

MINISTERIO DE SALUD DE PANAMÁ
NORMAS TÉCNICO ADMINISTRATIVAS DE LOS

PROGRAMAS DE SALUD DE ADULTO Y ADULTO MAYOR





NORMAS TÉCNICO-ADMINISTRATIVAS DEL PROGRAMA DE SALUD DE ADULTO Y ADULTO MAYOR

**Ministerio de Salud de Panamá, 2018
Dirección General de Salud Pública
Departamento de Salud de la Población
Programa de Salud de Personas Adultas y Adultas Mayores.**

Normas Técnico-Administrativas:
Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor, 2018

Primera edición: 2018

ISBN 978-9962-51-223-3

Elaborado y publicado por:
Programa Nacional de Salud de Personas Adultas y Adultas Mayores
Avenida Gorgas, Corregimiento de Ancón, Ciudad de Panamá
Edificio 261. Apto. Postal 0843-03441
Diseño de portada: Félix Correa

©Edición: Ministerio de Salud, República de Panamá

Impreso en Panamá, 2018
Editora Sibauste, S.A.
esibauste@cwpanama.net
Tel.: 229-4576

AUTORIDADES NACIONALES

MINISTERIO DE SALUD

Dr. Miguel Mayo Di Bello
Ministro de Salud

Dr. Eric Ulloa
Vice Ministro de Salud

Dr. Javier López
Secretario General de Salud

Dra. Itza Barahona de Mosca
Directora General de Salud

Dra. Felicia Tulloch
Subdirectora General de Salud de la Población

Dra. Ilka Tejada de Urriola
Jefa del Departamento de Salud y Atención
Integral a la Población

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Alfredo Martiz Fuentes
Director General

Dr. Julio García Valarini
Sub-director General

Dr. Américo Lombardo
Director Ejecutivo Nacional de Servicios
y Prestaciones en Salud

PRÓLOGO



Ministro de Salud
Dr. Miguel Mayo Di Bello

El conocimiento médico y los métodos de atención a la población varían a lo largo del tiempo, por lo que, el equipo nacional del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor se abocó a la tarea de actualizar la norma del programa, ya que la vigente databa de la década de los noventa, trabajo que tuvo su inicio en el año 2014. La confección de esta norma responde a la necesidad de actualizar los lineamientos para la atención de este importante segmento de la población, en su mayoría económicamente activo, al cual por mucho tiempo se ha relegado en los planes nacionales de salud; sin embargo, esta situación ha sido sujeta de muchos cambios y finalmente la población adulta y adulta mayor del país está recibiendo la atención que merece en materia de políticas de salud.

Este cambio de paradigma es consecuencia de lo que conocemos como el fenómeno de transición demográfica, con el consecuente cambio en la estructura etaria en nuestro país, el cual revela un envejecimiento intermedio de la población. Este envejecimiento ha generado una mayor demanda de los servicios de salud en cuanto a la prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades crónicas no transmisibles y sus secuelas asociadas;

por otro lado, necesidad de servicios de salud y personal orientados y capacitados en el manejo de tales enfermedades, atención integral de gerontes y cuidados paliativos solo para mencionar algunas.

La nueva Norma Técnico Administrativa del Programa de Salud del Adulto y Adulto mayor contempla las directrices y acciones encaminadas a cumplir con los objetivos y metas planteadas en el Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo 2014-2025 en su eje de detección precoz, atención oportuna y rehabilitación cuya meta es la detección e identificación de los factores de riesgo de padecer ENT, acción a realizar tanto en la consulta como en la comunidad mediante la búsqueda activa de casos. La intención es ofrecer atención y rehabilitación oportuna a la población a través de la normatización actualizada, divulgada y aplicada en las instalaciones de salud al 2025; asimismo dando cumplimiento a la Política 3 de la Política Nacional de Salud (2016-2025) y sus lineamientos estratégicos se norma para la oferta de servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; promoción, prevención y detección temprana de las principales

ENT con la inclusión del enfoque de promoción de la salud en el modelo de Atención Primaria de Salud Renovada.

De esta forma se cumple con la misión del programa asegurando la elaboración de la norma, así como su cumplimiento a través del monitoreo oportuno en las instalaciones de salud, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población adulta y mejorar su calidad de vida.

CONTENIDO

Lista de acrónimos	8
Fases de gestión y diseño de la Norma	9
Comité técnico: diálogos inter-programáticos	10
Colaboradores: primera y segunda validación	11
Agradecimientos	14
Introducción	15
Disposiciones generales	17
Definiciones Operativas	19
Componentes	
A. Componente de Organización	23
1. Recurso Humano	23
1.1. Responsabilidades del recurso humano	23
(a) Coordinadores Médicos Nacionales	24
(b) Coordinadores Médicos Regionales	25
(c) Coordinadores Médicos Locales	26
(d) Equipo de salud del I Nivel atencional.....	27
(e) Responsabilidades del médico I nivel	27
(f) Acciones del médico en la comunidad (extramuros)	28
(g) Acciones del médico en el consultorio (intramuros)	28
(h) Coordinación Nacional de Enfermería.....	30
(i) Coordinación Regional de Enfermería.....	30
(j) Coordinación local de Enfermería.....	31
(k) Trabajadores sociales	32
2. Organización del trabajo intramuros	33
3. Infraestructura	33
4. Equipamiento, mobiliario, materiales	34
5. Sistema Único de Referencia y Contrarreferencia	34
6. Organización del trabajo extramuros	34
7. Articulación multisectorial	35
8. Documentos de Gestión.....	35
B. Componente de Gestión.....	36
1. Planificación y programación	36
2. Rendimiento horario de medicina general	37
3. Asistencia técnica y supervisión	38
4. Monitoreo y evaluación.....	38
5. Indicadores: estructura, proceso, resultado, impacto.....	39
6. Gestión de información.....	40
7. Investigación	41
8. Sistema de información y vigilancia epidemiológica.....	41
C. Componente de la Calidad y la Seguridad del Paciente	42
D. Componente de Humanización	43
E. Componente de Ética y Bioética	41

F. Componente de Género	46
G. Componente de Interculturalidad.....	47
H. Componente de Intersectorialidad.....	49
I. Componente de Promoción de la Salud	50
J. Componente de Prestación	52
1. Referencia según la estratificación de riesgo del paciente.....	53
2. Programas especiales con enfoque preventivo	54
1.1. Control periódico de salud	55
(a) Tamizaje de los 20 a 24 años.....	55
(b) Tamizaje de los 25 a 39 años.....	57
(c) Tamizaje de los 40 a 49 años.....	58
(d) Tamizaje de los 50 a 64 años.....	59
(e) Tamizaje de los 65 a 79 años.....	60
(f) Tamizaje en personas mayores de 80 años.....	61
3. Programa de Atención a manipuladores de alimentos	62
4. Programa de Enfermedades No Transmisibles.....	65
1.1. Obesidad.....	70
1.2. Síndrome metabólico.....	71
1.3. Diabetes mellitus.....	72
1.4. Hipertensión arterial	75
1.5. Hiperlipidemia	78
1.6. Enfermedad renal crónica	80
1.7. Evaluación de riesgo cardiovascular	83
(a) Caso clínico	85
5. Programa de salud del adulto mayor	87
1.1. Categorización del paciente adulto mayor.....	90
1.2. PAM saludable o bajo riesgo.....	90
1.3. PAM riesgo intermedio	90
1.4. PAM riesgo alto.....	91
1.5. Valoración geriátrica integral	91
Referencias bibliográficas.....	96
Anexos	101
– Historia Clínica de Personas Adultas y Adultas Mayores	102
– Hoja de evolución del adulto y adulto mayor	106
– Tabla de actividades preventivas (tamizaje y consejerías)	108
– Hoja de Flujograma de controles en adultos con ENT.....	109
– Códigos priorizados de CIE10 para APS	110
– Instructivo para el llenado de la lista de Verificación de Casas Hogares.....	117
– Visita de supervisión a casas hogares del adulto mayor.....	120
– Formulario de tamizaje de violencia intrafamiliar SAFE	126

LISTA DE ACRÓNIMOS

CAPPS Centro de Atención de Prevención y Promoción en Salud

CIE-10 Clasificación internacional de enfermedades, versión 10

CSS Caja de Seguro Social

DEPA Departamento de protección de alimentos

DIGESA Dirección General de Salud

ENT Enfermedades crónicas no transmisibles

ENO Enfermedad(es) de notificación obligatoria

IMC Índice de masa corporal

INADEH Instituto Nacional de Formación Profesional y Capacitación para el Desarrollo Humano

INAMU Instituto de la mujer

INDICASAT Instituto de Investigaciones Científicas y Servicios de Alta Tecnología de Panamá

MEDUCA Ministerio de Educación

MIDA Ministerio de Desarrollo Agropecuario

MIDES Ministerio de Desarrollo Social

MINSA Ministerio de Salud

MITRADEL Ministerio de Trabajo y Desarrollo Laboral

MIVIOT Ministerio de Vivienda y Ordenamiento Territorial

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAD Presión arterial diastólica

PAI Programa ampliado de inmunización

PAS Presión arterial sistólica

PAM Personas adultas mayores

PNJPYTE Programa Nacional de Jubilados, pensionados y tercera edad

PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

POA Planificación operativa anual

RDA Registro de Actividades

REGES Registros y Estadísticas de Salud

RSE Responsabilidad Social Empresarial

SEIS Sistema electrónica de información en salud

SENADIS Secretaría Nacional de Discapacidad

SURCO Sistema único de referencia y contrarreferencia

TBC Tuberculosis

UDR Unidad docente regional

FASES DE GESTIÓN Y DISEÑO DE LA NORMA

La actualización de la Normas Técnico-Administrativa del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor fue un proceso desarrollado en varias fases, de manera multidisciplinaria e intersectorial. El proceso tuvo su inicio en marzo de 2015.

I. FASE DE CONSULTA: Se abrió un espacio deliberativo entre coordinadores de programas interinstitucional e intersectorial. Esta fase comprendió cuatro diálogos:

a. Primer diálogo: entre miembros del equipo del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor del nivel nacional. Se obtuvo como insumo las preguntas básicas para los diálogos inter-programáticos.

b. Segundo diálogo: entre coordinadores y directos de programas de salud del MINSA a nivel nacional. Se aplicó un cuestionario a los diferentes programas. Se enfatiza la importancia del trabajo colaborativo.

Se amplía el cuestionario para siguientes diálogos.

c. Tercer diálogo: entre los coordinadores regionales de salud de adultos del área metropolitana del país: Panamá Metro y San Miguelito. Se revisaron las preguntas.

d. Cuarto diálogo: entre coordinadores regionales de salud de adulto de todas las regiones del país, coordinadores de salud de adulto y tercera edad de la Caja de Seguro Social, MIDES y INDICASAT.

II. FASE DE ELABORACIÓN: inicia su redacción en 2016.

III. FASE DE VALIDACIÓN: Se dan 2 períodos de validación del documento. Se verifica todo el documento con el fin de corregir y detallar conceptos. Se verifica y modifica aspectos ortográfico, semántico, tipográfico y de estilo.

COMITÉ TÉCNICO: DIÁLOGOS INTERPROGRAMATICOS

MINISTERIO DE SALUD-SEDE CENTRAL

Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor

Dra. Raquel de Mock (coordinadora del programa, médica familiar)

Dra. Jesica Candanedo (médica salubrista)

Dr. Félix Correa

Dra. Dina Roiz

Dr. Yashiro Díaz (médico y bioeticista)

Programa de Niñez y Adolescencia

Dr. Max Ramírez (médico pediatra)

Dra. Amarilis Quintero

Lcda. Dora Polanco

Departamento de enfermería

Enf. Eusebia Copete (Jefa Nacional de enfermería)

Departamento de salud nutricional

Lcda. Mabel de Mas (Nutricionista)

Programa de control de la tuberculosis

Enf. Karolyn Chong

Dr. Israel Cedeño (médico epidemiólogo)

MINISTERIO DE SALUD- REGIONES

Región de Salud de Bocas del Toro

Enf. Marabely Jurado de López

Región de Salud de Coclé

Enf. Marta Pinzón

Dra. Obdulia Araica

Región de Salud de Colón

Mgtr. Luz Rangel

Dra. Ana Michel de Chávez

Región de Salud de Chiriquí

Enf. Izeth Serrano

Dr. Edward Samudio

Región de Salud de Herrera

Enf. Yodalís López

Región de Salud de Guna Yala

Enf. Gloria de Gutierrez

Región de Salud de Ngöbe-Buglé

Dr. Barry Glen Arce

Región de Salud de Los Santos

Enf. Enis Espino de Díaz

Enf. Ana Montenegro

Región de Salud de Veraguas

Enf. Vielka Campos

Región de Salud de Panamá Oeste

Dr. Andrés Cornejo

Enf. Ruth Robinson

Dra. Mercedes de Echevers

Región de Salud de Panamá Este

Dra. Cristobalina Batista

Enf. María Cerrud

Región de Salud de San Miguelito

Dra. María Arjona

Región de Salud de Panamá Metro

Dra. Ninoska Hernández

Región de Salud de Panamá Norte

Dr. Anel Castillo

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dr. Ycly Jaén (médico familiar)

Dra. Sol Ávila

Dra. Jennisel Villamil Zapata

Dr. Luis Cornejo (médico geriatra)

MIDES

Lcda. Juana Ovalle (analista de proyectos)

INDICASAT

Dra. Gabrielle Britton (PhD neurociencias)

COLABORADORES DE PRIMERA Y SEGUNDA VALIDACIÓN

MINISTERIO DE SALUD-SEDE CENTRAL

Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor

Dra. Raquel de Mock (coordinadora del programa, médica familiar)

Enf. Migna Villarreal

Dra. Dina Roiz

Dr. Félix Correa

Dr. Yashiro Díaz (médico y bioeticista)

Sra. Nella de Bustamante (secretaria)

Depto. Regulación de Investigación en Salud

Dra. Jesica Candanedo (médica salubrista)

Sistema Electrónico de Información en Salud

Dr. Víctor Wong

Departamento de enfermería

Enf. Caridad de Alfaro

Enf. Astevia Ávila

Dirección de Promoción de la Salud

Dra. Omaira Tejada

Lcda. Xiomara Santana

Lcda. Raiza de Pinto, psicóloga

Lcda. Ana Hurtado

Dirección de Planificación de Salud

Dra. Fania de Roach

Programa de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles y No transmisibles

Dra. Elsa Arenas

Dr. Miguel Jordán

Programa de Salud Ocupacional

Dr. Martín Alpérez

Mgtr. Raúl Rivera

Programa de Atención a las personas con enfermedades raras, poco frecuente y huérfanas

Dr. Jorge Ramos

Dirección de Asuntos Sanitarios Indígenas

Dr. Rodrigo Arosemena

Programa de Salud Bucal

Dr. Rafael Robles

Subdirección General de Salud Ambiental

Ing. Mayra Botacio

Licda. Fanny Castillo

REGES

Licda. Anayansi Tejada

Lcda. Zadia Reina

Departamento de Gestión de Laboratorio Clínico

Licda. Adriana García

Depto. Protección de alimentos (DEPA)

