requerirá de atención especializada en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de emergencia complicada. • Cirugía oral. • Tratamiento a pacientes discapacitados. • Tratamiento a pacientes hospitalizados. <p>Rehabilitación:</p> <p>Terminada la etapa de diagnóstico y tratamiento dentario y periodontal, se inicia la fase de rehabilitación funcional de la salud bucal mediante la confección e instalación de prótesis.</p>	Odontólogo general	Cuando el caso lo requiera	Según programación		X	X
	Especialista					
	Especialista	Cuando el caso lo requiera	Según programación	X	X	X
					X	X
	Especialista	Cuando el caso lo requiera	Según programación		X	X
		Cuando el caso lo requiera	Según programación			X

10.5. Violencia

El abuso a las personas adultas mayores se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza. El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar. Puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales sanitarias para atender sus necesidades.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <p>1. Identifique las manifestaciones de abuso y maltrato que pueden tomar distintas dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abuso Físico: causar daño físico o lesión, coerción física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada. También se incluye dentro de esta categoría el abuso sexual a una persona. - Abuso Psicológico: causar daño psicológico, como el causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos. - Abuso Económico: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa a una persona adulta mayor, el engaño o robo de su dinero o propiedades. - Negligencia o Abandono: implica descuido u omisión en la realización de determinadas acciones o el dejar desamparado a una persona que depende de uno o por lo cual uno tiene alguna obligación legal o moral. La negligencia o abandono puede ser intencionada o no intencionada. - Negligencia intencionada se produce cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es negligencia o abandono no intencionado. 	Equipo de Salud	Continua	De acuerdo a programación local	X	X	X

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<p>- Negligencia en la atención de salud, es cuando el personal de salud por desconocimiento de las condiciones y características del adulto mayor, prejuicios culturales, violación de sus derechos, dejan de proveer la atención integral, oportuna de calidad y calidez, de acuerdo a sus necesidades.</p> <p>2. Identifique los Factores de Riesgo En la Familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés del cuidador. • Nivel de dependencia de la persona adulta mayor. • Historia de violencia en la familia • Dificultades personales y financieras del cuidador. • Alcoholismo u otras adicciones • Falta de información y de recursos para la atención adecuada a una persona con discapacidad. • Aislamiento social del cuidador • Falta de apoyo o de tiempo de respiro para el cuidador que es responsable por una persona discapacitada 24 horas, 7 días a la semana. <p>En centros gerontológicos de larga estancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos del adulto mayor con la comunidad. • No está en un registro oficial o le falta la acreditación apropiada. No tiene monitoreo o supervisión pública de los servicios. • Contrata cuidadores sin capacitación para la atención a adultos mayores frágiles y discapacitados • Mantiene una razón de cuidadores por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable. 	<p>Equipo de salud y personal de los Centros gerontológicos de larga estancia</p>	<p>Mensual</p>	<p>De acuerdo a programación local</p>	<p>X</p>		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> No ofrece privacidad a los residentes y estos se encuentran en hacinamiento. No hay evidencia de participación de la comunidad en actividades del hogar o institución. La estructura física de la institución no está adaptada para el acceso y la movilidad de personas con discapacidades. 						
<p>3. Identifique Indicadores de un Posible Abuso o Negligencia Abuso</p> <ul style="list-style-type: none"> Evidencia de lesión, especialmente múltiple en diferentes grados de resolución. Deshidratación o desnutrición. Fracturas que no tienen causa determinada. Evidencia de lesiones no atendidas. Señales de estar amarrado, atado o golpeado. Enfermedades de transmisión sexual en personas incapaces de consentirlo. <p>Negligencia</p> <ul style="list-style-type: none"> Pobre higiene Desnutrición severa Deshidratación Hipotermia Úlceras por presión no atendidas <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> Unidades operativas de salud Si se encuentran más de un factor de riesgo o está presente algún indicador de maltrato o negligencia. <ul style="list-style-type: none"> Valoración Clínica y de Laboratorio Atención motivo de consulta. Tratamiento específico. Cita programada, para aplicar las otras valoraciones. 	Equipo de salud	Continua	De acuerdo a programación	X	X	

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Plan de intervención conjunta entre el personal de salud y la familia. - Involucramiento a la familia. Educación acerca de la incidencia del abuso o negligencia. - Proveer asistencia que alivie las causas del abuso o la negligencia física, psicológica, sexual y de género). - Referencia al nivel superior si el caso amerita. 						
<ul style="list-style-type: none"> • Centros gerontológicos de larga estancia <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración geriátrica integral - Implementar el subsistema de información. - Plan de intervención personal de los centros gerontológicos larga estancia y personal de salud. - Involucramiento a la familia. Educación acerca de la incidencia del abuso o negligencia. - Capacitación en el manejo del enfoque continuo, asistencial y progresivo. - Proveer asistencia que alivie las causas del abuso o la negligencia. - Cumplimiento y garantía de los derechos. - Realizar o revisar un plan de seguridad. - Referencia al nivel correspondiente si el caso amerita. - Coordinación con Redes de apoyo formales: MIE, MSP, Organizaciones públicas y privadas, ONGs, locales e informales comunitarias. 	Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

XI. Recuperación

(Primer nivel
de atención
con enfoque
de promoción
y prevención)

11.1. Grandes Síndromes Geriátricos

El síndrome geriátrico se refiere a una condición de salud multifactorial que ocurre cuando el efecto acumulado de alteraciones en múltiples sistemas, hacen a la persona mayor vulnerable a cualquier desafío situacional y poseen consideraciones clínicas especiales.

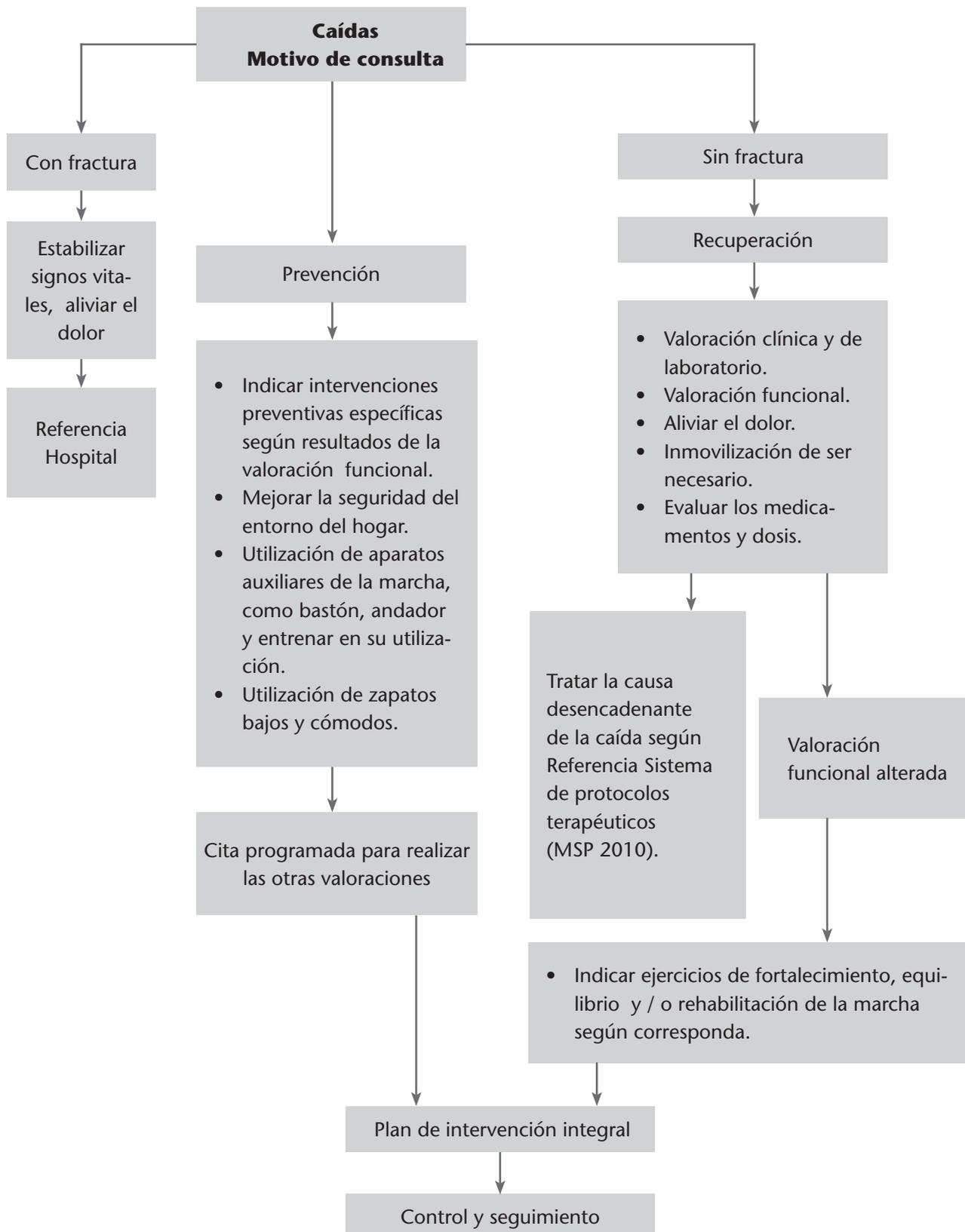
En un síndrome geriátrico dado, hay numerosos factores de riesgo y están comprometidos múltiples órganos y sistemas; de ahí la importancia del manejo de las personas adultas dentro de esta clasificación, que no necesariamente responde a la clasificación internacional de enfermedades CIE 10.

