Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIÓN TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

PRESENTACIÓN

Todos los viejos llevan en los ojos un niño
Y los niños a veces nos observan
Como ancianos profundos.

Pablo Neruda

Chile cuenta con un Sistema de Salud basado en Atención Primaria, con un Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario cuyos principios orientan el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial, desde la promoción hasta la rehabilitación. En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2009).

La atención de salud centrada en las personas y familias, demanda en los equipos una revisión de la práctica, de la concepción de roles y relaciones de quienes integran el proceso de atención (personas usuarias, familias y profesionales fundamentalmente). También exige metodologías de intervención acordes a estas nuevas miradas y la revisión y ajuste de algunos sistemas organizativos a fin de conjugar dos ideas centrales: la continuidad en los cuidados y coordinación de la atención sanitaria y social, de modo que se permita una respuesta adecuada a las necesidades diversas y cambiantes de las personas adultas mayores.

Durante las décadas pasadas el Ministerio de Salud, con la colaboración estratégica de expertos en envejecimiento del área de salud, tanto nacionales como extranjeros, entregó a los centros de atención primaria del país instrumentos, escalas y metodología que permitieron hacer un diagnóstico de la funcionalidad de las personas adultas mayores (65 años y más), en el entendido que esta capacidad es el mejor indicador de salud para evaluar autonomía y autovalencia en estas personas. Sin embargo, en la actualidad es preciso señalar que la evaluación de las personas adultas mayores no sólo abarca el diagnóstico de funcionalidad sino también, la detección del riesgo de perder o empeorar esta funcionalidad.

El año 1999, se incorpora la escala de Evaluación Funcional de Adulto Mayor (EFAM) en la atención primaria, que se crea y se valida precisamente en el segmento mayoritario de personas adultas mayores, vale decir, en los "aparentemente autovalentes con escasos recursos económicos y por ende grupos más vulnerables y sobre el cual tiene responsabilidad directa el Ministerio de Salud.

Asimismo, se ha realizado una constante capacitación para su aplicación desde el Ministerio de Salud en un trabajo conjunto con las universidades y el Instituto Nacional de Geriatría.

El proceso de atención de este grupo de personas en Atención Primaria, releva el Examen de Medicina Preventiva (EMPAM), reconocido como garantía explícita de salud, y cuya acción permite anticiparse al daño y otorgar una mirada más profunda hacia el grupo que presentan mayor fragilidad; de esta manera se estará realizando el compromiso establecido

en la Estrategia Nacional de Salud de la Década (ENS, 2011-2020) de mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia en las personas adultas mayores.

El Ministerio de Salud recoge la necesidad sentida de los equipos de atención primaria de contar con un documento de orientación y apoyo técnico que facilite su labor en el contexto de la atención integral de las personas de 65 años y más. El documento "Orientación técnica para la atención de salud de las personas adultas mayores en atención primaria", cumple con esa finalidad, contribuyendo mediante un proceso de atención multidisciplinaria, integral y de calidad a la detección, diagnóstico e intervención oportuna de los factores de riesgo que pueden alterar la funcionalidad en estas personas.

Finalmente, son también objetivos de esta orientación mejorar los procesos de atención de las personas adultas mayores y las competencias de los equipos de salud, incorporando los aportes de expertos en la materia y la evidencia científica con que se cuenta en la actualidad. Los equipos de salud de Atención Primaria (profesionales y técnicos), son los principales destinatarios de ésta orientación, ya que son quienes tienen una oportunidad única de conectarse en forma cercana, oportuna y con calidad, a la situación de salud que presentan las personas adultas mayores anticipándose al daño.

Agradecemos a todas las personas que contribuyeron a la formulación del presente documento técnico.

ÍNDICE CONTENIDOS

Presentación 3
Introducción 7
Marco contextual 11
Antecedentes demográficos 12
Antecedentes epidemiológicos 14
Modelo y enfoques para la atención de las personas adultas mayores en Atención Primaria de salud 18
Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria 18
Enfoques 20
Orientaciones técnicas 23
1.- Proceso de atención de las personas adultas mayores en atención primaria 24
1.1 Atención de salud de la población adulta mayor según funcionalidad 26
1.2. Atención integral de las personas adultas mayores con patología crónica 28
2.- Descripción operacional 29
2.1 Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) 29
2.2 Plan de atención 31
2.2.1 Plan de atención según condición de funcionalidad 32
2.2.2 Plan de atención según otras condiciones pesquisadas según EMPAM 36
2.3 Plan de seguimiento 39
2.4 Otras actividades 40
3.- Instructivo descripción del EMPAM 42
3.1. Mediciones 42
3.2. Antecedentes 43
3.3. Evaluación de funcionalidad 48
3.4. Riesgo de caídas 55
3.5. Identificación de redes sociales de apoyo de las personas adultas mayores 56
3.6. Sospecha de maltrato 56
3.7. Exámenes 58
3.8. Adicciones 60
Anexos 63
Anexo1. Pauta "Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor" 64
Anexo 2. Evaluación funcional del adulto mayor (EFAM) 69
Anexo 3. Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) 76
Anexo 4. Escala de depresión geriátrica yesavage abreviada 77
Anexo 5. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (del informante) 78
Anexo 6. Plan de salud familiar 79
Anexo 7. Minimental Extendido 81
Anexo 8. Plan de seguimiento 82
Anexo 9. Reunión del equipo 83
Anexo 10. Tarjetón de controles de la persona adulta mayor 85
Anexo 11. Instructivo de registro en el tarjetón de la persona adulta mayor. 87
Anexo 12. Procedimiento de uso del tarjetero de ingresos o controles de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria 91
Anexo 13. Carné único de la persona adulta mayor 94
Anexo 14. Cuestionario de auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT). 97
Anexo 15. Estrategias para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar 100

Abreviaturas 102
Referencias 103

ÍNDICE DE LAS FIGURAS

Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria 18
Figura 2.EMPAM y clasificación de las personas mayores según condición de funcionalidad 25
Figura 3. Condición de funcionalidad y tipo de intervención 26
Figura 4. Programación por niveles de atención y ciclo vital 27
Figura 5. Flujograma plan de atención de la persona adulta mayor autovalente según condición de funcionalidad. 33
Figura 6. Flujograma plan de atención de persona adulta mayor en riesgo de dependencia según condición de funcionalidad. 34
Figura 7. Flujograma plan de atención de persona adulta mayor dependiente según condición de funcionalidad. 35
Figura 8. Flujograma aplicación del EFAM en personas adultas mayores 53

Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria 2013

Departamento de Ciclo Vital.
División de Prevención y Control de Enfermedades.
Subsecretaría de Salud Pública.

Primera Edición: Febrero 2014
2.300 ejemplares
Resolución Exenta Nº 92 del 14 Febrero 2014.
División de Jurídica.

Derechos Reservados
ISBN: 978-956-348-035-1

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento poblacional ha repercutido en todos los ámbitos de la sociedad, en el mundo. A nivel nacional, se cuenta ya con dos y medio millones de personas adultas mayores lo que representa el 12,9 % de la población total.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda medir la salud de este grupo de personas en términos de pérdida de funcionalidad (WHO, 1999;OMS, Instituto de Migración y Servicios Sociales, 2001), siendo la funcionalidad el indicador de salud más relevante de este grupo etario, en donde la mantención y mejoría de esta tiene gran impacto en el estado de salud y calidad de vida de las personas adultas mayores.

La principal preocupación de este grupo de personas y sus familias en relación al envejecimiento es la salud y en forma especial evitar la dependencia, entendida como una causa fundamental de sufrimiento y de la mala auto-percepción de salud. Por lo tanto, uno de los objetivos de las políticas públicas para personas adultas mayores debe orientarse a aumentar los años libres de discapacidad (ONU. 2002; Marín y otros, 2004).

En este contexto, es relevante revisar algunos conceptos respecto al envejecimiento clínico:

Hasta hace unas tres décadas la medicina geriátrica actuaba sobre la enfermedad, cuando el deterioro funcional ya se había establecido en la persona adulta mayor enferma. Conforme se incorporaron y evidenciaron para este grupo etario conceptos claves tales como la fragilidad, los efectos de la sarcopenia, los nuevos dominios sobre la discapacidad, la nueva definición de dependencia, entre otros, se ha ido trazando un nuevo camino, que incluye elementos predictores de riesgo que facilita tomar medidas preventivas sobre el deterioro de la funcionalidad, en vez de actuar solamente en la recuperación de la misma. Es decir, se pasa de una "medicina geriátrica protésica, a una medicina geriátrica ortésica y preventiva."(Rodríguez, 2008).

De acuerdo a lo anterior, se sabe que es de mayor impacto actuar en las etapas iníciales de la enfermedad y de la disfunción, siendo de vital importancia actuar en todos los niveles asistenciales, sobre la base de una atención primaria fortalecida en estos dominios. Es decir, a nivel terciario contar con adecuados planes de cuidados, planes de recuperación funcional en hospitales generales, y planes de intervención precoz en frágiles a nivel de atención primaria.

La fragilidad da cuenta de la mayor vulnerabilidad de las personas adultas mayores frente a los procesos de enfermedad aguda o crónica reagudizadas, y aunque se puede manifestar en distintos niveles, tales como en la funcionalidad (en riesgo de dependencia), sobre lo mental (trastornos cognitivos, del ánimo o ambos a la vez), sobre lo social (desacoplamiento del medio). Lo sustancial es que, en todos estos ámbitos la etiología del proceso de la fragilidad se debería a una pérdida de las reservas de los múltiples sistemas orgánicos de la persona adulta mayor (Bortz, 2002; Ferrucci, 2004). Unos pocos años atrás, se podía decir que

era fundamental y necesario el diagnóstico precoz de la fragilidad en aras de evitar la discapacidad, toda vez que se interpretaba a la fragilidad como el estado previo de la discapacidad. Hoy en día en cambio, se han establecido elementos teóricos, que permiten afirmar que fragilidad y discapacidad son entidades distintas y no son necesariamente una predisponente de la otra.

El problema se suscita en que ambas condiciones pueden coexistir, y sobre todo en grupos más envejecidos de personas, puede ser muy difícil distinguir una situación de la otra. En personas más jóvenes se puede plantear que la discapacidad, ya sea transitoria o permanente, puede ser una señal de fragilidad, pero en personas octogenarias o mayores aun, la discapacidad puede no ser una expresión de fragilidad.

No toda la morbimortalidad en las personas adultas mayores irá precedida obligadamente por una vulnerabilidad o fragilidad. Es así como a la discapacidad se puede llegar directamente desde un proceso agudo en una persona adulta mayor previamente sana, y por ende, en todo proceso agudo o crónico reagudizado, se debe prevenir la discapacidad, sin necesidad de catalogar un estado de fragilidad de base (Ferrucci et. al., 2002).

Aun reconociendo las dificultades existentes respecto a la conceptualización de la fragilidad, en cuanto a si es o no un factor de riesgo en sí, si es o no un sinónimo de envejecimiento patológico, o si se puede atribuir la comorbilidad habitualmente presente en las personas adultas mayores como un factor de fragilidad, se debe tener claro que el campo de acción de mayor impacto al aplicar un manejo integral, es precisamente sobre las personas adultas mayores frágiles (Rodríguez, 2008).

Es así como surgen las siguientes interrogantes: ¿están bien atendidas las personas adultas mayores?, ¿la atención entregada está centrada en la persona?, ¿se está abordando la problemática real?, en fin, hay variados cuestionamientos que van surgiendo no sólo en la atención primaria, sino en toda la red asistencial. De allí la importancia de lograr que quienes trabajan con personas adultas mayores sean capacitadas, orientadas, fortalecidas y aprovisionadas de las técnicas que la geriatría ofrece para la mejor solución de la problemática sanitaria de estas personas con integralidad y continuidad en el cuidado.

La presente orientación técnica busca dar respuesta a estas preguntas y entregar los lineamientos reguladores necesarios para los equipos de atención primaria.

El documento cuenta con un marco contextual donde se presentan antecedentes generales del envejecimiento y los principios que orientan la atención de salud para hombres y mujeres de 65 años y más. Luego se realiza una descripción operacional del proceso de atención de estas personas, incluyendo el examen de medicina preventiva, el plan de atención, el plan de seguimiento y otras actividades a relevar en esta atención. Finalmente se incorporan en anexos, escalas de evaluación e instrumentos necesarios para la atención de las personas de este grupo etario.

A través de la lectura crítica e implementación de las orientaciones vertidas en este documento, los equipos de salud lograrán:

- Mejorar el acceso, cobertura y calidad del Examen de Medicina Preventiva de las personas adultas mayores en la atención primaria de salud, favoreciendo la detección precoz del riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- Identificar criterios de calidad que aseguren una atención acorde a las necesidades de estas personas.
- Identificar el proceso de atención de las personas adultas mayores, resguardando una atención integral e integrada, en forma oportuna y de manera multidisciplinaria para mantener la funcionalidad y prevenir la dependencia.
- Incorporar herramientas técnicas que permitan la atención en salud según condición de funcionalidad de las personas adultas mayores, favoreciendo el diagnóstico oportuno y de calidad.
- Implementar planes de atención acorde a los hallazgos detectados resguardando la continuidad de los cuidados.
- Realizar seguimiento y evaluación de los planes de atención.

MARCO CONTEXTUAL

Antecedentes Demográficos

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno mundial, es así como en el año 2009, se estimó que 737 millones de personas tenían 60 años y más, y constituían la "población vieja" del mundo, proyectándose que esta cifra aumentará a dos billones en 2050 (UN, 2009).

Actualmente, las personas mayores de 80 años constituyen el 14 por ciento de la población de 60 años y más, siendo este segmento de personas mayores el que crece más rápido (UN, 2009); de esta forma se está produciendo el fenómeno del envejecimiento poblacional, y del envejecimiento del envejecimiento.

El índice de envejecimiento[1] es un indicador de la estructura demográfica por edades, y su valor pone en evidencia el nivel de envejecimiento de la población. En Chile, a inicios del siglo XXI, este índice alcanzó un valor de 35,8 por cien y en la actualidad es de 55,2 por cien, esperándose que en 2025 llegue a 82,1 por cien, cifra que casi se duplicará en el año 2050. (NU, 2011)

Chile, al igual que Latinoamérica, ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado. Asociándose a este fenómeno, el descenso sostenido de la mortalidad desde fines de los años 40's y la baja de la fecundidad, a partir de la década del 60. Es así como la esperanza de vida ha aumentado sostenidamente esperándose que para el 2025 se produzca un cruce demográfico en donde la población mayor de 60 años será más que la menor de 15 años.

Dentro de las características socio demográficas de la población de personas adultas mayores en Chile es importante destacar a partir de los resultados de la encuesta nacional de caracterización socioeconómica (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

- La mayor sobrevida de la mujer por sobre la del hombre, se incrementa en personas adultas mayores.
- Casi un 60% de la población adulta mayor vive en pareja y cercano a un 25% se encuentra en situación de viudez (Ministerio de Desarrollo Social, 2011). En relación a esta dimensión, destaca que el 11.8% de esta población habita en hogar unipersonal, resaltando que más de la mitad de este tipo de hogares se concentra en la población mayor de 70 años, lo que implicaría un riesgo en sí mismo. Esta característica, constituye también un signo de alerta para el equipo de salud, ya que se sabe que el vivir solo constituye un factor de fragilidad en la vejez.
- Un 14,4% de la población adulta mayor se encuentra bajo la línea de la pobreza, o sea en situación de vulnerabilidad social.
- Un 9% de las personas adultas mayores se declara perteneciente o descendiente de una etnia.

[1] Es la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años

- Un 18% de la población adulta mayor, no sabe leer ni sabe escribir (Ministerio de Desarrollo Social, 2009). La alfabetización y escolaridad de las personas adultas mayores es un punto importante a considerar por el equipo de salud al momento de dar instrucciones. La educación constituye un importante factor protector de deterioro cognitivo, por lo que al no estar presente en las personas adultas mayores consultantes enfrenta a los profesionales a situaciones de personas con una mayor vulnerabilidad en el área mental. Lo anterior fundamenta aún más la mirada preventiva anticipatoria que los equipos de salud deben tener. En particular cuando se sabe que la población adulta mayor se encuentra bajo el promedio país de años de escolaridad (7,4). presentando en promedio 7 años de escolaridad (Ministerio de Desarrollo Social, 2011).

- La participación social constituye un factor protector en la vejez; es así como este grupo de población participa en organizaciones sociales principalmente religiosas, juntas de vecinos y agrupaciones de personas adultas mayores. Sin embargo las cifras de participación son relativamente bajas (9% aprox). Se observa claramente aquí el efecto del acento individualista de la sociedad actual. Nunca será excesivo que los equipos de salud fortalezcan e incentiven a las personas adultas mayores a la participación social y comunitaria .

- El sistema previsional de salud al que adhiere mayoritariamente la población adulta mayor es el sistema público, (cercano al 90%); esto permite afirmar, que el tema de salud, es un tema de salud pública, y que toda política que se diseñe para este sector tendrá un fuerte impacto en este grupo etario.

- En cuanto a la percepción de salud de las personas adultas mayores en un 36,1% estas personas consideran que su salud está bien, 2,8% muy bien, un 44,4% considera regular su salud y un 14,6% considera que su salud está muy mal, según ENS 2009-2010. Esto es coherente con el hecho de que estas personas son un grupo con gran daño instalado, y comorbilidades, lo que lo hace un grupo complejo de tratar.

Antecedentes Epidemiológicos

Las personas adultas mayores constituyen un grupo heterogéneo, que presenta una amplia gama de estados de salud y de funcionalidad, distinguiéndose personas activas y sin comorbilidad, personas frágiles con alto riesgo de pérdida funcional y en el extremo, personas con dependencia completa y múltiples enfermedades crónicas y avanzadas. La edad es insuficiente para clasificar personas adultas mayores, en cambio, la capacidad funcional ha demostrado ser uno de los mejores marcadores pronósticos predictivos de morbimortalidad, de dependencia, de estado de salud, expectativa de vida y de necesidad de institucionalización. Es por esto que la funcionalidad es el principal indicador de salud de las personas adultas mayores, utilizado por el MINSAL, siendo obtenido actualmente en Atención Primaria, a través dela Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM – Chile), que forma parte del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM).

En el año 2012, de un total de 733.443 personas de 65 y mas años evaluadas, un 41% se encuentra autovalente sin riesgo, un 29% se clasificó como autovalente con riesgo y un 17 % se encuentra en riesgo de dependencia; este último grupo de personas es considerado frágil y altamente vulnerable, por lo que debe ser priorizado en su atención en los distintos niveles de atención (DEIS, 2012).

Las estrategias para mantener la funcionalidad se orientan a actividades promocionales y preventivas, las cuales deben realizarse en conjunto con el intersector.

Mortalidad

Según datos del DEIS (2000- 2010), la tasa de mortalidad dentro del grupo de las personas de 65 años y más, ha ido en descenso en los últimos 10 años (47a 44 por 1.000 habitantes). Este grupo vive más y con un impacto en su funcionalidad que va en desmedro de su calidad de vida. Es así que durante el año 2010 murieron 68.025 personas de 65 años y más, lo que representó un 69,5% del total de muertes en el país, siendo el mayor porcentaje los adultos mayores de 80 y más años y dentro de este grupo las mujeres presentan una diferencia de 10 puntos porcentuales en relación a los hombres. En cuanto a las regiones, las que presentan las tasas más altas de mortalidad en el país son Magallanes y Aysén, en tanto presentan las tasas más bajas Coquimbo y Tarapacá.

El índice de Swaroop, representa la proporción de fallecimientos entre personas de 50 años y más por cada 100 defunciones totales, un valor elevado indica una mejor situación sanitaria, en el país es: para los hombres un 71, 1% y para las mujeres un 82,5%, (DEIS. 2010); internacionalmente este índice está cerca del 90%.

Se observa que las primeras causas de muerte, para este grupo etario, en los últimos cinco años (DEIS, 2006 – 2010) son las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y la Demencia y Alzheimer. Los tumores malignos del estómago ocupan el octavo lugar dentro de las diez causas de defunciones en Chile para los mayores de 65 años, siendo para las mujeres la décima causa de defunciones, en cambio para los hombres representa la cuarta causa de defunciones.

Morbilidad

La Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2009-2010), muestra los problemas más comunes en salud que presentan las personas de 65 y más años. Esta encuesta muestra que la comorbilidad es una condición fundamental a considerar en este grupo etario, pues estos problemas al no ser diagnosticados y tratados por los equipos de salud, se asocian con una pérdida de la funcionalidad anticipada. Dentro de los problemas de comorbilidad mas importantes por su impacto en la salud funcional de la población adulta mayor, se encuentran las enfermedades crónicas. La evidencia muestra que estas patologías, sin un buen manejo terapéutico interdisciplinario, frecuentemente llevan a complicaciones que derivan en dependencia, impactando en la morbilidad, hospitalizaciones y mortalidad de la persona adulta mayor.

En lo que respecta a las patologías cardiovasculares, estas se concentran en el grupo de personas de 65 años y más, para ambos sexos. En este grupo encontramos que un 75% son hipertensos y un 26% presentan Diabetes Tipo 2. Esto explica que el 46% de la población bajo control en el Programa Cardiovascular, en atención primaria, sean personas adultas mayores: de ellas un 50% presentan Hipertensión y un 46% Diabetes.

Respecto a las patologías respiratorias se observa que del total de Neumonias diagnosticadas en 2010, un 23% corresponden a mayores de 65 años, constituyendo la tercera causa de muerte en este grupo etario (DEIS, 2010). En cuanto a patologías crónicas respiratorias, el 61% de los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el 13% de los que presentan Asma son personas adultas mayores. Por otro lado, dentro de los egresos hospitalarios registrados el año 2009 por DEIS, las patologías respiratorias alcanzan el segundo lugar para este grupo etario con un 14,7%.

Las patologías neurológicas, como el deterioro cognitivo y la demencia presentan alta prevalencia e impacto en la población adulta mayor. Según la ENS 2009-2010, las personas adultas mayores presentan una prevalencia de deterioro cognitivo de un 10,4%[2], siendo esta condición más frecuente en el grupo de 80 años y más (20,9%), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres en esta dimensión. Esta encuesta refiere también que a menor nivel educacional, la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta. Dentro de los subtipos de demencia, la denominada Enfermedad de Alzheimer, es la más frecuente en los grupos más envejecidos.

2 La ENS 2009-2010 evaluó el deterioro cognitivo en las personas mayores a través del instrumento de evaluación cognitiva minimental acortado MMSE, que indica sospecha de deterioro cognitivo con un puntaje inferior a 13. En quienes se evidenció sospecha, se aplicó test de Pfeffer al acompañante o cuidador, con el que se exploraron las capacidades de las personas mayores para el desempeño autónomo en actividades de la vida cotidiana, considerándose discapacidad para el desempeño de las actividades de la vida cotidiana = MMSE < 13 + Pfeffer ≥6 puntos.

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad del año 2009, se constató una prevalencia de demencia de 8,5% en las personas mayores de 65 años, y de un 32,6% en los mayores de 85 años. Según registros DEIS del 2011, del total de personas en control en Salud Mental, por Alzheimer y otras demencias, un 53% son personas mayores de 65 años, con mayor prevalencia en el sexo femenino.

Resulta fundamental considerar la sintomatología músculo esquelético la artrosis como condiciones de salud que generan limitación osteoarticular y que impactan en la funcionalidad de las personas mayores. En lo que respecta a los síntomas músculo esquelético de origen no traumático, la ENS (2009-2010) entrega información sobre la prevalencia en los últimos 7 días de síntomas músculo esquelético, establecido como dolor de intensidad ≥ 4, considerando una escala creciente de 1 a 10. En base a esta definición, se encontró que un 40,6% de las personas mayores afirma presentar dolor de origen músculo-esquelético en la última semana; esta cifra es superior a la cifra nacional (34,2%). Por otro lado, la artrosis es la enfermedad articular más frecuente en personas adultas mayores y va aumentando con la edad; es así como se estima que más del 80% de las personas mayores de 60 años presenta alteraciones varias sugerentes de artrosis en al menos 1 articulación. Según la ENS (2009-2010), la prevalencia de auto reporte de artrosis en la población adulta mayor es de un 5,7%.

En lo que respecta al estado nutricional, del total de personas adultas mayores bajo control en atención primaria con evaluación de su estado nutricional (723.413), un 10% se encuentra bajo peso, un 52% con malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad), y un 38% en estado nutricional normal. Al desagregar por subgrupos de edad se observa que son las personas de 70 años y más, quienes concentran el 83% del total de las personas adultas mayores con bajo peso, sin diferencias significativas por sexo.

Según los datos de la ENS 2009-2010, del total de la población chilena con diagnóstico de obesidad, un 30,9% son personas mayores de 65 años, siendo el segundo grupo etario con mayores niveles de obesidad, luego del grupo de 45 a 64 años. Asimismo, en cuanto a la obesidad mórbida, el grupo de personas mayores de 65 años ocupa el primer lugar con un 4,29%. Al analizar según sexo, tanto en obesidad como obesidad mórbida, la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres mayores.