Dra. Anarella Jaén

Depto. Trabajo Social

Licda. Bethzabel de Miranda

Licdo. Miguel Godoy

Programa de Niñez y Adolescencia

Dra. Amarilis Quintero

Lcda. Dora Polanco

MINSA – REGIONES DE SALUD

Bocas del Toro

Enf. Marabely Jurado de López

Dra. Tanisha González

Dr. Abdiel Rodríguez

Licda. Xiomara Rosas

Enf. Dayra Rodríguez

Coclé

Enf. Marta Pinzón

Dra. Obdulia Araica

Dra. Mayra Návalos

Enf. Celsa Rangel

Enf. Ada Tuñón

Colón

Mgter. Luz Rangel

Dra. Ana Michel de Chávez

Dra. Angela Archibold

Enf. Geidy Cañate
Enf. Catalina Ortiz
Dra. Gina Cummings
Dra. Sue Helen Wedderburn
Enf. Teresa Welch
Licdo. Julio Morales

Chiriquí

Enf. Izeth Serrano
Dr. Edward Samudio
Dr. Ramón Castillo
Enf. Felipa Víquez
Enf. Elvidia Emir Quiroz
Dra. Yelisa Pascual

San Miguelito

Dra. Noris Dávalos
Enf. Rosa Pérez
Dra. Itzil Alanis
Dra. Marcia Arjona de Zavaleta
Licda. Benilda Carrillo
Licda. Eileen Chacón
Enf. Delia Bowner

Darién

Dr. Felipe Valdivia
Enf. Ananías González

Herrera

Enf. Yodalis López de Batista
Licda. Briseida Higuera

Los Santos

Enf. Enis Espino de Díaz
Enf. Ana Montenegro
Enf. Betyxys González
Enf. Gloribeth García
Enf. Sandra Morris

Panamá Norte

Dr. Anel Castillo
Enf. Elba Aparicio

Enf. Shanira Pineda
Dr. Juan Rogers

Panamá Este

Dra. Yissell Cabezas
Enf. María Cerrud
Dr. Bredio Ramírez
Enf. Rosa Pimentel
Dra. Jisela Ibarra

Panamá Metro

Dra. Lajestany De Gracia
Dr. Mario Ruiz (médico familiar)
Dr. Manuel Barahona
Dra. Ninoska Hernández
Enf. Xiomara de Mendieta
Dra. Eyra Quintero
Dra. Dalia Toala
Enf. Gladys de Tedezco
Enf. Vielka Arispe

Veraguas

Enf. Vielka Campos
Enf. Noemí Cumbreira
Enf. Lullys Pardo
Dr. Héctor Torres

Comarca Guna Yala

Enf. Gloria de Gutiérrez
Enf. Jorge Magullón
Enf. Zaylis Cisneros
Dr. Diomedes Hernández
Enf. Marisol Arango

Comarca Ngöbe-Buglé

Enf. Otilio Muñoz
Enf. Yaideth Samudio
Dra. Ana Lía Becerra
Dr. Barry Arce

Panamá Oeste

Dr. Andrés Cornejo

Enf. Ruth Robinson
Dra. Mercedes de Echever
Enf. Reynelda Ávila

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Dra. Sol Ávila (PNJPYTE)
Dra. Ideuska Btsh (Capps Pedregal)
Enf. Martina Marín (PNJPYTE)
Dra. Katherine Friedrich
Dra. Natalia García
Dr. Fernando Castañeda (médico familiar)
Enf. Luis Barrios
Dr. Ismael Collado
Dra. Tatiana Mandiche (PNJPYTE)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Dr. Luis Sarmiento

HOSPITAL SANTO TOMÁS

Dr. Diógenes Arjona (Presidente de la Sociedad Panameña de Geriátría)
Dra. Amarilis Meléndez (Médica Otorrinolaringóloga)

FEDERACIÓN NACIONAL DE ASOCIACIONES DE LA TERCERA EDAD

Sra. Dominga de Watson

SENADIS

Licda. Carmen Sánchez

SOCIEDAD PANAMEÑA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Claude Betts
Dra. Carmen de Betts

SOCIEDAD CIVIL

Profa. Reina Alonso (docente jubilada UP)

MIDES

Licda. Juana Ovalle (analista de proyectos)

MUNICIPIO DE PANAMÁ

Lcdo. Isaac Atencio

CARDIÓLOGOS ASOCIADOS DE PANAMÁ

Dr. Daniel Pichel (médico cardiólogo)

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a la Dra. Jesica Candanedo Pérez, joven médica salubrista quien formó parte del equipo que dio inicio a la fase de consulta en la actualización de la norma, contribuyendo no sólo con el aporte de una metodología o camino a seguir en este complejo proceso, sino que además ayudó a transformar un programa predominantemente curativo en uno con mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de los daños. Actualmente no forma parte de la Coordinación de Adultos y le deseamos el mayor éxito en su nueva misión en Regulación de la Investigación.

Al Dr. Félix Correa, joven y destacado médico con gran actitud y dotes tecnológicos, por su aporte incondicional a la actualización de la Historia clínica, la Norma y la inserción de las tecnologías de la información y comunicación al Programa de Adultos y Adulto Mayor.

Al equipo de salud del Programa de Salud de Adultos a nivel Nacional, que ha dado un gran impulso para que esta norma sea terminada, publicada, e implementada.

A todos los coordinadores regionales que han aportado con magníficas ideas desde su cosmovisión y contexto en el sistema de salud.

A nuestras secretarias, Carmen Halphen y Nela de Bustamante, por su dedicación y esmero al trabajo efectuado para el programa de adulto y adulto Mayor.

INTRODUCCIÓN

Las Normas Técnico-Administrativas del Programa de Salud Adulto y Adulto Mayor son el conjunto de disposiciones sistemáticas que han de implementarse en el cuidado general de la salud de la población adulta y adulta mayor del país. En el contenido se plantea una línea de base de cuidados mínimos a partir de la cual el personal de salud deberá ejercer sus funciones. Se establece el marco de referencia para que los equipos de atención desarrollen las acciones pertinentes para brindar calidad de atención, empoderando al profesional de la salud con las herramientas educativas, preventivas, curativas y rehabilitadoras.

La atención de las necesidades de salud del adulto y adulto mayor responde a la concepción de que cada individuo es una unidad biológica, psicológica y social en interacción permanente con su medio ambiente. Cada individuo es un ser humano único e irreplicable, requiere una atención enmarcada en un sistema integral ejecutado por el equipo de salud, dando prioridad a la educación, promoción, prevención y conservación de la salud. Este sistema integral no descuida la curación, recuperación y rehabilitación de la salud. Incluso se toman en cuenta aspectos como: la seguridad del paciente, la interculturalidad en salud, los principios bioéticos y el enfoque de género.

El desarrollo y fortalecimiento de los programas dirigidos al adulto y adulto mayor será posible por la conformación y funcionamiento simbiótico entre el equipo de salud y la participación activa de la comunidad. La atención integral deberá ser realizada por un grupo de profesionales de las diferentes disciplinas de la salud que, aportando sus propias técnicas y destrezas en una forma coordinada (interprofesional), darán una respuesta efectiva al fenómeno salud-enfermedad, en el primer nivel de

atención; por tanto, el presente manual va dirigido a todos los funcionarios de salud. Esperamos concientizarlos sobre la importancia de la salud del adulto y adulto mayor y que juntos realicemos un esfuerzo dinámico para educar, promover, prevenir, conservar la salud, restaurar y rehabilitar los problemas de salud de nuestra población.

Es preciso hacer ajustes para que nuestro modelo de atención eminentemente curativo sea transformado en uno preventivo, en el que el trabajo en equipo, las actividades extramuros con búsqueda activa de factores de riesgo y respaldados por la participación activa de la comunidad, se cristalice.

También es menester incorporar las tecnologías de la información y la comunicación al trabajo dinámico que se lleva a cabo en la Coordinación del Programa de Salud del Adulto y Adulto mayor; de ahí que el uso de la página web del programa, la conectividad mediante teléfonos móviles y correo electrónico, sean herramientas que permiten acercarnos virtualmente, llevar a cabo un trabajo colaborativo e intercambiar información diaria, prácticamente, en tiempo real. Las ventajas que nos ofrece la tecnología de la información y comunicación son fundamentales para el logro de los objetivos propuestos en pleno siglo XXI.

Los diálogos develaron necesidades de actualización en otros programas, además de establecer mecanismos efectivos de la comunicación para afrontar la generación de actualizaciones y nuevas políticas públicas de manera eficiente, con los recursos con que disponemos actualmente.

En cuanto a la actualización de la sección de las personas adultas mayores, ésta se ha basado en la misma metodología utilizada para el adulto joven.

Con el insumo generado en la fase de consulta, los diálogos inter-programáticos e intersectoriales y la evidencia publicada se ha planteado una norma que, en el nivel operativo, refleja la atención diferenciada del adulto mayor.

A la vez que se daba la fase de consulta se desarrolló el proyecto “Fortalecimiento del componente Control General de Salud en el marco de la actualización de la Norma del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor: Actividades por grupo de edad y Reporte de indicadores”. El producto de esta investigación, liderada por la Dra. Jesica Candanedo y auspiciado con fondos de la OPS, ha impulsado la inserción del componente de prevención de forma sistemática. La Comisión de Envejecimiento ha contribuido a la formulación de lineamientos complementarios para lograr la integralidad necesaria en el abordaje de la enfermedad crónica y la discapacidad en la población bajo su cobertura. Esta atención está fundamentada en el principio de una atención diferenciada del adulto mayor. Se asigna la sección

especial para tamizaje de aspectos instrumentales para componente afectivo, cognitivo, autovaloración de su salud y elementos para la categorización del riesgo en el adulto mayor.

Se ha tomado en cuenta la detección oportuna de la discapacidad asociada a la edad avanzada. Es importante desarrollar una norma para promover una longevidad saludable, de forma que se eleve la calidad de vida de nuestras personas adultas mayores y se alivie la carga económica y social que representa la enfermedad y discapacidad en este sector de la población.

La participación social e intersectorial se hace necesaria para implementar medidas de salud pública que promuevan comunidades amigables donde se den las condiciones para el envejecimiento saludable y en las que sea posible el logro de objetivos del programa de adultos y adultos mayor basado en la promoción, prevención, detección y tratamiento oportuno de la enfermedad y discapacidad.

DISPOSICIONES GENERALES

Objetivo General

Introducir innovaciones a la norma del Programa de Salud del Adulto y Adulto Mayor, que permitan transitar de un programa curativo y episódico a uno con mayor énfasis en la promoción y la prevención, que permita la detección precoz y el abordaje oportuno de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT).

Objetivos Específicos

1. Definir los criterios de intervención a desarrollar en los componentes de organización, provisión, gestión y financiamiento para la atención integral de las personas adultas y adultas mayores.
2. Actualizar la normativa que establece la atención de las personas adultas y adultas mayores para el abordaje de los problemas de salud agudos, crónicos, transmisibles y no transmisibles; con énfasis en la promoción, prevención, trato humanizado y seguridad del paciente, en el primer nivel de atención.
3. Plantear el abordaje de las ENT y problemas asociados al envejecimiento según nos corresponde como Eje de Atención del Plan Nacional de Enfermedades No Transmisibles, basado en un modelo incluyente, humanizado y efectivo.
4. Diseñar un método de trabajo con adaptación de las tecnologías de la información y la comunicación para fortalecer la capacidad de coordinar, monitorizar y evaluar las acciones del programa de adultos.
5. Fortalecer el primer nivel de atención con miras a disminuir la carga hospitalaria.
6. Establecer la atención diferenciada de las PAM atendiendo a las políticas de envejecimiento y a las leyes que protegen a este grupo poblacional.

Ámbito de aplicación

La presente Norma Técnica de Salud es de aplicación nacional, regional y local en el sistema de salud panameño de atención.

Base Legal General del Programa

- » Artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, que consagra el derecho a la salud, como el completo bienestar físico, mental y social.
- » Decreto de Gabinete 1 del 15 de enero de 1969: que crea el Ministerio de Salud para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud, que por mandato constitucional son responsabilidad del Estado.
- » Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, que establece el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud.
- » Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 y su reglamentación.
- » Decreto Ejecutivo 393 de 14 de septiembre de 2015, que adopta los objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) vinculados directamente con la Política No.3 del Ministerio de Salud.
- » Decreto Ejecutivo 1510 de 19 de septiembre de 2014, modificado por el Decreto Ejecutivo 846 de 4 de agosto de 2015, que establece la Estrategia

Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades no Transmisibles y sus Factores de Riesgo.

- » Objetivos estratégicos derivados de la 138ª reunión del Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud.
- » Resolución Ministerial N° 051 de 9 de febrero de 2017, Que adopta y aprueba la historia clínica de las personas adultas y adultas mayores, la hoja de evolución y sus respectivas instructivos de llenado para su utilización en todas las instalaciones del MINSA que ofrezcan atención primaria de salud en el país.
- » Resolución 2953 de 16 de diciembre de 2016, Que adopta el formato y uso de recetas impresas y electrónicas en el Ministerio de Salud.
- » La Ley 36 de 2 de agosto de 2016, que establece la normativa para la protección integral de los derechos de las personas adultas mayores y se instauran las responsabilidades del Estado en la modernización de las entidades involucradas en la implementación de políticas públicas orientadas hacia los adultos mayores.
- » Decreto 469-2010-DMySC (17 de diciembre de 2010): Por el cual se aprueba el documento titulado "Manual de procedimientos para la supervisión del cumplimiento de los estándares de calidad en los centros de atención diurnos, casa hogares o albergues para adultos mayores, regulados por el Ministerio De Desarrollo Social, segunda versión
- » Mediante Decreto Ejecutivo N° 3 de enero de 1999, se dictan Normas para la Apertura y

Funcionamiento de Centros de Atención Diurna, Hogares o Albergues para Personas Mayores.

- » Ley 7 de 14 de febrero de 2018, que adopta medidas para prevenir, prohibir, y sancionar actos discriminatorios.

Normas Internacionales

- » Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969).
- » Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (Madrid – 2002)
- » Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una Sociedad para toda las Edades y Protección Social basada en Derechos, Brasilia 2007.
- » A Nivel global de las Naciones Unidas encontramos la siguiente: El pacto de derechos económicos, sociales y culturales no hace referencia explícita a los derechos de las personas mayores, aunque el artículo 9, trata sobre el derecho de todos a la seguridad social. Tampoco al igual que la Declaración Universal de los Derechos Humanos; se prohíbe la discriminación basada en la edad, sin embargo, es posible revisar la aplicación por extensión de los derechos establecidos en estos instrumentos.

DEFINICIONES OPERATIVAS

Acciones intersectoriales

Las acciones intersectoriales son necesarias para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas entre los actores y sectores. Ello requiere de vínculos estrechos entre las áreas gubernamentales y no gubernamentales, tanto al interior como fuera de los servicios de salud, para que las mismas tengan un impacto sobre la salud y sus determinantes (1,6).