Caídas

Evento involuntario o accidental que precipita a la persona a un nivel inferior o al suelo. Puede provocar lesiones traumáticas de distinta magnitud, desde lesiones leves hasta muy severas. En los adultos mayores constituye un marcador de fragilidad, desencadenante hacia inmovilidad, deterioro, dependencia y muerte.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica de laboratorio: - Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), índices de Katz modificado. - Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Escala de LAWTON y BRODY. - Indicar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración funcional. - Mejorar la seguridad del entorno del hogar. - Utilización de aparatos auxiliares de la marcha, como bastón, andador y entrenar en su utilización. - Utilización de zapatos bajos y cómodos. - Visita domiciliaria equipo EBAS para rehabilitación integral. - Involucramiento a la familia o cuidador. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. 	Médico, Enfermera, Equipo interdisciplinario	Continua	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
Recuperación <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y laboratorio. - Valoración funcional. - Estabilizar signos vitales. - Aliviar el dolor. - Inmovilización de ser necesario. - Evaluar los psicofármacos. - Disminuir en la posible medicamentos y dosis. - Indicar ejercicios de fortalecimiento, equilibrio y/o rehabilitación de la marcha según corresponda. - Evitar en lo posible el uso de la silla de ruedas. - Referencia a especialistas. - Referencia al segundo nivel en caso de fractura. - Seguimiento rehabilitación y control. - Referencia al equipo EBAS para rehabilitación integral domiciliaria. 				X		
Ver flujograma correspondiente						

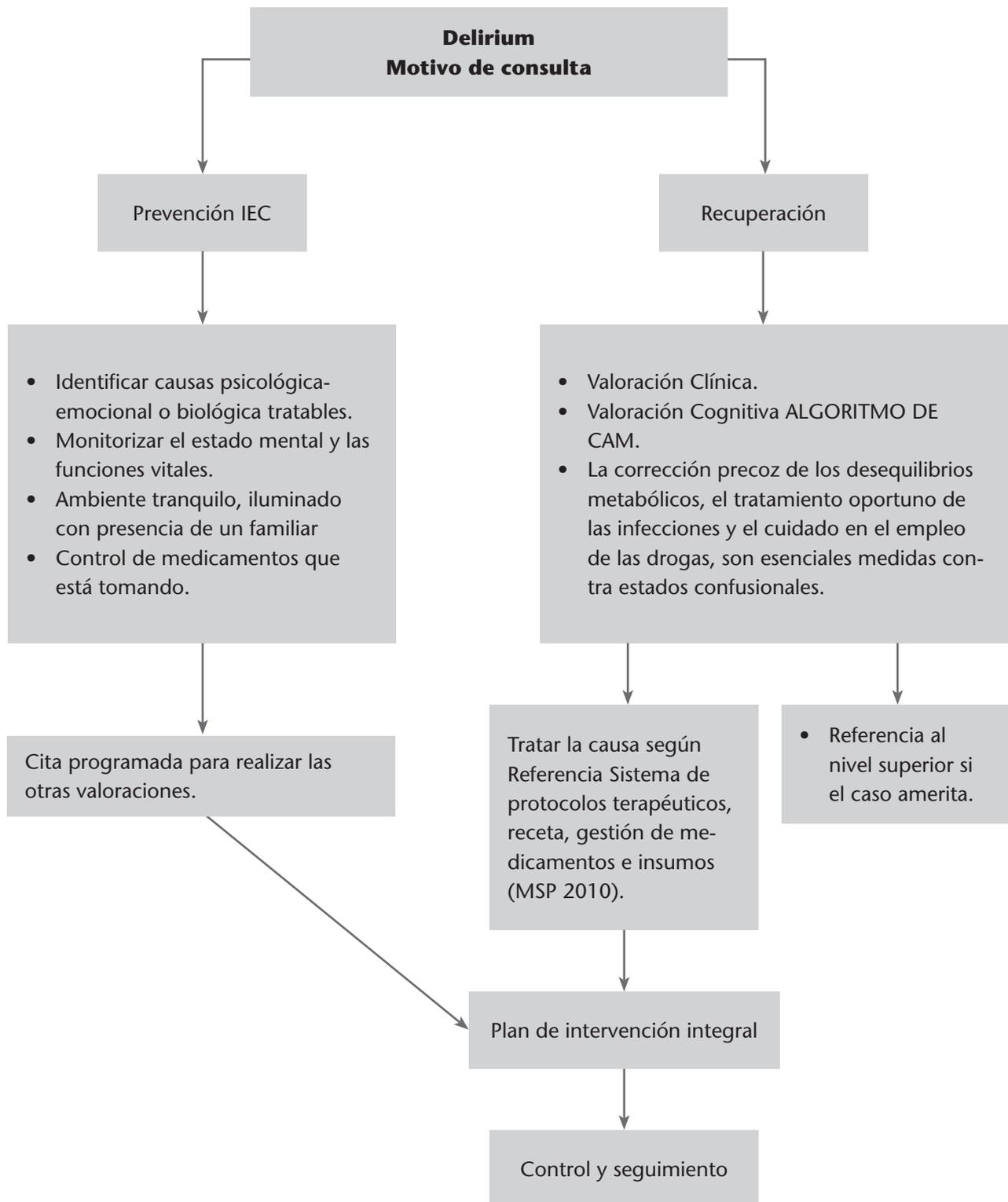
Flujograma



Delirio

Es un síndrome cerebral orgánico agudo, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, baja del nivel de conciencia, trastornos de la atención e incremento o disminución de la actividad psicomotora de carácter fluctuante y reversible. En todos los casos es consecuencia de una enfermedad somática aguda , considerada como urgente en Geriátrica.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica. - Identificar causas psicológica- emocional o biológica tratables - Monitorizar el estado mental y las funciones vitales - Ambiente tranquilo, iluminado con presencia de un familiar - Control de medicamentos que está tomando - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. 						
<p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica. - Mantener estricto balance hidroelectrolítico. - Prescribir medicamentos específico para la agitación Haloperidol solución oral, concentración (2 mg /ml), - En caso de insomnio, evitar las benzodiazepinas, de acción prolongadas - Estabilizado enviar al paciente a su domicilio - Referencia al nivel superior si el caso amerita. 	Médico y Enfermera	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

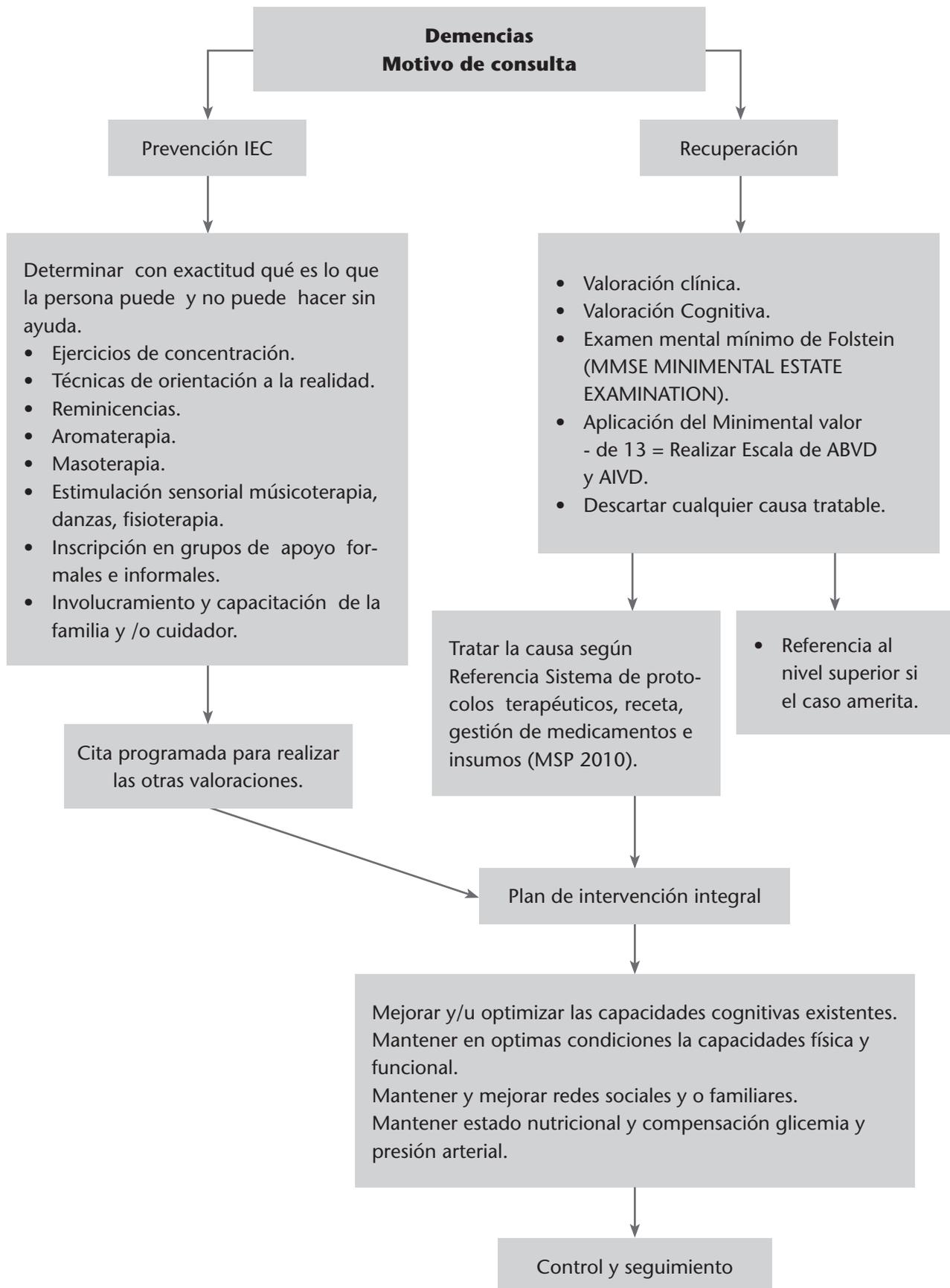
Flujograma



Demencias

Síndrome clínico plurietiologico posible trastorno de la memoria, caracterizado por un deterioro global de las funciones cognitivas, de carácter orgánico, sin alteración del nivel de conciencia, que puede afectar las capacidades funcionales e interfiere en el desarrollo de sus actividades cotidianas.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Valoración clínica</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descartar cualquier causa tratable, antes de llegar al diagnóstico de demencia senil. - De acuerdo a resultados: - Consejería - Determinar con exactitud qué es lo que la persona puede y no puede hacer sin ayuda. - Ejercicios de concentración. - Técnicas de orientación a la realidad. - Reminicencias - Aromaterapia - Masoterapia - Estimulación sensorial. - músicoterapia, danzas, fisioterapia. - Inscripción en grupos de apoyo formales e informales. - Involucramiento y capacitación de la familia y /o cuidador. - Adaptación del ambiente en el hogar, y en grupos. - Cita programada para valoración Geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento farmacológico. - Prevenir complicaciones. - Involucramiento de la familia o cuidador. - Referencia al nivel superior de acuerdo al caso. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda, programación anual	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