Otro aspecto relevante en la salud de las personas mayores de 65 años y más, evidenciada en la ENS 2009-2010, es el alto número de medicamentos consumidos por dia (4,2 en promedio); este consumo es llamado polifarmacia y es casi el doble del consumo de medicamentos en personas menores de 65 años. Aunque la farmacoterapia se encuentra entre las intervenciones para alcanzar resultados clínicos en la persona adulta mayor, su mayor riesgo, es que produzca efectos perjudiciales, debido a cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que modifican las propiedades farmacocinéticas (lo que el organismo hace al medicamento) y farmacodinámicas (lo que el medicamento hace al organismo), la mayor comorbilidad y la alta prevalencia de polifarmacia en este grupo etario. De esta forma la polifarmacia pasa a constituir por sus riesgos, un problema de salud que debe ser abordado en atención primaria.

Sobre los egresos hospitalarios en población adulta mayor, lo que refleja las grandes causas de morbilidad en este grupo etario; la información disponible del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, DEIS (2009) indica que el número total de egresos de personas adultas mayores correspondió a 313.432, representando el 18,6% del total de egresos hospitalarios, sin mayores diferencias entre mujeres y hombres. Los principales grupos de causas de hospitalización de las personas adultas mayores son las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las enfermedades del sistema respiratorio, digestivo y tumores.

Resulta fundamental que los equipos de salud de atención primaria conozcan el escenario demográfico y epidemiológico de la población de 65 años y mas del país, entendiendo que la población esta envejeciendo a pasos agigantados y que las personas adultas mayores traen con frecuencia consigo comorbilidades que ponen en riesgo su autonomía y autovalencia, llevándolos a diferentes niveles de dependencia, afectando directamente su calidad de vida y de su familia y entorno.

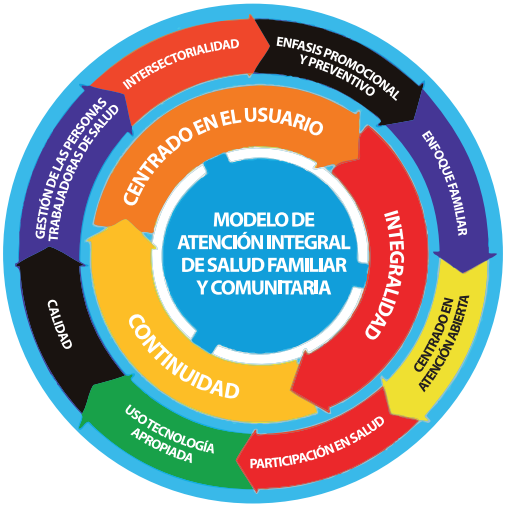
MODELO Y ENFOQUES PARA LA ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN APS.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, ha sido definido como "El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural"(MINSAL, 2005).

Muchos de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud pueden estar contenidos uno dentro de otro. Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; "centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado (DIVAP, 2013) (ver figura 1).

Figura1. Principios del Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitaria



Fuente: División de atención primaria 2013. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, capítulo 1. Conceptos y elementos claves. (http://minsal.uvirtual.cl/siminsal/)

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definirlas y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de

atención está centrado en las personas, en este caso la persona adulta mayor "en su integralidad física, mental y social". La persona adulta mayor es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

Integralidad: El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional (OPS, Redes Integradas de Servicios de Salud). La continuidad del cuidado, constituye un nodo central dentro de la atención de salud de la persona adulta mayor, vital para mantener su funcionalidad y prevenir la dependencia. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

Asimismo, los aspectos promocional y preventivo, se refieren a enfatizar estilos de vida saludables en esta población y a una actitud anticipatoria por parte del equipo. Toda política dirigida a las personas adultas mayores debe anticiparse al daño, previniendo así la dependencia.

El enfoque de salud familiar, se entiende desde la concepción de la familia como la principal red de apoyo para las personas adultas mayores. Tanto la calidad de las relaciones familiares como la presencia de relaciones insatisfactorias tienen un efecto en el nivel de bienestar de estas personas, quienes al tener buenas relaciones familiares, tienen más probabilidad de estar satisfechos en comparación con aquellas personas que tienen malas relaciones familiares o que experimentan relaciones insatisfactorias (Herrera & Kornfeld, 2009). Por esto, es esencial el conocimiento del entorno familiar de la persona mayor, para fortalecer los factores protectores y detectar situaciones de riesgo, en aras de una intervención oportuna.

El énfasis de la atención ambulatoria, permite enfrentar la mayoría de los problemas de salud de la persona adulta mayor manteniendo su hábitat por el mayor tiempo posible. Integrado además dentro de una red que refiere y contra refiere incorporando también los cuidados domiciliarios y el apoyo a los cuidadores.

La participación, apunta a la acción mancomunada entre el sistema de salud y los organismos vivos de la comunidad. La Intersectorialidad, se refiere a la acción conjunta, coordinada y sistemática del sistema de salud con otros sectores. La calidad de la atención, implica la existencia de normas técnicas reguladoras de los procedimientos y la entrega de servicios de calidad hacia las personas adultas mayores.

El abordaje del proceso de envejecimiento en Atención Primaria, en el marco de este Modelo está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población adulta mayor. La implementación de este Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables.

Por otro lado, la salud requiere una visión ética que incorpore la noción de los determinantes sociales de la salud, entendiendo que la causa más poderosa de los problemas de la salud, reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas. Los determinantes sociales reflejan la posición de la gente en la escala social, económica y de poder. Se ha comprobado que la mayor parte de la carga mundial de morbilidad y el grueso de las inequidades en materia de salud se relacionan con los determinantes sociales (OMS, 2005).

Es importante tener presente que los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible del envejecimiento, sino a la combinación de varios otros factores interrelacionados; es así como los determinantes sociales de la salud, tales como la marginación social, la pobreza, el nivel educativo, el género, la etnicidad, la ruralidad afectan en forma negativa la salud de las personas en general y de las personas adultas mayores en particular. De igual modo, la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, la malnutrición por déficit o por exceso y la adquisición de estilos de vida saludables o no, por parte de los individuos a lo largo del curso de vida, se vincula con las enfermedades agudas y crónicas; así mismo los factores ambientales físicos, psicológicos, sociales y culturales han sido reconocidos desde hace tiempo en la literatura especializada como determinantes de la capacidad funcional, del goce de un buen estado de salud o, a la inversa, de discapacidad y de enfermedad, asociándose en forma estrecha con las determinantes antes enunciadas.

Entre estos factores se han identificado algunos que tienen un carácter predictivo y son modificables; es por tanto, una necesidad impostergable influir con eficacia sobre aquellos factores, individuales como ambientales, que predicen el nivel de salud y calidad de vida, a través de intervenciones costo-efectivas que consideren la creación de espacios comunitarios de desarrollo integral de la persona adulta mayor, diferentes centros de salud que tienen un carácter más bien asistencial. Todo lo anterior integrado con el fin de desarrollar una estrategia "socio-sanitaria" articulada desde la comunidad misma hasta los niveles asistenciales más complejos.

La salud pública chilena, en particular los centros de salud de atención primaria, cuya red se extiende por todo el territorio nacional como una gran fortaleza, tiene el privilegio de contar con una oportunidad única de compensar las inequidades vividas a lo largo de los años, por un gran número de personas adultas mayores que se atienden en la salud pública.

Enfoques

El Enfoque de Curso de Vida es uno de los enfoques prioritarios en los cuales se basa el Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores; orientan la atención en salud de este grupo poblacional en atención primaria vinculada al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar. Pone en relieve la perspectiva temporal y social, permite examinar retrospectivamente las experiencias de vida de una persona, de una cohorte o de varias generaciones para encontrar las claves de las características de su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural (MINSAL, 2013).

Este enfoque, abarca la totalidad del ciclo vital y permite examinar las consecuencias de salud a largo plazo de las experiencias biológicas y sociales vividas durante la primera parte de la edad adulta y la madurez, considerando si esos factores simplemente conllevan riesgos adicionales o interactúan con factores biológicos y sociales de fases más tempranas atenuando o exacerbando riesgos de salud a largo plazo (WHO, 2000).

Uno de los desafíos centrales para abordar el mundo de las personas adultas mayores debe basarse en los derechos; de esta forma se contribuye a la construcción de una sociedad con cabida para todas las personas, independiente de su edad, sexo o de otras diferencias sociales, tengan las mismas oportunidades para hacer efectivo el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Huenchuan, 2009). Bajo este marco, Naciones Unidas declara el año 1999 como el año internacional de las personas mayores bajo el lema "hacia una sociedad para todas las edades", dejando en claro la preocupación por la continua exclusión del grupo de estas personas a nivel mundial. Esta preocupación expresa la necesidad de un trato con mayor equidad hacia esta población.

El Ministerio de Salud incorpora este enfoque de curso de vida como eje fundamental en la atención de las personas mayores en sus Planes y Programas, y por consiguiente en las políticas públicas dirigidas hacia esta población.

El principio de la equidad, entendido como ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud, en el ambiente donde viven las personas así como en el trato que se recibe en el sistema de salud, debe ser una piedra angular de los valores sociales y de todo sistema de salud, constituyendo un imperativo moral y una obligación legal y social. El tema de la equidad como un valor central para el otorgamiento de salud y referido a la población adulta mayor, tiene una enorme relevancia. Constituye un intento de compensar las exclusiones sufridas a lo largo de la vida por las personas hoy adultas mayores. Se sabe de los determinantes sociales de la salud, y cómo a lo largo del curso de vida las personas van acumulando daños y que estos daños no responden solo a temas biológicos sino que expresan realidades psicosociales de larga data(OMS, 2008) .

Un sistema de salud debe preocuparse de prevenir o revertir las desigualdades en materia de salud, lo que implica hacer de la equidad uno de los valores centrales en la atención primaria, en que se busca que las políticas y los programas sean pro equitativos (OPS, 2007).

Dentro del enfoque de curso de vida el género y la interculturalidad son elementos esenciales. La naturaleza de la identidad de género en la vejez, se refiere a las creencias, tanto a nivel individual como social, y cómo estas creencias afectan los pensamientos, sentimientos, conductas y tratos con hombres y mujeres mayores. Es así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), define "género" como una construcción social, un conjunto de roles, características de personalidad, actitudes, valores y relaciones de poder e influencia que cada sociedad asigna a cada sexo. El género se basa en las relaciones, y en ese proceso interactúa con el grupo étnico, la edad, la cultura y la posición socioeconómica.

Por otro lado, la interculturalidad en salud, como estrategia transversal considera, utiliza y potencia conocimientos y prácticas en torno al proceso salud-enfermedad, tanto en la medicina oficial como en las medicinas indígenas. Es por ello que desde las políticas sanitarias, se propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud y se intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos y la complementariedad de sus conocimientos y sus recursos de salud (MINSAL, 2012).

Así también, la ruralidad constituye otra realidad cultural que genera diversas perspectivas de vida sobre el envejecer. Si bien se puede decir que una gran población indígena reside en zonas rurales, no se puede afirmar que todas las personas que vivan en estas áreas pertenezcan a grupos étnicos. En términos generales, la ruralidad no debe entenderse como lo no-urbano (carencia de servicios médicos, asistenciales, u otros), sino más bien como una forma de cultura y de relaciones sociales particulares, la cual es esencial considerar al momento de gestionar y planificar las acciones en salud, en donde la atención primaria tiene un rol trascendental.

Poner la persona al centro de la atención sanitaria significa respetar sus modos de vida, lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel individual y lo que esperan para sus sociedades, esto es, lo que las personas valoran, constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud (OMS, 2008).

ORIENTACIONES TÉCNICAS

1.- PROCESO DE ATENCIÓN DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA

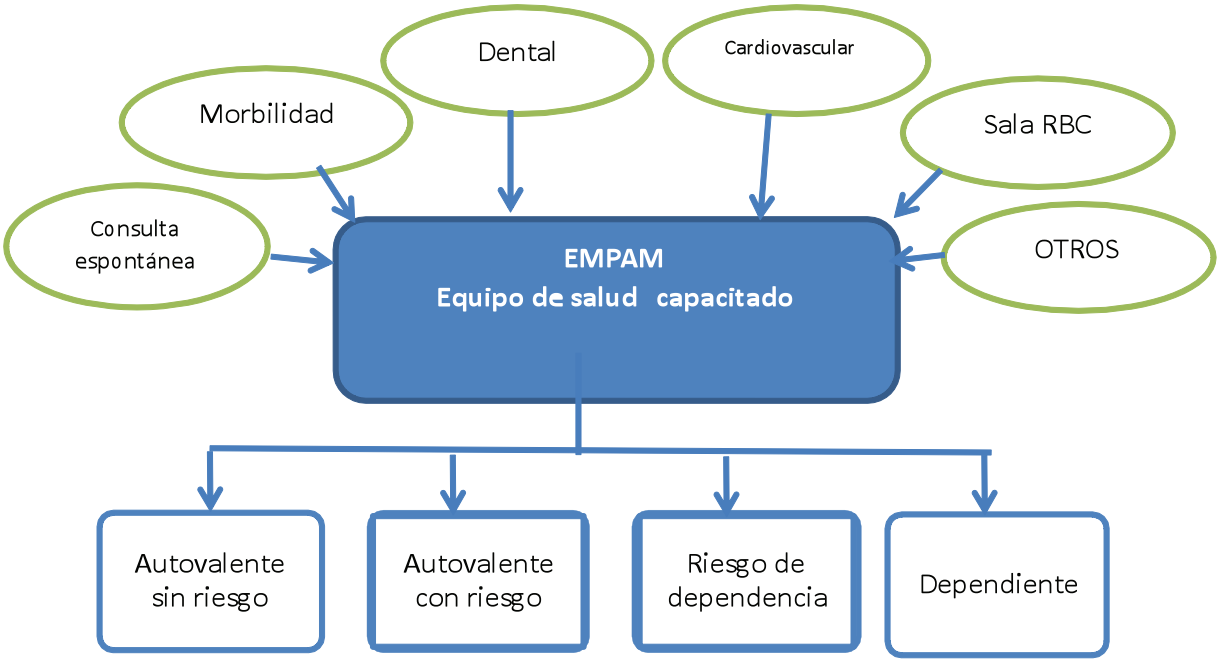
La mayoría de los procesos de atención hacia las personas adultas mayores realizados actualmente en atención primaria se inician con el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), el que está dirigido a todas las personas de 65 años y más. Este examen permite medir la funcionalidad, detectar problemas de salud y/o factores de riesgo generando un plan de atención y seguimiento.

Considerando que la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011- 2020, en las personas adultas mayores, tiene como objetivo la mantención de la funcionalidad, para prevenir la discapacidad y la dependencia, se hace necesario plantear o reconstruir nuevas estrategias de intervención que sean costo-efectivas, que involucren las acciones y/o prestaciones ofrecidas actualmente por la red asistencial, en especial la atención primaria en la atención de este grupo de personas.

En el proceso de atención, la Valoración Integral de Salud de la Persona Adulta Mayor en Atención Primaria, ha sido definida como "el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que se realiza con el objetivo de cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales de la persona adulta mayor, mediante una evaluación clínica, mental, social y funcional, con la intención de elaborar un plan exhaustivo de cuidados para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo del paciente".

Como se ha mencionado anteriormente, el proceso se inicia con el EMPAM a toda la población beneficiaria de 65 y más años. Este examen constituye una pesquisa oportuna de factores de riesgo, problemas de salud y predicción de la pérdida de funcionalidad, clasificando a la población mayor en autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo, en riesgo de dependencia y dependiente (leve, moderado, grave y total). La siguiente figura, señala además los posibles accesos a reforzar como canales de derivación para la realización del EMPAM al interior del centro de salud.

Figura 2. EMPAM y clasificación de las personas mayores según condición de funcionalidad

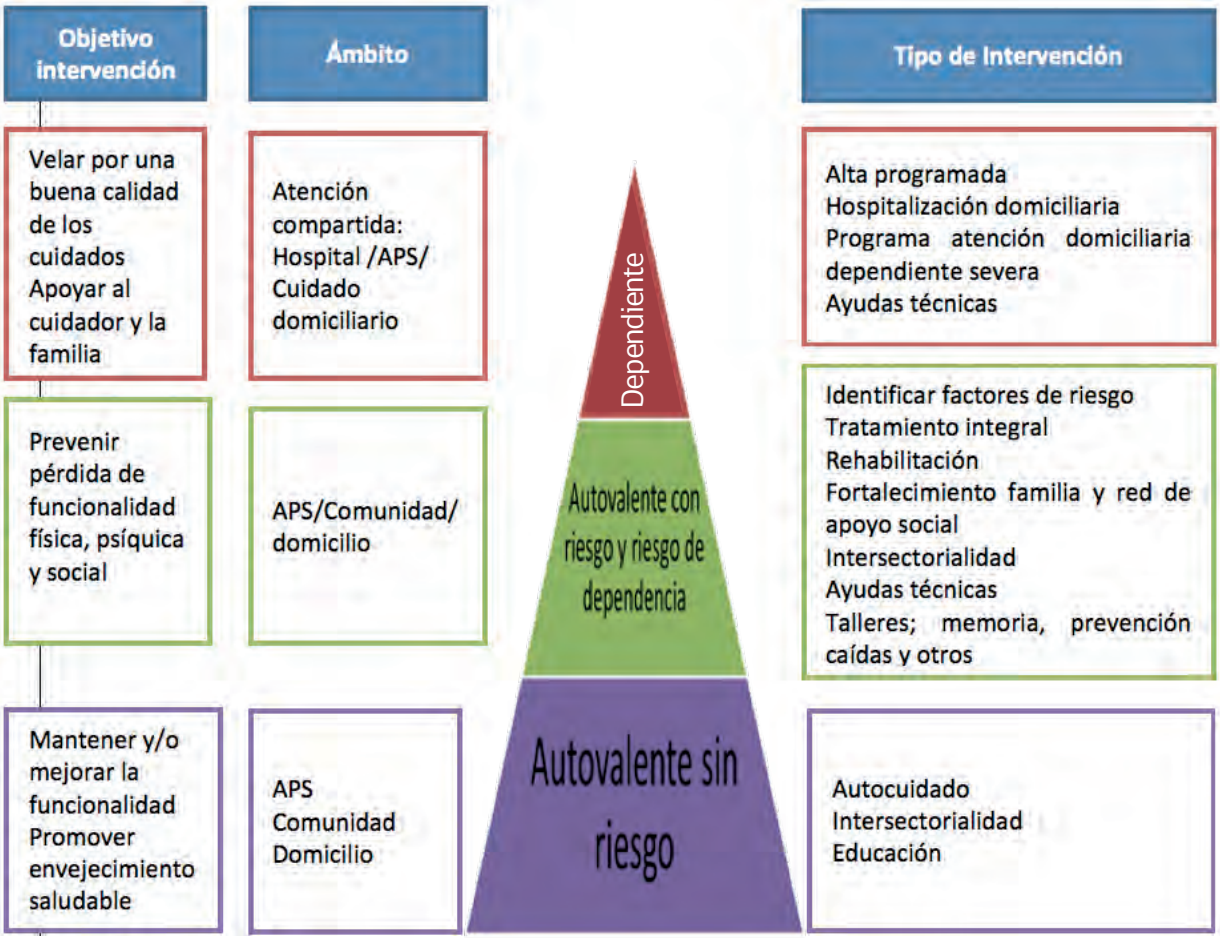


1.1 ATENCIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN FUNCIONALIDAD

La clasificación según funcionalidad de las personas adultas mayores, permite planificar acciones específicas para cada grupo focalizando en aquellos de riesgo, lo cual permite organizar los recursos humanos y materiales de los establecimientos de Atención Primaria.

Para ello resulta prioritario que el equipo de salud, identifique su población en cada segmento, conozca las prestaciones a las que toda persona adulta mayor tiene derecho y establezca un plan de atención conforme dicha clasificación (ver figura 3).

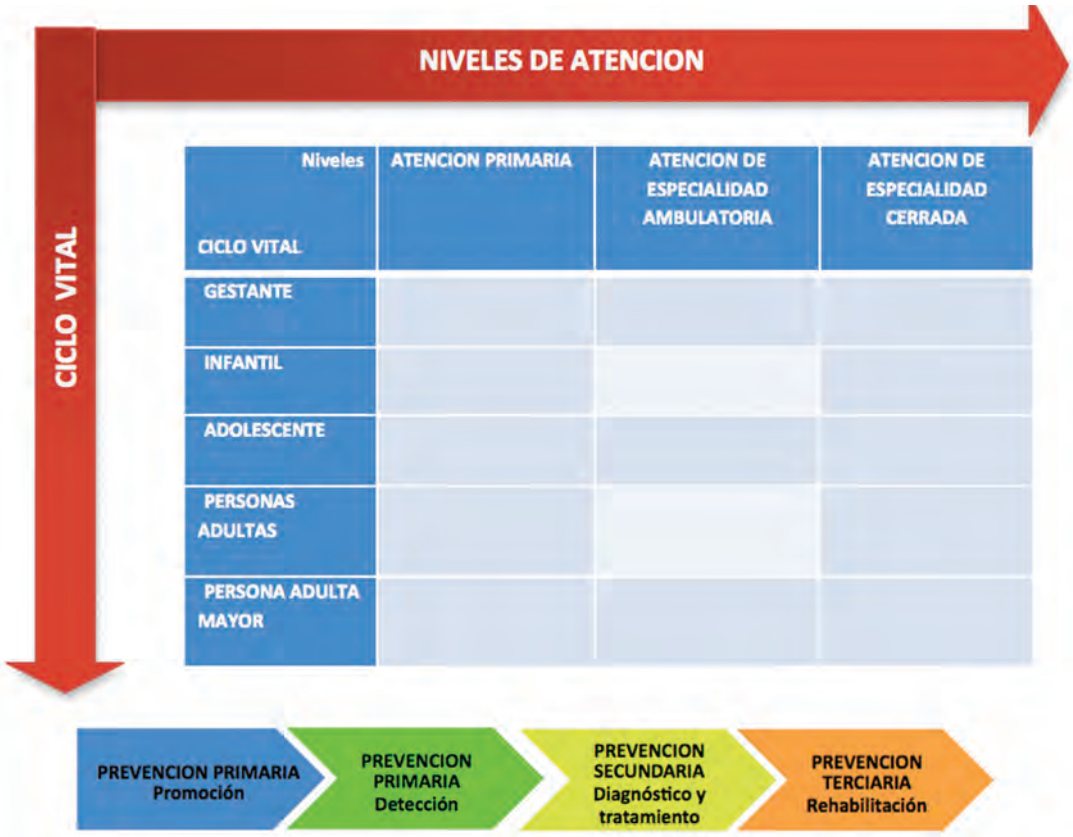
Figura 3. Condición de funcionalidad y tipo de intervención



Los niveles de intervención que la atención primaria aborda, van desde la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud y están orientados a estrategias específicas conforme el nivel de funcionalidad de la persona adulta mayor. Las estrategias que dan respuesta a los objetivos planteados según los niveles de intervención, es lo que se operacionaliza a través de las prestaciones del Plan de atención, el cual se revisará más adelante.

Por lo tanto, el proceso de atención de las personas adultas mayores, debe permitir que éstas reciban un continuo de servicios a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida.

Figura 4. Programación por niveles de atención y ciclo vital



1.2. ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES CON PATOLOGÍA CRÓNICA

Los principales problemas de salud en la población chilena son las enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, cánceres, diabetes, respiratorias crónicas, osteomusculares, dentales y mentales. La mayoría de ellas (80%) son evitables, reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo.

Asimismo, como se mencionó en los antecedentes epidemiológicos la mayoría de las patologías cardiovasculares, se concentran en el grupo de 65 y más años para ambos sexos, llegando a un 75% en la Hipertensión y un 26% en la Diabetes Tipo 2.

En este marco, se releva la importancia de asegurar una valoración integral a las personas de 65 años y más evitando la fragmentación producida por una atención desde los programas, perdiendo con ello a la persona como eje central del proceso de atención. Esto implica un desafío para la organización del centro de salud así como para los equipos de salud de gestionar los procesos de atención en convergencia hacia la persona destinataria de ellos. Ello es reforzado en las Orientaciones para la planificación y programación en red (MINSAL, 2013), y particularmente en la población de personas adultas mayores apoyan el abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, a fin de consolidar la atención con una mirada de Integralidad, de mayor resolutividad y de satisfacción usuaria, en donde el eje que ordena la atención son las personas. Por esto, se recomienda que:

- Cada equipo de sector identifique su población adulta mayor a cargo; con EMPAM vigente (últimos 12 meses) y controles de crónicos vigentes, a fin de generar acciones de mejora de dichas coberturas.
- Cada profesional al ingreso y en cada control de las personas adultas mayores con patología crónica evalúe la vigencia del EMPAM y derive según corresponda.
- Considerando que muchas de las variables del control cardiovascular están incluidas dentro del EMPAM, en el caso de que el paciente no tenga EMPAM vigente, se debe procurar que la próxima citación al control cardiovascular (de no tener tiempo en el momento) se realice contemplando el suficiente tiempo para integrar ambas actividades.
- Sea el mismo profesional el responsable de la coordinación de ambos controles, dado que la mayoría de la población bajo control en salud cardiovascular son personas adultas mayores. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.
- Capacitación permanente al equipo de APS en estrategias de compensación de las personas adultas mayores con enfermedades crónicas y a los médicos en insulinización de personas con diabetes, entre otros.
- Efectuar seguimiento a las capacitaciones realizadas, a fin de valorar la incorporación de los conocimientos técnicos adquiridos, en la práctica.