Atención basada en un modelo integrado

Es un proceso de atención multidimensional a través del cual un equipo interdisciplinario satisface las necesidades de salud, mediante la prestación continua de los cuidados esenciales a personas con pluripatología de complejidad o con estratificación del riesgo alto, considerando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación en salud y cuidados paliativos. La intención es controlar los problemas complejos en mayor proximidad a la comunidad de origen. Este modelo lleva implícita una actitud proactiva del profesional, que no basa su atención en la demanda que le llega a la consulta, sino en la necesidad de los pacientes que tiene asignados (acudan o no a la consulta) al incluir la enfermedad crónica, que está excluida del modelo de radar que es curativo y episódico. Además, es un modelo que favorece la coordinación sociosanitaria al apoyar las necesidades sociales del paciente y de su cuidador (1, 4, 5, 6).

Atención con énfasis en la promoción y prevención

Es la intervención en el momento más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad o entre la detección del riesgo, los problemas de salud

y la aparición de secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, a la familia y a la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el auto cuidado. En intramuros corresponde a la consulta programada para el examen periódico de salud y a nivel comunitario se coordina la realización de actividades de prevención como conferencias, talleres o tamizaje (1). También significa aprovechar las oportunidades perdidas, cuando un paciente llega por cualquier proceso mórbido intercurrente aplicar las actividades preventivas ya sea de tamizaje o consejería que se han dispuesto en esta norma (4).

Atención diferenciada de las PAM

Se plantean lineamientos especiales para la atención de las personas mayores de 60 años en los componentes de organización, prestación, atención, gestión, financiamiento, seguridad del paciente, humanización, interculturalidad y género. Mediante estas medidas se busca:

- ✓ Fortalecer las capacidades técnicas de los equipos interdisciplinarios del primer nivel de atención.
- ✓ Organizar la cartera de los servicios según las necesidades de una población con niveles variables de comorbilidad, dependencia y discapacidad, de acuerdo con la realidad regional y local.
- ✓ Actualizar y estandarizar los planes de educación, consejerías especiales, tamizaje, y métodos de abordaje clínico dirigidos al adulto mayor basándonos en la evidencia científica publicada.

- ☑ Promover la participación social familiar y comunitaria para mejorar el acceso a la atención integral de salud de las PAM.
- ☑ Promover la participación de las PAM en las acciones de salud.
- ☑ Conformar redes de servicios sociales e intersectorial de apoyo mutuo ^(1, 2).

Atención extramuros

Es la atención que se realiza fuera del establecimiento de salud, con el objetivo de extender la atención a los grupos poblacionales vulnerables o de mayor riesgo social, bajo el ámbito de responsabilidad del establecimiento de salud. Esta atención contempla la búsqueda activa de casos, tamizaje, atención de morbilidad, cuidados paliativos etc. Los adultos pueden ser atendidos en diferentes espacios como son: domicilio, albergues diurnos, asilos, colegios, universidades, iglesias, empresas, etc.

Atención intramuros

Es la atención en el establecimiento de salud, por el profesional o técnico de salud, sensibilizado y capacitado según competencias y nivel de complejidad del establecimiento.

Atención mediante consulta programada

Representa el abordaje de problemas sub-agudos y crónicos, principalmente trastornos degenerativos no transmisibles. Implica la aplicación de tamizaje, consejerías, educación terapéutica y trabajo en equipo. Conlleva el uso del “Pasaporte para una Vida Saludable” (herramienta de educación ^(3, 4, 5)).

Atención mediante consulta rápida

Se orienta a dar respuesta a problemas de salud de inicio rápido. Se relaciona con problemas de menor complejidad y que no representan amenaza para la vida. Ejemplo: morbilidades agudas respiratorias, gastrointestinales, etc. Es una opción en instalaciones de alta demanda de atención con escasos cupos ⁽⁶⁾.

Atención grupal de pacientes crónicos

La consulta médica de Control Grupal es una instancia del método clínico que utiliza una metodología cualitativa de abordaje a través de la entrevista grupal con un grupo de pacientes afectados por una misma enfermedad y en la que se da un proceso de interacción en cada uno desde su contexto y mediante comunicación verbal comparten información de manera voluntaria. Se produce una negociación a través de la relación médico-paciente en busca de lograr decisiones que llevarán a la prevención de daños; se promueve el auto-cuidado y la adherencia al tratamiento. Tiene ventaja sobre la atención habitual de formato individual, porque ofrece apoyo emocional y social de personas con experiencias similares, al servir de modelo a pacientes en circunstancias parecidas, lo que favorece la capacidad del logro de metas, entre otros beneficios. Incluye la consulta médica o de la enfermera; pueden participar otros integrantes del equipo de salud como nutricionista, psicólogo/a, trabajador/a social y otros. Además, incorpora el examen físico y la nota médica y /o de enfermería. También utilizada para favorecer el apego a estándares, reducir la necesidad de hospitalización y se sugiere para servicios de salud sobresaturados ⁽⁷⁾.

Criterio de Programación

Son las reglas o pautas a ser aplicadas en la programación del conjunto de actividades y requerimientos de acuerdo al tamaño de la población, en un tiempo determinado, según capacidad resolutive y demanda, con el objeto de alcanzar las metas programáticas de salud ⁽⁶⁾.

El nivel nacional establecerá los criterios de programación de actividades. El nivel Regional y local programará las actividades en función de la población adulta y adulta mayor adscrita al ámbito de la región y al establecimiento de salud, según los parámetros establecidos y tomarán en cuenta la presencia o ausencia de otros prestadores de servicios en la zona.

Equipo de salud

Según el concepto de atención primaria (APS) renovada un equipo es un número pequeño de personas con habilidades complementarias que están comprometidas con un propósito común, con metas de desempeño y con una propuesta por las que se consideran mutuamente responsables (1,5).

Estratificación del Riesgo

Herramienta para agrupar a los pacientes según riesgo de empeorar o de padecer un nuevo problema de salud a su entrada en el primer nivel de atención. El objetivo es priorizar los recursos disponibles para optimizar la disposición y el uso en los 3 niveles de atención. Las intervenciones y las referencias deberán estar basadas en el nivel de riesgo detectado. Se basa en la Pirámide de Kaiser, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico. El modelo para aplicar en la norma incluye la vertiente poblacional de promoción y prevención (nivel 0), que incluye el abordaje de las determinantes sociales como estrategia para afrontar el reto de la cronicidad, según experiencia de Euskadi 2011 (13, 14). Los pacientes de Nivel 2 requieren de consulta programada y gestión de la enfermedad (39) y los pacientes de Nivel 3 gestión integral del caso mediante la atención basada en el modelo integrado (40). Los pacientes de nivel 1 que no requieren medicamentos recibirán una cita anual y deberán recibir educación para auto-cuidado en relación con los riesgos identificados. Si requieren medicamentos, se citan cada 3 meses (4 citas con médico y otra 4 con enfermera alternado). Pacientes de riesgo intermedio requieren cita cada 2 meses (alternado 6 citas con médico y 6 con enfermera) y los de riesgo alto cada mes con el médico (10-11 citas con médico y 6 con enfermera).

Flujograma de controles

Instrumento para sintetizar información de resultados de laboratorio, actividades preventivas, principales problemas detectados y consejerías. Es la contraparte en el expediente de los datos que se anotan en el Pasaporte para una Vida Saludable.

Orientación familiar y comunitaria

Un sistema de Salud basado en la APS no descansa exclusivamente en la perspectiva individual, sino que emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención (1, 5).

Pasaporte para una vida saludable

Herramienta para la educación de pacientes captados con factores de riesgo de ENT. Es un medio a través del cual se establece una comunicación entre el profesional de la salud, el paciente y su familia: contiene los elementos básicos para educar en el auto-cuidado de diabetes, obesidad, hipertensión, ejercicio, alimentación y permite anotar resultados. Lo porta el paciente. Puede ser usado por cualquier integrante del equipo básico de salud.

Población objetivo

Corresponde al grupo poblacional al cual van dirigidas las intervenciones contempladas en la norma (1,6).

Trabajo en equipo

Es el proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud en el contexto del modelo de atención primaria de salud para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Le definen características como: autonomía, interdependencia en la ejecución de las acciones; la interdisciplinariedad; la horizontalidad; la flexibilidad; la creatividad; la interacción comunicativa. No hay modelo universal de composición válida para todos los lugares y contextos sociales (1). Básicamente el equipo de salud constaría de médico, enfermera y un técnico de nivel medio con funciones de auxiliar o de técnico comunitario. Cualquier funcionario de la instalación podría ser parte del equipo de salud (5, 6).



COMPONENTES



COMPONENTE DE ORGANIZACIÓN

Es el conjunto de procesos y acciones que permiten reordenar la oferta sanitaria para producir prestaciones de salud que cubran las necesidades de atención de salud de un grupo poblacional. Los establecimientos de salud deben adecuar y desarrollar procesos organizacionales, tanto en la atención intramuros como en la extramuros, para brindar cuidados esenciales de calidad a la población adulta y adulta mayor.

El componente de organización comprende:

- » Oferta fija y móvil
- » Organización del recurso humano
- » Servicios e infraestructura física (disponibilidad y ordenamiento de los ambientes, mobiliario, equipos, materiales e insumos para la atención intra y extramuros)
- » Flujos y horarios de atención
- » Normas, guías de práctica clínica y protocolos, entre otros

Los establecimientos de salud se organizarán para la atención integral de las personas adultas y adultas mayores, considerando los recursos disponibles en el ámbito y de acuerdo con su nivel de complejidad en el sistema de salud.

1. Recurso Humano

El personal de salud debe de estar capacitado en la atención integral de la población adulta con énfasis en la población adulta mayor, tomando en cuenta los factores asociados a la transición demográfica y epidemiológica, los derechos humanos de los pacientes, la Ley 68 (de 20 de noviembre de

2003), interculturalidad, enfoque de género y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La capacitación deberá promover, en el funcionario de salud, el desarrollo de habilidades y actitudes que le permitan establecer desde el inicio una relación empática con las personas que consultan, propiciando un clima de confianza, seguridad y respeto. El profesional de la salud, independientemente de su disciplina, debe recordar que su función es servir a la comunidad ayudando a restaurar, siempre que sea posible, la habilidad del individuo de vivir y trabajar en el ambiente que se haya escogido (15, 21, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37, 38, 39).

Esta internalización de la visión organizacional se perpetuará informando a cada trabajador que ingrese al sistema sobre las normativas y todo lo relacionado con la atención integral e integrada, proceso que durará 4 semanas.

En los establecimientos de salud, según corresponda, se conformará un equipo interdisciplinario básico integrado por el médico general o especialista en atención primaria y enfermera(o) sensibilizados, capacitados y entrenados para brindar atención integral al adulto mayor. Se incorporarán otros profesionales de la salud tales como odontólogo(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, nutricionista, medicina física entre otros; así como personal técnico de enfermería o técnico sanitario de acuerdo con la complejidad del establecimiento y disponibilidad de recursos (1, 5, 6, 15, 20, 34, 40, 41, 42).

1.1. Responsabilidades

A continuación, enumeraremos las responsabilidades del Recurso Humano asignado al programa por nivel nacional, regional y local:

RESPONSABILIDADES Coordinadores Médicos del Nivel Nacional

Participar en la creación de políticas y programas para el fortalecimiento de los programas establecidos y para responder a las nuevas necesidades de la población.

Coordinar la actualización periódica de las normas y guías de atención del programa.

Coordinar el Eje de Atención del Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las enfermedades no transmisibles y sus Factores de Riesgo. 2014-2025

Participar en la coordinación de comisiones relacionadas con la salud del adulto como la Comisión del Envejecimiento, Comisión de Enfermedad Renal, Comisión de Enfermedades Desatendidas, Comisión Técnica de Seguridad del paciente etc.

Participar en la Sala de Situación para las Enfermedades Transmisibles que coordina el departamento de Epidemiología.

Participar como parte del eje de atención en la actualización de guías previamente emitidas y en la creación de nuevas guías.

Planificar el POA (Programa Operativo Anual) y evaluar su cumplimiento anual.

Participar en la coordinación inter-programática para el logro de objetivos conjuntos de atención a la población.

Atender las necesidades de actualización, planificación y supervisión de los subprogramas de salud de adultos (manipulador de alimentos, higiene social).

Llevar a cabo coordinaciones intersectoriales para el logro de objetivos conjuntos para la población adulta y adulta mayor.

Promover y coordinar la elaboración de material educativo para la prevención de enfermedades del adulto, dirigidos al individuo, su familia y la comunidad.

Promover la investigación científica que beneficie el desarrollo y mejoramiento de la calidad en la atención de los programas dirigidos al adulto y adulto mayor.

Capacitar y divulgar información actualizada de los programas del adulto a los coordinadores regionales y a quien la solicite.

Asesorar y brindar asistencia técnica en relación con el programa de adultos a las direcciones nacionales, regionales

Participar en la confección y promoción de vocerías de temas de salud pública.

Implementar la normativa actualizada y monitorear el cumplimiento de las mismas.

Cumplir y hacer cumplir las Normas Técnico Administrativas Nacionales junto con el equipo regional adaptándose a las características socioculturales y económicas de su ámbito.

RESPONSABILIDADES Coordinadores Médicos del Nivel Regional

Elaborar el plan operativo anual en respuesta a las necesidades de salud de los adultos y mayores.

Elaborar el análisis de la situación de salud regional de los adultos mayores, identificando y priorizando sus necesidades.

Promover y fortalecer la capacitación continua de los equipos multidisciplinarios locales de salud.

Llevar a cabo coordinación intersectorial con los sectores sociales: MIDES, MEDUCA, MEF, MICI, MP, SENADIS, municipios, juntas comunales, iglesias, ONG's, organizaciones de adultos mayores etc., con el fin de promover el desarrollo integral de las personas adultas mayores, el respeto, divulgación de los derechos ciudadanos, educación para la salud, uso del tiempo libre y otros.

Supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Adultos en el ámbito regional Supervisar y darle seguimiento al expediente electrónico de los niveles locales.

Informar trimestralmente a la coordinación nacional del PSAAM y al Director Regional de Salud las actividades desarrolladas.

Llevar registro mensual de las actividades del nivel local y rendir informe trimestral al nivel nacional por medio electrónico.

Coordinar la obtención de material, papelería y formatos específicos para el programa y manejo de la información para suplir a los niveles locales.

Promover una adecuada comunicación con los diferentes niveles y programas de salud.

Promover la adecuada ejecución del programa en cada instalación.

Coordinar el proceso de auditoría de expedientes que se llevará a cada médico, trabajador(a) social, y enfermera(o) de adultos que forma parte del equipo de atención.

Apoyar al equipo local en asesoría y logística para el desarrollo de actividades relacionadas con ENT.

Propiciar acciones educativas para la actualización en aspectos clínicos.

Asesorar a cada instalación de salud sobre sus actividades de atención, educación, procesamiento de información y metodología de trabajo (Programación local).