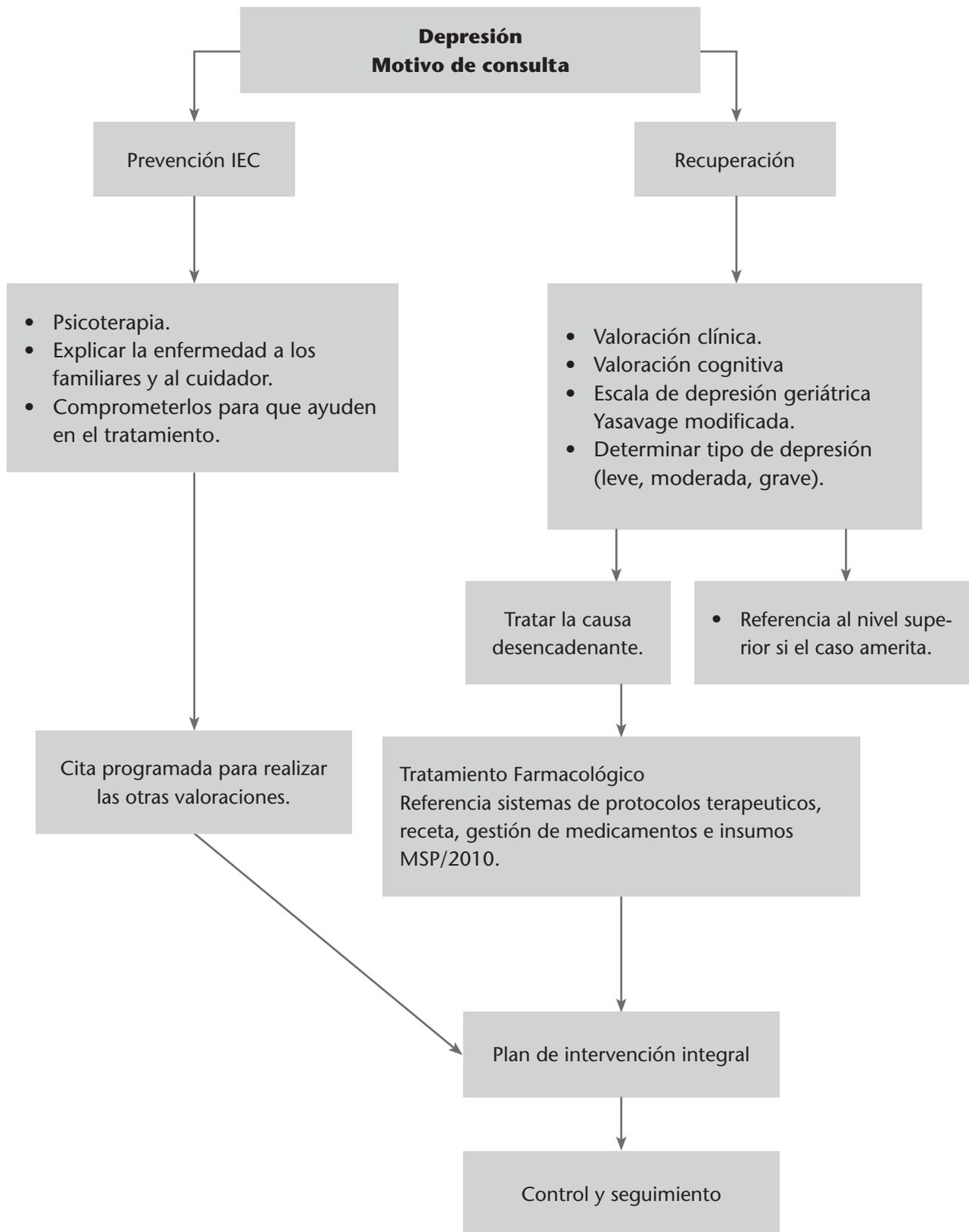
Flujograma



Depresión

Es una enfermedad que afecta los sentimientos, los ritmos vitales, la concentración, la memoria y la psicomotilidad de las personas. Puede presentarse como tristeza exagerada unida con pesimismo.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y laboratorio. - Identificar causas. - No dejar solo al paciente. - Revisar medicación que está tomando - Evaluación neuropsicológica. Escala de depresión geriátrica Yasavage modificada. <p>Probable depresión leve- moderada</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento psicosocial al paciente individual familia y/o cuidador. - Orientado a la resolución de los problemas sociales y familiares frecuentes. - Involucramiento en grupos de apoyo social formales e informales. - Seguimiento para controlar la evolución en cuatro semanas. - Actitud positiva de la vida. - Buscar y aceptar oportunidades y experiencias nuevas y disfrútelas. - Referencia al nivel superior si el caso amerita. - Inscribir al adulto mayor al programa - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Depresión grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica - Evaluación neuropsicológica. Escala de depresión geriátrica Yasavage modificada. - Asesoramiento psicosocial involucrando a la familia y/o cuidador. Control de medicamentos que está tomando. Referencia a especialista nivel superior - Control y seguimiento. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

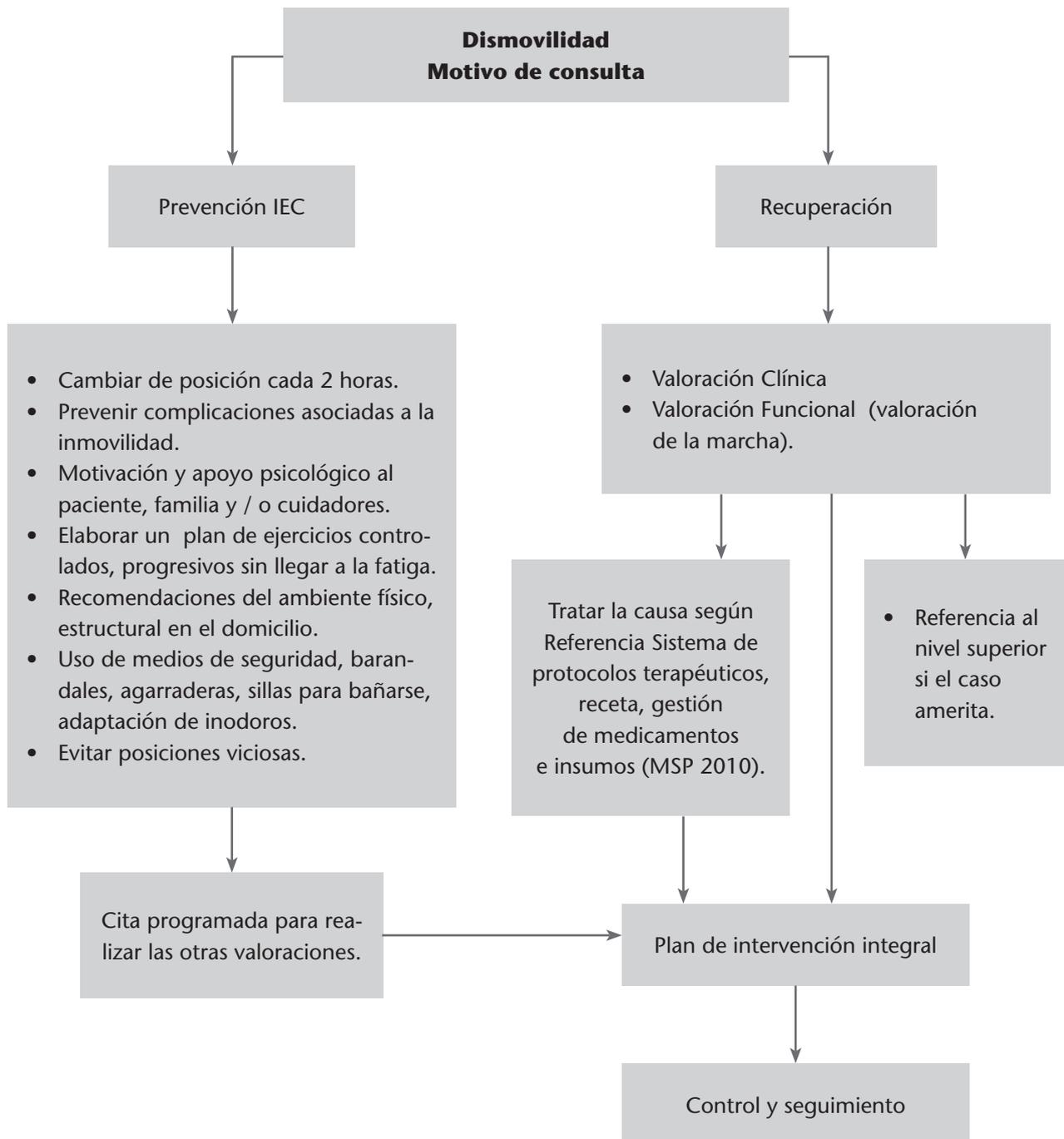
Flujograma



Dismovilidad

Se define como cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, por deterioro de las funciones motoras, y que puede en algunos casos llegar hasta la inmovilidad.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica. - Valoración de la marcha. - Identificar y tratar las enfermedades concomitantes. - Prevenir complicaciones asociadas a la inmovilidad. <p>Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>Recuperación</p> <p>Valoración Clínica y Laboratorio.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivación y apoyo psicológico al paciente, familia y/o cuidadores. - Elaborar un plan de ejercicios controlados, progresivos sin llegar a la fatiga. - Recomendaciones del ambiente físico, estructural en el domicilio. - Uso de medios de seguridad, barandales, agarraderas, sillas para bañarse, adaptación de inodoros. - Evitar posiciones viciosas. - En casos específicos referencia al nivel superior. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Al ingreso y seguimiento	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