2.- DESCRIPCIÓN OPERACIONAL

2.1 Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud de la persona adulta mayor es la funcionalidad. El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, sitúa a este indicador como su nodo central, en donde a través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, que a su vez deben ser incorporados en el plan de atención a fin de generar acciones sobre ellos (Ver Anexo 1).

Los objetivos del examen son:

- Evaluar la salud integral y la funcionalidad de la persona adulta mayor
- Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad
- Elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Población objetivo: Personas de ambos sexos de 65 años y más, beneficiarias del sistema público de salud.

Ejecutor: Profesional de salud debidamente capacitado[3] (médico, enfermera, kinesiólogo, nutricionista y matrona). En zonas rurales podrá además ser realizado por técnico paramédico de nivel superior capacitado, el cual deberá ser supervisado en la elaboración del plan de atención por un profesional a cargo.

Rendimiento: 60 min.

Periodicidad: anual.

[3] Se entiende por "debidamente capacitado" a toda capacitación formal en geriatría y gerontología certificada por Servicio de Salud (SS), Ministerio de Salud (MINSAL) y/o Universidades.

Las prestaciones que incluye son: todas las del "Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 15 y más años", agregando la Evaluación de Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM). Además de los principales factores de riesgo a ser detectados en la población adulta mayor, los cuales se detallan a continuación.

El EMPAM, incorpora:

1. Mediciones: Signos vitales, antropometría

2. Antecedentes: Actividad física, vacunas, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), patologías y terapia farmacológica

3. Evaluación Funcional
   a. EFAM (evaluación de la funcionalidad parte A, B, MMSE abreviado), ver anexo 2.
   b. Índice de Barthel para evaluación de dependencia, ver anexo 3.
   c. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, ver anexo 4.
   d. Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (del informante), Ver anexo 5.
   e. Minimental Extendido (MMSE extendido o Test de Folstein- Lobo), ver anexo 7.

4. Riesgo de caídas

5. Identificación de redes

6. Sospecha de maltrato

7. Exámenes anuales

8. Adicciones

9. Plan de atención y seguimiento

Para una descripción detallada del EMPAM revisar apartado 3

2.2 PLAN DE ATENCIÓN

El Plan de atención son las acciones a realizar con la persona adulta mayor en la red de salud, familias y comunidades, de acuerdo a los factores de riesgo detectados en el EMPAM, el cual considera: mediciones de signos vitales y antropometría, actividad física, vacunas, diagnósticos, fármacos que consume la persona mayor, aplicación del EFAM, del Índice de Barthel, Yesavage, Escala de Pfeffer, riesgo de caídas, identificaciones de redes, sospecha de maltrato, resultados de exámenes, y la presencia de adicciones.

En la pauta del EMPAM se han descrito las alternativas para determinar el plan de atención según condición de funcionalidad y las conductas a seguir en cada una de ellas. Cada profesional deberá sólo marcar con una X la opción correspondiente, a fin de optimizar su tiempo. Por otra parte, en la pauta también se debe registrar el plan de atención a determinar según otras condiciones de riesgo pesquisadas en el EMPAM.

Los resultados deben ser integrados a la historia clínica (manual o electrónica) y es necesario que cada profesional que atiende a la persona adulta mayor, conozca los datos allí contenidos para que no vuelva apreguntar lo mismo y por otro lado puedan ser utilizados en su diagnóstico específico.

Dichos resultados del EMPAM determinarán la periodicidad del seguimiento de la persona adulta mayor por parte del equipo de salud, en donde:

- Todas las personas adultas mayores deben realizarse anualmente el EMPAM.
- Las personas que resulten en la aplicación del EMPAM como autovalente con riesgo y riesgo de dependencia, serán evaluadas con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM, conforme el riesgo detectado.

Como una forma de orientar la planificación del cuidado por parte del equipo de salud, se enumeran las acciones que contempla el Plan de Salud Familiar vigente en Atención Primaria para las personas adultas mayores (Ver Anexo 6).

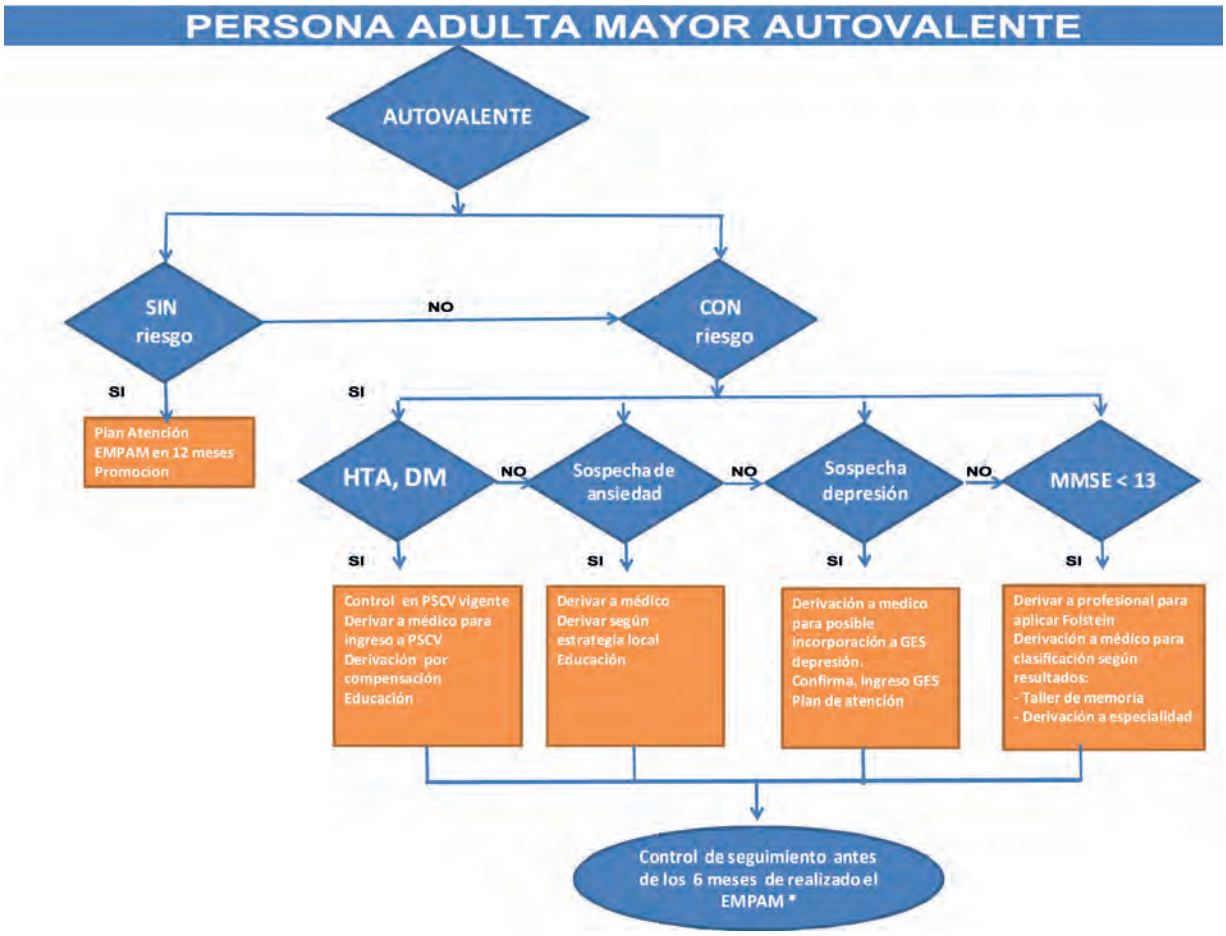
2.2.1 Plan de atención según condición de funcionalidad

Autovalente sin riesgo: En esta etapa se debe considerar un plan de atención, con enfoque promocional y preventivo, considerando la evaluación anual a través del EMPAM (ver flujograma 5).

Autovalente con riesgo: En esta etapa el plan de atención considera lo siguiente: (ver flujograma 5)

- Patologías de HTA-DM2, verificar si cuenta con control de salud cardiovascular vigente, de no ser así, derivar a médico para su ingreso al programa de salud cardiovascular y educación.
- Si el resultado del test de Yesavage es positivo, derivar a médico para posible diagnóstico de depresión e ingreso GES.
- Minimental abreviado (MMSE) <a 13, derivar a profesional capacitado para aplicar MMSE Folstein extendido (ver anexo 7), con los resultados derivar a médico para determinar deterioro cognitivo leve con/sin riesgo de demencia o demencia. Derivar a talleres de memoria y/o a nivel secundario a especialidad de Neurología o Geriatría para confirmación diagnóstica.
- Las personas adultas mayores autovalentes con riesgo deben tener control de seguimiento de su condición de riesgo antes de los seis meses de realizado el EMPAM.

Figura 5. Flujograma Plan de atención de la persona adulta mayor autovalente según condición de funcionalidad. (EFAM)



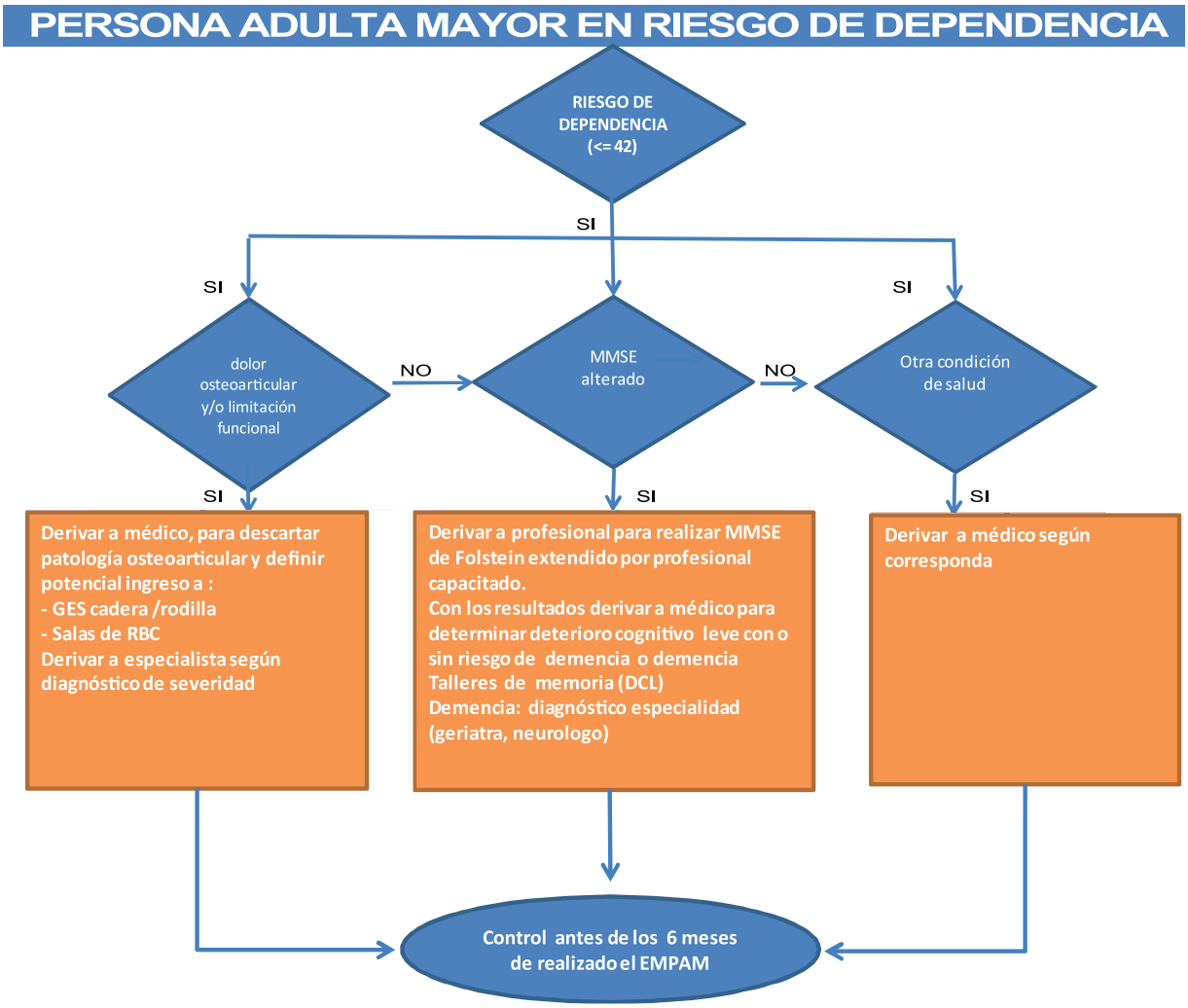
*Es un control de seguimiento que aborda en forma integral todas las condiciones de riesgo de la persona adulta mayor

En riesgo de dependencia: En esta etapa el plan de atención considera lo siguiente: (ver flujograma 6)

- Si la persona adulta mayor presenta sintomatología de limitación funcional y/o dolores osteoarticulares, derivar a médico para diagnóstico de patología osteoarticular y para realizar diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos que incidan en la función articular y muscular que puedan llevar a la pérdida de la funcionalidad física . Este procedimiento define potencial ingreso a Garantías Explícitas en Salud (GES) de cadera/rodilla, a salas de rehabilitación con base comunitaria y derivación a nivel secundario según diagnóstico de severidad.

- Si el MMSE está alterado, derivar a profesional para realizar MMSE de Folstein extendido y con los resultados derivar a médico para determinar deterioro cognitivo leve con/sin riesgo de demencia o demencia. Derivar a talleres de memoria y/o a nivel secundario a especialidad de Neurología o Geriatría para confirmación diagnóstica.
- Si se observa otra condición alterada de salud, derivar a médico según corresponda.
- Las personas adultas mayores en riesgo de dependencia deben tener control de seguimiento de su condición de riesgo antes de los seis meses de realizado el EMPAM.

Figura 6. Flujograma Plan de atención de persona adulta mayor en riesgo de dependencia según condición de funcionalidad (EFAM)

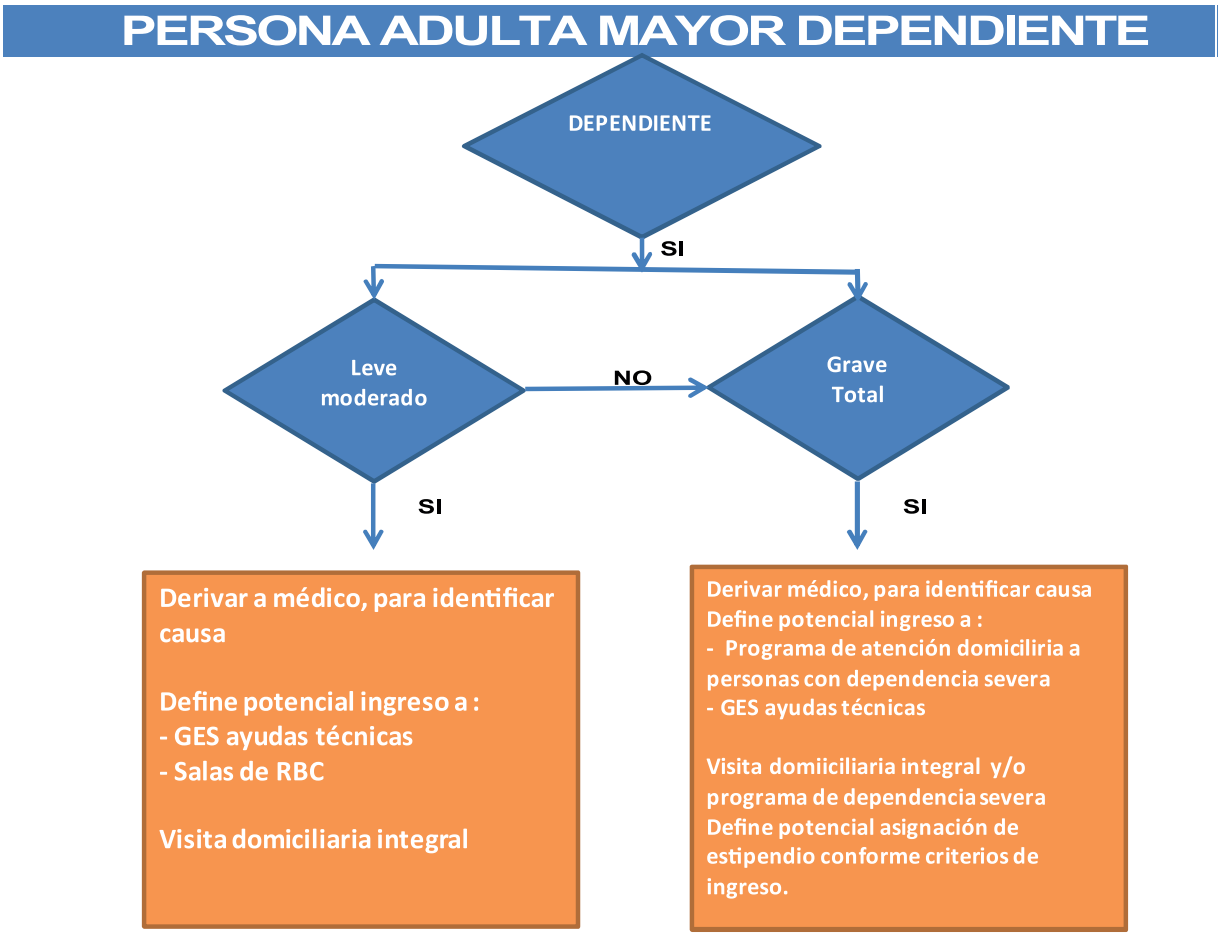


Las personas de 65 años y más dependientes: El plan de atención considera (ver Flujograma7)

- Si la persona adulta mayor es clasificada como dependiente leve/moderada, derivar a médico para identificar causa y definir potencial ingreso a: Garantías explícitas en Salud de ayudas técnicas (Ortesis), a Salas de Rehabilitación con base comunitaria y visita domiciliaria integral.

- Si la persona adulta mayor es clasificada como dependiente grave/total, derivar a médico para identificar causa y definir potencial ingreso a programa de atención domiciliaria de personas con dependencia severa según criterios de inclusión de dicho programa, Garantías Explícitas en Salud ayudas técnicas (Ortesis), y visita domiciliaria integral.

Figura7. Flujograma Plan de atención de persona adulta mayor dependiente según condición de funcionalidad.



2.2.2 Plan de atención según otras condiciones pesquisadas según EMPAM

Condición pesquisada	Plan de atención; acción a realizar
ITEM I MEDICIONES	
Presión arterial: Alterada valores = o > 140/90 mmhg	Derivar a sector correspondiente para realizar perfil de P/A, al menos 2 mediciones en dos días distintos con técnica estandarizada, para confirmar o descartar el diagnóstico de HTA (más de 20/10 mmhg de diferencia) Además, P/A > o = 180/100 se refiere en forma inmediata a PSCV(HTA-GES)
Pulso: Alterado: SI	Derivar a médico
Talla-Peso-IMC-CC: Alterado: SI - NO	Derivar a nutricionista para evaluación y seguimiento del estado nutricional.
Pérdida de peso en los últimos seis meses:	Derivar a médico para evaluación clínica, estudio, determinar etiología.
ITEM II ANTECEDENTES	
Actividad física a los menos 30 minutos 3 veces por semana	Si la respuesta es **NO** -Recomendar actividad física, derivar a espacios en donde se realice actividad física y/o gimnasio según redes.
Vacunas influenza y neumocócica: Si no se aplicaron	Consejería y derivar a vacunatorio según PNI.
PACAM: Retiran en forma regular los alimentos del PACAM, según corresponda.	Si no se retiraron: Dar consejería y derivar para retiro de PACAM En el caso de ser beneficiario verificar si retiró.
Incontinencia urinaria: pérdida involuntaria de orina en los últimos 6 meses y que no haya sido evaluada	Derivar a médico para evaluación clínica y estudio posterior para determinar etiología.
Estreñimiento o algún cambio en la frecuencia o aspecto de sus deposiciones que no haya sido evaluado	Evaluar hábitos de alimentación y derivar a médico para evaluación clínica y estudio posterior para determinar etiología.
Problemas de visión que no hayan sido evaluados en el último año.	Derivar a médico de APS para referir a especialidad de oftalmología. Evaluar e indicar tratamiento de presbicia si lo requiere.
Problemas de audición que no hayan sido evaluados en el último año:	Derivar a médico de APS para referir a especialidad de otorrinolaringología.

Patologías cardíacas: SI	Derivar a médico, el cual evalúa y realiza estudio y deriva a PSCV o especialidad sí corresponde.
Patologías del aparato respiratorio: SI	Derivar a sala de Enfermedades Respiratoria del adulto para estudio y derivación a médico para, ingreso o derivación a especialidad según corresponda.
Patologías del aparato renal: SI	Derivar a programa de salud cardiovascular para control, ingreso o derivación nivel secundario según corresponda.
Patologías del sistema nervioso: SI	Derivar a médico de APS para evaluar o referir a especialidad según corresponda.
Patologías salud mental: SI	Derivar a médico o equipo multidisciplinario conforme flujos de derivación local para continuidad de controles, con tratamiento en APS o derivación a especialidad según corresponda.
Patologías osteoarticulares: SI	Derivar a médico en APS o nivel secundario para diagnóstico etiológico, tratamiento, evaluar uso de ayudas técnicas y/o derivación a kinesiología sala de rehabilitación comunitaria.
Otras patologías: SI	Derivación a médico en APS, según corresponda.
Terapia farmacológica: Polifarmacia (5 o más fármacos): SI	Derivar a médico para revaluación de tratamiento farmacológico.
ITEM IV RIESGO DE CAÍDAS	
Según resultados de estación unipodal alterado: menor o igual a 4 segundos; y timed up and go: tiempo mayor a 11 segundos, es considerada con riesgo de caídas, si tiene ambas pruebas alteradas. Si el/la paciente han presentó dos o más caídas en el último año, inestabilidad o problemas del equilibrio al caminar, problemas de dolor articular que afectan su vida diaria y que no estén en control por su médico de APS en el último año.	Debe referirse a médico y taller de prevención de caídas en APS. Si además presenta: Deterioro de la visión, Uso de benzodiazepinas u otros sedantes e Ingesta de más de 4 fármacos al día (diuréticos, antihipertensivos, etc.) constituye una urgencia Es importante derivar a médico para estudio, confirmación diagnóstica, evaluación de uso de ayudas técnicas, tratamiento o derivación a especialidad según sea el caso.
ITEM V IDENTIFICACIÓN DE REDES	
Si el/la paciente tiene problemas de salud, Red deficiente o alguna otra dificultad de apoyo.	Si la respuesta es **SI**→Derivar a evaluación por asistente social.

ITEM VI SOSPECHA DE MALTRATO	
Al realizar la evaluación el o a la paciente se debe investigar si existe sospecha de maltrato es así como: alguien le ha causado daño físico, psicológico o emocional, económico, negligencia o abandono en forma reiterada en el último año.	Si la respuesta es **SI** Derivar a médico, asistente social, para realizar visita a la persona adulta mayor Si el equipo llega a definir una sospecha de maltrato se debe, además de registrar en el tarjetero o ficha electrónica, contactar en el Municipio, al encargado/a de la Oficina del Adulto Mayor.
ITEM VII EXAMENES ANUALES	
VDRL (+) Solamente según factor de riesgo.	VDRL (+) Tratar de acuerdo a normativa vigente del Programa de Infección de Transmisión Sexual (ITS) y derivar a centro de especialidad de ITS según requerimiento
VIH (+)	VIH (+) derivar a centro infectología VIH
¿Ha tenido tos productiva por más de 15 días? Baciloscopía: (+)	Si la respuesta es **SI** se solicita BK (Primera muestra de inmediato y entrega de 2ª caja). Derivar según normativa local a programa de tuberculosis del centro de salud.
Colesterol Total > o = 200 mg/dl	Colesterol total > o = 200 mg/dl confirma con perfil lipídico y derivar a médico para tratamiento y derivación según corresponda.
Glicemia ≥126 mg/dl	Solicitar glicemia en ayunas y derivar a médico según normativa GES.
Glicemia 100-125 mg/dl	Solicitar test tolerancia a la glucosa y derivar según normativa GES.
ITEM VIII ADICCIONES	
Tabaco: SI	Realizar consejería breve anti tabáquica
ALCOHOL: Cuestionario AUDIT con puntaje mayor a 7 puntos	Derivar a médico para estudio con exámenes de laboratorio (GGT), tratamiento e ingreso a programa existente según normativa.