Promover la participación del nivel local en actividades docentes programadas por el nivel nacional.

Coordinar con la Unidad docente regional (UDR) las actividades de capacitación del programa.

Gestionar y distribuir material educativo dirigido al equipo de salud y comunidad.

Promover la participación comunitaria en la ejecución de los programas.

Apoyar o realizar investigaciones epidemiológicas para identificar factores de riesgo.

Promover y participar en actividades de investigación a nivel local, regional, nacional, institucional e intersectorial dirigida al adulto y adulto mayor.

Brindar asesoría a todo el equipo interdisciplinario y a la comunidad sobre normas y acciones del programa.

Conformar las comisiones de enfermedades desatendidas, envejecimiento, y seguridad del paciente.

RESPONSABILIDADES Coordinador Médico del Nivel Local

Coordinar el análisis del programa de adultos y adulto mayor,

Llevar a cabo POA local en conjunto con enfermería, trabajo social, educación para salud, odontología, farmacia, ambiente, vectores, laboratorio, promotores (los recursos humanos locales disponibles) para planeamiento de actividades intra y extramuros.

Ejecutar las actividades establecidas en los planes regionales y nacionales.

Recoger periódicamente información sobre las necesidades de atención de las personas adultas y adultas mayores.

Llevar a cabo coordinación intersectorial con otras instituciones públicas y privadas para el logro de objetivos conjuntos. (Junta comunal, grupos de tercera edad, Iglesias, organizaciones civiles, universidades, MEDUCA, empresas, etc.)

Desarrollar actividades de evaluación y monitoreo con la finalidad de orientar acciones y reprogramar en base a las coberturas alcanzadas y las metas programadas.

Vigilar que se ejecuten las acciones, se apliquen procedimientos (llenado de historias, infraestructura, equipamiento) para la atención del adulto y adulto mayor como ha sido establecido.

Implementar estrategias y actividades preventivas (interdisciplinarias) del programa como tamizajes, búsqueda activa de casos en las comunidades, identificar sectores de vulnerabilidad.

Implementar acciones educativas dirigidas al paciente, sus familiares y la comunidad.

Capacitar al equipo básico local en las diferentes normas, procedimientos y programas del PSAAM

Elaboración de informes trimestrales solicitados por el nivel regional y de las actividades realizadas con el equipo local de salud para cumplimiento de la norma.

Coordinar las auditorías médicas de expediente clínicos de los niveles locales.

Realizar reuniones periódicas con el equipo interdisciplinario para evaluar acciones y reflexionar al respecto como política para mantener la calidad del programa.

Promover y desarrollar investigaciones relacionadas con el grupo etario.

Coordinar la atención grupal de pacientes crónicos diabéticos, hipertensos, obesidad, etc., con el resto del equipo.

Brindar información a coordinadora local de UDR sobre necesidad de actualización de los programas. .

Coordinar con otras instituciones y grupos comunitarios organizados las acciones de promoción y prevención prioritarias según el diagnóstico situacional.

Equipo de Salud del primer nivel de atención

El equipo local de salud es la base para la ejecución de todas las actividades de las unidades del primer nivel de atención. Su composición varía de acuerdo con el recurso humano que disponga cada unidad local de atención. Idealmente debería estar compuesto por personal de:

- » Medicina
- » Enfermería
- » Trabajo social
- » Farmacia
- » Odontología
- » Nutrición
- » Psicología

Sin embargo, dado el carácter comunitario del equipo de salud del primer nivel, desarrollaremos las funciones y características de tres integrantes

fundamentales de este equipo: personal médico, de enfermería y trabajo social.

El médico general es el profesional representativo del primer nivel de atención en el modelo de la Atención Primaria Renovada, ya que los pacientes tienen acceso directo a él y sobre su consulta recae la responsabilidad de prestar una asistencia continua y completa, tanto preventiva como curativa; tomando en cuenta las determinantes sociales, los factores de riesgo, la detección precoz de los procesos mórbidos en etapa preclínica, incluyendo además la curación, la rehabilitación y el cuidado paliativo ^(19, 22).

La elaboración de la historia clínica completa, el examen físico, la prescripción del tratamiento correspondiente y las recomendaciones educativas o consejerías son parte de las funciones en que se enmarca el actuar del médico del primer nivel de atención ^(25, 33).

RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL MÉDICO EN PRIMER NIVEL ATENCIONAL

Prestación de atención continua y completa a los pacientes programados o por demanda espontánea.

Función de docencia en servicio e investigación.

Función docente a las futuras generaciones de médicos.

Apoyo a la gestión clínica y a la administración.

Función educativa al paciente y la comunidad.

Áreas de desempeño

✓ Atención al individuo

Atención a la familia

Atención a la comunidad

Docencia e investigación

Gestión clínica y administración

Apoyar en sub-áreas de la práctica clínica ya sea de manera individual o en coordinación con otros profesionales, como:

Trabajo en equipo para el cumplimiento de metas de programas.

Resolver problemas

Colaborar con los sistemas de registro e información, la gestión de recursos, administración sanitaria y la garantía de calidad.

Acciones del médico en la comunidad (extramuros)

Promoción de Salud

Las acciones del médico del primer nivel de atención, además de clínicas, son de promoción de salud y esencialmente participando en equipos (interprofesionales) o de manera individual en actividades dirigidas a mejorar las condiciones socio-ambientales, la concientización de personas, de grupos y de la comunidad en general para el mejoramiento de problemas relacionados con el proceso de salud-enfermedad.

El profesional médico participará en educación sanitaria dentro de la comunidad sobre higiene, seguridad alimentaria, recreación, prevención de accidentes, drogadicción, enfermedades crónicas, enfermedades transmisibles entre otras; al igual que en acciones encaminadas a promover la organización comunitaria, la participación social, el diagnóstico de salud y el abordaje Inter programático e intersectorial de problemas de salud pública.

La búsqueda activa

De factores de riesgo extramuros o de morbilidad oculta en grupos vulnerables de la comunidad, mediante la aplicación de tamizajes, es una estrategia de protección específica en la que el médico actuará para la prevención y el diagnóstico oportuno de enfermedades consideradas como problemas de salud pública por su magnitud e impacto en la calidad de vida, como son la diabetes, enfermedad renal, hipertensión, síndrome metabólico, obesidad y la tuberculosis, para las cuales existen abordajes y tratamiento costo-efectivos.

Visita domiciliaria programada

La protección del adulto mayor dependiente, la enfermedad crónica terminal y el cuidado paliativo, según los lineamientos establecidos en la Guía Metodológica y Orientaciones técnicas sobre visita domiciliaria⁽¹⁷⁾.

Acciones del médico en el consultorio (intramuros)

En el consultorio de la consulta externa y de la consulta rápida, el médico ofrecerá consulta médica basado en una relación médico-paciente de participación mutua sobre la que median los principios bioéticos, los derechos humanos y la dignidad de la persona ⁽²⁸⁾.

El médico aplica la historia completa orientada a la detección de factores de riesgo y la aplicación de tamizajes basados en la evidencia. Esta es una consulta de continuidad y a largo plazo; el expediente deberá ser actualizado con el llenado de una historia clínica nueva cada tres años. En las personas mayores de 60 años se aplica la sección de evaluación geriátrica anual. Las hojas de evolución para visitas subsiguientes deberán contener los tamizajes por factores de riesgo.

Consulta externa (la visita programada)

- ✓ Realiza procedimientos como examen físico completo (toma de presión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, perímetro abdominal y temperatura), aplica tamizajes y refiere a los programas de apoyo según sea el caso.
- ✓ Realiza evaluaciones especiales según sea el caso y comorbilidades, como la prueba de monofilamento al paciente diabético, otoscopia u oftalmoscopia.
- ✓ Ordena pruebas de laboratorio y exámenes de gabinete según sea la condición del paciente y el problema identificados.
- ✓ Categoriza a los pacientes evaluados según la estratificación del riesgo basado en la Pirámide de Kaiser.
- ✓ Realiza consejerías al paciente, estandarizadas basadas en el Pasaporte para una Vida Saludable, de acuerdo con el diagnóstico y la lista de problemas identificados en las esferas biológica, psicológica y social.
- ✓ Consultas de seguimiento programadas de acuerdo con norma.
- ✓ Realiza el diagnóstico de las afecciones más frecuente a nivel primario.
- ✓ Refiere a instalaciones de mayor complejidad a aquellos pacientes que lo ameriten.
- ✓ Apoyo familiar y atención domiciliaria.
- ✓ Utiliza los códigos de CIE10 de atención primaria para los diagnósticos.

Terciaria (Rol de rehabilitador)

- ✓ Estas medidas se aplican cuando la enfermedad ha progresado hasta sus últimos estadios y se ha llegado al defecto o incapacidad. Estas acciones pueden evitar incapacidad completa y el derrumbe psicológico y deberán promover la incorporación a una vida social lo más cercana posible a la normalidad ^(26, 28, 32).
- ✓ Referir al paciente que lo amerite a Centros de Medicina Física y rehabilitación para sus respectivas terapias (física-ocupacional, etc.).

Responsabilidades de Enfermería

La atención de enfermería en el adulto joven, maduro y mayor abarca a personas de todas las edades del grupo de 20 años y más, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, desde un ámbito biológico, psicológico, social y espiritual.

Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención ofrecida al adulto sano, enfermo, discapacitado y en situación terminal.

RESPONSABILIDADES Coordinación de Enfermería del Nivel Nacional

- Programar, planificar, establecer, supervisar y apoyar las acciones para el desarrollo de los Programas de salud de adulto y adulto mayor.
- Coordinar actividades específicas con otros Programas.
- Supervisar, monitorear y evaluar con el equipo, los programas de salud dirigidos a los programas de adulto y adulto mayor en las instalaciones de salud del país.
- Participar en reuniones técnicas administrativas del programa a nivel nacional e internacional.
- Promover y elaborar programas para la prevención y control de enfermedades en el adulto y adulto mayor dirigidos al individuo, su familia y comunidad; confeccionar el material educativo para dichos programas.
- Promover la investigación científica en los programas de adulto y adulto mayor.
- Organizar y participar con el equipo en actividades de capacitación dirigidas a Enfermería y al equipo multidisciplinario.

RESPONSABILIDADES Coordinación de Enfermería del Nivel Regional

- Verificar la implementación de las normas, el uso de los manuales y de las guías que surgen del nivel nacional, en el nivel local según la disponibilidad de recursos.
- Planificar, supervisar, monitorear y evaluar las acciones locales en el desarrollo de los programas de adulto y adulto mayor.
- Capacitar a la enfermera nueva en el programa y mantener actualizado al personal de enfermería en los distintos componentes del programa.
- Apoyar las acciones programadas por el nivel local.
- Coordinar intra y extra sectorialmente las actividades que se desarrollen para la atención del adulto y adulto mayor a nivel local.
- Organizar con el equipo regional del programa y otros, actividades educativas para ser ejecutadas por los equipos multidisciplinarios en el nivel local.
- Coordinar con el Equipo de Salud regional, la participación de los Niveles locales en la Promoción en Salud.
- Asesorar a los niveles locales.
- Informar Trimestralmente al Nivel Nacional sobre las actividades desarrolladas para el logro de los indicadores según la Guía de atención.
- Realizar y participar en Investigaciones científicas en los programas de adulto y adulto mayor.

RESPONSABILIDADES Coordinación de Enfermería del Nivel Local

- Ejecutar las Normas y guías del programa.
- Programar, ejecutar y evaluar en conjunto con el equipo multidisciplinario las actividades de promoción, prevención y atención en el adulto y adulto mayor sano.
- Realizar actividades de atención integral, control, curación y rehabilitación a la población sana o con morbilidad aguda o crónica.
- Realizar actividades educativas dirigidas al adulto y adulto mayor, sus familiares y comunidad.
- Coordinar con el equipo de salud, grupos comunitarios organizados e instituciones dentro de la comunidad actividades de promoción y prevención.
- Efectuar seguimiento de casos, preparar y entregar informes, realizar reuniones de coordinación con el equipo de salud y organizar grupos de pacientes.
- Participar en las auditorias del expediente clínico (físico y electrónico).
- Participar y realizar investigaciones.
- Realizar diagnóstico de la situación de salud dirigido al adulto.
- Realizar evaluaciones de proceso con base en resultados.
- Control y Seguimiento de pacientes según la guía.
- Revisión y llenado de expediente en cada control con Enfermería.
- Toma y Registro de Signos Vitales (que se asignara al personal técnico en enfermería según sea el caso.) Peso y talla, pulso, respiración, presión arterial, temperatura
- Revisión de Esquema de Vacunas según Normas del PAI
- Evaluación Nutricional (Si no se cuenta con Nutricionista) IMC
- Avalúo Físico: Evaluación Céfalo Caudal, Toma de Papanicolau, Examen de Mamas, glicemia.
- Diagnóstico de Enfermería según la evaluación física
- Confección de nota de Enfermería (SOAPIER)
- Aplicación de vacunas según Normas del PAI
- Consejería y Pre Consejería para pruebas de laboratorio (VIH y otros)
- Referir a otros servicios como: Medicina general, Odontología, Salud Mental, Trabajo Social, Nutrición y otros.
- Orientación sobre Estilos de Vida Saludables. (Alcohol, Tabaco, Drogas, ITS, ENT, Vacunas, Importancia del PSA, mamografías, riesgo de problemas renales y otros.)
- Seguimiento del paciente en casos de Enfermedades como TBC, VIH, ITS y otros
- Visitas Domiciliarias con el equipo de salud.
- Formación de las Clínicas y grupos de Adultos Mayores, Diabéticos, Hipertensos, Obesos.