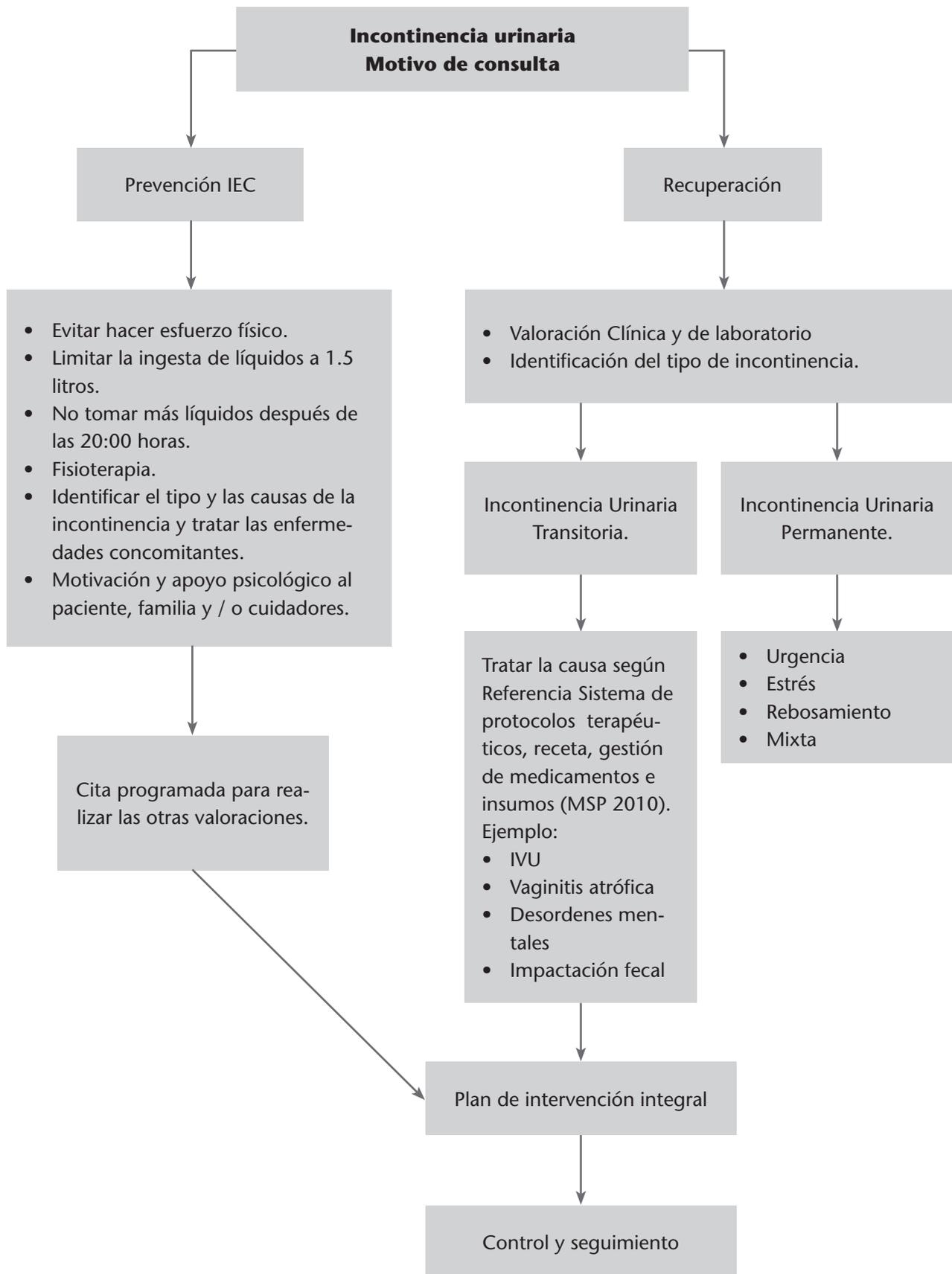
Flujograma



Incontinencia urinaria

Es la incapacidad para controlar la micción. Puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total para retener cualquier cantidad de orina.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica. - Evitar hacer esfuerzo físico. - Limitar la ingesta de líquidos a 1.5 litros. - No tomar más líquidos después de las 20:00 horas. - Fisioterapia - Identificar el tipo y las causas de la incontinencia y tratar las enfermedades concomitantes. - Motivación y apoyo psicológico al paciente, familia y / o cuidadores. - Modificaciones en el hogar para el desplazamiento del paciente en el uso de orinales cómodos. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio para el piso pélvico (Kegel). - Uso de pañales desechables. - Higiene personal por razones necesarias. - Tratamiento farmacológico en vaginitis atrófica. - Cita control e inscripción en el programa. - Seguimiento a domicilio. - Referencia al nivel superior de acuerdo al caso. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

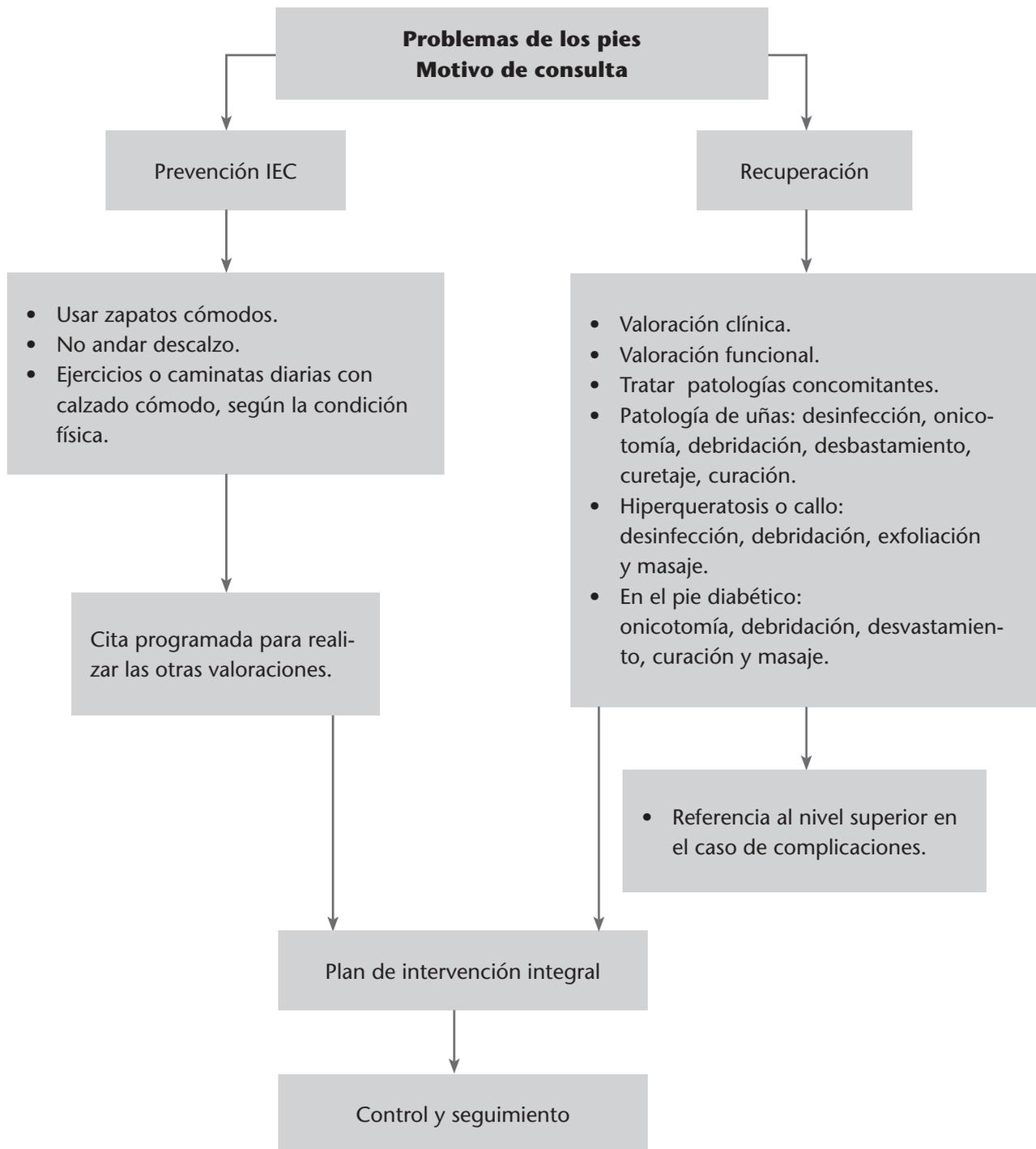
Flujograma



Problemas de los pies y sus cuidados

Las afecciones de los pies son importantes, dada la relevancia que tienen para la vida y el mantenimiento de la independencia. Su alteración es fuente de sufrimiento y pone en peligro la independencia funcional y autonomía de la persona mayor.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <p>Valoración Clínica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar zapatos cómodos. - No andar descalzo. - Ejercicios o caminatas diarias con calzado cómodo, según la condición física. - Cita programada para Valoración geriátrica Integral: <p>Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social.</p> <p>De recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar patologías concomitantes. - Patología de uñas: Desinfección, Onicotomía, Debridación, Desbastamiento, Cure taje, curación. - Hiperqueratosis o callo: Desinfección, Debridación, Exfoliación y masaje. - En el pie diabético: Onicotomía, Debridación, Desvastamiento, Curación y masaje. <p>Indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lavado de los pies todos los días con agua corriente y jabón neutro y secarlos con tolla suave de algodón, entre los dedos Utilizar talcos antimicóticos. - Usar zapatos cómodos. - No andar descalzo. - Ejercicios o caminatas diarias con calzado cómodo, según la condición física. - Seguimiento a domicilio. - Control e inscripción en el programa. - Referencia al nivel superior en caso de complicaciones. - Referirse a (Diabetes). 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X	X	
Ver flujograma correspondiente						