2.3 PLAN DE SEGUIMIENTO

El plan de seguimiento es una de las tareas fundamentales del equipo de salud que permitirá responder rápidamente a los cambios clínicos encontrados en la atención y evolución de la persona adulta mayor, permitiendo a futuro en las siguientes atenciones de salud disminuir, mantener, aumentar o suprimir la prestación de los servicios de salud otorgados según sea necesario.

Ello implica por parte del equipo de salud, monitorear las condiciones pesquisadas en el EMPAM y su posterior derivación y/o referencia a diferentes niveles de atención en la red de salud. En aquellos casos en que se genere una derivación o referencia a otro profesional del centro o nivel de atención en la red asistencial, se debe obtener una contra referencia con plan de atención indicado por profesional correspondiente, la cual debe ser ingresada en la ficha clínica o registro clínico electrónico (ficha electrónica), según corresponda a fin de tener un mejor control del paciente, por todo el equipo de salud en APS. Para ello se requiere generar los mecanismos de gestión necesarios que permitan la continuidad de atención y cuidados de las personas adultas mayores.

Consultas: Se entiende como aquellas atenciones de salud derivadas del EMPAM y registradas en el plan de atención que el profesional requiera de evaluar conforme la condición de riesgo pesquisada en el EMPAM.

Ejecutor: Es el/la profesional pertinente conforme la condición requerida de evaluación.

Periodicidad: Depende de la condición pesquisada y del plan de atención elaborado.

Rendimiento: 20 Minutos.

Control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia: se entiende como aquella atención entregada por un/una profesional del equipo de salud en la que se evalúa el impacto en el tiempo de las acciones terapéuticas definidas en el plan de atención y, eventualmente, define, en conjunto con la persona en situación de fragilidad y/o la familia, ajustes en lo planificado para obtener los objetivos terapéuticos acordados. Para ello se requiere la aplicación del EFAM y la evaluación de la condición de riesgo pesquisada.

Ejecutor: Profesional del equipo de salud, preferentemente el/la profesional que realizó el EMPAM

Periodicidad: con anterioridad a los seis meses de realizado el EMPAM.

Rendimiento: 20 Minutos.

Revisar anexo 8

2.4 OTRAS ACTIVIDADES

2. 4.1 Visita Domiciliaria

Otra herramienta de crucial importancia lo constituye la visita domiciliaria Integral (VDI):

- En personas mayores con condición de riesgo
- En personas mayores dependientes, con el objetivo apoyar y velar por la calidad de los cuidados, entregar información al cuidador y la familia en general. La actividad a realizar en el hogar es el control de salud. Este control incluye: estado de piel, higiene, alimentación, movilización, recreación, socialización, toma de fármacos, hidratación, continencia urinaria y fecal, entorno familiar y redes de apoyo.

Por otro lado, uno de los objetivos transversales de la VDI es acercar a las personas a los recursos que su comunidad ofrece y fomentar la participación comunitaria. Por lo tanto, es de gran importancia que el equipo de salud cuente con información concreta sobre la oferta de servicios tanto del sector salud como otros sectores.

El equipo de profesionales y técnicos de salud que realizan visitas domiciliarias tienen la oportunidad de introducirse en la vida de familias de personas mayores que viven en situaciones de vulnerabilidad. El cambio del contexto de la entrega de servicios hacia el domicilio implica la consideración de nuevos aspectos en las características de la relación que contribuyan al éxito de la visita domiciliaria, algunos de éstos son:

- La VDI debe realizarse con el acuerdo explícito de las familias, no basta realizar una buena planificación de la fecha, hora, y contenidos, sino que se debe asegurar que la familia a quién se visite, esté de acuerdo con ser visitada. Para esto se requiere que al inicio de la visita, se explicite el interés por parte del equipo de salud en ofrecer esta atención por alguna preocupación de la persona adulta mayor, para lo cual se debe firmar un Consentimiento Informado. Se recomienda elaborar conforme realidad local protocolo de visita domiciliaria integral.

- Consideraciones de la relación profesional: la calidad de la relación profesional y humana que construyan estos equipos con las familias es una de las herramientas más poderosa al momento de apoyarlas y motivar para un cambio. Las relaciones exitosas con las familias a las cuales se les realizará la visita domiciliaria deberán basarse en el respeto mutuo, la confianza, la aceptación, la flexibilidad y la conciencia en las diferencias culturales.

- La confidencialidad de la información es una de las bases para el establecimiento de una relación de confianza y se debe explicitar para fomentar la calidad de la relación. Es conveniente indicar la necesidad de un registro escrito de algunos aspectos de la VDI, cuya información queda en la ficha familiar. El único motivo para no cumplir la indicación de confidencialidad es la existencia de indicadores de riesgo vital y formas graves de maltrato o negligencia.

- La VDI debe contener objetivos específicos o temáticos a trabajar que sean claros para la persona mayor, familia y/o cuidadores/as.

- Un aspecto fundamental es que el equipo profesional tenga la flexibilidad y competencia para poder responder ante eventuales situaciones de crisis familiares inesperadas, en el momento de visitar el hogar. Duelos, conflictos, VIF, cesantía, son situaciones impredecibles que podrían implicar una reorganización en los objetivos pre programados a favor de ofrecer una atención adecuada y contingente. Para esto es necesario conocer el modelo de intervención en crisis, que se puede aplicar en varias temáticas y tener el catastro actualizado de la oferta de servicios de su comunidad.

2. 4.2 Reuniones de equipo de sector

Una herramienta crucial para un buen manejo de aquellas personas adultas mayores que presentan complejidad, lo constituye la reunión clínica, donde cada profesional aporta su mirada específica a la comprensión integral del caso.

El objetivo de esta actividad es que quienes integran el equipo de salud que atienden personas mayores autovalentes con riesgo, en riesgo de dependencia y dependientes analicen a aquellos/as pacientes que a pesar del tratamiento persisten descompensados y elaboren una estrategia común de manejo integral para evitar la pérdida de funcionalidad y (Ver anexo 9).

2.4.3 Programación anual

La programación anual incluye las estrategias que permiten lograr los objetivos planteados (priorizados). Para ello el equipo de salud en conjunto con cada referente técnico de la salud de personas adultas mayores realiza anualmente la programación de actividades para la atención de estas personas, basándose en las orientaciones programáticas emanadas desde MINSAL, en la condición de funcionalidad de su población a cargo (ver figura 2 y 3), entre otros.

2.4.4 Sistema de registros

La rápida y constante evolución de la tecnología, ha permitido desarrollar diversas herramientas que facilitan el control y gestión digital de los datos clínicos de una persona, es en este contexto, de constante progreso en pos de una óptima, oportuna y ágil atención a la persona adulta mayor, que se han incrementado progresivamente los centros de salud primario que cuentan con registro clínico electrónico (RCE).

- Tarjetón; El uso de tarjetón permite una gestión ordenada de la población de 65 años y más bajo control (ver anexo 10 y 11), facilitando mantener registros actualizados de dicha población, organizándose a través de un tarjetero (ver anexo 12). Sin embargo, en aquellos centros donde no exista tarjetero el sistema informático debe permitir identificar de forma expedita a las personas adultas mayores según su funcionalidad, riesgos u otras características necesarias para un correcto conocimiento de la población bajo control.

- Carné de las personas adultas mayores: En esta orientación se recomienda un carné único de la personas adultas mayores, que cumpla con el objetivo de servir de puente entre la información registrada por el equipo de salud en la red asistencial y la necesidad de estas personas mayores, cuidadores/as y/o familia de conocer aspectos importantes para el cuidado de su salud (ver anexo 13).

3.- Instructivo descripción del EMPAM

Este examen incluye los siguientes indicadores de valoración de las condiciones de salud de la persona adulta mayor: (ver anexo1)

3.1. Mediciones

3.1.1 Presión arterial: se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140mmHg de PA sistólica o 90mmHg de PA diastólica. Se solicita controlar presión arterial a los pacientes primero sentados, y luego de pie, habiendo transcurrido 3 minutos entre una toma y la siguiente, con el objetivo de diagnosticar sospecha de hipotensión ortostática.

3.1.2 Pulso: se solicita controlar pulso manual, para detectar posibles alteraciones de ritmo, frecuencia y amplitud. Recordando que de obtener un pulso irregular el control de frecuencia cardíaca mediante uso de saturómetro queda invalidado.

3.1.3 Peso: Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra baja de peso >5% en los últimos seis meses, involuntaria, se debe derivar a médico. La baja de peso puede constituir una señal de enfermedad o puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo, presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recursos económicos o limitaciones funcionales, por ejemplo incapacidad de salir a comprar o preparar el alimento.

3.1.4 Talla: realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, tener presente que la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

3.1.5 Índice de Masa Corporal (IMC) adaptado a la población adulta mayor chilena:

Tabla nº1: Índice de masa corporal, adaptado a la población adulta mayor chilena

ESTADO DE NUTRICION	INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)
Enflaquecido /a	Menor de 23,0
Normal	23,1 a 27,9
Sobrepeso	28 a 31,9
Obeso	32 o más

Fuente: Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, MINSAL, 2008

3.1.6 Circunferencia de cintura: Factor de Riesgo Cardiovascular, es un método simple para describir la distribución de tejido adiposo e intra abdominal. Se mide el perímetro inmediatamente sobre el borde superior de la cresta ilíaca (aproximadamente a la altura del ombligo). La medida se registra en centímetros.

Tabla nº2: Circunferencia de cintura

MUJER	HOMBRE
Riesgo ≥88 centímetros	Riesgo ≥102 centímetros

Fuente: Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, MINSAL, 2008

3.2. Antecedentes

3.2.1 Actividad física (WHO, sf)

La actividad física y la práctica de ejercicio físico regular es, un factor protector de la salud funcional de las personas adultas mayores. Constituye una estrategia de intervención eficaz en promoción, prevención y rehabilitación en este grupo etario.

La OMS señala que "La edad no es un obstáculo para la actividad física", enfatizando que" Nunca es tarde para comenzar a hacer ejercicio" (WHO, sf).

El ejercicio físico puede ayudar a prevenir la presencia de patologías crónicas que pueden ser potencialmente incapacitante y que una vez instauradas pueden producir un acortamiento en la esperanza de vida libre de discapacidad al deteriorar en gran medida su funcionalidad tanto física, como psíquica y social, concepto clave de la calidad de vida en la vejez

Por lo tanto, la práctica habitual de ejercicio físico:

- Mejora o mantiene la condición física produciendo efectos fisiológicos benéficos en todas las condiciones de funcionalidad de la persona adulta mayor.
- Tiene efectos favorables sobre el metabolismo.
- Disminuye el riesgo de padecer enfermedades crónicas, e incluso algunos tipos de cáncer.
- Favorece el desarrollo de las actividades de la vida diaria.
- Ayuda a conservar activas funciones cognitivas como la atención y la memoria.
- Favorece el establecimiento de relaciones interpersonales, contribuye al fortalecimiento de redes sociales y sensación de bienestar en general.

Se recomienda que la práctica regular de ejercicio físico en las personas de 65 años y más:

- Tenga una frecuencia de 3 veces por semana con un mínimo de 30 minutos.
- Que considere otros aspectos relacionados con formación en el área gerontológica para la planificación de acuerdo a las condiciones funcionales de las personas adultas mayores.
- Cuando las personas de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual. Por lo tanto, exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea.

Por lo tanto al registrar en el EMPAM si realiza actividad física o no, se considera que la persona adulta mayor la realiza, cuando hace ejercicio con frecuencia mayor a 3 veces por semana y más de 30 minutos cada vez; así como también es importante registrar si la actividad física la realiza en grupo o solo.[4]

Efectos beneficiosos de la actividad física en las personas adultas mayores:

En general, la evidencia demuestra en forma contundente que las personas adultas mayores físicamente activas presentan:

- Menores tasas de mortalidad por causas asociadas a cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebro vasculares, diabetes de tipo 2, cáncer de colon y de mama, y
- depresión, lo que conlleva a un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio, muscular, manteniendo una mejor masa magra y composición corporal.
- Tienen un perfil de biomarcadores favorables para la prevención de enfermedades cardiovasculares, diabetes de tipo 2 y mantención de la salud ósea, ya que fortalece el tejido conectivo y mayor densidad ósea.
- Se registra una mejor salud funcional, menor riesgo de caídas y funciones cognitivas mejor conservadas.

[4] Actividad física: se define como, todo movimiento corporal producido por el sistema músculo esquelético con gasto de energía, abarca a una amplia gama de actividades y movimientos que incluyen las actividades cotidianas, como caminar en forma regular, tareas domésticas, actividades recreativas.
Ejercicio físico: es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes del estado físico. Sedentarismo: se denomina sedentarismo a la no realización de ejercicio físico con una frecuencia menor de 3 veces por semana y menor de 30 minutos cada vez.

3.2.2 VACUNACIÓN

3.2.2.1. Vacunación influenza:

Los antecedentes muestran que infecciones respiratorias agudas graves por influenza, se observan principalmente en los grupos de edades extrema de la vida. El brote pandémico de influenza del año 2009 permitió identificar factores de riesgo para presentar enfermedad grave y morir por esta causa. La tasa de hospitalización fue 6 veces mayor en la persona mayor de 60 años comparado con la población general (Minsal, 2013a)

La influenza es una de las 13 enfermedades objetivo del plan nacional de inmunizaciones de salud de Chile. La estrategia preventiva de vacunación está dirigida a población con alguna condición de riesgo. Y su objetivo es prevenir mortalidad y morbilidad grave en subgrupos de la población, definido por las condiciones biomédicas que se asocian a mayor riesgo de muerte y complicaciones.

Por lo anterior, la vacunación anual anti- influenza en personas adultas de 65 años y más, es uno de los pilares fundamentales de salud pública para el control de la infección y prevenir mortalidad asociada.

La reciente campaña de vacunación año 2013, se ajusta a la recomendación OMS para el Hemisferio Sur, incorporando la vacuna trivalente (A/California/7/2009 (H1N1), A/Victoria/361/2011 (H3N2), B/Wisconsin/1/2010 (27). Dichas recomendaciones se renuevan anualmente, de acuerdo a la realidad epidemiológica que se presente.

La próxima campaña de vacunación año 2014, se ajusta a la recomendación OMS para el Hemisferio Sur, incorporando la vacuna trivalente (A/California/7/2009 (H1N1), A/Texas/50/2012 (H3N2), B/Massachusetts/2/2012. (OMS, http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201309_recommendation.pdf, 2013). Dichas recomendaciones se renuevan anualmente, de acuerdo a la realidad epidemiológica que se presente.

3.2.2.2 Vacunación Neumocócica:

La inmunización con vacuna anti-neumocócica se inició como campaña el año 2007, en conjunto con la vacunación anti-influenza; el grupo objetivo contemplaba a todos los adultos mayores de 75 y más años, población que se fue modificando en las siguientes campañas. El año 2010 fue incorporado en el Decreto de vacunación obligatoria para el adulto mayor de 65 años.

Indicaciones: Personas de 65 años de edad, especialmente quienes viven en instituciones.
La inmunización con vacuna anti-neumocócica también es recomendada a personas mayores de 2 años con alguna enfermedad crónica (diabetes mellitus, bronquitis crónica, insuficiencia respiratoria, insuficiencia cardíaca) y personas inmunocomprometidas (esplenectomizadas, síndrome nefrótico, leucemia, mieloma múltiple).

3.2.3 Programa de Alimentación Complementaria Del Adulto Mayor (PACAM)

El PACAM es un programa de ayuda alimentaria destinado a prevenir y recuperar el daño nutricional en las personas adultas mayores, en cumplimiento de la política de subsidiariedad del Estado de Chile (Norma General Técnica Nº 40 por Resolución Exenta Nº 620 con fecha 4 de Abril del 2001).

Su propósito es contribuir a mantener o mejorar el estado nutricional y la funcionalidad de las personas adultas mayores, como también aminorar las brechas nutricionales y económicas, a fin de mejorar la calidad de vida de éstas. Está destinado a:

- Las personas beneficiarias de FONASA (Ley 18.469) mayores de 70 años;
- Las personas adultas mayores de 65 años que inicien, se encuentren en tratamiento antituberculoso y posterior al alta de tuberculosis.
- Las personas beneficiarias del programa Chile Solidario mayores de 65 años.
- Y las personas adultas mayores de 60 años en convenio con el Hogar de Cristo, que sean atendidas en los establecimientos de Atención Primaria del SNSS (MINSAL, 2011).

Productos que se distribuyen en el Programa:

- Crema años dorados: Alimento instantáneo elaborado en base a cereales, leguminosas o leche, fortificado con vitaminas y minerales. Este producto puede ser consumido como una sopa o papilla caliente. Presentación 4 variedades: arvejas, lentejas, espárragos, verduras, formato de 1 kilo. Medida de 50 gr.
- Bebida Láctea Años Dorados: Producto en polvo con base en leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, reducida en lactosa, baja en grasa total y en sodio. Formato 1 kilo. Medida de 25 gr.

3.2.4 Registro de patologías

En este ítem, debe dejarse registro explícito de la totalidad de los diagnósticos clínicos que él o la paciente presente, independientemente de si estos fueron detectados en el nivel asistencial primario, secundario o terciario del sistema público de salud. También se debe dejar registro de aquellos diagnósticos que potencialmente hayan sido detectados en el sistema privado de salud.

La relevancia de conocer todo ello es vital en el momento de priorizar tratamientos y detectar factores de riesgo en el/la paciente, que permitan un manejo más integral. Para ello deben realizarse explícitamente las siguientes preguntas:

- ¿Ha presentado usted en el último año pérdidas involuntarias de orina, estando despierto y/o durmiendo?
- Siente que presenta dificultades para defecar, como la cantidad de días entre cada evento, dolor al momento de obrar, o presencia de deposiciones duras o caprinas.
- ¿Ha necesitado en el último año el uso de laxantes naturales o no naturales, para facilitar la defecación?
- ¿Se ha realizado en el último mes auto examen de mamas? Es importante reforzar este examen, sobre todo en personas adultas mayores que no se han realizado jamás este examen de salud.
- Consultar sobre su actividad sexual. Según sus respuestas establecer la necesidad de realizar PAP, VIH u otro examen de pesquisa de ITS.

3.2.5 Terapia farmacológica:

La ingesta simultánea de 5 o más medicamentos, de manera crónica (más de 3 semanas), independientemente de si es indicado por un médico o auto medicado(Hazzard & al, 2003), se conoce como Polifarmacia, la cual es un importante síndrome dentro de geriatría.

La polifarmacia es el principal factor de riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), las que se incrementan en forma exponencial con el número de fármacos tomados: 5% si toma uno, a 100% si toma diez o más. También influyen el tipo de fármacos, las dosis empleadas y la duración del tratamiento (Martin A. 2006).Las RAM pueden generar síntomas sugerentes de cualquier estado patológico, como por ejemplo, caídas, alteraciones cognitivas, incontinencia y ortostatismo, impactando enormemente en la capacidad de la persona para el desarrollo de sus actividades de la vida diaria (AVD), convirtiéndose así en una importante fuente de pérdida de funcionalidad, dependencia y disminución de calidad de vida.

Por lo tanto, es de suma importancia, la comunicación entre los grupos de los distintos profesionales que conforman el equipo de salud así como la educación que realicen a las personas adultas mayores, cuidadores o grupo familiar a cargo de estas personas.

En el tratamiento farmacológico de las personas mayores es importante considerar (OPS, 2001):

- Obtener una historia medicamentosa completa incluyendo alergias, reacciones adversas (RAM), uso de fármacos auto-prescritos, complementos nutricionales, medicina alternativa (hierbas u otro), consumo de alcohol, cafeína y condición tabáquica.
- Solicitar a la persona adulta mayor y/o cuidador/a que cada vez que acuda a control lleve todos los medicamentos que utiliza de forma crónica y/u ocasional sin importar su proveniencia.
- Si existen dudas de los medicamentos que la persona adulta mayor está realmente utilizando se debe dejar consignado en ficha y volver a citar a la persona.
- Verificar las dosis y esquemas posológicos, que la persona adulta mayor está tomando actualmente, si coinciden con la indicación médica y en caso contrario reforzar los esquemas de tratamiento con cada persona adulta mayor y/o su cuidador/a.
- Escribir claramente las indicaciones y asegurarse que la persona adulta mayor y/o su cuidador/a las ha entendido. Se puede solicitar que explique su tratamiento para ver si ha comprendido.
- Revisar en cada control, la lista de medicamentos, eliminando aquellos que sean innecesarios o cuyos efectos han sido insuficientes.
- Recordar que se está tratando una persona adulta mayor con todo su entorno y circunstancia y no una patología.

3.3. Evaluación de funcionalidad

3.3.1 Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM- Chile)

EFAM es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad. La aplicación de este permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que se considere autovalente.

No debe aplicarse a las personas adultas mayores que a simple vista están discapacitadas, como por ejemplo a quienes usan silla de ruedas, a quienes sufren secuelas importantes de accidente vascular, personas ciegas. A este grupo se aplica Índice de Barthel.

El EFAM consta de: parte A, y B, y Minimental abreviado (MMSE). Los resultados deben registrarse en los casilleros correspondientes de la ficha. EFAM debe aplicarse una vez al año a las personas con clasificación autovalente sin riesgo y dos veces al año en personas catalogadas como autovalentes con riesgo y aquellos considerados en riesgo de dependencia. El tiempo durante el cual se aplica EFAM, constituye un tiempo valiosísimo para observar a la persona adulta mayor.

El EFAM permite clasificar a las personas de 65 años y más según grado de funcionalidad en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo y en riesgo de dependencia.

EFAM parte A: consta de 9 preguntas.

- Las preguntas 1 a 5, apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción como la ejecución misma de ella.
- Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.
- En la pregunta 6, se aplica test de Minimental abreviado (MMSE abreviado), el cual evalúa la orientación temporal y espacial, memoria a corto plazo, capacidad ejecutiva, memoria a largo plazo y capacidad viso constructiva; consta de 6 preguntas.

El resultado final da un puntaje total de 19 puntos.
Resultado normal es: mayor de 13 puntos.
Resultado alterado es: menor o igual a 13 puntos. En este caso se procede a discriminar aquellos con escolaridad de 10 años aplicándose Folstein extendido por profesional a cargo (ver anexo 7) y cuestionario de actividades funcionales de Pfeffer, del informante (ver anexo 5), en donde se confirma diagnóstico de deterioro cognitivo, o sospecha de demencia.
Aquellos con escolaridad inferior a 10 años, a estos pacientes se les debe aplicar test de Pfeiffer y Reloj el cual se realizará en el nivel secundario por especialista (Se describirá en orientación técnica de demencia en proceso de desarrollo).

- Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior.

Si el puntaje es menor o igual a 42 puntos la persona es calificada en riesgo de dependencia. Debe ser derivada a médico para diagnosticar y tratar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad pesquisados.
Si el puntaje es mayor o igual a 43 puntos la persona es calificada como autovalente.
Si la persona de 65 años y más fue calificada como autovalente, debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre autovalente con o sin riesgo.

EFAM parte B: consta de 6 preguntas.

- Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular
- Las preguntas 3 y 4 se refieren al área cognitiva actual.
- En la pregunta 4, repetir puntaje MMSE abreviado (EFAM parte A, pregunta 6).
- Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.
- Si las preguntas 5 y 6 son afirmativas, se procede a realizar test de Yesavage GDS – 15 (ver anexo 4) y derivar a médico en caso de sospecha diagnóstica de depresión, para confirmar el dg.

La persona mayor califica como autovalente sin riesgo cuando obtiene un puntaje igual o mayor a 46 puntos. Debe ser derivada a acciones de promoción y prevención y control anual con EMPAM. La persona mayor califica como autovalente con riesgo cuando obtiene un puntaje igual o menor a 45 puntos. Debe ser derivada a médico y/o educar para la adherencia al programa que corresponda (ver anexo 2), realizándose control de seguimiento antes de los 6 meses con EFAM.

3.3.2 Índice de Barthel para la Clasificación de Dependencia en la persona adulta mayor.

A aquellas personas de 65 años y más con limitaciones visibles y en los cuales se sospecha limitación para la ejecución actividades básicas de la vida diaria se les aplica Índice de Barthel, éste además es el instrumento que se aplica a quienes asisten al centro de salud y reciben atención domiciliaria

Se utiliza en aquellas personas que ya manifiestan dificultades con las actividades de la vida diaria. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.
La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración.
Condiciones en que se aplica Índice de Barthel:

- Uso de ayuda técnica u órtesis
- Pacientes con dependencia severa.
- Aquellos AM que necesitan ayuda de una persona para recibir la atención del equipo de salud.
- AM con Discapacidad psíquica (Síndrome de Down, demencia, retardo mental etc.).
- Los resultado son:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

3.3.3 Escala de evaluación geriátrica de Yesavage. abreviada (GDS) Screen Depressive Dysfunctions

Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión en personas mayores y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental. Se aplica a la persona de 65 años y más que en el EFAM parte B, pregunta 5 y 6, presenta sospecha de depresión, (anexo 4).
Resultado normal es: 0 – 5 puntos.
Resultado alterado es: mayor o igual a 6 puntos, se derivará a médico para confirmación diagnóstica, e ingreso a GES.