RESPONSABILIDADES Trabajador Social

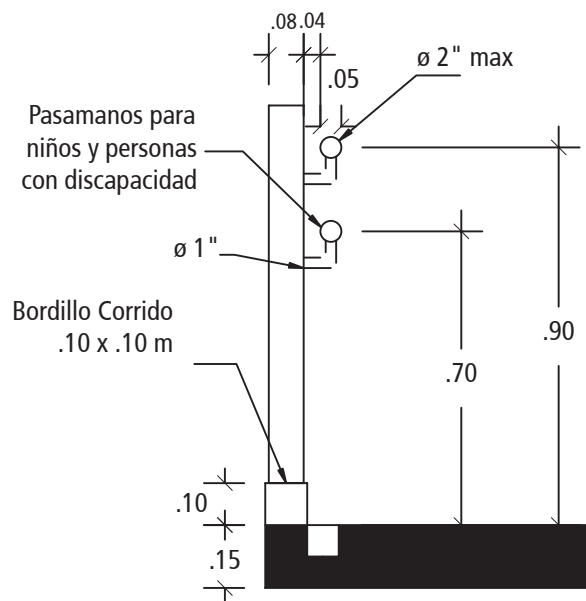
- Participar con el equipo de salud en el desarrollo de actividades que promuevan una cultura de estilos de vida saludable en la población.
- Sensibilizar a la población sobre los factores de riesgo de las ENT e incentivar la adopción de estilos de vida saludables que contribuyan a su prevención.
- Desarrollo de actividades educativas dirigidas a pacientes con ENT y sus familiares.
- Participar en la formación, organización y asesoría de grupos de pacientes y asociaciones de pacientes con ENT.
- Aportar la valoración social del paciente con ENT al equipo interdisciplinario para la elaboración del diagnóstico y el plan de tratamiento integral del paciente.
- Identificación de factores socio-familiares y culturales que puedan influir en el control inadecuado de la enfermedad, así como en el incumplimiento del tratamiento.
- Atención de la morbilidad social del paciente y su grupo familiar.
- Realización de visitas domiciliarias a los casos que lo ameriten
- Asesoría a pacientes con ENT y sus familiares sobre los servicios y redes sociales de apoyo de acuerdo con sus necesidades.
- Participar juntamente con el equipo de salud en la realización de visita domiciliaria de atención integral a los pacientes con ENT.
- Aportar el componente social en la elaboración de los planes y programación de las acciones del programa.
- Participar como miembro del equipo en el cuidado integrado de la enfermedad crónica.
- Contribuir con el equipo de salud en la realización de investigaciones referentes a las ENT.
- Sensibilizar a la población y los familiares sobre la atención y necesidades de los adultos mayores.
- Desarrollo de actividades que promuevan el autocuidado de la salud y un envejecimiento saludable
- Fomentar la participación activa de los y las adultos (as) mayor en clubes asociaciones y la comunidad.
- Desarrollo de actividades educativas con los y las adultos (as) mayores.
- Formación y organización de grupos de adultos (as) mayores.
- Participar en el desarrollo del componente social, juntamente con el equipo de salud en la ejecución de actividades promocionales, educativas, sociales, recreativas o culturales dirigidas a la población de adultos mayores
- Aportar la valoración social del adulto mayor al equipo interdisciplinario para su atención integral.
- Identificación de factores socio-familiares y culturales que puedan afectar la salud del adulto (a) mayor.
- Atención de la morbilidad social del adulto mayor y su grupo familiar.
- Realización de visitas domiciliarias a los casos que lo ameriten
- Asesoría a los adultos mayores y sus familiares sobre los servicios y redes sociales de apoyo de acuerdo con sus necesidades.
- Participar juntamente con el equipo de salud en la realización de visita domiciliaria de atención integral a los adultos mayores encamados.
- Contribuir con el equipo de salud en la realización de investigaciones referentes a la salud del adulto y del adulta mayor.

2. Organización del trabajo intramuros

Los establecimientos de salud deberán contar con servicios adecuados o diferenciados de atención de salud para el adulto mayor, de acuerdo con su nivel de complejidad. Se considerará servicio diferenciado aquel que brinda atención integral a las personas adultas mayores en ambientes convenientemente adecuados y en horario de atención visible al público (6,8).

3. Infraestructura

Los establecimientos de salud deberán considerar para la atención de personas adultas mayores o con discapacidad motora, en muletas o en sillas de ruedas la ubicación de consultorios en la planta baja, si no se dispone de elevadores. Es necesario un lugar de fácil acceso, con buena iluminación, puertas amplias, rampas, pasamanos, pisos antideslizantes y otras adecuaciones que faciliten el desplazamiento de las PAM. Los consultorios deberán contar con condiciones que garanticen la confidencialidad y privacidad y faciliten las relaciones interpersonales entre los pacientes, sus familiares y los funcionarios de salud.



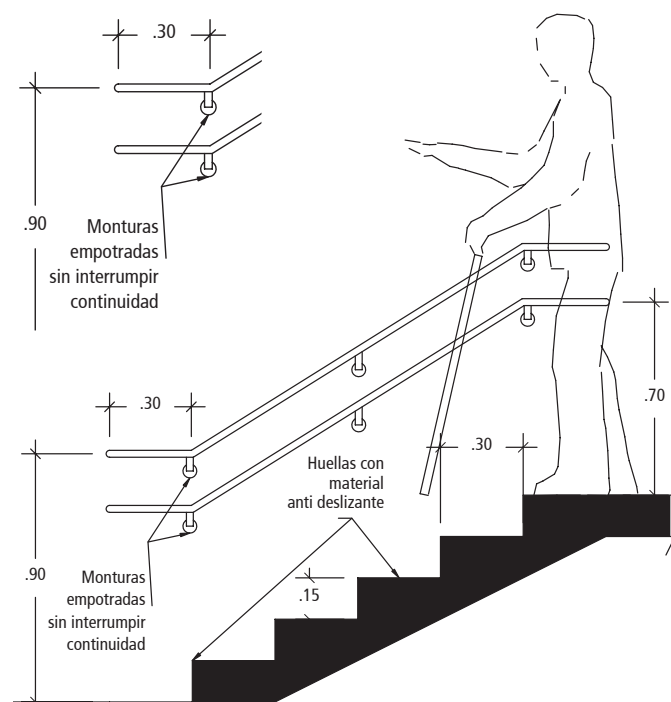
Ilustraciones: ACCESO, Desarrollo de la Normativa Nacional de Accesibilidad en temas de Urbanística y Arquitectura. Diseñado para Ingenieros, Arquitectos y Afines. SENADIS, 2008.

3.1. Accesibilidad

Los centros de atención de salud públicos y privados deberán disponer de estacionamientos accesibles (para las personas con discapacidad). Dimensiones del estacionamiento accesible 4.00 m X 5.00 m. Debe de tener el mismo nivel de la entrada al edificio o tener una rampa de desnivel.

Posee el vado o rampa una pendiente menor igual al 8%, piso de prevención al inicio y al final de esta. Si el desnivel a salvar es superior a 0.15 m, la rampa debe tener pasamanos en ambos lados y los mismos deben ser dobles y continuos, instalados a una altura de 0.90 m y 0.70 m.

Las entradas y los pasillos de circulación deben tener un ancho mínimo de 1.20 m. Se deberá evitar en lo posible los escalones y utilizar materiales antideslizantes. En donde hayan escaleras, se deben utilizar barandales a una altura de 90 cm con pasamanos, el cual debe ser tubular y redondo, de 5 cm de diámetro; además, las rampas serán de 1.55 m de ancho, con un declive no mayor al 6%. Deben tener piso de prevención, al inicio y al final de cada tramo de la escalera.



Los consultorios deben estar equipados con camillas accesibles, con espacio suficiente que permita el giro de una silla de ruedas (aproximadamente 1.50 m). El espacio entre las camillas debe permitir el paso de una silla de ruedas, bastones, andaderas o muletas entre otras. De existir dos camillas en un consultorio, el espacio mínimo entre camillas deberá ser de 0.90m.

Servicios sanitarios accesibles cuyas dimensiones permiten el giro de una silla de ruedas; la puerta debe tener un ancho mínimo de 1.20 m con el giro de rotación hacia afuera y la cerradura de tipo palanca, con barras de apoyo ubicadas al lado del inodoro (altura 0.70 m) y en las ducha (altura 0.80 m a 0.85 m), el asiento del inodoro esté ubicado a una altura de 0.50 m. y el lavamanos esté ubicado al lado del inodoro a una altura de 0.80 m a 0.85 m, con grifo de mando o sensor.

En áreas comunes de usos múltiples evitar desniveles en el piso y pasillos; colocar pasamanos tubulares de 5 cm de diámetro en muros a una altura de 75 cm sobre el nivel de piso terminado. En puertas o cancelas con vidrios que limiten diferentes áreas, utilizar elementos como bandas anchas de 20 cm de color, a una altura de 1.40 m sobre el nivel del piso, que indiquen su presencia.

De contar con cafetería, las mesas y espacios entre las mismas deben permitir el uso y la maniobra de una silla de ruedas, espacio entre sillas en las mesas 0.80 m. La barra de autoservicio, poseer la altura y espacio correcto para una persona de talla baja y usuario en silla de ruedas, altura del sobre 0.75 m. profundidad del sobre 0.60 m. espacio entre el mostrador y la barra 0.80 m mínimo.

4. Equipamiento, mobiliario, materiales

Los establecimientos de salud deben disponer de equipos para la atención integral de los adultos de acuerdo con el nivel de complejidad del establecimiento. El servicio de atención deberá contar con: esfigmomanómetro calibrado

y de medición confiable, estetoscopio, balanza, tallímetro, otoscopio, oftalmoscopio, lámpara de cuello de ganso, camilla, peldaños de 2 pasos, sillas y escritorio. Además de historia clínica, flujograma, normas, guías de práctica clínica, guías de procedimientos, cartilla de evaluación de agudeza visual (cartilla de Snellen) y otros documentos para la atención.

Los servicios deberán disponer de materiales y mecanismos para proveer información verbal, escrita, y para invidentes (Braille) que sea completa, veraz, oportuna y en un lenguaje comprensible para el adulto y los adultos mayores, familiares, cuidadores y público en general, de tal manera que les permita tomar decisiones informadas sobre la salud (1). También se deberá contar con material educativo que incluya temas de orientación al paciente y apoyo educativo de atención integral, teniendo en cuenta la interculturalidad y derechos de los usuarios.

5. Sistema Único de Referencia y Contra Referencia

Las nuevas tendencias del sector salud proponen la racionalización de la inversión y el uso eficiente de los recursos, más la desconcentración de los hospitales especializados con la contención de la demanda en los niveles básicos o menos especializados. Ante este escenario, el MINSA dispone del Sistema Único De Referencia Y Contra Referencia (SURCO), que permite ofrecerle al paciente la atención que requiera en los diferentes servicios de salud según capacidad resolutive. El enfoque estratégico es resolver las necesidades de salud de los pacientes en el nivel adecuado y facilitar su retorno a la instalación de origen con la información completa y clara de lo acontecido.

6. Organización del trabajo extramuros

Comprende acciones como: búsqueda activa de factores de riesgo, morbilidades ocultas, visitas de terreno a comunidades, atención domiciliaria,

seguimiento de los adultos mayores, trabajo intersectorial, formación de redes de soporte social, trabajo conjunto con los adultos mayores, creación de círculos/centros del adulto mayor y el desarrollo de programas referidos a la familia y comunidades saludables. Así mismo, se conformarán equipos para la atención de poblaciones excluidas y dispersas según norma vigente. En los anexos yace el instrumento de Visita de supervisión a centros y casas hogares para el adulto mayor.

7. Articulación multisectorial

El nivel nacional, los niveles regionales y la red de instalaciones del primer nivel de atención promoverán la participación coordinada de los diferentes sectores para lograr el desarrollo integral de los adultos y adultos mayores. Esta estrategia incluye la abogacía con los decisores en el nivel nacional, regional y local, a fin de incorporar a los adultos y adultos mayores en los planes que desarrollarán los tres niveles de responsabilidad.

7.1. Comunidades y municipios saludables

Los diferentes niveles e instituciones de salud instarán a las autoridades políticas y civiles, a los empresarios y trabajadores, y a la sociedad en general a que participen colaborativamente en la consecución de un fin: mejorar continuamente las condiciones de vida y salud de la población adulta y adulta mayor en el ámbito local a su cargo.

7.2. Formación de redes de soporte social

Es necesaria la articulación entre los niveles nacional, regional y redes de soporte social en sus ámbitos para afrontar las diversas necesidades del grupo de adulto y adulto mayor con discapacidad física o deterioro cognitivo.

8. Documentos de gestión

- » Norma Técnico Administrativa para la atención integral del adulto y adulto mayor 2018.
- » Plan Estratégico Nacional para La Prevención y El Control Integral de Las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores De Riesgo-2012-2025.
- » Componente del adulto de las Normas Integrales de Salud para la Población, 1999
- » Normas del Programa Nacional de cuidados paliativos.
- » Guía Médica De Atención Integral Del Adulto Mayor, 2011
- » Guías de Prevención y atención de enfermedad cardiovascular en proceso.
- » Guía para La Atención Integral de Las Personas Con Hipertensión Arterial, 2009
- » Guía para la Atención Integral de las Personas con Obesidad, 2009
- » Guía para la Atención Integral de las Personas con Diabetes Mellitus, 2009
- » Guías de Atención de las Enfermedades Transmisibles.
- » Guía Metodológica. Orientaciones Técnicas Sobre La Visita Domiciliaria.
- » Formatos para la historia clínica.
- » Formatos para la referencia y contra referencia.
- » Resolución Ministerial sobre receta prolongada.
- » Pasaporte Para Una Vida Saludable.
- » Guía Metodológica y Práctica para Capacitación e Higiene para Manipuladores de Alimentos.
- » Guía Metodológica y Práctica para Capacitación Básica en Higiene de Operadores de interés sanitario
- » Guías alimentarias para Población Adulta Mayor
- » Indicadores de Seguridad del paciente.
- » Guías para educación de pacientes: Nutrición, adulto mayor, enfermedades Transmisibles.

COMPONENTE DE GESTIÓN

El componente de gestión comprende procesos gerenciales de planificación, programación, asistencia técnica, monitoreo y evaluación de acciones a desarrollar para la prestación de un servicio de calidad que permita brindar soporte a la provisión y organización de los servicios de salud para el logro de resultados sanitarios.

1. Planificación y programación

La programación anual (POA) se realizará durante el año anterior, en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención.

Los niveles intermedios (regionales) consolidarán la programación del nivel inmediato local, verificando la calidad de esta, y la remitirán al nivel nacional para su consolidación.

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

La programación de la atención integral de las personas adultas y adultas mayores se realizará en base a:

- » La demanda espontánea.
- » La demanda captada por motivación externa al establecimiento de salud o son referidos por otras instituciones.
- » De acuerdo al recurso humano disponible se asignará un coordinador local de adultos de 20 -59 años y otro coordinador local de adulto

mayor; ambos contarán con descarga horaria, la cual será de 2 horas diarias para cumplir con las responsabilidades del programa.

El rendimiento horario de la atención de pacientes de la consulta externa de Medicina General debe actualizarse e ir de la mano con los cambios y avances que han habido en materia de atención a nivel primario y enfocándonos en la estrategia de APS. El médico de atención primaria debe contar con el tiempo adecuado para realizar una consulta dirigida a la promoción, la detección temprana del riesgo y la atención integral e individualizada.

Partimos del hecho de que cada hora constará de 4 cupos de 15 minutos cada uno. Por lo tanto, se define como un cupo el tiempo de atención que se le asigna a cada paciente, entendiéndose que un cupo corresponde a 15 minutos-reloj (ver tabla en página siguiente). Además, el rendimiento del médico se hará tomando en cuenta las actividades de atención médica, docencia, administración e investigación que realice durante sus horas contratadas. Estas actividades serán registradas en el formulario correspondiente.

En las unidades ejecutoras en las cuales el médico General atiende consultas de otros Programas, éstas se atenderán de acuerdo con la norma del Programa en cuestión (ver tabla).

Para ambos programas registrará el mismo rendimiento cuando se trate de pacientes VIH-SIDA, ENO, TBC, sospecha de violencia doméstica y aquellos procedimientos fuera del consultorio (cirugías menores).