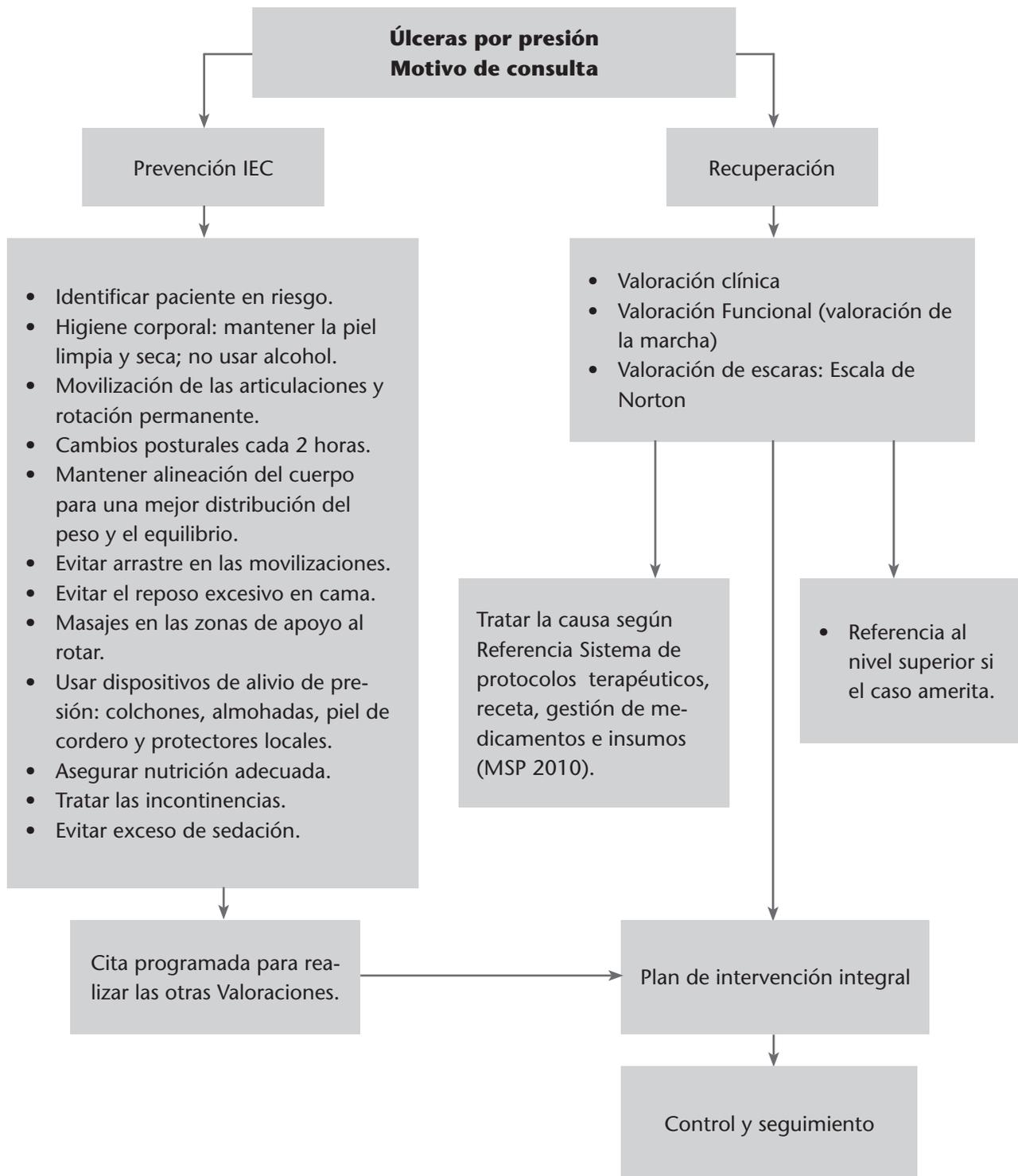
Flujograma



Úlceras por presión

Es una lesión de origen isquémico localizado en la piel y tejidos subyacentes, con pérdida de substancia cutánea y producida por presión o fricción entre una prominencia ósea y una superficie externa durante un tiempo prolongado.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica. - Valoración de riesgo de escaras. - Valoración social. - Cambios posturales cada dos horas. - Higiene personal. - Aseo de cama, evitar arrugas de sábanas. - Cambio de ambiente. - Cita programada para valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. 						
<p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Localización de las lesiones úlceras, (número, diámetro y grado). Grado I: Limpieza de la lesión con solución salina para mantener humedecida la lesión y utilizar pastas de óxido de zinc y apósitos de carboximetilcelulosa sódica. Grado II: limpieza con solución salina, utilización de pasta carboximetilcelulosa sódica, apósitos de carboximetilcelulosa o de glicerina. Grado III y IV: Desbridamiento de la úlcera en el caso de que la necrosis . En sepsis referir al nivel superior. - Vigilancia médica y cuidados de enfermería. - Capacitación en el manejo del paciente a la familia y/o cuidador. - Seguimiento en domicilio. - Referencia al nivel superior en caso de presentar complicaciones. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma

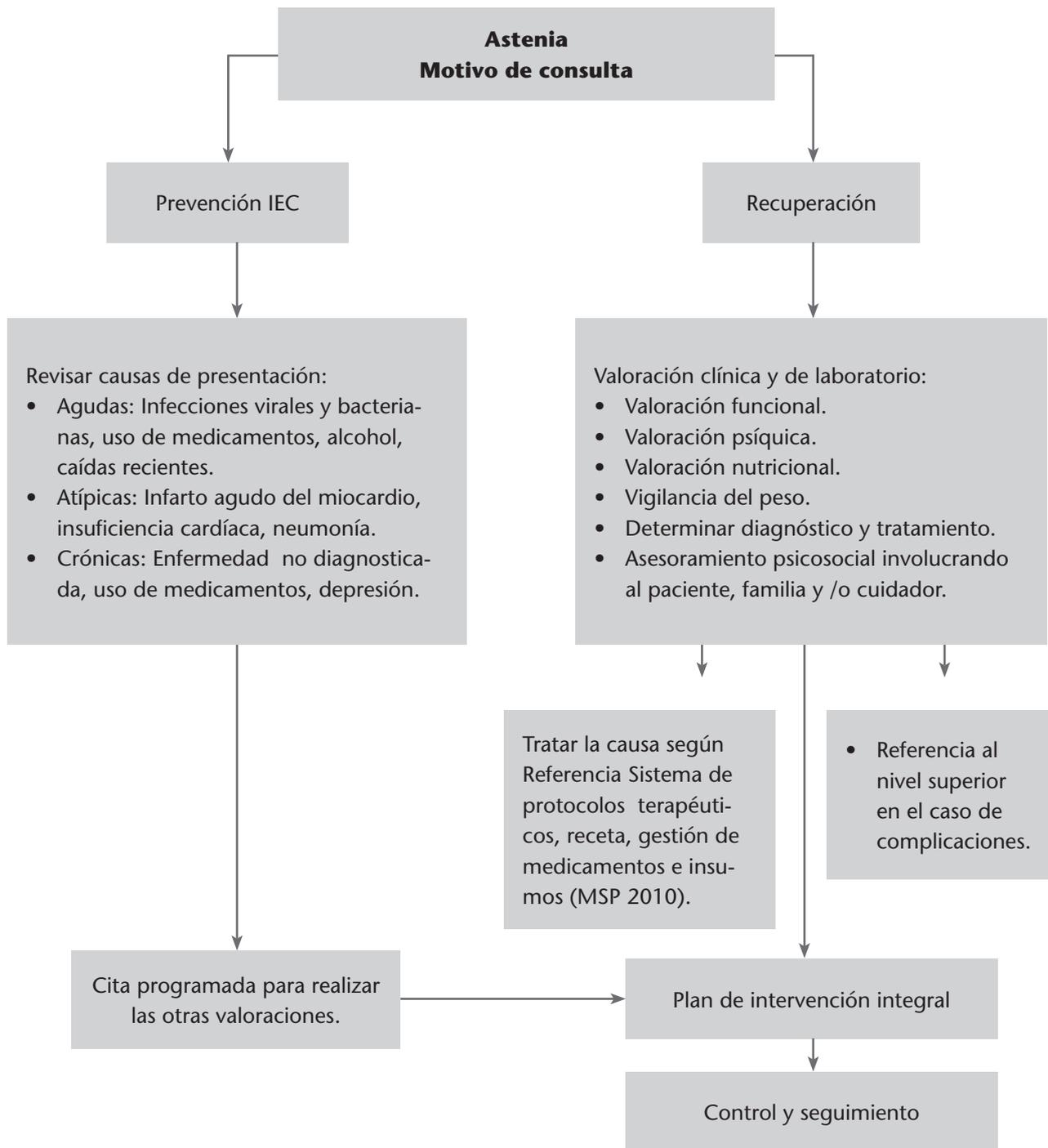


11.2. Claves de diagnóstico por problemas, de acuerdo a condiciones de salud del adulto mayor

Astenia

Astenia es la sensación subjetiva de debilidad. Es un síntoma común y frecuente en el adulto mayor. Muchas veces este síntoma es atribuido erróneamente al proceso propio de envejecimiento, privando al paciente la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuados. Puede reflejar problemas orgánicos para los cuales los adultos mayores son más susceptibles, o problemas psicológicos como la depresión.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración funcional (ABVD-AIVD). - Valoración Síquica (Mini Examen del Estado mental modificado, Escala de Peiffer. Escala de Depresión Geriátrica DE Yesavage). - Valoración nutricional. - Indicar intervenciones preventivas específicas según resultados de las valoraciones. - Signos vitales. - Control de peso. - Visita domiciliaria. - Involucramiento a la familia y/o cuidador. - Participar en grupos de apoyo de la comunidad. - Inscripción en grupos de apoyo formales e informales. 						
<p>Generales de recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y de Laboratorio. - Vigilancia del peso. - Determinar diagnóstico y tratamiento. - Asesoramiento psicosocial involucrando al paciente, familia y /o cuidador. - Seguimiento y control. - Cita programada. - Valoración Funcional. - Valoración Psíquica. - Valoración Nutricional. - Valoración Social. - Seguimiento y control. - Referencia al nivel superior en caso de complicaciones. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma

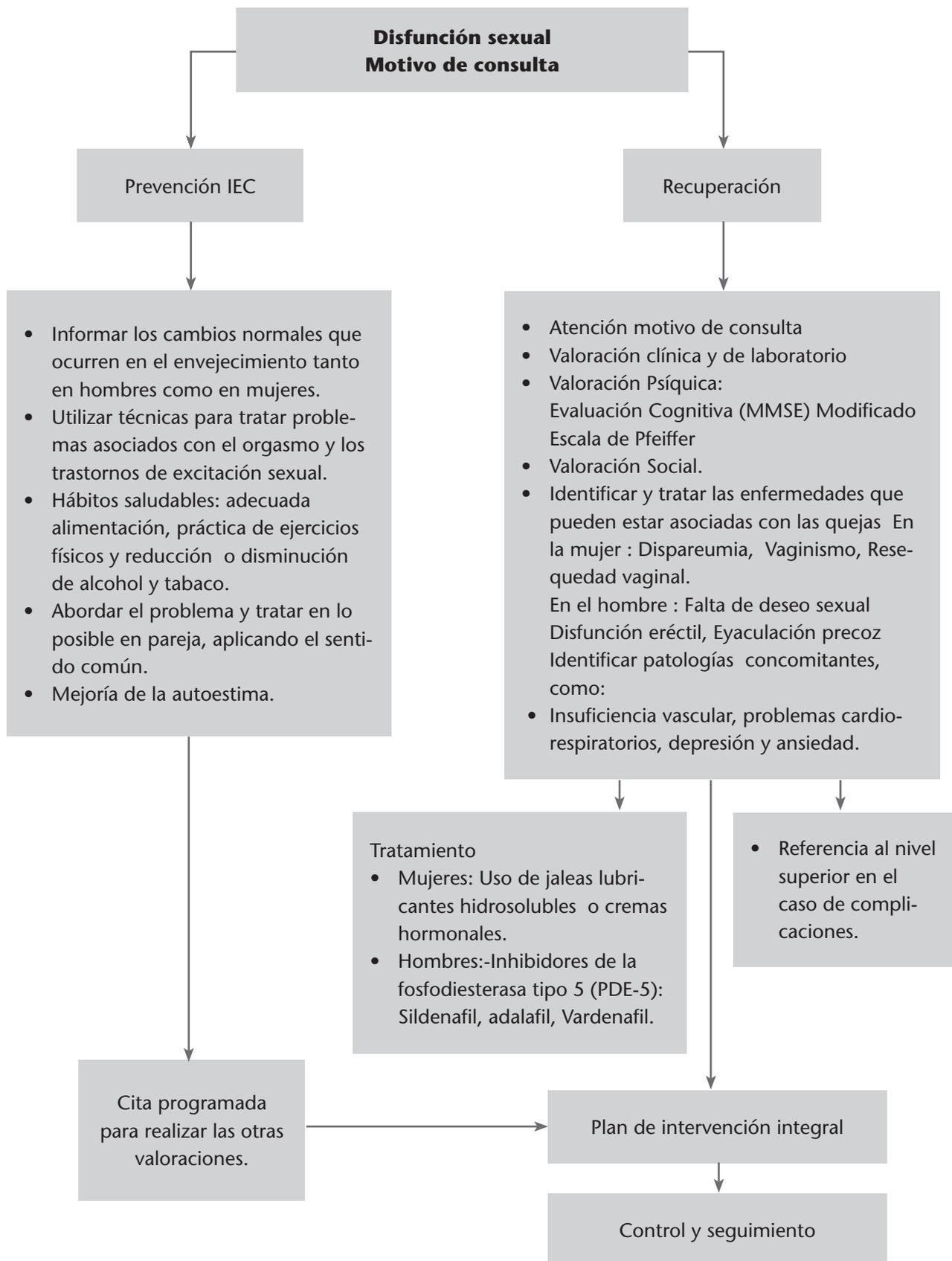


Disfunción Sexual

Se define como cualquier problema del comportamiento sexual que hace a la expresión sexual insatisfactoria para el individuo. No debe considerarse una consecuencia del envejecimiento, sino una entidad clínica cuyo origen debe ser estudiado. Se catalogará como primaria si el problema se evidencia al comienzo de la vida sexual, y secundaria si ello ocurre en el curso de la vida sexual. Es la disfunción sexual secundaria la que afecta al paciente anciano, siendo generalmente resultado de una enfermedad concomitante y, en muchos casos, es ocasional que ocurre en menos del 50% de los encuentros sexuales.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración Psíquica. - Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado - Escala de Pfeiffer. - Intervenciones preventivas específicas de acuerdo a los resultados. - Informar los cambios normales que ocurren en el envejecimiento tanto en hombres como en mujeres. - Utilizar técnicas para tratar problemas asociados con el orgasmo y los trastornos de excitación sexual. - Hábitos saludables: adecuada alimentación, -Práctica de ejercicios físicos y reducción o disminución de alcohol y tabaco. - Seguimiento y control. <p>Cita programada para Valoración geriátrica Integral:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Social. - Valoración Nutricional. - Valoración Funcional. - Abordarse el problema y tratarse en lo posible en pareja, aplicando el sentido común. - Mejoría de la autoestima. - Visita domiciliaria. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración Clínica y de Laboratorio. - Valoración Psíquica. - Evaluación Cognitiva (MMSE) Modificado - Escala de Pfeiffer. - Valoración Social. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar y tratar las enfermedades que pueden estar asociadas con las queja. <p>En la mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispareumia. - Vaginismo. - Resequedad vaginal. <p>En el hombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de deseo sexual. - Disfunción eréctil. - Eyaculación precoz. - Identificar patologías concomitantes, como: Insuficiencia vascular, problemas cardiorespiratorios, depresión y ansiedad y autopercepción. <p>Tratamiento:</p> <p>Mujeres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de jaleas lubricantes hidrosolubles o cremas hormonales. <p>Hombres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE-5): Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil. - Control y seguimiento. - Referencia a especialista de acuerdo al caso. 						
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma

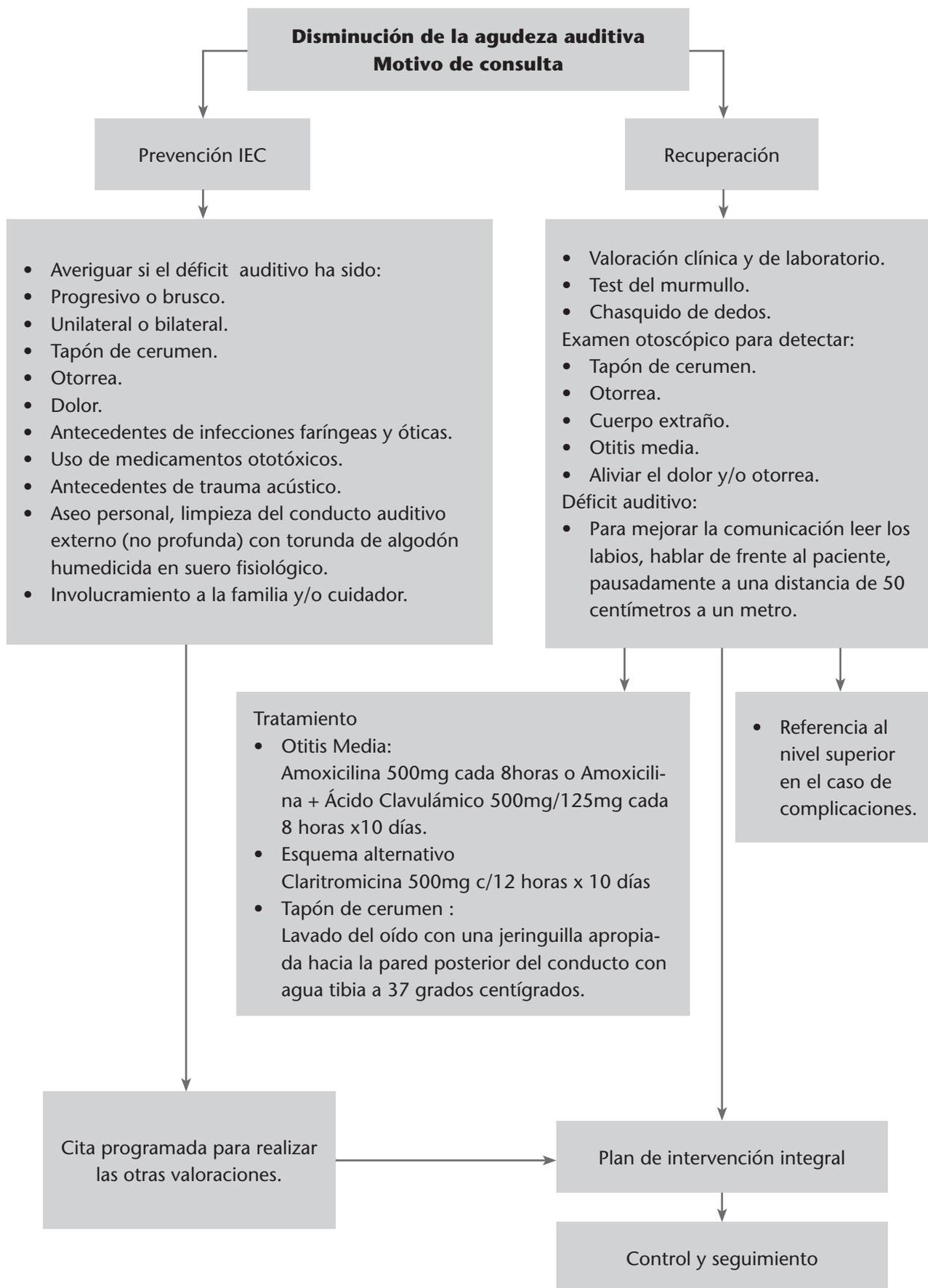


Disminución de la Agudeza Auditiva

Es la disminución de la capacidad auditiva en forma leve, moderada y severa, determinada por el número de decibeles necesarios para percibir un sonido, así: de 20 a 40 decibeles se considera hipoacusia leve con dificultad para entender una conversación normal. De 40 a 60 decibeles hipoacusia moderada con dificultad para escuchar una conversación con voz más alta de lo normal. De 60 a 80 decibeles hipoacusia grave, cuando puede escuchar solamente utilizando amplificadores. De 80 a 120 decibeles hipoacusia profunda, imposibilidad de escuchar por cualquier manera.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <p>Para mejorar la comunicación, hablar de frente al paciente, pausadamente a una distancia de 50 centímetros a un metro.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y laboratorio. - Averiguar si el déficit auditivo ha sido: <ul style="list-style-type: none"> - Progresivo o brusco. - Unilateral o bilateral. - Tapón de cerumen. - Otorrea. - Dolor. - Antecedentes de infecciones faríngeas y óticas. - Uso de medicamentos ototóxicos. - Antecedentes de trauma acústico. - Test del murmullo. - Chasquido de dedos. - Plan de intervención. - Involucramiento a la familia y/o cuidador. - Cita programada para aplicar Valoración Geriátrica Integral: <ul style="list-style-type: none"> Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. - Control y seguimiento. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Examen otoscópico para detectar: <ul style="list-style-type: none"> - Tapón de cerumen. - Otorrea. - Cuerpo extraño. - Otitis media. 	Médico, Enfermera y Equipo de salud.	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Aseo personal, limpieza del conducto auditivo externo (no profunda) con torunda de algodón humedecida en suero fisiológico. - Aliviar el dolor y/o otorrea. - Lavado del oído con una jeringuilla apropiada hacia la pared posterior del conducto con agua tibia a 37 grados centígrados. - Otitis Media: Amoxicilina 500mg cada 8 horas o Amoxicilina + Ácido Clavulámico 500mg/125mg cada 8 horas. Durante 10 días. Esquema alternativo Claritromicina-500mg c/12 horas por 10 días. Capacitación en el manejo del paciente a la familia y/o cuidador. Control y seguimiento. Referencia al nivel superior en el caso de continuar con el problema y presentar complicaciones. 						
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma

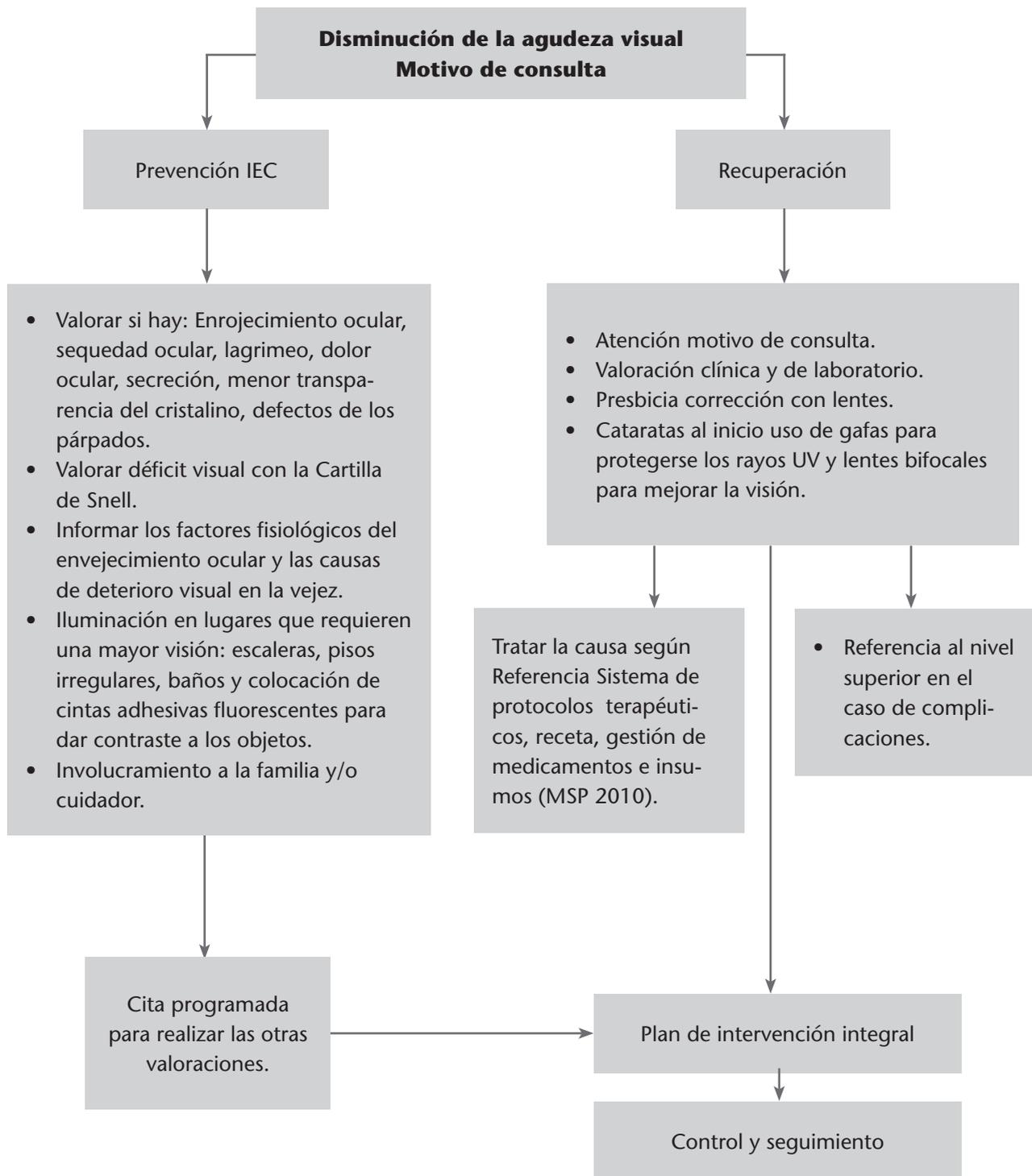


Disminución de la Agudeza Visual

Se habla de deficiencia visual en el adulto mayor cuando la valoración clínica de la agudeza visual esta disminuida por debajo de 20/40. Alrededor del 20 al 30% de las personas mayores de 65 años tienen deficiencias visuales causadas por varias patologías que pueden llevar a la ceguera.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Indicar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración. - Medir déficit visual con la Cartilla de Snell. - informar los factores fisiológicos del envejecimiento ocular y las causas de deterioro visual en la vejez. - iluminación en lugares que requieren una mayor visión: escaleras, pisos irregulares, baños y colocación de cintas adhesivas fluorescentes para dar contraste a los objetos. - Adaptación del hogar con agarraderas para movilización. - Retirar alfombras. - Valorar si hay: Enrojecimiento ocular, sequedad ocular, lagrimeo, dolor ocular, secreción, menor transparencia del cristalino, defectos de los párpados. - Visita domiciliaria, involucramiento a la familia y/o cuidador. - Cita programada para aplicar Valoración geriátrica Integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>De recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y de laboratorio. - Presbicia corrección con lentes. - Cataratas al inicio uso de gafas para protegerse los rayos UV y lentes bifocales para mejorar la visión, referencia caso quirúrgico. - Glaucoma utilización de gotas de pilocarpina y/o timolol. 	Médico, Enfermera y Equipo multidisciplinario.	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Control y seguimiento. - Referencia al nivel superior en el caso de continuar con el problema y presentar complicaciones. 				X		
Ver flujograma correspondiente						