3.3.4 Cuestionario de actividad funcional de Pfeffer

Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente, con miras a determinar si existe compromiso funcional secundario a probable deterioro cognitivo. El resultado del screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6 puntos, (anexo 5), en este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia.
Se aplica al acompañante de la persona adulta mayor que presenta un puntaje menor o igual a 13 puntos en MMSE abreviado.

3.3.5 Mini mental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein:

Es un instrumento de cribado de demencia y de seguimiento evolutivo, desarrollado por Folstein en 1975 para adultos mayores de habla inglesa, y luego validado en español por Lobo en el año 1979.

- El test evalúa a través de 30 preguntas, 5 áreas cognitivas que comprenden: orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción.
- Este instrumento consta de 30 preguntas asociadas a 30 puntos en total.
- Aplicación del Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE, versión original). Estudio realizado en Chile determinó como el punto de corte para un diagnóstico de demencia un puntaje < 21 en el MMSE para la población chilena. (ver anexo 7).

Puntaje Normal	Puntaje Deterioro Cognitivo	Puntaje Demencia
Igual o mayor a 27 puntos	22 a 26 puntos	De 0 a 21 puntos

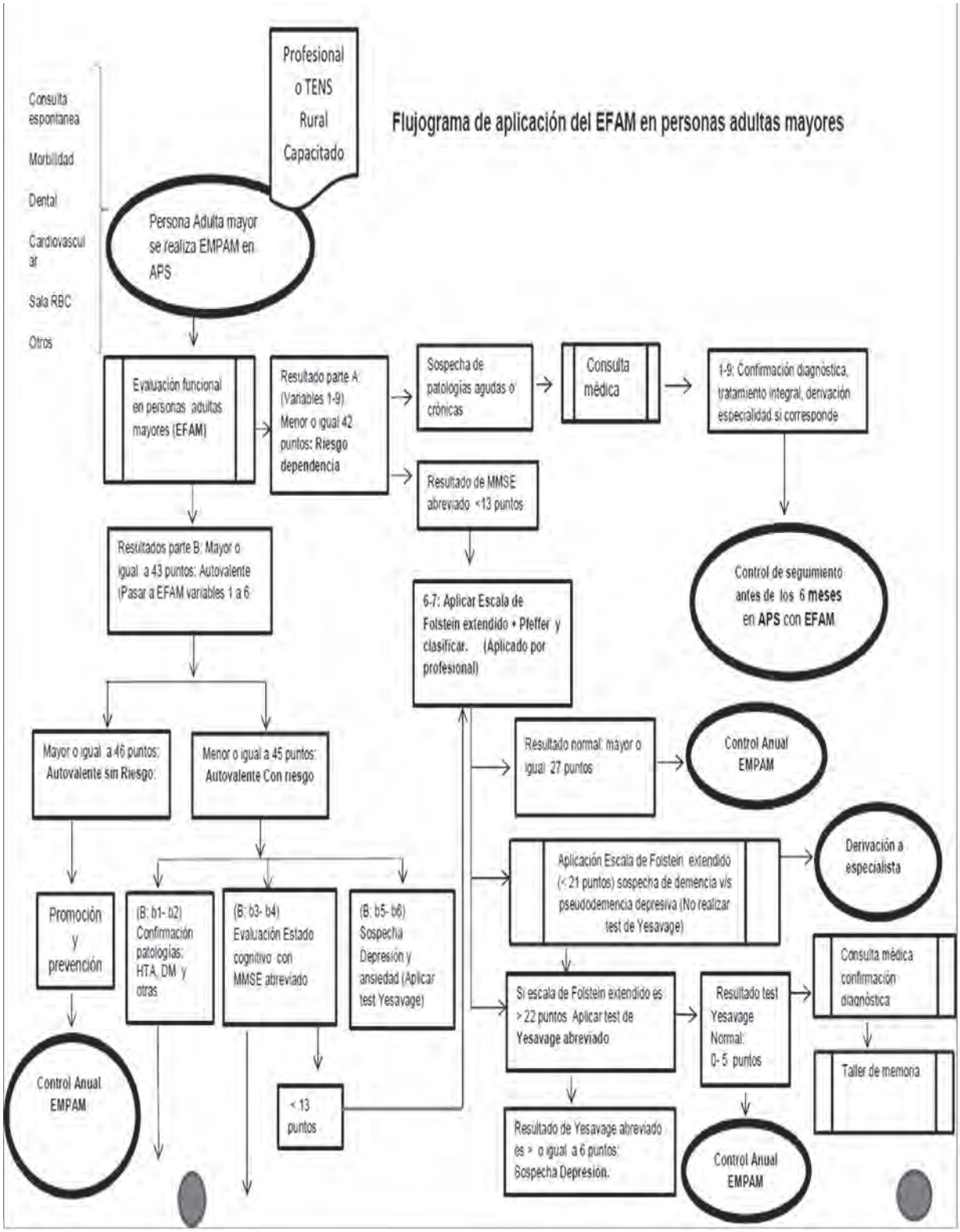
- Resultado: mayor o igual a 27 puntos, se realiza control anual con EMPAM
- Resultado: < a 21 puntos se sospecha de declive cognitivo (No realizar test Yesavage abreviado), derivar a nivel secundario a especialista.
- Resultado: mayor a 22 puntos, se sospecha de deterioro cognitivo y si el resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es cero punto demuestra que no hay compromiso funcional; probablemente estamos frente a un diagnóstico de deterioro cognitivo benigno o asociado a la edad. Debe ser derivado a taller de memoria.
- Resultado: mayor a 22 puntos: se sospecha de deterioro cognitivo y si el resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 1 a 5 puntos probablemente estamos frente a un diagnóstico de deterioro cognitivo leve por lo que el paciente presentará funciones alteradas sin caer aun en la demencia; debe ser derivado a nivel secundario a especialidad.
- El resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer igual o mayor a 6 puntos. En este caso hay que sospechar de deterioro cognitivo y riesgo de demencia.

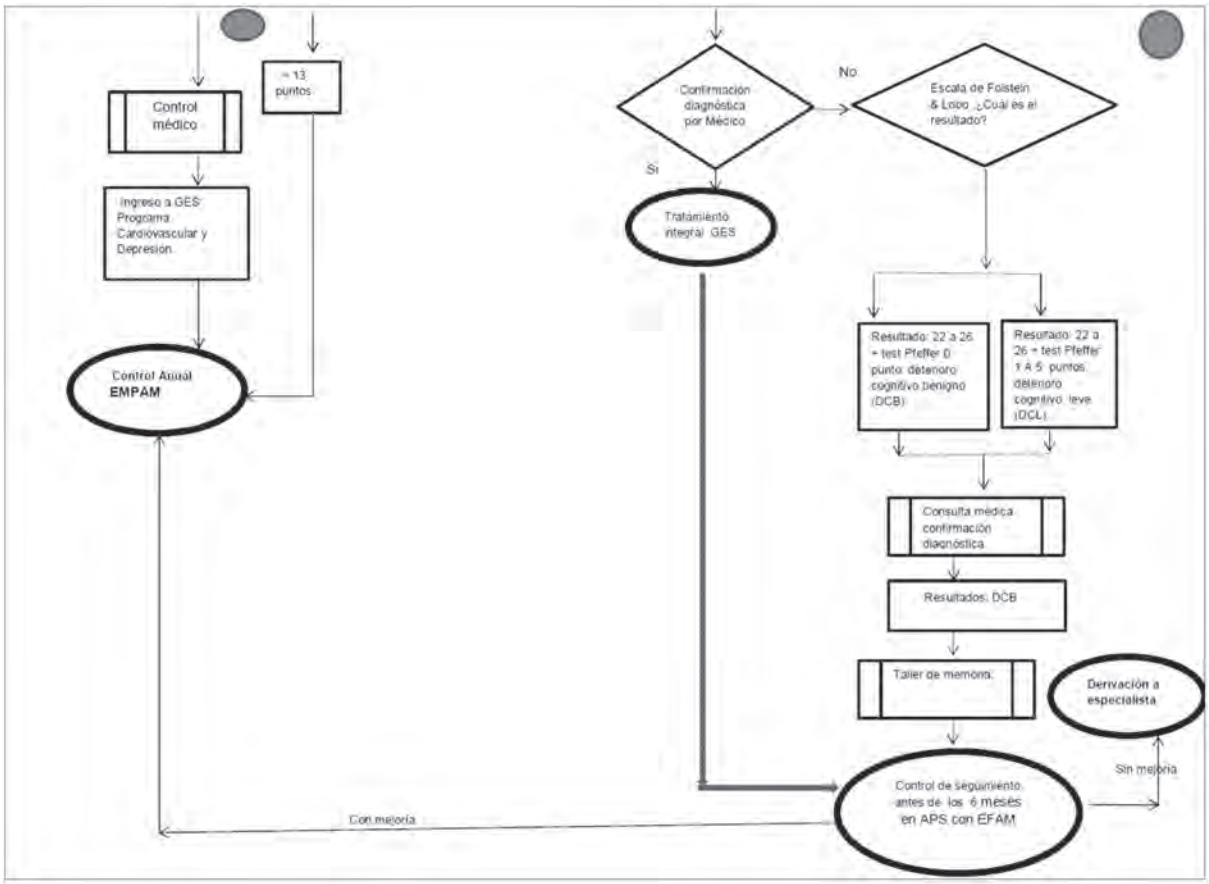
Finalmente se derivarán a talleres de memoria:
Aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 0 punto.

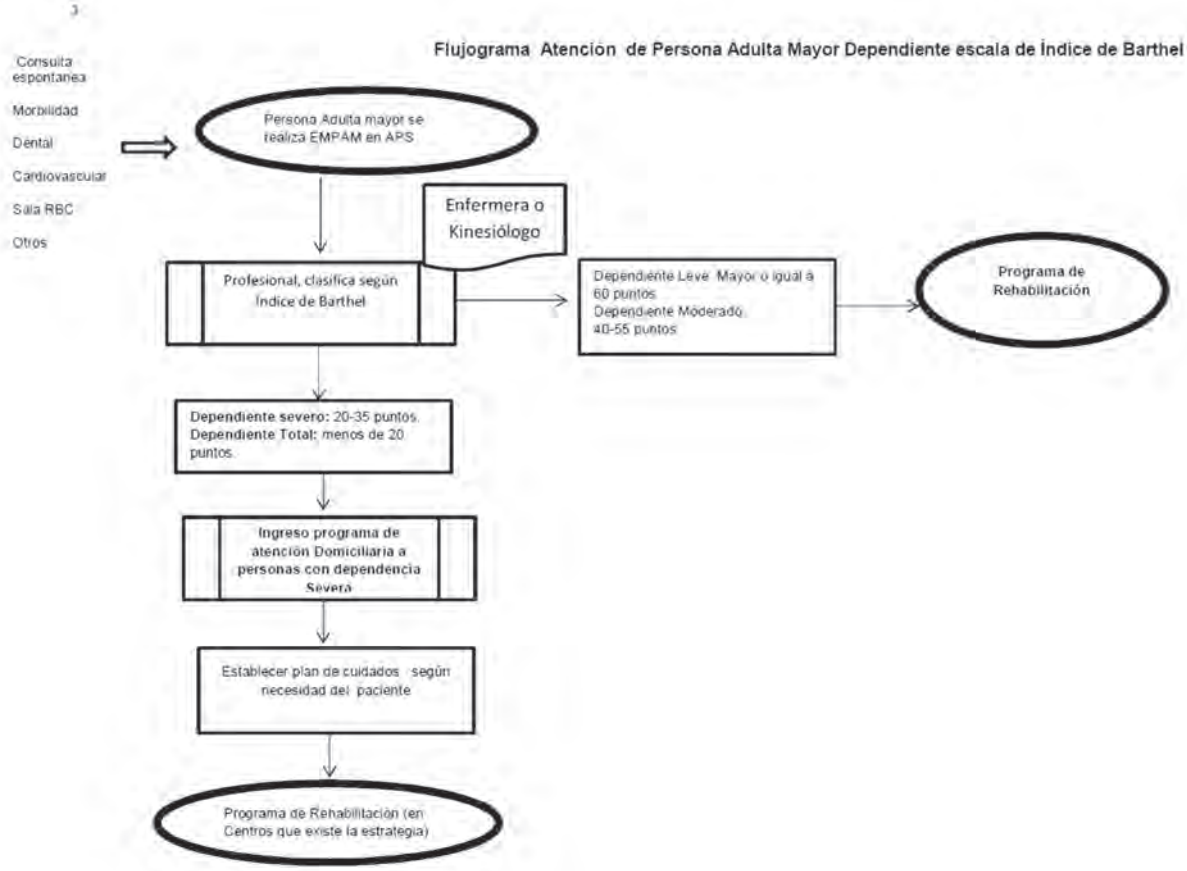
Se derivarán a especialista a aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es 1 a 5 puntos.

Se derivarán a especialista para rehabilitación a aquellos pacientes cuyo resultado del cuestionario de actividad funcional de Pfeffer es igual o mayor a 6 puntos

Flujograma 8: Aplicación del EFAM en personas adultas mayores




Control médico
= 13 puntos
Ingreso a GES Programa Cardiovascular y Depresión
Control Anual EMPAM
Confirmación diagnóstica por Médico
No
Escala de Folstein & Lopez ¿Cuál es el resultado?
Si
Tratamiento integral GES
Resultado: 22 a 26 + test Pfeffer 0 punto deterioro cognitivo benigno (DCB)
Resultado: 22 a 26 + test Pfeffer 1 A 5 puntos deterioro cognitivo leve (DCL)
Consulta médica confirmación diagnóstica
Resultados: DCB
Taller de memoria
Derivación a especialista
Sin mejoría
Control de seguimiento antes de los 6 meses en APS con EFAM
Con mejoría


Flujograma Atención de Persona Adulta Mayor Dependiente escala de Índice de Barthel
Consulta espontanea
Morbilidad
Dental
Cardiovascular
Sala RBC
Otros
Persona Adulta mayor se realiza EMPAM en APS
Enfermera o Kinesiólogo
Profesional, clasifica según Índice de Barthel
Dependiente Leve Mayor o igual a 60 puntos
Dependiente Moderado 40-55 puntos
Programa de Rehabilitación
Dependiente severo: 20-35 puntos
Dependiente Total: menos de 20 puntos
Ingreso programa de atención Domiciliaria a personas con dependencia Severa
Establecer plan de cuidados según necesidad del paciente
Programa de Rehabilitación (en Centros que existe la estrategia)

- La implementación de esta política en la red asistencial se desarrollará en forma progresiva, acorde a los recursos disponibles. Aquellos equipos que cuentan con la capacidad instalada y estrategias en desarrollo se sugiere continuar con este avance y al resto comenzar a planificar su incorporación.
- Se sugiere desarrollar un protocolo de referencia y contrareferencia para el manejo de la sospecha de deterioro cognitivo, acorde a las capacidades instaladas en la red de cada Servicio de Salud (nivel primario y secundario).

3.4. Riesgo de caídas

Para detectar riesgo de caídas se aplicarán dos pruebas: estación unipodal (mide equilibrio estático) y Timed up and Go (mide equilibrio dinámico):

3.4.1. Estación Unipodal:

- Se solicita a la persona pararse con los brazos cruzados sobre del tórax apoyando las manos en los hombros, luego levantar una pierna hasta llegar a la posición de flexión de rodilla y cadera a 90 grados. Debe mantener la posición el mayor tiempo posible.
- A las personas con evidentes problemas de equilibrio, como el usar ayudas técnicas no se les debe aplicar esta prueba.
- El evaluador/a deberá demostrar la ejecución de la prueba
- Situarse a un costado de la persona a evaluar y atender a posibles pérdidas de equilibrio.
- Repetir lo mismo con la otra extremidad.
- El tiempo se medirá en segundos, desde el momento en que la persona logra los 90º.
- Si no logra la posición descrita, busca apoyo, se desestabiliza o las extremidades inferiores se tocan entre sí al estar de pie, se considerara que el resultado está alterado.
- Repetir la prueba tres veces en cada pie, se registra el mejor tiempo obtenido.

Normal:≥ 5 segundos
Alterado:< 4 segundos

3.4.2. Timed Up and Go (TUG):

La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido ida y vuelta desde la silla a la marca de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos
- Los tres metros se miden desde la pata delantera de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcada con un cono o botella plástica con agua.

- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal ≤ 10 seg.
Riesgo leve de caída 11 a 20 seg.
Alto riesgo de caída> 20 seg

3.5. Identificación de redes sociales de apoyo de las personas adultas mayores

Los estudios de calidad de vida en la vejez, han puesto énfasis en las redes. Y no es extraño, ya que la existencia y calidad de las redes, en gran medida determinan la calidad de vida en la vejez, sobre todo cuando se instalan pérdidas de la funcionalidad. Redes sólidas pueden paliar en parte las distintas pérdidas de funcionalidad, cuando éstas se presentan. Por lo tanto, para la formulación del plan de atención, es muy importante que el equipo de salud conozca las redes de soporte con las que cuenta la persona adulta mayor, ya que ello permitirá formular un plan de atención más atingente a su realidad (MINSAL, 2008).

No se deben considerar excluyentes las categorías que se mencionan en el EMP, es decir una persona puede tener redes familiares, de amigos y vecinales, en este caso se marcan todas ellas.

Si la persona no tiene apoyos y está en riesgo de dependencia o en franca dependencia, debe hacerse un esfuerzo por la movilización de las posibles redes, convocando para esto a la intersectorialidad.

3.6. Sospecha de maltrato (OPS, 2003)

Definición del Problema.

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. 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. Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas adultas mayores pueden tomar distintas dimensiones.

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: el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona adulta mayor 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.

a) Factores de Riesgo para la ocurrencia de maltrato

En la Familia:

- 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.

En Instituciones u Hogares Comunitarios:

- La institución impide u obstaculiza las visitas o los contactos de la persona adulta 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/as sin capacitación para la atención a las personas adultas mayores frágiles y discapacitadas.

- Mantiene una razón de cuidadores/as por número de personas discapacitadas y con demencia que es menor a la necesaria para atender las necesidades básicas de este grupo vulnerable.
- No ofrece privacidad a las personas 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.

b) Indicadores de un posible abuso o negligencia

Abuso

- Evidencia de lesión, especialmente múltiples 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.

Negligencia

- Pobre higiene
- Desnutrición severa
- Deshidratación
- Hipotermia
- Ulceras por presiones no atendidas.

Si se encuentran más de un factor de riesgo o está presente algún indicador de maltrato o negligencia, estos factores deben ser consignados en la ficha del EMPAM. Por otra parte, la persona adulta mayor debe ser evaluada por médico y asistente social, además se debe realizar por lo menos una visita domiciliaria a la persona mayor. Si el equipo llega a definir una sospecha de maltrato se debe, además de registrar en el tarjetero, contactar en el Municipio, al encargado/a de la Oficina del Adulto Mayor.

3.7. Exámenes

Los exámenes de Glicemia, Colesterol total y VDRL deben tomar se una vez al año. Por otra parte se debe realizar el examen de Baciloscopía, si corresponde, así como también ofrecer el examen para el diagnóstico de infección por VIH al paciente que lo desee, y sobre todo en aquellos en que exista algún grado de sospecha diagnóstica.

Glicemia: Es la medida de concentración de glucosa libre en la sangre, suero o plasma sanguíneo. El diagnóstico de diabetes se hace utilizando los criterios definidos por la OMS:

- Glicemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, o glicemia en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl 2 horas después de una carga oral de 75 g de glucosa.
- En ausencia de síntomas clásicos de diabetes, una glicemia en ayunas mayor o igual a126 mg/dl debe ser confirmada con un segundo examen de glicemia realizado en el laboratorio (MINSAL, 2010).

Colesterol total: En población general de 20 o más años de edad se recomienda realizar un tamizaje para la pesquisa de dislipidemia a través de la determinación del colesterol total que no requiere que la persona esté en ayunas, se considera:

- Normal un Colesterol total <200 mg/dl.
- Si el Col-total es ≥ 200 mg/dl debe hacerse una segunda medición e incluir una determinación adicional de Col HDL
- Si el Colesterol total está entre 200 y 239 mg/dl y el Col-HDL ≤ 35 mg/dl es necesario realizar un perfil lipídico (MINSAL, 2000).

VDRL: La prueba del VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) constituye una técnica serológica con la suficiente sensibilidad y especificidad para complementar el diagnóstico de sífilis y analizar la respuesta al tratamiento específico (Larrondo, Gonzalez, Hernandez, & Larrondo, 1999).

Baciloscopía: Se utiliza la tinción Ziehl-Neelsen (BAAR) que es una técnica de tinción diferencial rápida y económica, que se basa en que las paredes celulares de ciertos parásitos y bacterias contienen ácidos grasos de cadena larga, que les confieren la propiedad de resistir la decoloración con alcohol-ácido, después de la tinción con colorantes básicos. Por esto se denomina bacilos ácido alcohol resistente (BAAR).

Preguntar al paciente:
¿Ha tenido tos productiva por más de 15 días? NO- SI,
Sí la respuesta es SI, se solicita bacilos copia (BK: 1ª muestra de inmediato y entrega de 2ª caja para la segunda muestra).

Interpretación:
Negativo: no se observan BAAR en 100 campos observados.

Positivo +: se observan menos de 1 bacilo por campo en promedio en 100 campos observados.

Positivo ++: se observan de 1 a 10 bacilos por campo en promedio en 50 campos observados.

Positivo +++: Se observan más de 10 bacilos por campo en promedio en 20 campos observados

Cultivo:

- Sensibilidad (70-90%)
- Basta que existan > 10 bacilos/ml.
- Chile: medio cultivo sólido (Lowenstein -Jensen)
- Demora 4-8 semanas.

VIH: El diagnóstico de infección por VIH se efectúa en Chile mediante la determinación de anticuerpos específicos contra el virus, la más conocida es la técnica de ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay). Actualmente hay técnicas visuales o test rápidos que facilitan la detección del VIH las que deben ser utilizadas por profesionales competentes. Los resultados reactivos de estas pruebas deben ser confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP) quién realiza métodos diagnósticos suplementarios más específicos que permiten la confirmación serológica. El flujo habitual se inicia en el momento en que se le propone la realización del examen de detección del VIH al usuario/paciente, con entrega de una consejería tanto del procedimiento como de la patología misma. Continúa el proceso con la firma de consentimiento informado y termina con la entrega de la información del resultado del examen a dicha persona, la consejería post test. En caso de haber un resultado positivo se realiza la derivación al centro de atención correspondiente para la etapificación e ingreso a control y tratamiento si corresponde. La solicitud del examen debe quedar registrada en la ficha clínica del paciente. En el formulario del EMPAM no debe ser registrado el resultado del examen, pero si se debe registrar SI o NO se realizó del examen de VIH.

3.8. Adicciones

Alcohol

El instrumento de detección a utilizar es un cuestionario de uso amplio y probado en diversos lugares y culturas, acogido y propuesto como válido para todo el orbe por la OMS, que permite, a la manera de un filtro o "Screening", reconocer una mayor probabilidad de presentar consumo en riesgo, consumo problema y dependencia. Se trata del AUDIT.

El" Cuestionario de Auto diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol " (AUDIT), en las personas de 65 años y más, para el punto de corte en 7 muestra mayor sensibilidad para detectar bebedores con consumo de riesgo, perjudicial o dependientes de alcohol (MINSAL, 2005) (Ver Anexo 14).

Tabaquismo

Al realizar la pregunta ¿Fuma? la respuesta es SI:
Realizar la consejería breve anti tabáquica.

¿Qué es? Es una intervención simple y corta, de carácter individual, personalizada, de 3 a 5 minutos de duración que se realiza durante las prestaciones del establecimiento, independiente del motivo y tipo de éstas.

¿Cuál es su Objetivo? Motivar a los fumadores a dejar de fumar y prevenir las recaídas y el inicio del consumo de tabaco.
¿En qué consiste? En averiguar primero si el paciente fuma o no y luego su grado de motivación para dejar de fumar. Según estos datos se aplican las estrategias recomendadas.

¿A quién está dirigida? A todas las personas que concurren a solicitar o recibir alguna prestación en los establecimientos de atención primaria, en calidad de paciente o acompañante, independiente del motivo o carácter de la prestación.

¿Quién la realiza? Todos los funcionarios de los establecimientos de salud: profesionales, no profesionales, clínicos y administrativos. Los estudios demuestran que tiene un mayor impacto cuando es realizada por un profesional, especialmente médico y si es acompañada de la entrega de material de autoayuda. La participación de todo el personal tiene un efecto reforzador y acumulativo, aumentando la intensidad de la intervención y mejorando sus resultados (MINSAL, 2003; Ministerio de Salud Uruguay, 2009; MINSAL, 2011). (Ver Anexo 15).