A los coordinadores locales de los programas de salud de adulto y adulto mayor se les asignarán dos (2) horas administrativas diarias para la

RENDIMIENTO-HORARIO: MEDICINA GENERAL

ACTIVIDAD	CUPOS *1 cupo = 15 min
Morbilidad común/demanda espontánea	Número de cupos
<59 años	1
> 60 años/Primera vez en el año	2
> 60 años/Consulta subsiguiente	1
Controles de Salud	Número de cupos
20 a 59 años/Primera vez	2
> 60 años/Primera vez	2
Consulta Programada de ENT	Número de cupos
20 a 59 años/Consulta subsiguiente	1
> 60 años/ Consulta subsiguiente	2
Pacientes de Epidemiología (VIH/SIDA, TBC, ENO)	Número de cupos
Nuevos	2
Subsiguiente	1
Procedimientos fuera del consultorio	Número de cupos
Sutura, extracción de uñas, desbridamiento, etc.	2
Docencia médica	4
Visita domiciliaria	4

PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

Ginecología y Obstetricia	Número de cupos
Ginecología/ Consulta nueva	2
Ginecología/Consulta subsiguiente	1
Captación de embarazo	2
Controles prenatales subsiguientes	1
Niñez y Adolescencia	Número de cupos
Control y desarrollo/Consulta Inicial	2
Control y desarrollo/Consulta subsiguiente	1
Niños y adolescente con discapacidad	2
Atención de morbilidades comunes	1

coordinación. Se ejecutará la supervisión de dichas funciones trimestralmente, con rendimiento de informes al nivel regional, en relación con el cumplimiento de las funciones que están normadas para dicho cargo.

Al coordinador regional del Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor se le asignará ocho (8) horas administrativas diarias. La dedicación es exclusiva para el cumplimiento de las funciones detalladas en esta norma y no se podrá disponer del coordinador regional de adultos para funciones ajenas al programa.

2. Asistencia Técnica y Supervisión

El proceso de asistencia técnica y supervisión se realizará desde el nivel inmediato superior de acuerdo con la programación o a solicitud de la parte.

La asistencia técnica y supervisión con desplazamiento del personal del nivel nacional al regional se realizará por lo menos una vez al año; y del nivel regional a sus niveles operativos, de acuerdo a sus recursos y necesidades, sugiriéndose que ésta sea realizada dos veces al año.

La asistencia técnica y supervisión bajo la concepción de enseñanza-aprendizaje, estará a cargo del profesional capacitado y se realizará de acuerdo con los niveles de complejidad del sistema.

El instrumento de supervisión estará diseñado de acuerdo con las normas técnicas vigentes y formará parte del instrumento de supervisión integral. Deberá ser adecuado al ámbito local en función de los componentes de salud integral y en relación con el POA.

Los principales procesos para la implementación de la atención integral para las personas adultas mayores, sujetas a supervisión y evaluación son: existencia de servicios diferenciados, calidad de la atención integral, consejería y coordinación intersectorial ⁽⁶⁾.

3. Monitoreo y evaluación

El monitoreo y evaluación deben realizarse periódicamente con la finalidad de orientar y redirigir acciones con base en las coberturas alcanzadas y las metas pro-gramadas.

Se realizará a nivel nacional, regional y local a través de cuatro indicadores, a saber: de estructura, de proceso, de resultado y de impacto. Los mismos responden al desarrollo de las actividades de atención integral de las PAM.

Los indicadores de proceso se evaluarán trimestralmente, según corresponda. Los indicadores de resultado y de estructura se evaluarán anualmente, y los de impacto quinquenalmente. Además de esta evaluación quinquenal del indicador de impacto se monitoreará su tendencia anual.

La evaluación estará a cargo del coordinador local, con apoyo del regional. Este último, a su vez, será evaluado por el nivel nacional. Se llevará a cabo auditoría individual de 30 expedientes anuales por médico. Participarán médicos de otras instalaciones como auditores, preferiblemente pertenecientes a otras regiones, bajo coordinación del nivel regional y local de adultos; y los mismos deberán ser previamente capacitados ^(6, 21, 22, 23).

4. Indicadores

4.1. De estructura

- » Normas Técnicas disponibles en los establecimientos.
- » Número de grupos de programas de adulto y de adulto mayor por región.

4.2. De Proceso

- » Porcentaje de adultos y PAM con valoración clínica integral
- » Porcentaje de adultos y PAM en la categoría de riesgo bajo.

- » Porcentaje de adultos y PAM en la categoría de riesgo intermedio.
- » Porcentaje de adultos y PAM en la categoría de riesgo alto.
- » Porcentaje de adultos y PAM con diagnóstico de Hipertensión Arterial
- » Porcentaje de adultos y PAM con diagnóstico de Diabetes Mellitus
- » Número de establecimientos de salud que cumplen las normas técnicas para la atención de población adulta y PAM

4.3. De resultado

- » Porcentaje de adultos y adultos mayores satisfechos con la atención dispensada.

4.4. De impacto

- » Incidencia de ENT (adultos y PAM)
- » Prevalencia de ENT (adultos y PAM)
- » Tasa de mortalidad (adultos y PAM)

INDICADORES DE IMPACTO EN LA SALUD

ELEMENTO [CIE-10]	META	INDICADOR
Inactividad física [Z72.3]	Detener aumento	Prevalencia normalizada por edades de personas de 20 o más años con un nivel insuficiente de actividad física (información será tomada de historia clínica) (PREFEC 7.4% sedentario).
Hipertensión arterial - Pre-hipertensión [I10.S] - Hipertensión I [I10.1] - Hipertensión II [I10.2]	Reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión, o limitación de la prevalencia de hipertensión en función de las circunstancias del país.	Prevalencia normalizada por edades de personas de 20 o más años con hipertensión arterial (definida como PAS \geq 140mmHg o PAD \geq 90mmHg) (PREFEC 28.4%).
Obesidad [E66.9] Obesidad mórbida [E66.8]	Detener aumento	Prevalencia normalizada por edades de personas de 20 o más años con sobrepeso u obesidad (definidos por un índice de masa corporal superior a, respectivamente, 25 kg/m ² y 30 kg/m ²). (PREFEC Sobrepeso: 34.5%, Obesidad: 27%)
Prediabetes [R73.0]	Detener aumento	Prevalencia normalizada por edades de personas de 20 o más con Glicemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl o HbA1c > de 5.6%
Síndrome metabólico CIE10. E88.9	Detener aumento	Obesidad central circunferencia cintura >102 cm en hombres y > 88 cm en mujeres

ELEMENTO [CIE-10]	META	INDICADOR
Diabetes CIE10: E10 Tipo 1 E11 Tipo 2	Detener aumento	Prevalencia normalizada por edades de personas de 20 o más con Glicemia capilar > 126 mg/dl o HbA1c > de 6.5 %
Adultos con control periódico de salud y cálculo de riesgo cardiovascular global.	Al menos 25% de los adultos que acuden a la instalación para control periódico de salud.	Porcentaje de adultos varones > de 40 años y mujeres > de 55 años con cálculo de riesgo cardiovascular global.
Estratificación del riesgo en pacientes síndrome metabólico, diabéticos e hipertensos	Al menos 50% de los pacientes diabéticos e hipertensos cuentan con estratificación del riesgo.	Porcentaje de pacientes adultos > 40 años con estratificación del riesgo biopsicosocial. Tomando en cuenta códigos de CIE10 para APS.
Porcentaje de adultos mayores con valoración geriátrica integral	Al menos 25% de los adultos mayores que acuden a la instalación cuentan con valoración clínica integral	Porcentaje de la población > de 60 años que acude a la instalación y cuenta con una valoración clínica integral
Porcentaje de adultos mayores en riesgo intermedio	Al menos al 80% de los adultos mayores que acuden a la instalación en condiciones de riesgo intermedio se le ha hecho el diagnóstico.	Porcentaje de población atendida > de 60 años con categorización del riesgo
Porcentaje de adultos mayores en riesgo alto	Al menos al 80% de los adultos mayores que acuden a la instalación en condiciones de riesgo alto se le ha hecho el diagnóstico	Porcentaje de población atendida > de 60 años con categorización del riesgo

5. Gestión de la información

La capacitación del personal de salud estará a cargo de facilitadores en el ámbito nacional, regional y local. Los establecimientos de salud deberán incluir dentro de sus planes institucionales de capacitación temas de adultos mayores, interculturalidad, perspectiva de género en salud, ética y bioética, relación médico-paciente, cuidados paliativos no oncológicos, gerencia en salud y seguridad del paciente.

Las actividades de atención serán registradas en la hoja de registro diario de actividades, debiéndose fortalecer el correcto llenado de los datos en el nivel local. Corresponde al nivel intermedio y operativo verificar la calidad de la información desde su registro, procesamiento, análisis y reporte; así mismo, deberá promover la toma de decisiones basada en evidencias a partir del análisis local.

El nivel Regional tiene la responsabilidad del último control de calidad.

Se considerará la información oportuna aquella que es remitida al nivel nacional hasta el día 15 del mes siguiente al informado.

El análisis de la información local y regional deberá realizarse de manera cualitativa y cuantitativa a través de indicadores de proceso, resultado e impacto, determinando las necesidades en el trabajo con los adultos y adultos mayores. El análisis de la información será mensual, trimestral, semestral y anual, dependiendo del tipo de información de que se trate.

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

6. Investigación

Las Direcciones Regionales y Direcciones de Salud, así como los Institutos, Hospitales, Poli centros y Centros de Salud promoverán y desarrollarán investigaciones relacionadas con el adulto mayor, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención; se priorizará la investigación operativa. Las investigaciones estarán dirigidas a:

- » Diseño y validación de modelos de atención para los adultos mayores, que puedan ser replicados en diferentes instancias en los ámbitos locales, regionales y nacional.

- » Implementación de un modelo de intervención para la promoción de salud y prevención de las enfermedades.
- » Desarrollo de un modelo de capacitación dirigido al personal de salud que trabaje con adultos mayores.
- » Mejoramiento de la calidad de la atención del adulto mayor.

Los responsables de los diferentes niveles de atención establecerán mecanismos facilitadores para el desarrollo de investigaciones.

7. Sistema de información y vigilancia epidemiológica

Es importante el registro adecuado de los diagnósticos más frecuentes en el primer nivel de atención, tomando en cuenta el nuevo enfoque de atención primaria renovada y de determinantes sociales. La Sección de Estadísticas y Planificación del Ministerio de Salud tiene la capacidad de brindar informes nacionales de morbilidades y problemas registrados, hecho que permite generar información valiosa para la toma de decisiones. Se intenta con esta norma la visión de un sistema único; por tanto, es muy importante la estandarización de la información para desarrollar un sistema de información fiable. Se trabajará con Códigos de **CIE-10** para la atención primaria. El personal de salud, y en especial los médicos, deben utilizarlo y familiarizarse con los códigos más frecuentes y contribuir a la base de datos aportando información fiable en el expediente.

COMPONENTE DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Todo funcionario de asistencia sanitaria deberá ser concientizado sobre el derecho de las personas usuarias del sistema de salud a recibir una atención segura. Se comprende como *seguridad del paciente* al conjunto de estructuras, procesos y resultados organizacionales que reducen al máximo la probabilidad de sufrir un evento adverso durante la atención a la salud. Las recomendaciones de la OPS se basan en el fortalecimiento de la calidad de atención y previenen la ocurrencia de efectos adversos en función de que propone la reducción del riesgo innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. El daño asociado a la atención sanitaria se deriva de medidas o planes adoptados durante la prestación de la atención o asociada a éstos y no debido a una enfermedad del paciente o lesión subyacente ⁽²⁷⁾.

El tema de seguridad del paciente deberá formar parte de las actividades educativas dirigidas a pacientes, personal administrativo, profesionales de la salud y estudiantes de todas las disciplinas relacionadas con la atención de pacientes. También tomar en cuenta a los familiares ⁽³⁶⁾.

Es necesario reconocer la dimensión social del trabajo del médico y la garantía de calidad y aceptar que nuestro trabajo puede ser evaluado por otros profesionales con la finalidad de ser mejorado, así como estar dispuesto a realizar auditorías o evaluaciones sobre el trabajo realizado por otros compañeros ⁽³³⁾.

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Meta	Objetivos prioritarios
Identificar correctamente los pacientes.	Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado.
Mejorar la comunicación efectiva.	Prevenir errores que involucran el tipo de comunicación más propensa a equivocación, el tipo de órdenes o información verbal de resultados críticos.
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.	Prevenir la administración errónea de medicamentos de alto riesgo.
Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto, en el paciente correcto.	Prevenir la cirugía incorrecta, con el procedimiento incorrecto y en la persona incorrecta.
Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención médica.	Prevenir y reducir el riesgo de infecciones mediante el lavado de manos.
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Prevenir y reducir el riesgo de fractura en pacientes hospitalizados.

COMPONENTE DE HUMANIZACIÓN

En la actualidad el paciente tiene el derecho fundamental (ley 68, 2003) al consentimiento informado. Implica que el médico tiene el deber de “informar” mientras que el paciente tiene el derecho a “decidir”. Se exceptúa situaciones especiales como el caso de pacientes con demencia, en que se necesita la participación de un familiar o tutor del paciente. Cuando hay confusión en ética clínica, por momentos de incertidumbre entre el médico y el paciente, hay que involucrar a la familia en el trabajo en equipo. Hay que prever los problemas de este tipo que puedan originarse cuando no hay una comunicación apropiada, situación en la que el gran perjudicado es el paciente ⁽²²⁾.

Ante una enfermedad crónica los pacientes experimentan una serie de temores, inquietudes y tienen muchas interrogantes que en ocasiones no exteriorizan. En ese sentido, uno de los objetivos del equipo de salud, es lograr que el paciente tenga la información veraz y científica sobre su enfermedad, la comprenda, aclare sus dudas, exprese sus sentimientos, comparta sus preocupaciones y sepa cómo enfrentar la enfermedad (tratamiento y medidas de autocuidado), así como el de brindar el apoyo emocional de requerirse.

Es la responsabilidad del médico tratante informar el diagnóstico de la enfermedad, pronóstico y tratamiento al paciente; el resto del equipo de salud (enfermería, trabajo social, psicología, psiquiatría etc.) ayudará a que el paciente comprenda y asimile la información ofrecida, para que estos puedan tomar decisiones informadas referentes a aceptar o rechazar determinados tratamientos ⁽²⁵⁾.