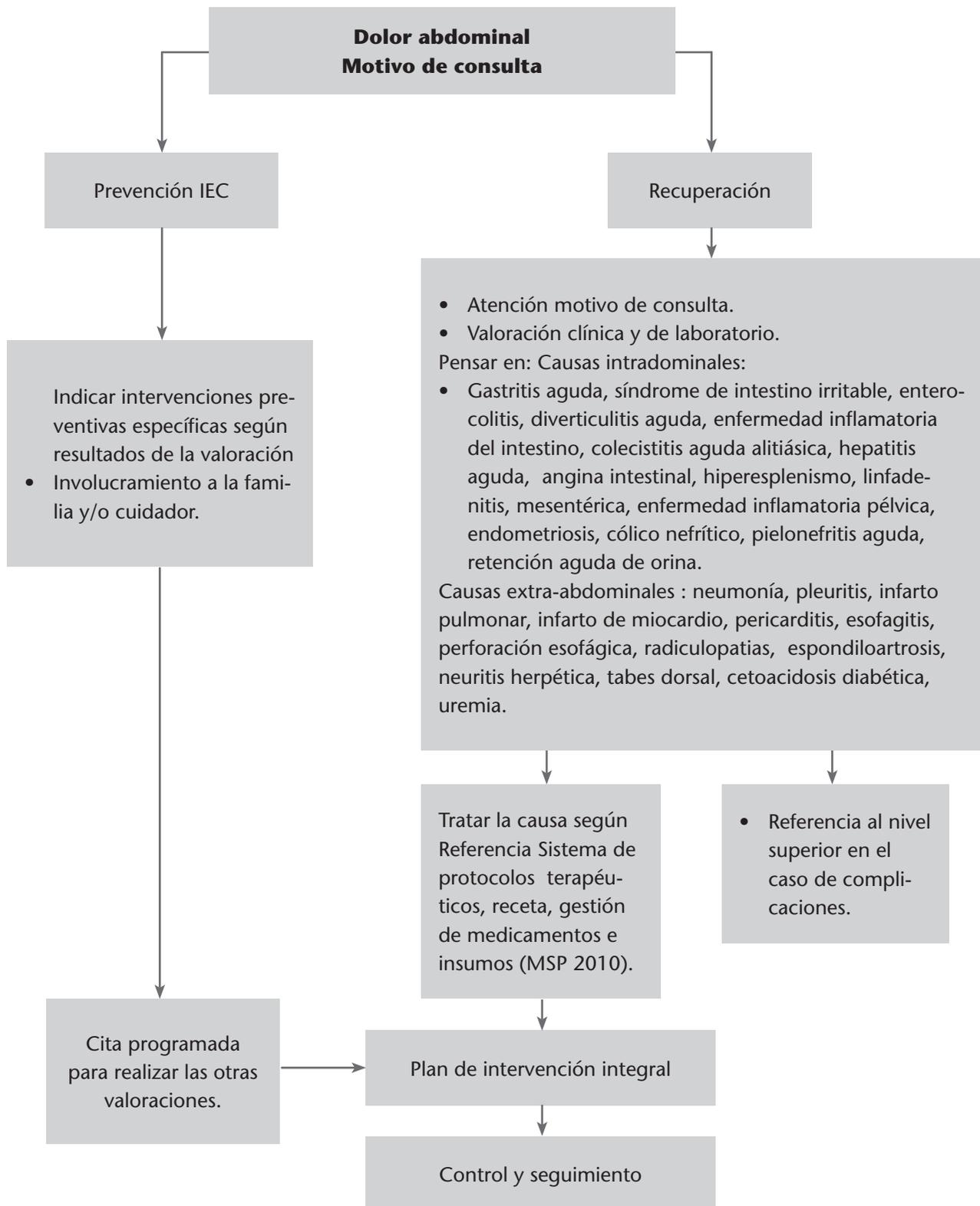
Flujograma



Dolor Abdominal

Es la manifestación subjetiva, más frecuente de los trastornos gastrointestinales, que indica una lesión real o potencial de problemas abdominales, además de ser frecuente expresión de otros trastornos extra abdominales (isquemia de miocardio y neumonía principalmente). De particular importancia es el abordaje temprano y acucioso del dolor abdominal, de diversa intensidad, asociado a un cuadro de abdomen agudo, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano tienen relación directa con un mejor pronóstico para el paciente.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de Laboratorio. - Identificar el dolor si es de causas abdominales y no abdominales. Indicar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración. - Involucramiento a la familia y/o cuidador. - Visita domiciliaria - Cita programada para aplicar la valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y de laboratorio. - Mantener signos vitales estables. - Identifique causas, Si es: - Apendicitis aguda - Colesistitis aguda - Úlcera péptica perforada aguda. - Vólvulos de colon transverso y otras regiones del intestino. - Isquemia mesentérica. - Enfermedad ácido Péptica. - Impactación fecal. - Gastroenteritis aguda. - Diverticulitis aguda. - Pancreatitis aguda. <p>Trasferencia inmediata al nivel superior. Seguimiento y control.</p>	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma

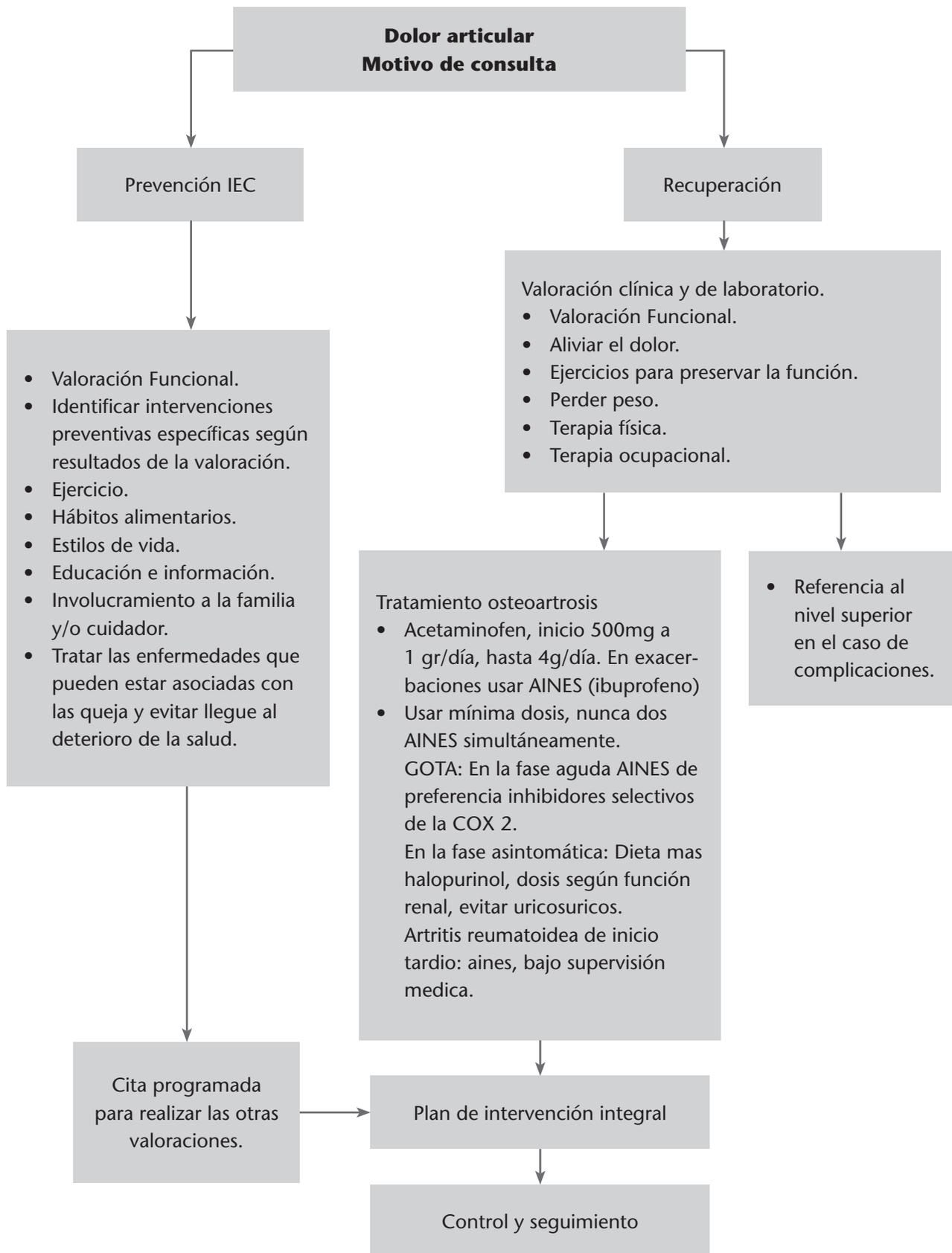


Dolor Articular

Sensación subjetiva desagradable localizada en las articulaciones y que puede ir o no acompañada de proceso inflamatorio.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración Funcional. - Identificar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración. - Ejercicio. - Hábitos alimentarios. - Estilos de vida. - Educación e información en cuidados. - Involucramiento a la familia y/o cuidador. - Visita domiciliaria. - Cita programada para aplicar la valoración Geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. 						
<p>Recuperación</p> <p>Tratar las enfermedades que pueden estar asociadas con las queja y evitar llegar al deterioro de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y de laboratorio. - Valoración Funcional. - Aliviar el dolor. - Ejercicios para preservar la función. - Perder peso, alimentación balanceada. - Terapia física. - Terapia ocupacional. <p>Osteoartrosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acetaminofen: iniciar con 500mg a 1 gramo por día y aumentar progresivamente hasta 4 gramos/día. En exacerbaciones usar AINES (ibuprofeno) recordando sus contraindicaciones y con protector gástrico. <p>Al Usar AINES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usar mínima dosis. - Nunca dos AINES simultáneamente. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado	I	II	III
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar utilidad al mes. <p>Gota</p> <p>En la fase aguda AINES de preferencia inhibidores selectivos de la COX 2 bajo supervisión médica.</p> <p>En la fase asintomática: Dieta mas halo-purinol, dosis según función renal, evitar uricosuricos.</p> <p>Artritis reumatoidea de inicio tardío AINES, bajo supervisión médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento y control por los EBAS - Referencia al nivel superior en el caso de continuar con el problema y presentar complicaciones. - Control y seguimiento. - Referencia al nivel superior si se complica. 						
Ver flujograma correspondiente						

Flujograma



Estreñimiento

Estreñimiento o constipación se define como la evacuación de heces excesivamente secas, escasas (menos de 50 g/día) o infrecuentes (menos de 2 deposiciones a la semana). La prevalencia aumenta especialmente después de los 60 años, y es más frecuente en mujeres que en hombres. Es multicausal.				Nivel		
				I	II	III
Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<p>Generales de prevención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valoración clínica y de laboratorio. - Educación, crear hábito para que acuda al baño de forma regular, sobre todo después del desayuno. - Dieta con contenido a base de fibra. - Ejercicios especialmente en pacientes inmovilizados. - 1.500 ml de ingesta de líquidos por día. - No administrar medicamentos que pueden producir efecto secundario estreñimiento. - Identificar intervenciones preventivas específicas según resultados de la valoración. - Visita domiciliaria. - Involucramiento a la familia y/o cuidador. - Cita programada para aplicar valoración geriátrica integral: Valoración Funcional. Valoración Psíquica. Valoración Nutricional. Valoración Social. <p>Recuperación</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención motivo de consulta. - Valoración clínica y de laboratorio. <p>Estreñimiento Crónico: debe seguir el siguiente esquema de reeducación del hábito intestinal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hidratación adecuada. - En el desayuno tomar algún líquido caliente. - Alimentos ricos en fibra. - Caminar 15 a 20 minutos luego de desayunar. - Acudir al baño aunque no tenga deseos de evacuar 30 minutos luego de desayunar. - Ejercicios que fortalezcan los músculos abdominales y estimulen el movimiento intestinal. 	Médico, Enfermera y Equipo de Salud	Por demanda	30 minutos	X		

Actividades	Responsable	Frecuencia	Tiempo estipulado			
<ul style="list-style-type: none"> - No posponer ir al baño al tener deseos de evacuar. - Aumentar la cantidad de fibra y líquidos. - Laxantes formadores de masa (salvado de trigo dosis 20 a 30 gr/día), metilcelulosa. (2 a 6gr/día). - Laxantes osmóticos. - Laxantes estimulantes. - Laxantes emolientes o ablandadores de heces. - Laxantes rectales. - Seguimiento y control. - Referencia al nivel superior en el caso de presentar complicaciones. - Control y seguimiento. 				X		
Ver flujograma correspondiente						