ANEXOS

Ministerio de Salud
Gobierno de Chile

Anexo1. Pauta "Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor"

Establecimiento_____ **Comuna**_____ **Fecha**_____

Nombre: _____ Edad: _____ RUT: _____

I.-MEDICIONES

Presión arterial sentada: PAS/PAD: _____ Presión arterial de pie PAS/PAD: _____ Pulso/FC: _____
Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ CC: _____

Baja de peso involuntariamente en los últimos 6 meses: Sí _____ No _____

Observaciones_____

II.ANTECEDENTES:

Realiza actividad física: Sí_____ No_____ Solo_____ Grupo_____
Vacunación: Influenza Sí ____No_____ Neumocócica Sí_____ No _____ fecha_____
PACAM Sí_____ No_____

Patologías:

Patologías Crónicas		Patologías Crónicas		Patologías Agudas	
HTA		EPOC		Neumonía	
DM		Depresión		Fractura de muñeca	
Dislipidemia		Demencia		Fractura cadera	
Obesidad		Secuela ACV		Fractura columna	
Desnutrición		Parkinson		IAM	
Hipotiroidismo		ASMA		Ataque cerebro vascular ACV	
Artritis Reumatoidea		Hipoacusia			
LCFA		Enfermedad Renal crónica			
IC- Cardiopatía coronaria-		Constipación			
Incontinencia urinaria		D.H.C (Daño hepático crónico)			
Osteoporosis/		Alteración oral			
Ceguera, Baja Visión		Cáncer			
Otras		Artrosis			

Terapia Farmacológica

Solo marque con una **X** el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue

Atenolol		Fluoxetina		Metformina	
Anticoagulante		Genfibrozilo		Nifedipino	
Alprazolam		Glibenclamida		Omeprazol	
Amitriptilina		Hidroclorotiazida		Propanolol	
Aspirina		Insulina		Paracetamol	
Celecoxib		Imipramina		Sertralina	
Clorfenamina		Salbutamol		Tolbutamida	
Clordiazepóxido		Bromuro ipratropio			
Diazepam		Ibuprofeno		OTROS	
Diclofenaco		Corticoides inhalados			
Enalapril		Losartan potásico			
Furosemida		Levodopa			

III.- Evaluación Funcional EFAM

Parte A				*Parte B*	*Ptje*	*MMSE*	*Ptje*
Ítem	Ptje	Ítem	Ptje	1. PA		1.-	
1. bañarse		6. MMSE		2.DM		2.-	
2. dinero		7. escolaridad		3.leer		3.-	
3. fármacos		8. brazos ext.		4.MMSE		4.-	
4. comida		9. en cuclillas		5.deprimido (Y)		5.-	
5. tareas casa				6.-angustiado		6.-	
TOTAL:				TOTAL:		*TOTAL:* ≥14: Normal ≤13: Alterado (Pf)	
≤ 42: Riesgo de Dependencia. ≥43: Autovalentes →≥46: Autovalentes sin Riesgo ≤45: Autovalentes con Riesgo							

En Riesgo de dependencia, Autovalentes con riesgo, Autovalentes sin riesgo.

Otras observaciones al aplicar EFAM

Usted observa	SI	NO	Usted observa	SI	NO
Mareos			Dolor del hombro		
Temblor			Dolor de espalda		
Alteración del equilibrio			Alteración visual		
Dolor de cadera			Alteración auditiva		
Dolor de rodilla			Otros		

ÍNDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, - Dependiente	5 0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	10 5 0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

YESAVAGE (ver anexo 4.)
0-5: **Normal…** 6-9: **Depresión leve**…..>10: **Depresión Establecida……**

Minimental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein: (ver anexo 7)

Puntaje Normal	Puntaje Deterioro Cognitivo	Puntaje Demencia
Igual o mayor a 27 puntos	22 a 26 puntos	De 0 a 21 puntos

CUESTIONARIO DE ACTIVIDADES FUNCIONALES PFEFFER (al cuidador).ver anexo 5
≥6 pts.: screening (+)
(Se aplica con MMSE abreviado <= 13)

IV.- RIESGO DE CAÍDAS

CAÍDAS: ¿Ha tenido caídas este año? Sí_____No_____

(1) Estación Unipodal	**Derecha**.....segundos	**Izquierda**.....segundos	≥ 5 seg: Normal ≤ 4 seg: Alterado
(2) TIMED UP AND GO	.....segundos	**<10 seg: N 11-19: Riesgo leve >20 seg: Alto Riesgo**	

Equilibrio Dinámico (1), Equilibrio estático (2).

V.- IDENTIFICACIÓN DE REDES.

En caso de tener problemas, por ejemplo de salud, de soledad, etc. ¿Tiene quien lo apoye?
SI_____ NO _____

En caso que la respuesta sea Sí, la ayuda proviene de:
Familia ☐ Amigos ☐ Vecinos ☐ Grupos organizados ☐

VI.- SOSPECHA DE MALTRATO

SÍ _____ NO_____
Observaciones_____
_____
_____

VII.- EXAMENES ANUALES PONER MEDIDAS DE CADA UNA

Glicemia_____ Mg/dl Colesterol total _____ mg/dl Baciloscopía (BAAR) +/- _____
VDRL _____Test de VIH: SÍ_____ NO _____Otros _____

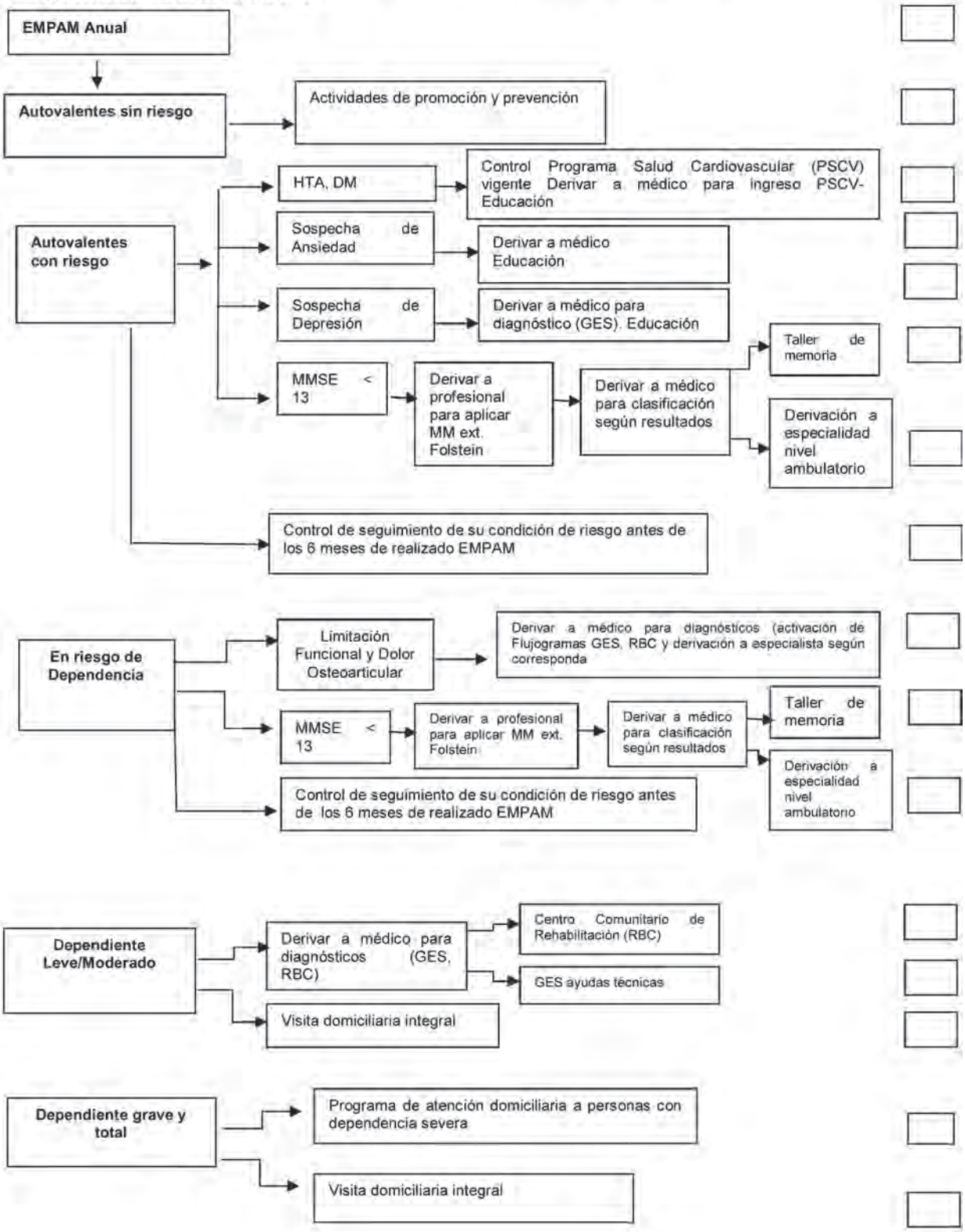
VIII.- ADICCIONES:

¿Bebe? SI _____NO _____Puntaje > 7 puntos _____Bebedor Problema: AUDIT: ____

¿Fumar? : Sí _____No _____nº cigarros día _____ Consejería breve antitabaco _____

IX.- PLAN DE ATENCIÓN: Marque con una X las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados

- **SEGÚN NIVEL DE FUNCIONALIDAD**



SEGÚN OTRAS CONDICIONES DE SALUD PESQUISADAS:

CONDICIÓN DE SALUD	DERIVADO A

Profesional_____Nombre y Firma del Responsable_____

(26) Dra. Mirta Roses Periago, Directora OPS/OMS, 2003.

Anexo 2. Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM) (MINSAL, 2003). EFAM-Chile PARTE A

Discrimina entre Autovalente y Dependiente

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. ¿Puede bañarse o ducharse?	Puede bañarse o ducharse	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
2. ¿Es Ud. capaz de manejar su propio dinero?	Es capaz de manejar su propio dinero	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
3. ¿Puede Ud. tomar sus propios medicamentos?	Puede usted tomar sus propios medicamentos	
	Incapaz	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
4. ¿Prepara Ud. su comida?	Preparación de la comida	
	Es incapaz de...	0
	Con alguna ayuda	3
	Sin ayuda	6
5. ¿Puede hacer las tareas de la casa?	Puede hacer las tareas de la casa	
	Es incapaz de ...	0
	Lo hace con alguna ayuda	3
	Lo hace sin ayuda	6
6. Aplique Minimental Abreviado. Indique con un círculo en columna izquierda el puntaje obtenido. Marque la ponderación correspondiente (misma línea), en columna derecha.	MMSE	
	>13	0
	13 a 14	3
	15 a 17	4
	18 a 19	6
7. Escolaridad. Pregunte por los años de escolaridad cumplidos	Años de escolaridad	
	0 a 1	0
	2 a 3	1
	4 a 5	2
	6 a 8	3
	8 a 10	4
	11 a 12	5
	13 ó más	6
8. La persona adulta mayor de pie intentará tomar un objeto realizando máxima extensión de brazos sobre su cabeza.	Con los brazos extendidos lo máximo posible sobre los hombros , tomar con ambas manos un objeto	
	No lo logra	0
	Presenta dificultad con ambas manos para lograrlo	2
	Lo logra sin dificultad con una mano	4
	Lo logra sin dificultad con ambas manos	6
9. En posición de pie, encuclíllese, tome el objeto desde suelo.	De pie y derecho, agáchese, tomar un objeto desde el suelo y levantarse	
	Le cuesta mucho ponerse en cuclillas o no lo logra	0
	Se encuclilla bien pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse	2
	Se encuclilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse espontáneamente	4

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
	Se encuclilla y toma el objeto y se levanta sin dificultad	6
TOTAL		

PARTE B

Discrimina entre Autovalente con y sin riesgo

INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
1. Tomar la presión arterial. Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Presión arterial	
	PA normal, sin antecedentes HTA	13
	PA normal, con diagnóstico previo, en control y con medicamentos	13
	PA normal, con diagnóstico previo, sin control pero con medicamentos	9
	PA normal, con diagnóstico previo, con o sin control y sin medicamentos	6
	PA elevada, sin antecedentes HTA	3
	PA elevada y con diagnóstico previo, con o sin control o sin medicamentos.	0
2. ¿Tiene Ud. diagnóstico de diabetes? Los medicamentos deben ser los indicados por el médico tratante	Diabetes	
	Sin diabetes	13
	Diagnosticada, en control y con medicamentos	6
	Diagnosticada, sin control o sin medicamentos	3
	Diagnosticada, sin control y sin medicamentos	0
3. ¿Lee Ud. diario, revista o libro?	Lee diario, revista o libro	
	Casi nunca o nunca	0
	De vez en cuando	2
	Una vez por semana	5
	2 o 3 veces por semana	7
	Todos los días	9
4. Copie puntaje de MMSE aplicado.	MMSE	
	13 a 14	5
	15 a 18	7
	19	9
5. ¿En el último mes se ha sentido deprimido(a) o "bajoneado" (a) que nada logra animarlo?	En el último mes se ha sentido deprimido	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
6. En el último mes, ¿se ha sentido Ud. muy nervioso, ansioso o angustiado? Marque una sola alternativa.	En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado	
	Casi todo el tiempo	0
	Bastante seguido	2
	Casi nunca	7
	Nunca	9
INSTRUCCIONES	ITEM	PUNTAJE
TOTAL		

Instrucciones para la Aplicación de EFAM-Chile

Al inicio de la aplicación de EFAM se debe tomar la presión arterial de la persona adulta mayor. Las preguntas 1 a 5, apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción más que ejecución misma de ella.

PARTE A

1. Puede bañarse o ducharse
   - Se pregunta a la persona si actualmente puede bañarse solo (a)
   - En el ámbito rural, ya que no siempre existe ducha o tina, se realiza la equivalencia a lavarse por sí solo.
   - Puntuación 6 significa sin ayuda de otra persona

2. Es capaz de manejar su propio dinero
   - La pregunta se orienta a evaluar la capacidad de la persona para manejar el dinero, aun cuando sea un familiar el que lo haga.
   - Se asignan 3 puntos cuando la persona tiene fallas de memoria, pero aún es capaz de planificar el uso del dinero.
   - Se asignan 6 puntos cuando la persona conoce el valor del dinero y es capaz de planificar sus gastos del mes.
   - En la situación que una tercera persona cobre la jubilación por razones de seguridad, debe igual preguntarse por la capacidad de manejar el dinero.

3. Puede usted tomar sus medicamentos
   - Se considera que la persona obtiene puntaje 6, cuando sabe para tratar que enfermedad toma el medicamento y además, cuando puede tomar sus medicamentos de acuerdo a dosis y horario indicado.

4. Preparación de la comida
   - El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y elaborar la comida.
   - Si la persona adulta mayor no cocina porque alguien provee la comida, es necesario indagar si podría hacer la comida si tuviera que hacerla. En este caso se evalúa con 6 puntos.
   - Si la persona colabora en la preparación de la comida, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
   - Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de preparar alimento en la eventualidad que éste no sea provisto.

5. Puede hacer las tareas de la casa

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y realizar las tareas de la casa.
- Si la persona adulta mayor no realiza las tareas de la casa, porque alguien más las realiza, es necesario indagar si podría hacerlas. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la mantención de las tareas de casa, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de desarrollar estas tareas, en caso que ellas no sean realizadas por un tercero.

Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.

6. Mini-Mental: Aplicar evaluación cognitiva (MMSE abreviado), que está al final de parte B de EFAM.

- Evalúa la orientación temporal y espacial de la persona mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana. Se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto.
- Evalúa la memoria a corto plazo a través de recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta, total 3 puntos. Estas tres palabras se pueden repetir hasta cinco veces. Recuerde consignar las veces que repitió.
- Es importante que quien aplique el test no cambie las palabras: árbol, mesa, avión, por otras.
- Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia. La instrucción se entrega una sola vez: "le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante"
- El puntaje de esta pregunta está dado por la mantención de la serie de los números impares, aun cuando la persona adulta mayor omita o reemplace un número; por ejemplo:

  9-7-5-3-1= 5 puntos
  9-8-5-3-1= 4 puntos
  9-7-4-2-1= 2 puntos
  9-5-3-1= 4 puntos
  Otras combinaciones

- Evalúa la capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones. En esta prueba, la instrucción debe ser entregada en forma lenta, pausada y de una sola vez. Se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente.
- Evalúa memoria a largo plazo. "Hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden". Se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden.
- Evalúa la capacidad viso constructiva. Cuando esta capacidad está alterada, la persona adulta mayor debe ser derivada urgente a médico por sospecha de un estado confusional agudo.
- Quien aplica el test debe presentar a la persona adulta mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande.

El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: Se considera alterado si el puntaje es menor de 13 puntos.

7. Años de escolaridad

Los años de escolaridad corresponden a los realizados en forma continua en la educación formal. Se considera años de escolaridad a los realizados en forma completa. No se contabilizan los años de capacitación o regularización de estudios en etapa adulta. La escolaridad, factor no modificable en la vejez, es importante en dos grandes sentidos. El primero es que la educación instala a temprana edad, un desarrollo de la función cognitiva, lo que a su vez constituye la reserva cognitiva en la vejez. Lo segundo tiene que ver con la estrechez de posibilidades de lograr una buena inserción en el mercado laborar y de este modo obtener buenos ingresos, y posteriormente una buena jubilación. Podemos apreciar que falta de educación y fragilidad en la vejez van de la mano.

Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior.

8. Con los brazos extendidos al máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto.

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que la persona adulta mayor se ponga de pie con los pies levemente separados.
- Se solicita que la persona extienda ambos brazos sobre la cabeza lo que más pueda.
- Se pasa un objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) a la altura de la mayor extensión de los brazos.
- El objeto debe tomarlo con ambas manos
- La persona tiene puntaje 0 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, no logra el rango articular del hombro completo
- Tiene puntaje 2 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, logra el rango articular de hombro completo, pero no toma el objeto con ambas manos.
- Tiene puntaje 4 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con una sola mano.
- Tiene puntaje 6 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con ambas manos.

9. En posición de pie, encuclíllese, tome el objeto desde el suelo y levántese

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que la persona adulta mayor se ponga de pie con los pies levemente separados. La persona adulta mayor debe estar al lado de una silla o mesa para apoyarse en caso necesario.
- Se solicita que la persona realice flexión completa de rodilla y cadera.
- Si la persona adulta mayor realiza la flexión completa, se solicita tomar el objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) desde el suelo con una mano.
- La persona tiene puntaje 0 cuando no logra la flexión completa de rodilla y cadera.
- La persona tiene puntaje 2 cuando solamente realiza la flexión de rodilla y cadera y no logra tomar el objeto del suelo.

- La persona tiene puntaje 4 cuando realiza la flexión completa, toma el objeto desde el suelo, pero requiere apoyo para levantarse.
- La persona tiene puntaje 6 cuando realiza flexión completa, toma el objeto desde el suelo y se levanta sin apoyo.

Si el puntaje suma menor o igual a 42, la persona es calificada en riesgo de dependencia. Si la persona adulta mayor fue calificada en riesgo de dependencia, debe ser derivada a médico para diagnosticar y tratar los factores de riesgo de pérdida de funcionalidad pesquisados.
Si el puntaje es mayor o igual a 43 la persona es calificada como autovalente.

Si la persona de 65 años y más fue calificada como autovalente, debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre autovalente con o sin riesgo.

PARTE B

Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular

1. Presión Arterial
   - La presión arterial debe ser tomada al inicio de la aplicación del EFAM
   - Se considera presión alterada cuando la presión sistólica es de a 140 mm Hg o más y/o presión diastólica de 90 mm Hg o más.

2. Diabetes Mellitus
   - Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.

Las preguntas 3 y 4 se refieren al estado cognitivo actual

3. Lee diarios, revista o libros
   - Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.
   - No se considera lectura diaria, el leer titulares de diarios o revistas.

4. MMSE
   - Se repite el puntaje obtenido en la parte A

Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

5. En el último mes se ha sentido deprimido
   - Es importante que el evaluador sitúe la persona adulta mayor en los últimos 30 días.

6. En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado.

Es importante que el evaluador sitúe la persona adulta mayor en los últimos 30 días.

EVALUACION COGNITIVA (MMSE ABREVIADO)

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana

Anote un punto por cada respuesta correcta

	BIEN	MAL	N.S	N.R
Mes				
Día mes				
Año				
Día semana				

N.S = No sabe
N.R = No responde

TOTAL = ☐

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. ¿Tiene alguna pregunta que hacerme?

Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.

	CORRECTA	NO SABE
Arbol		
Mesa		
Avión		

TOTAL = ☐

Número de repeticiones .....

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés:

1 3 5 7 9

Anote la respuesta (el número), en el espacio correspondiente.

La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto. Ej; 9 7 5 3 1 = 5 puntos

Respuesta Entrevistado					
Respuesta Correcta	9	7	5	3	1

N° de dígitos en el orden correcto

TOTAL = ☐

4. Le voy a dar un papel; tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóqueselo sobre las piernas:

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Ninguna acción 0

	Correcto
Toma papel con la mano derecha	
Dobla por la mitad con ambas manos	
Coloca sobre las piernas	

TOTAL = ☐

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud., repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

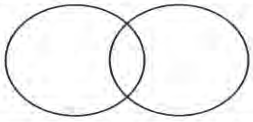
Anote un punto por cada palabra que recuerde. No importa el orden.

	CORRECTO	INCORRECTO	NR
Arbol			
Mesa			
Avión			

TOTAL = ☐

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan. La acción está correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.
Contabilice un punto si el dibujo está correcto.



CORRECTO	INCORRECTO	NR

TOTAL = ☐

Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas 1 a 6

Suma total = ☐

El puntaje máximo obtenible es de 19 puntos.

Normal = ≥14 Alterado = ≤13

Anexo 3. Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965)
Actividades básicas de la vida diaria

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente	5 0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	10 5 0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0
	Total	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	**Grado de dependencia**
< 20	Total
20-35	Severo
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 4. Escala de depresión geriátrica Yesavage abreviada (MINSAL, 2008)

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

Preguntas			Respuesta	Puntaje
***1 ¿Se considera satisfecho (a) de su vida?**	SI	NO		
2 ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI	NO		
3 ¿Se aburre a menudo?	SI	NO		
4 ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO		
***5 ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?**	SI	NO		
6 ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI	NO		
***7 ¿Está contento (a) la mayor parte del tiempo?**	SI	NO		
8 ¿Se siente a menudo desvalido (a) ?	SI	NO		
9 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI	NO		
10 ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI	NO		
***11 ¿Piensa que es maravilloso estar vivo (a) ?**	SI	NO		
12 ¿Se siente muy inútil como está en este momento?	SI	NO		
***13 ¿Se siente lleno (a) de energías?**	SI	NO		
14 ¿Siente su situación como sin esperanzas?	SI	NO		
15 ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI	NO		
PUNTAJE TOTAL				

Puntuación: Un punto cuando responde "**NO**" a las respuestas marcadas con asterisco.
Un punto cuando corresponda **"SI"** al resto de las preguntas.

Escala:

Normal	0-5
Depresión Leve	**6-9**
Depresión Establecida	**> 10**

Anexo 5. Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (del informante) (MINSAL, 2008)

Este cuestionario debe ser aplicado por cualquier miembro del equipo, a la persona con más contacto que viva con el adulto mayor.

1. ¿Maneja él/ ella su propio dinero?
2. ¿Es él/ ella capaz de comprar ropas solo, cosas para la casa y comestibles?
3. ¿Es él/ ella capaz de calentar agua para el café o té y apagar la cocina?
4. ¿Es él/ ella capaz de preparar una comida?
5. ¿Es él/ ella capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos actuales y también de la comunidad o del vecindario?
6. ¿Es él/ ella capaz de poner atención y entender y discutir un programa de radio o televisión, diario o revista?
7. ¿Es él/ ella capaz de recordar compromisos, acontecimientos familiares, vacaciones?
8. ¿Es él/ ella capaz de manejar sus propios medicamentos?
9. ¿Es él ella capaz de pasear por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?
10. ¿Es él/ ella capaz de saludar a sus amigos adecuadamente?
11. ¿Puede él/ ella ser dejado en casa en forma segura?

Instrucciones:

Muestre al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.