Para esto se necesita tener en cuenta los siguientes puntos:

- » El derecho a la verdad. Que el paciente sepa con claridad su diagnóstico, para que pueda tomar sus decisiones y realizar los cambios pertinentes en su estilo y condiciones de vida. Es una situación éticamente reprobable la omisión de la verdad a un paciente que quiera conocerla, por la suposición del médico tratante de que el paciente no está preparado para recibir la noticia y dársela podría ser contraproducente.
- » El diagnóstico sea dado con prudencia, tacto y discreción garantizando la confidencialidad de este.
- » Valorar cada situación particular y buscar la intervención o tratamiento que sea más beneficioso para el paciente. Procurando que pueda tener la mejor calidad de vida posible.
- » Es necesario que el personal de salud respete la autonomía del paciente, ya que éste debe ser un agente activo en la toma de decisiones sobre su enfermedad y tratamiento. Este punto es importante para los casos de las PAM, pues generalmente se les tiende a excluir (dejarlos de lado) y el personal de salud en lugar de dirigirse a ellos se dirige a sus familiares quienes son los que toman las decisiones. Esto último solo debe hacerse en los casos en que la PAM, por motivo de déficit cognitivo o enfermedad mental no pueda tomar decisiones ⁽²⁵⁾.
- » Que el Consentimiento Informado no sean un mero trámite burocrático y se le brinde al paciente la asesoría necesaria antes de que lo firme.

Hay que proteger la salud mental del paciente.; tratarle con respeto ayudará a que pase por el

proceso de afrontar la enfermedad y ponga en práctica las medidas de autocontrol sugeridas. Se le debe facilitar el apoyo a través de la atención del equipo de salud mental (18, 30).

El paciente difícil

Son pacientes que representan un reto porque su tratamiento es laborioso y complejo, o bien porque sus características personales hacen que la relación que el médico quiera establecer sea complicada o difícil (20). Una causa común de diagnóstico complejo se ubica en la deficiencia de información; el llenado sistemático de la historia clínica es fundamental.

Ejemplo de limitaciones propias del paciente: hipoacusia, demencia, psicosis, afasia, entre otras, las cuales constituyen una dificultad para establecer una relación adecuada. Actualmente se reconoce ampliamente la condición del paciente como persona, además el médico como asesor, consejero

e informador, en lugar de un decisor omnipresente y benevolente (21, 29).

Hay que tomar en cuenta los problemas de adherencia al tratamiento en algunos pacientes que no siguen recomendaciones y no toman los medicamentos como se les ha indicado. Estos pacientes requieren un abordaje en equipo y tomando en cuenta las determinantes que afecten su cuidado (13, 17).

La estrategia a seguir será la formación de grupos de pacientes identificados como de baja adherencia, los cuales recibirán intervenciones educativas por un grupo multidisciplinario. Se deberá consignar en el expediente la codificación CIE 10: Z91.1 (incumplimiento del régimen terapéutico médico) como un diagnóstico más.

Para Más información consultar el programa de *ACOMPañAMIENTO HUMANO Y ESPIRITUAL DEL ENFERMO* publicada por el Ministerio de Salud.

COMPONENTE DE ÉTICA Y BIOÉTICA

En salud pública se ha tomado el interés pertinente que ofrece la filosofía práctica, desde la ética y la política.

La ética tiene como objeto de estudio la moral, es decir las costumbres. La ética social o civil ha retomado el papel que tenía la política aristotélica. Se apuesta por la ética social que reflexiona las costumbres del colectivo que afecten la salud pública.

La bioética, disciplina reciente (década de los 70), capturó la urgente necesidad de unir ciencias del espíritu (humanidades) con aquellas biológicas.

Podemos considerar, a groso modo, tres vertientes de la (bio)-ética aplicada a la salud:

Ética del cuidado o aplicada a la clínica:

Quizás la más antigua, reflexiona la conducta del médico (deontología médica) desde y en su *praxis médica*. La bioética asistencial o clínica ha retomado este interés aplicándolo a temas específicos relacionados con aspectos biomédicos del inicio de la vida y el final de la vida, trasplantes de órganos, cuidados paliativos en ENT. También, hay interés pleno por temas relacionados con el bioderecho que se expresan en conceptos como: voluntades anticipadas, consentimiento informado explícito e implícito, asentimiento del menor, derechos relacionados al adulto mayor, la confidencialidad e intimidad del paciente en un mundo globalizado (e interconectado por las TIC).

Ética de Gestión u Organizacional

Responde, plenamente, a una ética civil. Esta última corresponde a mínimos éticos reconocidos por

todos. La gestión organizacional del sistema de salud se debe basar en la justicia. Conceptos atribuidos a esta son: distribución equitativa de recursos, creación de comités de bioética asistencial, priorizar hacia la población más vulnerable y la importancia de gestionar la salud desde el enfoque de la equidad de género.

Un tema que no se puede dejar de considerar es la gestión de la docencia continuada en aspectos de bioética. Esto es muy importante para que el personal de salud comprenda la transformación que ha de darse en la prestación de los servicios para crear la condiciones de respeto a los derechos de los pacientes, a un trato digno, considerando la diversidad en todas sus formas.

Ética en la investigación

Comprende aspectos relacionados a las buenas prácticas clínicas en personas que son sujetos de investigación clínica ^(26, 27).

Se establece la base legal de este componente en los diversos instrumentos jurídicos vinculantes o no, de organizaciones internacionales centradas en los derechos humanos. Además, los diversos códigos en tema de bioética desarrollados. Desde la deontología corresponde los códigos deontológicos del Colegio Médico y la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá

COMPONENTE DE GÉNERO

El Derecho a la Salud es fundamental y el mismo debe darse en igualdad tanto para los hombres como para las mujeres. De allí, radica la importancia de transversalizar la igualdad de género en salud en nuestro país en pro del desarrollo y bienestar de toda la población panameña, impidiendo así la discriminación y desigualdades.

El Programa Nacional de Salud de Adulto y Adulto mayor consciente de que existen diferencias de género que determinan los riesgos, experiencias y repercusiones de cómo las enfermedades afectan de manera diferenciada a hombres y mujeres, contempla en las normas de Adultos y Adultos mayores la utilización del enfoque de género para el análisis y abordaje de los factores de riesgo vinculados a las enfermedades crónicas: hipertensión arterial, obesidad y diabetes, entre otras.

Las diferencias de salud entre los hombres y las mujeres existen y son significativas. El género, como construcción social, es un factor de suma

importancia que exacerba la vulnerabilidad biológica y acompaña a la biología en la determinación de las desigualdades en materia de salud ⁽³²⁾.

Es por ello, que es importante velar, promover y garantizar la equidad de género en salud, de forma armónica e igualitaria, disminuyendo las inequidades de género que existen en materia de salud ⁽³³⁾.

El objetivo es llevar a cabo los procesos para alcanzar cada vez mejores condiciones para el logro de la salud integral, acceso a los servicios y beneficios que brinda el Ministerio de Salud tanto para las mujeres como para los hombres, en todo el país, con apoyo de las quince (15) regiones de salud. Por ello, el Programa de Salud de Adultos plantea la necesidad de crear ambientes saludables preponderando el respeto a los derechos humanos, la dignidad de los hombres y las mujeres, tomando en cuenta las diferencias inherentes al género y separando los factores determinantes biológicos de las determinantes sociales de la desigualdad ⁽³⁴⁾.

COMPONENTE DE INTERCULTURALIDAD

Se entiende por interculturalidad el proceso social de interacción, basado en el reconocimiento, la validez intrínseca, el respeto de las diferencias culturales y la posibilidad de intercambio entre sujetos de contextos socioculturales diversos. La interculturalidad supone el reconocimiento de la diversidad, pero la trasciende al concebir la construcción conjunta por un cambio que beneficia a una colectividad en común.

La transversalización de un enfoque de interculturalidad en salud dirigido a las personas adultas y adultas mayores apunta a mejorar la atención integral que se le brinda a este grupo vulnerable en los establecimientos de salud tanto públicos como privados dentro de un marco de respeto a sus derechos humanos, equidad de género y calidad, contribuyendo a su desarrollo para un envejecimiento activo y saludable.

Dicho enfoque parte del reconocimiento de que nuestro país es una sociedad pluricultural y multiétnica y asume que la convivencia armónica de diferentes comunidades étnicas y culturales aporta a la construcción de una sociedad tolerante, que favorece la integración de toda la población, es decir descansa en el respeto a la diferencia cultural como un derecho humano, que se fundamenta en el reconocimiento del derecho a la diversidad, expresada en las diferentes cosmovisiones y prácticas culturales de los pueblos originarios y grupos étnicos que conviven en una misma nación. Por tanto, rechaza visiones discriminatorias y excluyentes que se basan en posturas etnocentristas y plantea la necesidad de una apertura al conocimiento de culturas distintas a la nuestra para reconocer y valorar sus aportes al bienestar y al desarrollo humano. Esto implica el compromiso de propiciar un diálogo permanente y horizontal entre mujeres y hombres de poblaciones

étnicas culturalmente diversas, tanto de las zonas rurales como urbanas.

En Panamá, la interculturalidad se expresa en forma de diálogos interculturales entre los equipos de salud y las comunidades, incluyendo en este diálogo a las autoridades locales y tradicionales, y en base al respeto de las preferencias, costumbres y cosmovisión de la población a la cual hay que tomar en cuenta para el desarrollo de programas.

En nuestro país el envejecimiento denota diversas particularidades por razones de género, raza, etnia, religión, cultura y condiciones socioeconómicas, siendo éstas últimas un factor que incide significativamente en los determinantes sociales y en la calidad de vida del adulto y adulto mayor, ya que este grupo poblacional se enfrenta a mayores obstáculos de acceso a los servicios básicos de salud, y específicamente para quienes habitan en las áreas geográficas más apartadas; por lo que se hace necesario que prevalezca el respeto mutuo de los unos por los otros, para asumir con tolerancia dichas características, con miras hacia el logro de un adecuado abordaje y relacionamiento intercultural ⁽³⁰⁾.

Ahora bien, desde el punto de vista cronológico se consideran personas adultas mayores a mujeres y hombres con edades mayores de sesenta (60) o más años, lo cual es reconocido y usado como un estándar por el Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo (PNUD) al referirse a las personas de avanzadas edad. En este sentido, y dado al contexto panameño en lo referente a la esperanza de vida, que en el caso de nuestras poblaciones indígenas son inferiores y con brechas significativas, es importante incluir en este grupo etario a la población en edades más tempranas. En función de la vulnerabilidad de la etnia indígena con una

esperanza de vida en promedio de 10 años menor y que reflejan el Indicador de Índice de Pobreza Multidimensional más desfavorable del país, se aplicará los tamizaje para detección de deterioro cognitivo a partir de los 50 años en las instalaciones rurales y de difícil acceso del país. De igual forma otros tamizajes que detectan discapacidad como el auditivo y visual se adelantan 10 años.

Así pues, el enfoque de interculturalidad se correlaciona con la Norma de Salud para Adultos y Adultos mayores, en la medida que reconoce el derecho a la diversidad y promueve el respeto a las diferencias culturales como un derecho humano. Asimismo, valora el aporte de las personas adultas y adultas mayores y las reconoce como transmisoras del patrimonio cultural de sus conocimientos en el cuidado de la salud y de sus comunidades.

La capacidad del profesional de comprender y abordar apropiadamente a personas de diferentes culturas se conoce como “competencia cultural”. Si bien no se exige ser un experto en el tema, los funcionarios de salud deberán preocuparse por empoderarse de estos temas y el Ministerio de Salud deberá suplir las capacitaciones correspondientes para los funcionarios que laboran en áreas comarcales y en contextos rurales ⁽²⁸⁾.

No se goza del mismo nivel de salud, creencias y manera de ver la vida si se procede del Panamá

Profundo del interior, del Panamá Urbano vinculado al Emporio Comercial, o del Panamá Suburbano de bajos salarios en que predomina la convivencia violenta ⁽³¹⁾.

Hay que comprender la importancia del correcto manejo de todas las variedades de pacientes para poder beneficiar a todas las poblaciones con un cuidado en salud integral y equitativa.

Es importante que los profesionales de salud logren un acercamiento a la comprensión de la discapacidad, las minorías, incluyendo la población LGTB en la que se incorporen los aspectos biológicos, personales y culturales para de esta manera apuntar al logro de una competencia cultural en el cuidado, que permita conseguir relaciones efectivas y buena accesibilidad a los servicios de salud entre las personas, sus familias y quienes brindan los servicios de salud ⁽³¹⁾.

Finalmente, una norma de atención en salud para adultos y adultos mayores debe reforzar los compromisos de los proveedores de salud relacionados con la interculturalidad, especialmente en aspectos como el respeto de los deseos del paciente adulto y adulto mayor, uso de medicamentos tradicionales, hábitos alimenticios de acuerdo con sus creencias, recibir atención y tratamiento adecuado y respetuoso de sus concepciones culturales.

COMPONENTE DE INTERSECTORIALIDAD

La intersectorialidad implica que la primera tarea del sector salud en sus acciones de promoción, prevención y control de los problemas asociados a la transición demográfica, epidemiológica, al desarrollo científico-tecnológico, las ENT y las determinantes sociales de la salud, consiste en coordinar sus acciones con los otros sectores políticos, económicos y sociales, pues sólo de esta forma podrá lograr las transformaciones que se requieren en la manera de abordar los factores que contribuyen a que se den dichas enfermedades que afectan el bienestar de la población en nuestro país.

Para esto el Programa Nacional de Adulto y Adulto Mayor del MINSA deberá coordinar con los siguientes Ministerios e instituciones:

- » MEDUCA
- » MITRADEL
- » MIVIOT
- » MIDES
- » Despacho de la Primera Dama
- » Policía Nacional de Panamá
- » INADEH
- » MIDA
- » Universidad de Panamá
- » Caja de Seguro Social
- » SENADIS
- » INAMU
- » Alcaldía de Panamá
- » Defensoría del Pueblo

COMPONENTE DE PROMOCIÓN

El Programa dirigido a la salud de personas adultas y adultas mayores está basado en una práctica social de la medicina, partiendo desde una mirada del ser humano (antropocéntrica). Apostamos por este cambio de una medicina curativa a una preventiva.

Promocionar es educar, en este caso en conceptos de salud. Proporcionar las herramientas justas y necesarias a la población para que cuide de su salud. Esto les permitirá empoderarse, y generar una conciencia individual y colectiva del autocuidado en todas las dimensiones del ser-humano (biológica, psicológica, social y espiritual). Se cuenta con mucha evidencia publicada que respalda este enfoque educativo y preventivo.

Instrumento para la promoción

Las estrategias para una adecuada promoción de la salud parten de instrumentos pedagógicos y comunicacionales. Para ello, la intersectorialidad permite esta alianza con otras instituciones. Las instituciones educativas (Meduca, Universidad de Panamá, Udelas), los medios de comunicación social (incluyendo las redes sociales), el componente de Responsabilidad Social Empresarial (RSE), las ONGs, instituciones religiosas y otras del Estado (municipios, ANAM) cumplen una función relevante en este componente.

Desde la instancia educativa, los instrumentos pedagógicos en este Programa de Salud de Adulto y Adulto Mayor es recomendar fuertemente desarrollar currículos a nivel terciario en disciplinas de ciencias de la salud con enfoque preventivo. Además, se sugiere incluir en el currículo conceptos sobre los determinantes sociales de la salud, la seguridad del paciente, la bioética y la equidad de género. De esta forma las generaciones próximas

de profesionales de la salud ingresan al sistema con una visión integral. Una apuesta novedosa es la Educación Interprofesional (EIP), donde se propone que estudiantes de distintas disciplinas del saber conformen una comunidad de aprendizaje colaborativo. Así, los estudiantes universitarios de las ciencias de la salud (Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia) aprenden lo que los estudiantes de otras áreas del saber (Sociología, Trabajo Social, Economía, Informática, Derecho, Filosofía, Ciencias Naturales) aporten. Esto permite que el estudiantado logre expandir su visión profesional.