Anote la puntuación como sigue:

- Si es capaz 0
- Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo 0
- Con alguna dificultad, pero puede hacerlo 1
- Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora 1
- Necesita ayuda 2
- No es capaz 3

El screening es positivo cuando el puntaje es igual o mayor a 6

Anexo 6. Plan de Salud Familiar[5]

Actividades personas adultas mayores	Actividades generales
52. Consultas de morbilidad	88. Educación grupal ambiental
53. Consulta y control de Enfermedad Crónica.	89. Consejería familiar
54. Consulta nutricional	90. Visita domiciliaria integral
55. Control de salud	91. Consulta social
56. Intervención psicosocial	92. Tratamiento y curaciones
57. Consulta de salud mental	93. Extensión horaria
58. Educación grupal	94. Intervención familiar psicosocial
59. Consulta kinésica	95. Diagnóstico y control TBC
60. Vacunación anti influenza y neumocócica	96. Exámenes laboratorio básico
61. Atención en domicilio	
62. PACAM	
63. Atención podológica	
64. Curación pie diabético	

Garantías explicitas en salud (GES) para personas adultas mayores	
• Vicios de refracción (65 y más años)	• Cáncer de testículo en mayores de 15 años
• Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio (65 y más años).	• Cáncer de próstata en mayores de 15 años
• Salud Oral Integral para adultos de 60 años	• Cáncer gástrico en personas de 40 y más años
• Tratamiento médico en personas de 55 años y más con Artrosis de caderas y/o rodilla leve o moderada	• Urgencia odontológica ambulatoria
• Órtesis o ayudas técnicas (65 y más años)	• Linfomas en mayores de 15 años
• Hipertensión arterial primaria esencial en personas de 15 y más años.	• Tratamiento quirúrgico de tumores primarios del SNC en mayores de 15 años
• Diabetes Mellitus tipo 2	• Leucemia en mayores de 15 años
• Depresión en personas de 15 y más años	• Poli traumatizado grave
• Enfermedad de Parkinson	• Trauma ocular grave
• Asma bronquial de 15 y más años	• Artritis reumatoidea
• EPOC de tratamiento ambulatorio	• Trastornos de conducción; marcapasos en mayores de 15 años
• Epilepsia no refractaria mayor de 15 años	• Accidente cerebro vascular isquémico en mayores de 15 años
• Hipoacusia bilateral que requiere uso	• Insuficiencia renal crónica
	• VIH/Sida

Decreto Nº 82, Aporte estatal a entidades administradoras de salud. Ministerio de Salud, diciembre de 2012

de audífonos (65 y más años) • Endoprótesis total de cadera con artrosis de cadera y limitación funcional (65 y más años) • Retinopatía diabética • Desprendimiento de retina • Tratamiento quirúrgico de cataratas • Diabetes Mellitus tipo 1 • Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos • Cáncer de mama mayores de 15 años	• Hemofilia • Cáncer colorectal en personas de 15 años y mas • Cáncer Vesical en personas de 15 años y mas • Osteosarcoma en personas de 15 años y mas • Hipotiroidismo en personas de 15 años y mas • Trastorno bipolar en personas de 15 años y mas • Lupus eritematoso sistémico • Tratamiento de erradicación del Helicobacter pylori • Tratamiento quirúrgico, lesiones crónicas de las válvulas aortica, mitral y tricúspide • Cáncer de ovario epitelial

Programas de reforzamiento
Rehabilitación Integral con Base Comunitaria Salas ERA Ges Odontológico adulto Ges Odontológico integral Ges Odontológico familiar Resolutividad en atención primaria Atención domiciliaria a personas con dependencia severa y/o pérdida de autonomía Apoyo radiológico Salud mental integral en APS Imágenes diagnósticas Laboratorio complementario GES Cardiovascular (Atención primaria dependiente de Servicio de Salud)

Anexo 7. Minimental Extendido (Folstein , 1999)

Minimental Extendido (MMSE extendido) o Test de Folstein

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 *REPETICIÓN*. Pedirle que repita la frase: "*ni sí, ni no, ni pero*" (o "*En un trigal había 5 perros*") 0-1 *ÓRDENES*. Pedirle que siga la orden: "*coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo*". Coge con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 *LECTURA*. Escriba legiblemente en un papel "*Cierre los ojos*". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 *ESCRITURA*. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 *COPIA*. Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)
Puntuaciones de referencia 27 o más: normal 22 a 26: deterioro cognitivo 0 a 21: sospecha de demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)

Anexo 8. Plan de seguimiento (adjuntar a pauta del EMPAM)

I. DIAGNÓSTICO FUNCIONAL				
II. PROBLEMAS DE SALUD	**DERIVACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) MARCAR CON X**		**CAUSA DE DERIVACIÓN A NIVEL SECUNDARIO**	**ESPECIALIDAD DONDE SE DERIVA**
PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR Y/O RESPIRATORIO	PESQUISA			
	DESCOMPENSADO			
	SEGUIMIENTO			
	INGRESO O REINGRESO			
SALUD MENTAL	SOSPECHA DEPRESIÓN			
	SOSPECHA ANSIEDAD			
	MINIMENTAL < 13			
	OTRAS			
SOCIAL	VIF			
	AUDIT ALTERADO			
	PARTICIPACIÓN COMUNITARIA			
	RIESGO SOCIAL			
REHABILITACIÓN FÍSICA A PACIENTES FRÁGILES O EN RIESGO DE DEPENDENCIA (MÉDICO, KINESIÓLOGO) CCR o RBC	ARTROSIS			
	PARKINSON			
	DOLOR ARTICULAR			
	RIESGO DE CAÍDAS			
	AYUDAS TÉCNICAS(ÓRTESIS)			
ALTERACIONES SENSORIALES	ALTERACIÓN VISUAL			
	ALTERACIÓN AUDITIVA			
	ALTERACIÓN BUCAL			
PACAM				
VISITA DOMICILIARIA	SEGUIMIENTO			
	PROCEDIMIENTO			
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA	INGRESO			
	SEGUIMIENTO			
MALNUTRICIÓN POR EXCESO O DEFICIT	NUTRICIONISTA			
	MÉDICO			
OBSERVACIONES				

Anexo 9. Reunión del equipo

Objetivo: Elaborar una estrategia común de manejo integral de las personas adultas mayores que presentan una mayor complejidad, tales como autovalentes con riesgo, en riesgo de dependencia, a fin de mantener o mejorar su condición de funcionalidad y evitar la dependencia.

En reuniones del equipo de sector, se analizarán las personas adultas mayores y su grupo familiar a fin de preparar en conjunto todas aquellas estrategias que permitan mejorar las condiciones de salud de estas personas, con una valoración integral de sus condiciones y entorno, conforme los antecedentes entregados por los profesionales participantes.

Para ello se sugiere preparar previamente los casos a ser analizados con a lo menos la siguiente información:

Ficha de registro de reunión clínica

a) Antecedentes generales; Nombre, fecha de nacimiento: edad, Nº de ficha, profesionales que participan en la reunión, fecha de reunión.

b) Valoración integral. Se releva en las personas mayores la necesidad de establecer un diagnóstico integral que contenga al menos cuatro parámetros básicos: físico, mental, social y funcional, los cuales deberán ser analizados por el equipo en el momento actual y de acuerdo con su prospección en el tiempo.

- Clínico (física), se encuentra representada por los parámetros biológicos y funcionales del organismo. Para tal efecto utilizaremos la historia médica gerontológica que debe contener al menos los siguientes elementos:
  - Datos personales de identificación.
  - Motivo de consulta y enfermedad actual detallados.
  - Revisión por sistemas exhaustiva.
  - Antecedentes personales y familiares.
  - Hallazgos del examen clínico.
  - Diagnósticos presuntivos.
  - Plan de cuidados médicos.

- Mental, agrupa diferentes aspectos psicológicos, emocionales, intelectuales y mentales que deben ser analizados en busca de sintomatología derivada de su mal funcionamiento, y principalmente orientados a la detección temprana de depresión y/o demencia.

- Funcional, tiene como objetivo fundamental mantener al máximo la capacidad de realizar. Los instrumentos utilizados nos permitirán definir fundamentalmente la capacidad de autonomía y/o el grado de dependencia de la persona adulta mayor

- Social, recoge una serie de elementos externos de distinto orden que afectan en mayor o menor grado la salud de la persona adulta mayor, entre estos podemos mencionar al menos los siguientes: social, familiar, ambiental, económico y cultural.

c) Plan de atención de las personas adultas mayores, conforme a condiciones de riesgo pesquisadas y profesionales que intervienen.

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

e) Evaluación: Definir fecha de una próxima reunión para seguimiento y evaluación del plan de atención propuesto.

Anexo 10. Tarjetón de controles de la persona adulta mayor

Centro de Salud: ______________________ Comuna: ______________________

Fecha de nacimiento: [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ][ ][ ] Fecha de ingreso [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] N° de Ficha y sector: ___________

Nº de Ficha Familiar------------------_

Nombre: ______________________ | Sexo: Masc. [ ] Fem. [ ]

Domicilio: ______________ Fono: ______________ R.U.T.: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ] Hosp. Base: ______________

Pertenece a Pueblo Originario------------------

Escolaridad | S/E | Básica | Media | Superior | Previsión de Salud: FONASA grupo: __________ Otros: __________ P Social: __________

Estado Civil: __________ Vive con: | Cónyuge | Hijo | Pariente | Solo | Otros |

Diagnóstico, FR fecha de inicio

D.M.	HTA	OBESIDAD	ENFLAQUECIDO	DLP	EPOC	ASMA BRONQUIAL	ARTROSIS	TBC	LCFA	PARKINSON	PATOLOGÍA TIROIDEA	DEMENCIA	SEDENTARISMO	TABAQUISMO

Otras Patologías Concomitantes: ______________________ Peso: ________ Talla: ________ PC: ________ IMC al ingreso: __________

Actividad Física: NO [ ] SI [ ] Cardiovascular Riesgo SI [ ] NO [ ]

Participación social: NO [ ] SI [ ] Cuál: ______________________ Unidad Vecinal N° __________

FECHA	EDAD	FECHA EMPAM	AYUDAS TÉCNICAS (SI/NO)	VACUNACIÓN	VISITA DOMICILIARIA (fecha)	PIE DIABETICO (SI/NO)	QUALIDIAB (SI/NO)	EDUCACIÓN GRUPAL (SI/NO)	Sala RBC (SI/NO)	HOSPITALIZACION?	¿CONTROL EN ESPECIALIDAD? (SI/NO)	¿PARTICIPA EN TALLERES? (SI/NO)	¿EVENTOS CARDIOVASCULARES? (SI/NO)	RESULTADO ECG (N= normal A = alterado)	RESULTADO FONDO de OJOS (N= normal A = alterado)

Reverso del tarjetón de control de la persona adulta mayor

PROFESIONAL (Siglas del profesional)	FECHA CONTROL (dd/mm/aa)	EDAD	PESO/TALLA	IMC/PC	PULSO	PERCEPCION DE SALUD	RESULTADO BACILOSCOPIAS (+ o -)	PRESION ARTERIAL SENATADO Y DE PIE (Valor resultado)		RIESGO CARDIOVASCULAR (1. Bajo 2. Moderado 3. Alto 4. Muy alto)	MEDICAMENTOS (nombre y dosis)	RESULTADO VEF1 /PEF	RESULTADO HDL/LDL	RESULTADO COL. T/TGC	RESULTADO HBA_1c/GLIC	RESULTADO MICROALBUMINURIA	RESULTADO CREATININA	RESULTADO VFG	HÁBITO TABAQUICO (SI / NO)	EVALUACION PIE (Riesgo 1. Bajo 2. Moderado 3. Alto 4. Máximo)	CAIDAS (más de 3 al año SI /NO)	ACTIVIDAD FÍSICA (SI /NO)	INDICE DE BARTHEL	EFAM-Chile	FECHA PROXIMO CONTROL (dd/mm/aa)
								Sistólica	Diastólica														DEPENDENCIA L: leve M: moderado G: grave T: total	1)AUTOVALENTE 2)AUTOVALENTE CON RIESGO 3)RIESGO DE DEPENDENCIA	

Anexo 11. Instructivo de registro en el tarjetón de la persona adulta mayor.

Primera página:

Antecedentes:

- Registrar nombre del centro de salud; comuna a la que pertenece;
- fecha de nacimiento (dd/mm/aa); Nº de ficha de la persona adulta mayor y nombre del sector al que pertenece; Nº de ficha familiar;
- nombre de la persona adulta mayor; sexo (femenino o masculino);
- Registrar domicilio actual y número de teléfono de contacto de la persona adulta mayor/ cuidador o familiar; número de RUT; nombre del hospital base en el cual se atiende; si pertenece a algún pueblo originario e indicar cual;
- Registrar nivel de escolaridad completa (sin escolaridad S/E, básica B, media M, Superior S); registrar previsión de salud: indicar para las personas afiliadas a Fonasa el grupo, y otros para cualquier sistema previsional distinto a Fonasa al que pertenezca; registrar si tiene o no previsión social, así como también el sistema de previsión social al cual pertenece (AFP o ISP: en este caso dejar constancia cuando tiene pensión asistencial (PA);
- Registrar estado civil: soltero/a, casado/a, viudo/a, divorciado/a; registrar con quien vive: cónyuge, hijo, pariente, solo, otros.

Diagnóstico, factores de riesgo (FR) y fecha de inicio: marcar con una X que antecedentes presenta: DM, HTA, obesidad, enflaquecimiento, dislipidemia, EPOC, asma bronquial, artrosis, tuberculosis, limitación crónica del flujo aéreo, Parkinson, patología tiroidea, demencia, sedentarismo y tabaquismo, y la fecha de inicio de su patología crónica y/o factor de riesgo.

Otras patologías concomitantes: registrar otras patologías concomitantes

Valoración nutricional: Peso, talla, perímetro de cintura (PC), índice de masa corporal (IMC) al ingreso.

Actividad física: Marcar con una X, SI o NO, si la persona adulta mayor realiza actividad física 3 veces a la semana, mínimo 30 minutos cada vez.

Riesgo cardiovascular: Marcar con una X, SI o NO.

Participación social: Marcar con una X, SI o NO, y detallar cuál

Unidad vecinal Nº: Escribir el número de la unidad vecinal en la que participa.

Fecha: Escribir fecha de ingreso o control.

Edad: Escribir edad de la persona adulta mayor al momento del control

Fecha de EMPAM: Escribir fecha en se realizó último EMPAM.

Ayudas técnicas: Escribir Sí o No utiliza ayudas técnicas.

Vacunación: Escribir nombre de última vacuna qué se aplicó.

Visita domiciliaria: Escribir fecha en que se realizó la última visita domiciliaria.

Pie diabético: Marcar SI o NO.

Qualidiab: Marcar SI o NO se realizo

Educación grupal: Marcar SI o NO ha participado en educaciones grupales realizadas por el centro de salud u otra organización.

Sala de rehabilitación básica comunal (RBC): Marcar SI o NO se encuentra en tratamiento.

Hospitalización: Escribir fecha de última hospitalización.

¿Control en especialidad?: Marcar SI o NO, si se encuentra en control con especialista, y especificar especialidad.

¿Participa en talleres?: Marcar SI o NO.

¿Eventos cardiovasculares?: Marcar SI o NO, indicar fecha de último evento cardiovascular

Resultados de Electrocardiograma: Registrar resultado N=Normal A=Alterado.

Resultado de fondo de ojo: Registrar resultado N=Normal A=Alterado.

Reverso del Tarjetón:
Profesional: Escribir siglas del/de la profesional que realiza la atención.

Médico: M
Enfermera/o: EU
Nutricionista: N
Matrón/a: Ma.-
Kinesiólogo/a: K
Psicólogo/a: PS

Técnico Paramédico de nivel superior: TENS

Fecha de control: Escribir día, mes, año en que se realiza el control.

Valoración nutricional: Peso, talla, perímetro de cintura, índice de masa corporal en el control.

Pulso: Escribir número de pulsaciones por minuto.

Percepción de salud: Escribir con sigla que corresponda la percepción de salud de la persona adulta mayor, según la categoría descrita a continuación:
M: Mala
R: Regular
B: Buena,
MB. Muy buena
E: Excelente.

Baciloscopía: Escribir resultado positivo (+) o negativo (-)

Presión Arterial: Registrar valor del resultado. Se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140 de PA sistólica (S) o 90 mmhg de PA diastólica (D). Se solicita controlar presión arterial a las personas adultas mayores primero sentadas, y luego de pie, habiendo transcurrido 3 minutos entre una toma y la siguiente, con el objetivo de diagnosticar sospecha de hipotensión ortostática.

Riesgo cardiovascular: Escribir con sigla que corresponda el riesgo cardiovascular.
B= Bajo
M=Moderado
A=Alto
MA=Muy alto

Medicamentos: Escribir nombre de fármaco y dosis prescrita a la persona adulta mayor.

VEF1/PEF: Escribir valores de resultados de estos exámenes ya sean espirometría o flujometria.

HDL/LDL, colesterol total, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, glicemia, micro albuminuria, creatinina, velocidad de filtración glomerular: Escribir resultados de cada examen solicitado.

Hábito tabáquico: Escribir SI o NO

Evaluación del pie: Escribir con sigla que corresponda el riesgo.
B = Bajo
M = Moderado
A = Alto
M = Máximo

Caídas: Registrar SI (más de 3 veces al año) o NO (3 o menos al año).

Actividad física: Registrar SI o NO, realiza actividad física.

Índice de Barthel: Escribir con sigla la clasificación de dependencia que corresponda.
L= Leve
M=Moderada
G=Grave
T=Total.

EFAM Chile: Escribir el número que corresponda, según condición de funcionalidad.

1: Autovalente
2: Autovalente con riesgo
3: Riesgo de dependencia

Fecha del próximo control: Escribir día, mes, año de la próxima citación a control.

Anexo 12.Procedimiento de uso del tarjetero de ingresos o controles de salud de las personas adultas mayores en Atención Primaria

Propósito

Mantener información actualizada que permita conocer el perfil de salud de la población de personas adultas mayores en control.

Este tarjetero y el tarjetón son considerados de uso exclusivo para aquellos centros de salud que aún no cuentan con sistema de registros electrónicos, el cual se irá descontinuando a medida de poseer esta tecnología actualizada y en uso.

Objetivos Generales.

- Contar con un sistema de registros que facilite el control y seguimiento de las personas adultas mayores realizado por el equipo de salud
- Proporcionar información cuantitativa y cualitativa referida a las personas adultas mayores bajo control.

Objetivos específicos.

- Identificar el universo de personas adultas mayores bajo control en el centro de salud.
- Organizar la atención de las personas adultas mayores bajo control.
- Identificar y realizar el seguimiento de las personas adultas mayores con patologías crónicas
- Mantener información actualizada sobre situación socio-económica de las personas adultas mayores en control que permita otorgar beneficios y servicios sociales.
- Determinar el grado de funcionalidad de la población bajo control

Descripción.

- El tarjetero está constituido por el conjunto de tarjetas de las personas adultas mayores ingresados al programa para control o seguimiento (Tarjetas de cartulina de 32.5 x 22 cm), las que se mantendrán en un kardex y/o caja de madera cuyas características permitan identificar el total de personas adultas mayores bajo control y las secciones que se describen a continuación.

Secciones del tarjetero.

1.- Ingresos del mes.

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

2. Beneficiarios/as nuevos.

Se refiere a aquellas personas adultas mayores que nunca han recibido algún tipo de atención en el establecimiento. De acuerdo a la disponibilidad de recurso de cada establecimiento, se realizará el control de salud o se entregará citación a contar de la fecha de inscripción. Se sugiere priorizar la citación para los beneficiarios nuevos.

3. Beneficiarios/as antiguos.

Se refiere a aquellos/as que asisten regular o esporádicamente al establecimiento, mayoritariamente a los programas de crónicos. En tales casos se confecciona la tarjeta de control y seguimiento y se adjunta con la tarjeta antigua, realizando el control a la fecha de ingreso, respetando cronograma y criterio de citación.

4. Beneficiarios/as en condición de dependencia severa o total.

Aquellos/as que están bajo control en el establecimiento, se abrirá su tarjeta de acuerdo a solicitud de familia o cuidadores y se planificara una visita posterior. Aquellos/as que no están bajo control en el establecimiento y se solicite el alimento del "Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor" (PACAM) por parte de familiares o cuidadores, se deberá comprobar la existencia del beneficiario mediante visita domiciliaria por un integrante del equipo y se registrara en el programa, planificando una visita posterior para realizar el EMPAM. Todas las personas beneficiarias del PACAM, deben estar incorporados en el tarjetero y corresponden a:

- Las personas beneficiarias de FONASA (Ley 18.469) mayores de 70 años;
- Las personas adultas mayores de 65 años que inicien, se encuentren en tratamiento antituberculoso y posterior al alta de tuberculosis.
- Las personas beneficiarias del programa Chile Solidario mayores de 65 años.
- Y las personas adultas mayores de 60 años en convenio con el Hogar de Cristo, que sean atendidas en los establecimientos de Atención Primaria del SNSS.

5. Grupos de edad.

El tarjetero tendrá las siguientes secciones por grupo de edad.

- 65-69años
- 70- 74 años
- 75 - 79 años
- 80 -84 años
- 85 y más años

6. Citados del mes. Corresponde a los tarjetones de las personas beneficiarias que deben acudir a control durante el mes.

7. Controlados del mes.

Corresponden a los tarjetones de las personas beneficiarias que fueron controlados, que permanecen en la sección hasta el día del censo mensual.

8. Citados ordenados por mes calendario.

Corresponde a los tarjetones de las personas beneficiarias con citación para los siguientes meses. Como máximo los doce meses subsiguientes al de control. Deben existir las separaciones identificando claramente el mes.

9. Inasistentes.

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

10. Derivados a nivel ambulatorio y/o hospitalizado

Corresponde a los tarjetones de las personas beneficiarias derivados a nivel secundario o ambulatorio y hospitalizado.

11. Egresos- Pasivos.

Corresponde a los tarjetones de las personas beneficiarias que durante el mes en curso se toma conocimiento de fallecimiento y traslado o abandono.
Estos tarjetones deben ser sacados del tarjetero el día del censo mensual y enviadas a SOME, para archivo en pasivo.

12. Abandono.

Corresponde a los tarjetones de las personas beneficiarias inasistentes por 12 meses o más, desde la última fecha de citación a control al cual se le han efectuado esfuerzos de rescate definidas por el establecimiento (citaciones por escrito, llamados telefónico, y/o visita domiciliaria).

13. Procedimiento.

- El/la profesional designado/a en el establecimiento será responsable del correcto manejo control, y evaluación del tarjetero.
- Nominará, capacitará, y supervisará a los técnicos paramédicos y/o técnicos paramédicos de nivel superior que trabajarán en el tarjetero, y establecerá las coordinaciones necesarias para el rescate de inasistencia.
- Los tarjetones deberán ser ordenados por número correlativo de ficha en cada sección del tarjetero.
- El registro del tarjetón debe ser realizado en el momento del control por el/la profesional que realiza esta acción.

Anexo 13. Carné único de la persona adulta mayor

Portada

Se debe registrar: nombre de la persona adulta mayor, número de RUT, fecha de nacimiento, dirección, comuna, servicio de salud, establecimiento, sector.
Enfatizar a la persona que en cada atención de salud debe llevar consigo este documento.

Datos

Se deben registrar los datos del cuidador o familiar de contacto: nombre, teléfono y dirección. Registrar además aquí el nombre del hospital de referencia.

Diagnóstico funcional según clasificación del EMPAM

Se debe marcar con una X la condición de funcionalidad de la persona adulta mayor: Autovalente sin riesgo, Autovalente con riesgo, Riesgo de dependencia, Dependencia. En el caso que la persona sea dependiente debe registrarse el nivel de la dependencia: leve, moderada, grave, total. Además se debe consignar fecha en que se realizó el examen de funcionalidad (EFAM o índice de Barthel). Registrar derivación si corresponde.

Antecedentes mórbidos

Marcar con una X la presencia actual o anterior de: síndromes geriátricos, patologías cardiovasculares, respiratorias u otras.

Ingresos o controles de salud en Atención Primaria

Registrar fecha de atención, edad de la persona mayor y nombre del/de la profesional que realiza la atención.

Marque con una X si la atención corresponde a ingreso o control de patología crónica o corresponde a otros ingresos o controles, como por ejemplo: control nutricional, control ginecológico, etc.

Registre los resultados de la evaluación nutricional, los signos vitales: presión arterial, frecuencia cardiaca y además los resultados de los siguientes exámenes: glicemia, hemoglobina glicosilada, colesterol, triglicéridos. Por último registre la fecha del próximo control.

Controles de sala de enfermedades respiratorias de las personas adultas

Se debe registrar fecha de ingreso a la sala ERA, edad de la persona mayor, profesional que realiza el control, diagnóstico, signos vitales: frecuencia respiratoria, presión arterial, saturometría; resultado de exámenes: flujometría (PEF), espirometría (volumen respiratorio forzado en el primer segundo: VEF1).

Se debe marcar con una X el tipo de atención: control de crónicos respiratorios, crisis obstructivas, y registrar la fecha del próximo control.

Rehabilitación Básica Comunitaria (RBC): Controles en sala de rehabilitación en Atención Primaria.

Se debe registrar fecha de ingreso de la persona mayor, nombre del/de la profesional que realiza el ingreso y diagnóstico de ingreso.

Se debe marcar con una X la evaluación de ingreso. Se debe registrar la fecha y número de cada sesión de rehabilitación física según plan.

Se debe registrar la Evaluación Visual Análoga (EVA) de dolor y los signos vitales: frecuencia cardíaca y presión arterial al momento del ingreso y de cada control. Además se debe especificar el uso de ayudas técnicas (órtesis) escribiendo SI/NO y la fecha de entrega de ayudas técnicas (órtesis).

Por último debe registrarse la fecha de egreso del plan de atención de rehabilitación, y derivación según corresponda.

Inmunización

Se debe registrar la fecha de aplicación de las vacunas: Influenza, neumocócica u otras.

Controles Dentales

Se debe registrar tipo de atención dental y fecha del próximo control.

Fármacos

Se debe registrar el nombre del fármaco que se prescribió, dosificación, suspensión eventual, fecha de entrega del fármaco prescrito, fecha de próxima entrega.

Programa Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)

Se debe registrar fecha de retiro de producto, el tipo de producto que retira: bebida láctea y crema años dorados, así como también el estado nutricional(N=Normal, E=Enflaquecido, SP=Sobrepeso, O=Obesidad), nombre de la persona responsable que retira, fecha último EMPAM y fecha de próxima entrega.

Ingresos o controles de salud a nivel ambulatorio de especialidad

El profesional de APS que recibe la contra referencia (desde el nivel de especialidad) debe registrar la fecha de la contra referencia, la especialidad en que fue atendido, el diagnóstico emitido por especialista, el tratamiento indicado a cumplir en APS o continuidad de controles con especialista, la fecha del próximo controlen APS o con especialista, derivado a controles en APS o con especialista.

Hospitalizaciones

Se debe traspasar datos o pegar epicrisis, escribir fecha de ingreso y egreso o alta hospitalaria, registrar diagnóstico de hospitalización, lugar de hospitalización, cambios de tratamiento, así como también tratamiento a seguir en Atención Primaria de Salud. Además de registrar dirección domiciliaria post egreso hospitalario y teléfono.

Otras Consideraciones:

El registro de profesional que realiza la atención en el carné de la persona adulta mayor se utilizará las siguientes siglas

Enfermera/o: EU

Kinesiólogo/a: K

Matrón/a: Ma.

Médico: M

Nutricionista: N

Odontólogo/a: O

Psicólogo/a: PS

Terapeuta ocupacional: TO

Trabajador/a Social: TS

Técnico paramédico de nivel superior: TENS

Anexo 14. Cuestionario de auto-diagnóstico sobre riesgos en el uso de alcohol (AUDIT).

Las siguientes preguntas se le formulan para que Ud. conozca mejor un factor de riesgo de salud que con frecuencia pasa desapercibido. Se trata del consumo de alcohol.

Nuestro organismo puede ser más o menos resistente a los efectos adversos del alcohol. Hoy día existen instrumentos y exámenes para saber con anticipación cómo está esa resistencia o su contrario, su vulnerabilidad. Uno de esos instrumentos es este cuestionario.

Muestre Ud. sus respuestas al profesional de salud que lo atenderá.
Si bien Ud. puede mostrarlas hoy o más adelante, según estime conveniente, le recomendamos hacerlo ahora mismo.

Si la consulta con el profesional confirma que Ud. se encuentra en riesgo por su manera de beber, se le ofrecerá practicarse un examen desangre llamado" GGT", más una sesión de "Consejería de Buena Salud "en la que se le darán a conocer sus resultados y de acuerdo a ellos, se le ofrecerán alguno de los siguientes caminos:

a) Confirmar que Ud. bebe alcohol con responsabilidad para con Ud. mismo.
b) Incorporarse al " Programa de prevención de riesgos: Ud. decide",
c) Incorporarse a un programa de tratamiento, o
d) Interconsulta a un especialista.

Responda con la entera seguridad de que se respetará la confidencialidad de sus respuestas

Antes tenga presente lo siguiente:

- Una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a:
  1 botella o lata individual de cerveza (330 a 350cc), o
  1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc), o
  1 trago de licor solo ocombinado (45 cc de licor). Considere pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.
- Embriaguez: Desde el punto de vista de la salud, la embriaguez ocurre cuando se presenta algún grado de inestabilidad o torpeza de movimientos por efectos del beber.
- Equivale asentirse "mareado", " algo cocido", "curado", "pasado".

Marque el casillero que corresponda a cada respuesta y coloque el puntaje que le corresponde en la columna de la derecha y el puntaje total abajo.
Luego, el profesional que lo atenderá, revisará el puntaje alcanzado y su significado práctico para Ud.

Preguntas	0	1	2	3	4	Punto
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca. Pase a la N° 9.	Una o menos veces almes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 más veces a la semana	4 o más veces a la semana	
2. ¿Cuántas unidades estándar de bebidas alcohólicas suele beber en un día de consumo normal?	1 o 2	3 o 4	5 o 6	De 7 a 9	10 o más	
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensual-mente	Semanal-mente	A diario o casi a diario	
9.¿Usted o alguna otra Persona ha resultado Herida porque usted había Bebido?	No		Sí, pero no En el curso Del último año		Sí, el último año	
10.¿Algún familiar, amigo, Médico o profesional Sanitario ha mostrado Preocupación por su Consumo de bebidas Alcohólica se le ha Sugerido que deje de beber?.	No		Si, pero no En el curso Del último año		SÍ ,el Último año	
					TOTAL	

SI SU PUNTUACIÓN TOTAL ES:

De 0 a 7	Ud. Parece beber en forma responsable. Siga así.
De 8 a 15	Ud. Parece estar usando el alcohol en un nivel de riesgo .Se le indicará una consejería sobre beber sin riesgos.
De 16 a 19	Ud. Parece estar en un nivel de problemas con su manera de beber. Se le indicará una consulta para un estudio más detenido.
De 20 y más	Definitivamente Ud. Necesita de un estudio más detenido para evaluar su nivel de riesgo con su manera de beber alcohol.

Felicitaciones. Ud. Ha sido franco con Ud. mismo.
Ahora muestre Ud. Sus respuestas al profesional que lo atenderá.

UD DECIDE.

Anexo 15. Estrategias para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIÓN PRÁCTICA PARA LA CONSEJERÍA BREVE ANTI TABÁQUICA

Esta intervención debe realizarse a todos los usuarios que consultan en los centros de salud de atención primaria y su duración máxima es de 5 minutos. La intervención debe quedar registrada en la ficha de atención. Esta orientación práctica no reemplaza las guías clínicas y es un apoyo a la consejería breve para cesación tabáquica.

AVERIGUAR: ¿HA FUMADO USTED EL ÚLTIMO AÑO?

NO, NUNCA O LO DEJÓ HACE MÁS DE 1 AÑO:
FELICITARLO
En los ex-fumadores reforzar la confianza y abstinencia.

SI, HACE 1 AÑO QUE NO FUMA:
FELICITARLO
Pregunte si necesita ayuda para permanecer sin fumar.

SI, FUMA HABITUALMENTE:
Preguntar ¿Desde cuándo fuma? ¿Cuánto fuma? ¿Cuánto tarda desde que se levanta y fuma su primer cigarro? ¿Conoce los riesgos de fumar? ¿Se da cuenta del daño que se produce? ¿Quiere dejar de fumar?

NIVEL DE MOTIVACIÓN

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

-Reforzar la confianza en sí mismo, transmitir que sí es posible dejar de fumar.

-Resaltar la importancia de esta decisión para su salud.

-Alentar a disminuir la cantidad de cigarrillos fumados proponiendo diversas estrategias (ver reverso), hasta llegar a la cesación.

-Informar acerca de la posible aparición de síntomas de abstinencia, ofreciendo recomendaciones para su manejo.

-Negociar con el paciente el plazo para iniciar la abstinencia.

Consejos al Fumador:

- Dejar de fumar es lo mejor que puede hacer para mejorar su salud.

-Puedo entender que sea difícil, pero si usted lo desea, puedo ayudarlo.

-Necesito que Ud. sepa y entienda que dejar de fumar es lo más importante que puede hacer para proteger su salud y la de su familia, ahora y en el futuro.

-Dejar de fumar cuando Ud está enfermo no es suficiente.

Para aconsejar Ud. debe:

- Personalizar el consejo que brinda: explique como el tabaquismo está relacionado a sus problemas de salud actuales y como el dejar de fumar podría ayudarle.

-Incentivar al paciente para que se apoye en la familia.

- Fijar una fecha para dejar de fumar, evite cambiarla.

Si deja de fumar:

-Antes de los 30 años su riesgo en salud será igual al de un no fumador.

-El riesgo de que tenga un bebé bajo peso disminuye si deja de fumar antes de embarazarse o en el 1º trimestre.

- Aumentará su fertilidad.

- Después de 72 horas: disminuirá su PA, el pulso, el riesgo de un infarto cardíaco y su sentido del gusto y olfato se recuperarán.

- Dentro de un par de semanas: mejorará su función pulmonar, su circulación y disminuirá su cansancio.

- Después del año: disminuirá su disnea y fatiga, tos y el riesgo de enfermedad coronaria disminuirá a la mitad comparado con un fumador.
- Dentro de 5 años: Disminuirá su riesgo de úlceras, cáncer de vejiga, riñón, boca, páncreas, esófago y laringe.

-Entre 5-15 años: El riesgo de ACV y enfermedad coronaria será el mismo de un no fumador, el riesgo de cáncer pulmonar disminuirá a la

CONSEJOS PARA DEJAR DE FUMAR:

- Elija un día para dejar de fumar. El día anterior: No compre cigarros, retire de su alcance los ceniceros. Evite las situaciones en las que fumaba. Revise sus motivos y refuerce su decisión.
- Busque apoyo en su familia, amigos compañeros o profesionales de salud, para que le ayuden a superar las dificultades. Hágales saber su deseo de no volver a fumar.
- Los primeros días sin tabaco: Tómeselo con calma. Beba mucha agua y jugos naturales. Evite el consumo de café y alcohol. Ocupe el tiempo libre: pasee, haga ejercicio. Evite situaciones que le puedan llevar a una recaída.

- Es posible que los primeros días aparezcan síntomas desagradables (deseos de fumar, irritabilidad, ansiedad, alteración del sueño). Recuerde que son pasajeros y los puede superar; respire profundamente, dúchese con agua caliente, cambie de actividad.

CONSEJOS PARA TENER UN HOGAR LIBRE DELHUMO DEL TABACO

- Sacar todos los ceniceros del interior de la casa.
- Adecúe un área para fumadores fuera de la casa(patio, balcón).
- Agradecer a los amigos por ayudarle a mantener su hogar libre del humo del tabaco y cuelgue letreros (por ejemplo, en la puerta refrigerador) "Gracias por no fumar".
- Sea amable, pero mantenga con fuerza su decisión de no permitir fumar al interior de su hogar.
- No permita que nadie fume cerca de su hijo/a.
- No fume ni permita que otros fumen en su casa o en su auto. Abrir las ventanas no va a proteger a sus hijos del humo.
- No lleve a su hijo a restaurantes ni a otros lugares cerrados públicos que permitan fumar.
- Enséñeles a los niños alejarse del humo de segunda mano.

Unidad de Salud Respiratoria, Oficina de Tabaco. MINSAL

Referencias :

Desktop helper: Helping patients quit smoking brief interventions for healthcare professionals. International Primary Care Respiratory Group
Manual para el Equipo de Salud : La cesación del consumo de tabaco. MINSAL. OPS—OMS , octubre, 2003
Guía Nacional para el Abordaje del Tabaquismo, Ministerio de Salud Pública. Uruguay 2009.

ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud
AUDIT: Cuestionario de Auto diagnóstico sobre Riesgos en el Uso de Alcohol
BAAR: Bacilo Alcohol Acido Resistente
CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómico Nacional
DEIS: Departamento de Estadísticas en Información en Salud.
DCL: Deterioro Cognitivo Leve
DLP: Dislipidemia
DM2: Diabetes Mellitus Dos
EFAM: Examen Funcional Adulto Mayor.
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EMPAM: Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor
ENT: Enfermedades no Transmisibles
ENS: Encuesta Nacional de Salud
GES: Garantías Explicitas en Salud
HTA: Hipertensión Arterial
INGER: Instituto Nacional de Geriatría
INE: Instituto Nacional de Estadística
IMC: Índice de Masa Corporal
ITS: Infección Transmisión Sexual
LCFA: Limitación crónica del flujo aéreo
MMSE: Mini Mental State Examination
MINSAL: Ministerio de Salud
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la salud
PACAM: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.
PAD: Presión Arterial Diastólica
PAS: Presión arterial Sistólica
PNI: Programa Nacional de Inmunización.
RCE: Registro Clínico Electrónico
RBC: Rehabilitación Básica Comunitaria
TENS: Técnico de Enfermería de Nivel Superior
VDRL: Venereal Disease Research Laboratory
VDI: Visita Domiciliaria Integral.
VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

REFERENCIAS

DEIS. (2010). Santiago de Chile: Gobierno de Chile, MINSAL

DEIS. (2012). EFAM. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, MINSAL.

Baranzini. F., Diurni. M., Ceccon. F., Polonia. N., Cazzamalli.S., Costantini. CH., Colli.

C.,Greco. L., Callegari. C., et al (2009). Fall-related injuries in a nursing home
Setting: is polypharmacy a risk factor?, BMC Health services research,
Pag: 228.

Bortz, W (2002). A conceptual Framework of frailty. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 57 (5): M 283-M 288.

DEIS. (2012). Evaluación Funcional Adulto Mayor. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, MINSAL.

Ferrucci. L., Guralnik. J., Studenski. S., Fried. L., Cutler.G.,Walston.J., et al, (2004),

Designing Randomized, Controlled Trials Aimed at Preventing or Delaying
Functional Decline and Disability in Frail, Older Persons, Journal of the American
Geriatrics Society, volume 52, Issue 4, pages 625-634.

Ferrucci. C., CavazzinI., Corsi A., Bartali. B., Russo.C., Lauretani. F., Bandinelli.S., Guralnik J., et al, (2002), Biomarkers of frailty in olders persons, Journal Endocrinological investigation,p: 10-15.

Martínez Querol, C., Carballo Pérez, M., & Larrondo Viera, J. J. (2005). Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Integr, 21(1-2).

Ministerio de Desarrollo Social. (2009). Encuesta de Caracterización socioeconómica, Santiago: Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social CASEN

Folstein, e. a., & lobo, e. a. (1999). Minimental Extendido Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979).

Hazzard William, Blass, Halter J, Ouslander J, Tinetti M, (2003), Principles of geriatric medicine and gerontology, 5th Ed, Fifth edition.

Herrera, M. S., & Kornfeld, R. (2009). Construyendo Políticas Públicas para una Sociedad que Envejece. En S. Huenchuan, Envejecimiento, derechos y políticas públicas. CEPAL.

Huenchuan, S. (2009). Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. CEPAL.

Larrondo, R., Gonzalez, A., HErnandez, L., & Larrondo, R. (1999). Latécnica serologica del VDRL. Indicaciones y manejo en la Atención Primaria. Rev Cubana Med Gen Integr, 570-3.

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Md State Med J, 71 (2): 61-5.

Marín L, P. P., Carrasco G, M., Cabezas Ua, M., Gac E, H., Hoyl, T., Duery Da, P., y otros. (2004). Impacto biomédico de los viajes en adultos mayores chilenos. Biomedical impact of traveling for Chilean elderly. Rev Méd Chile, 132: 573-578.

Martin, A. Piñeiro A. (2006). Tratado de geriatría para residentes. Farmacología y iatrogenia. capítulo 25. Sociedad Española de geriatría y gerontología.

Ministerio de Desarrollo Social. (2011). Encuesta de Caracterización Socioeconomica CASEN. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud Uruguay. (2009). Guía Nacional para el abordaje del tabaquismo. Uruguay.

MINSAL. (2000). Norma técnica Dislipidemia. Santiago: Gobierno de Chile, (OMS, http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201309_recommendation.pdf, 2013)

MINSAL. (2003). Evaluación funcional del adulto mayor EFAM-Chile. Santiago: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2003). La Cesación del consumo del Tabaco. Santiago, Chile: Gobierno de Chile, MINSAL.

MINSAL. (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención Nº 1. Subsecretaría de Redes AsistencialesSantiago de Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2005). Guía clínica detección y tratamiento temprano del consumo problemas y la dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas en la atención primaria. Santiago : Gobierno de Chile, MINSAL.
MINSAL. (2008). Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2008). Manual de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Santiago de chile: Gobierno de Chile.

neumocócica en el adulto de 65 años. Circular B54 nº07. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2013). Orientaciones para la planificación y programación en red 2013. santiago.

MINSAL. (2013, en construcción). Documento Programa Nacional de las Personas Mayores. Santiago: Gobierno de Chile, MINSAL.

MINSAL, División de Atenciòn Primaria. (2013). Orientcion tecnica para la implmentaciòn del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, MINSAL.

MINSAL. (2010). Encuesta Nacional de Salud 2009-2010. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2010). Guía clínica de Diabetes Mellitus tipo 2 . Santiago: Gobierno de Chile, MINSAL.

MINSAL. (2011). Guía Clínica para el Diagnóstico y Manejo Clínico de Casos de Influenza. . Santiago: Ministerio de Salud República de Chile .

MINSAL. (2011). Informe sobre el control del tabaco. Santigo, Chile: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2011). Manual de programas alimentarios. Santiago: MINSAL.

MINSAL. (Diciembre de 2012). Aporte estatal a entidades administradoras de salud. Ministerio de Salud, diciembre de 2012. Decreto N° 82,. Santiago: Gobierno de Chile.

MINSAL. (2012). Orientaciones para la planificación y programación en Red. Santiago de Chile.

MINSAL. (25 de febrero de 2013). Estrategia de inmunización contra la influenza 2013 y contra enfermedades

MINSAL. (2013a) Guía de práctica clínica prevención, diagnóstico y manejo clínico de casos de influenza. Santiago de Chile: Gobierno de Chile, MINSAL.

NU. (2011). Envejecimiento poblacional. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.

OMS. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discpacidad y de la salud: CIF. Madrid: Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO.

OMS. (2005). Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

OMS. (2008). Informe sobre la salud en el

mundo. La atención primaria mas necesaria que nunca.

ONU. (2002). II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002, 37(S2).

OPS. (2003). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. OPS.

OPS. (2007). La renovación de la APS en LAS Américas. Washington.

OPS. (2010). Dinámica de Género y Cultra en Salud América Latina y el Caribe.

Organización Panamericana de la Salud (2001). Aspectos clinicos en la atención de los adultos mayores., Evaluación Farmacológica del Adulto Mayor, Módulo 6. Washington D.C.

Patterson, S., & al, e. (s.f.). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. Rev Cochrane Database Syst, 5: p. CD008165.

Rodríguez, M. (2008). "Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico".2º edición.

UN. (1997). International year od older persons. Ageing: Four dimentios of society for all ages. Santiago de Chile.

UN. (2009). Population Ageing & Development. Department of Economic & Social Affaire Population División.

WHO. (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital.

WHO. (s.f.). www.who.int/es.Recuperado el mayo de 2013, de Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud.: www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/

WHO. (s.f.). www.who.int/es/.Recuperado el junio de 2013, de Abrazo mundial: http://www.who.int/ageing/publications/alc_elmanual. pdf

Word Health Organization. (1999). Word Health Report 1999: making a difference.Ginebra: WHO.

RESPONSABLES MINISTERIALES DEL DOCUMENTO

Dra. Lorna Luco Canales
Jefa de División de Prevención y Control de Enfermedades, DIPRECE, MINSAL.

Dra. Sibila Iñiguez Castillo
Jefa de División de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL.

Dra. Sylvia Santander Rigollet
Jefa del Departamento de Ciclo Vital, DIPRECE, MINSAL

RESPONSABLES TÉCNICOS DEL DOCUMENTO

Klga. Paloma Herrera Omegna
Encargada del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Nut. Irma Vargas Palavicino.
Encargada Salud del Adulto Mayor
División de Atención Primaria, MINSAL

Dra. Jenny Velasco Peñafiel
Asesora Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Soc. Clara Bustos Zemelman
Asesora Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

Dra. Adriana López Ravest
Geriatra Asesora Salud del Adulto Mayor
División de Atención Primaria, MINSAL

Dra. Mariola Mestanza Yépez
Asesora Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor
Departamento de Ciclo Vital, MINSAL.

COLABORADORES MINSAL, POR ORDEN ALFABÉTICO

Nut. Xenia Benavides
Profesional Asesora
División de Atención Primaria

QF. Karina Castillo Arias
Profesional Asesora
División de Atención Primaria

Dra. María Cristina Escobar
Jefa Depto. Enfermedades no Transmisibles
División de Prevención y Control de Enfermedades

E.U Paola Pontoni Zúñiga
Coordinadora de Gestión. Unidad de Salud Respiratoria
División de Atención Primaria

Dra. María Fernanda Rozas
Profesional Programa de Salud Cardiovascular
División de Prevención y Control de Enfermedades

E.U. Ana María San Martín
Jefa Departamento del Programa Nacional de Prevención
Y Control de VIH/SIDA e ITS

Klgo. Raúl Valenzuela S.
Profesional Unidad de Salud Respiratoria
División de Atención Primaria

COLABORADORES Y ASESORES EXTERNOS, POR ORDEN ALFABÉTICO

EU. Elba Anabalón
Referente Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Araucanía Sur

EU. Sonia Arriagada
CESFAM Cabrero
Servicio de Salud Biobío

Nut. Mauricio Belmar Polanco
Jefe Programa Adulto y Adulto Mayor. Servicio de Salud Biobío

Dra. Daniela Berroeta Mauriziano
Pontifica Universidad Católica de Chile

EU. Nury Basly Rojas
Encargada Programa Adulto y Adulto Mayor
Servicio de Salud Iquique

Enfermera U. Ana María Carrazana
Encargada del Programa de Salud Cardiovascular
Seremi de Salud Los Lagos

EU. Juana Castro González
Servicio de Salud Biobío

EU. Giselle Cazor Vásquez
Asesora Servicio Salud Metropolitano Norte

EU. Cecilia Cortés Zurita
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud de Chiloé

Klgo. Víctor Díaz Aguilera
Subdirector CESFAM Dr. Héctor García
Comuna de Buin

EU. Cecilia Espejo
Encargada Programa Adulto Mayor
Seremi de Salud Araucanía

Klga. Jéssica Espinoza Araneda
Docente de la Universidad de Talca

Klga. Viviana Estrada Castro
Docente de la Universidad de Talca

Psic. Elizabeth González Quinteros
Asesora del Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud O'Higgins

Dra. Beta González Pennaroli
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Directora CESFAM La Faena

EU. Elizabeth González Videla
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Dr. Patricio Herrera Villagra
Geriatra del Instituto Nacional de Geriatría

EU. Lucy Jure
CESFAM Dos de Septiembre. Servicio de Salud Biobío

EU. Yubblin Mansilla Muñoz
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud DESAM Quillón

Prof. Geraldine Manríquez
Unidad de Promoción de la Salud.
Servicio de Salud Araucanía Sur

T.S Susan Mayor
Referente Programa Persona Adulta Mayor
SEREMI Magallanes

Nut. Blanca Menares Moran
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Coquimbo

EU. Sandra Medi Venegas
Referente Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Araucanía Norte

EU. Lorena Molina Lara
Servicio de Salud Biobío

Klga. Verónica Moreno Belmar
Encargada Centro Gerontológico Schwazenberg
Cerro Navia

Dr. Raúl Muñoz Lemaitre
SEREMI Región Metropolitana
Encargado Programa Adulto Mayor

Nut. Valera Muñoz Parada
Encargada Programa Adulto y Adulto Mayor
SEREMI Salud Coquimbo.

Nut. Claudia Navarrete B.
Servicio de Salud Biobío

Psic. Carolina Ortiz
Encargada del Programa de Salud Mental
Servicio de Salud Araucanía Sur

EU. Patricia Otey
Dirección del Servicio de Salud Magallanes

Giovanni Pacheco
Unidad de Estadística e Información de Salud
Servicio de Salud Araucanía Sur

EU. Viviana Padilla Letelier
Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Encargada(s) Programa Adulto Mayor

Dra. Mirza Retamal
Médico especialista en Salud Pública
Servicio de Salud Metropolitano Occidente

EU. Margot Rivas Rubilar
Encargada Programa Adulto Mayor
CESFAM San Joaquín

Dra. Marisol Rivera Sciaraffia
Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Referente Programa Adulto Mayor

EU. Francisca Ruiz Muñoz
Servicio de Salud Biobío

Matrona Carla Saint-Loup Olmedo
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Encargada Programa Salud Sexual y Reproductiva
CESFAM San Rafael

EU. Jeanette Salas Ortiz
Asesora del Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio

EU. Erika Sandoval
Encargada Programa Salud Cardiovascular
Servicio de Salud Araucanía Sur
EU. Andrea Santana Sánchez
Referente Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Valdivia

EU. Carolina Santander Veragua.
Asesora del Departamento de Salud Pública
SEREMI Salud Valparaíso

E.U. Claudia Soto Mayorga
Encargada Programa Adulto Mayor, Provincia de Chiloé
Seremi de Salud Los Lagos, Castro

Socióloga, Sylvia Soto
Encargada del Programa de Salud del Adulto Mayor
Seremi de Salud Los Lagos

Klga. Claudia Torres Ramos
Coordinadora Centro Comunal de Rehabilitación Talca
Servicio de Salud Maule

EU. Ana Vargas Lazcano
Encargada Programa Adulto Mayor
Servicio de Salud Arauco

Nut. Ingrid Vega
Encargada del Programa de Salud Cardiovascular
Servicio de Salud del Reloncaví

Nut. Marcela Zapata
Encargada del Programa de Salud Cardiovascular, Provincia de Chiloé
Seremi de Salud Los Lagos, Castro

EU. Patricia Zúñiga
Encargada Programa Adulto Mayor
CESFAM La Faena