Una apuesta novedosa es la Educación Interprofesional (EIP). Según la Organización Mundial de la Salud, este enfoque ocurre cuando los estudiantes o profesionales de dos o más profesiones aprenden sobre los demás, con los demás y entre sí para permitir una colaboración eficaz y mejorar los resultados de salud. Por lo tanto, la EIP propone que estudiantes y / o profesionales de distintas profesiones conformen una comunidad de aprendizaje colaborativo.

Así, los estudiantes universitarios de las ciencias de la salud (Medicina, Enfermería, Odontología, Farmacia) aprenden unos con los otros, bien con los demás estudiantes de otras áreas (Sociología, Trabajo Social, Economía, Informática, Derecho, Filosofía, Ciencias Naturales) con el fin de trabajar juntos, de forma articulada, en conjunto con los pacientes, sus familias y comunidades, para proporcionar la más alta calidad de atención en salud. Esto permite que estudiantes y profesionales logren expandir su visión profesional y así optimicen los servicios de salud, fortaleciendo los sistemas de salud y mejorando los resultados de las acciones en salud.

Es menester que la población conozca sobre los determinantes sociales de la salud. No solo la carga genética y la conducta individual se asocian a factores de riesgos para padecer una enfermedad. También se procura promocionar otros factores, quizás desapercibidos hasta por el mismo personal sanitario, tales como, la contaminación ambiental (incluyendo la sonora y la luminosa), los factores psicosociales y ergonómicos en el trabajo, la violencia doméstica, la desigualdad, la discriminación (de género, el acoso escolar o bullying, el acoso laboral o mobbing, étnica, de culto), entre otros.

Adquisición de estilos saludables desde las dimensiones antropológicas

Esta división desde las dimensiones del ser humano en biológica, psicológica, social y espiritual es, para efectos didácticos, útil. Con esto pretendemos que el personal sanitario reconozca que la persona no es solo su corporalidad o psiquismo, además es un individuo relacional. No obstante, es importante recalcar que estas dimensiones dinamizan como un todo. Una parte del sistema afecta a otra. Por ejemplo, la poca resiliencia del individuo desencadenará niveles de estrés en el trabajo, la rutina (tranques, ruido), por ende afecta la esfera o dimensión biológica (elevación del cortisol con su correspondiente tendencia a la obesidad, hipertensión, infecciones). Para el personal sanitario que observa al paciente desde un reduccionismo biológico se le complicará comprender causas improbables (para esta perspectiva reduccionista) como desencadenantes de enfermedades. Entonces, no se tomará la adecuada importancia al papel que tiene la contaminación sonora o el estrés laboral, por ejemplo, en el individuo y estado de salud.

Este reconocimiento de probables causas de enfermedad, desde una mirada multidimensional del ser humano, permite al personal de salud “recetar”, promocionar, educar de forma individualizada, lo que tanto mencionamos como “estilos de vida saludable”.

El ejercicio aeróbico regular (caminar 30 minutos en un parque, p.ej.) ayuda a disminuir enfermedades cardiovasculares no solo desde la fisiología del ejercicio, sino desde el reconocimiento de una actividad de esparcimiento. Por otro lado la visión holística que la calidad de vida también dependerá de otros factores como la calidad del aire, las fuentes de agua potable, el contacto con tóxicos ambientales, etc. En este sentido los miembros del equipo de salud del primer nivel de atención están en una ventajosa posición para ayudar a la población a su alcance.

La práctica de una actividad espiritual con apertura hacia los demás otredad, aporta en aspectos intrapsíquicos como la resiliencia, el concepto de “vida lograda” o sentido de vida, el respeto por la naturaleza (la biosfera). No es un “recetar” un tipo de creencia religiosa, sino lograr que la persona considere que esta esfera que nos relaciona con otros (incluso con lo divino) impacta en la disminución de la violencia, por ejemplo.

Es menester recalcar que el profesional de la salud es, primordialmente, un educador (doctor procede del latín *docere*, *exducere* que significa educar). Esta educación se fundamenta en las nuevas tendencias en la salud pública, las ciencias sociales y humanísticas: determinantes sociales, el ecosistema, enfoque de género, derechos humanos, ética y bioética.

COMPONENTE DE PRESTACIÓN

Comprende la atención integral de salud del adulto y adulto mayor, a través de un conjunto de estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos que el equipo interdisciplinario de salud, el propio adulto joven y el adulto mayor soliciten. La atención puede extenderse a la familia y a la comunidad, en los diversos escenarios (hogar, comunidad, establecimientos de salud y otros).

La atención de salud se realizará siempre de manera integral, independientemente del motivo de la consulta ⁽⁴⁾.

Los directores de los establecimientos de salud, según nivel de complejidad, y el personal de salud deberán desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades a fin de mejorar las condiciones de vida para un envejecimiento activo y saludable de los pacientes con estratificación del riesgo nivel 0 y 1, en los cuales se enfatizará en la educación. Cada unidad de atención deberá desarrollar un plan anual de educación en prevención de factores de riesgo y enfermedades crónicas del adulto y adulto mayor ⁽⁴⁾.

Captación

La población adulta y adulta mayor (PAM) deberá ser captada de diversas maneras:

- » Como consultante voluntario. Solicitar que los Adultos mayores de 80 años sean acompañados por un familiar o cuidador.
- » Referido por una persona de la comunidad, ONG u otra institución.
- » Referido por personal de salud de un establecimiento de menor o mayor complejidad.
- » Mediante búsqueda activa en la labor extramuros.

La primera consulta con una PAM se realizará siempre de manera integral, independiente del motivo de consulta, de tal manera que sea evaluado y cuente con un plan de atención integral personalizado ⁽³⁾.

Recepción

Una vez el paciente es captado por registros médicos se le da orientación personalizada sobre el proceso de atención, y se le hace apertura del expediente clínico, al cual se deben anexar las hojas de evolución y el flujograma para los laboratorios.

Atención integral de personas adultas entre 20 y 59 años en la consulta programada

En la atención integral de toda persona adulta joven con cita programada se le debe aplicar la historia clínica con sus diferentes secciones y deberá ser llenada según los ítems correspondientes a la edad, sexo, comorbilidades, al igual que la aplicación de actividades preventivas de tamizaje y de consejería. A cada paciente se le planteará el diagnóstico en función del modelo centrado en la persona y las determinantes sociales de la salud. Según este enfoque se generará diagnósticos en las esferas biológica, psicológica y social; dichos diagnósticos, se basarán en códigos de CIE10 para la atención primaria ⁽¹²⁾.

Para la estratificación del riesgo se tomará en cuenta los problemas asociados con las tres esferas captadas en la historia clínica: Biológica, psicológica y social y contemplados en el sistema de codificación CIE10. Se dispondrá de un mini resumen de los 20 códigos más frecuentes para la vigilancia de ENT y estratificación de riesgo en la atención primaria accesible para consultas rápidas ^(12, 13).

CUADRO DE REFERENCIA SEGÚN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DEL PACIENTE

DISCIPLINA	BAJO RIESGO	RIESGO NIVEL 2	RIESGO NIVEL 3
MÉDICO DE APS	2 Veces al año	4 veces al año	Cada mes
ENFERMERA	2 Veces al año	4 veces al año	Cada 2 meses
NUTRICIÓN	Evaluar en actividad educativa grupal cada trimestre	Evaluar en actividad educativa grupal cada bimestre	3 veces al año
TRABAJO SOCIAL	Evaluar en actividad educativa grupal cada trimestre	Evaluar en actividad educativa grupal cada bimestre	4 veces al año
ODONTOLOGÍA	1 Vez al año	2 veces al año	2 veces al año
SALUD MENTAL	-----	1 vez al año	2 veces al año
ESPECIALISTA: Medicina Interna, Endocrino, Cardiología, Oftalmología	-----	1 vez al año	2 veces al año

Nota: El paciente de Riesgo Nivel 3 debe incluirse en las actividades educativas grupales.

Programas con enfoque preventivo

CONTROL PERIÓDICO DE SALUD

Recomendaciones para el examen de salud periódico del adulto y adulto mayor

Esta sección de la norma ha sido elaborada con la intención de facilitarle al equipo del primer nivel de atención las actividades básicas de prevención a desarrollar en una consulta programada, sin embargo, dependiendo de la oportunidad podría aplicarse tamizaje y consejerías a personas que acudieron al centro por otras razones, principalmente, como apoyo al paciente por las oportunidades perdidas.

Estas recomendaciones representa una guía basada en coordinaciones interprogramáticas, consenso y en evidencias publicadas principalmente por el USA Task Force; NICE, Canadian Task Force. Muchas de las actividades están integradas a la historia clínica del adulto y adulto mayor. La entrevista ha de comenzar con el llenado de la historia clínica que debe ser completo si se dispone de tiempo y de acuerdo a la condición del paciente.

En pacientes jóvenes y saludables toma poco tiempo y en adultos mayores con varias comorbilidades es demorado y es recomendable hacerlo en dos tiempos. Es obligatorio el llenado de los campos de antecedentes personales, la preguntas de tabaco, alcohol (Test de AUDIT C) y las preguntas de alimentación y actividad física ya que contienen los riesgos asociados al estilo de vida y que es muy importante identificar para tomar en cuenta en el plan de educación del paciente.

La aplicación de tamizaje y consejerías tiene asignados códigos que se anotan en la Hoja de Registro Diario en la sección de actividades y en el expediente electrónico. Con estos se pondera la labor preventiva del profesional tanto educativa

como la aplicación de tamizaje. Estas actividades suman en el cálculo del rendimiento junto con el tradicional número de cupos asignados.

El examen periódico de salud se basa en acciones constituidas en herramientas para la prevención y la detección temprana de los factores de riesgo y las enfermedades para preservar la salud y mantener o mejorar la calidad de vida del individuo y la población tomando en consideración la carga genética, los determinantes sociales y conductuales. Se ha tomado en cuenta la transición del individuo en el ciclo vital, dado que los riesgos pueden variar según éste se desarrolla, hecho que confiere la probabilidad de enfermar. Las recomendaciones por grupo etario están fundamentadas en estas probabilidades y observadas desde las dimensiones antropológicas del ser humano. Las recomendaciones están indicadas según edad, sexo y esfera biológica, psicológica o social.

Cada pregunta que haga el profesional de la salud en la historia clínica es una oportunidad para identificar los riesgos del paciente y cada respuesta que brinde este último es una oportunidad para percibir la necesidad de cambios y de educarse para transformar el curso natural de las enfermedades o sus riesgos potenciales (43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65).

A. De los 20 a 24 años de edad:

La mayor parte de los individuos de este grupo etario esta en búsqueda del desarrollo individual, ya sea como estudiante universitario o en el mundo laboral. Algunos comenzando a desarrollar el ciclo vital de la familia de procreación o como parte de su familia de orientación.

Recomendación/ Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas¹ » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de historia clínica en sección de antecedentes personales y cuestionario validado de alimentación y actividad física. » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH² a toda la población sexualmente activa, sobre todo mujeres en edad fértil y gestantes. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial³ » Índice de masa corporal (IMC) y circunferencia abdominal » Prueba de Papanicolaou⁴ » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés. » La esfera psicológica del trabajo y su posible repercusión en enfermedades laborales » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de sección de antecedentes personales de historia clínica de trastorno de sueño y de número de horas diarias de sueño. » Llenado obligatorio de preguntas de consumo de tabaco, drogas ilícitas y test de AUDIT-C. Ante personas con consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas detectado en historia clínica se debe aplicar el test de depresión, ansiedad, y propensión individual a la violencia. » Pregunta sobre entorno violento doméstico, social y acceso a armas de fuego. » Los pacientes detectados con depresión y ansiedad se han de derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Aplicación de cuestionario SAFE sobre violencia doméstica en mujeres embarazadas.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Educar sobre los determinantes sociales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> » Historia clínica pregunta sobre problema relacionado con el trabajo.

1. Se procura formar el hábito del auto-examen desde edades tempranas, pese a que el cribado inicia luego
2. Se debe recalcar la voluntariedad de la prueba y se debe firmar un consentimiento informado explícito
3. UPSTF-8 recomienda al menos una toma de presión arterial anual a toda persona de 18 años o más
4. Toda mujer con vida sexual activa debe hacerse esta prueba anualmente

B. De los 25 a 39 años:

Período de máxima productividad en el individuo, se refuerzan medidas de la etapa anterior. Importante concientizar sobre el rol individual en el auto-cuidado de la salud en cuanto a hábitos y examen periódico de salud para detectar riesgo oportunamente.

Recomendación/ Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de historia clínica en sección de antecedentes personales y cuestionario validado de alimentación y actividad física obligatorio. » Baciloscopía en individuos con tos de más de dos semanas de evolución » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH a toda la población sexualmente activa, sobre todo mujeres en edad fértil y gestantes. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial » IMC y circunferencia abdominal » Prueba de Papanicolaou » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés. » La esfera psicológica del trabajo y su posible repercusión en enfermedades laborales » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de sección la de antecedentes personales, incluye de número de horas diarias de sueño, actividades recreativas, exposición y manejo de estrés » Llenado obligatorio de preguntas de consumo de tabaco, drogas ilícitas y test de AUDIT-C. Ante personas con consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas detectado en historia clínica se debe aplicar el test de depresión, ansiedad, y propensión individual a la violencia. » Pregunta sobre entorno violento doméstico, social y acceso a armas de fuego. » Los pacientes detectados con depresión y ansiedad se han de derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Aplicación de cuestionario SAFE sobre violencia doméstica en mujeres embarazadas.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Educar sobre los determinantes sociales de la salud. » Relaciones familiares sanas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Historia clínica acerca del ambiente de trabajo.

C. De los 40 a 49 años:

A partir de la década de los 40, se inicia la búsqueda activa de ciertos tipos de cáncer, mediante acciones puntuales, cuyo fin es la detección temprana de lesiones malignas. Al mismo tiempo, se comienza el tamizaje de individuos en riesgo aumentado de padecer enfermedades crónicas no transmisibles aunque sean asintomáticos.

Recomendación/ Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de historia clínica en sección de antecedentes personales y cuestionario validado de alimentación y actividad física. » Baciloscopía en individuos con tos de más de dos semanas de evolución » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH a toda la población sexualmente activa, sobre todo mujeres en edad fértil y gestantes. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial » IMC y circunferencia abdominal » Prueba de Papanicolaou » Esquema de inmunización (ídem al cuadro previo) » Glicemia en ayuna a toda persona en sobrepeso u obesidad (a partir de los 40 años), HbAc1% » Mamografía » Prueba de Papanicolaou » Tacto rectal, PSA total y/o índice » PSAlibre/PSAtotal⁵ » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés, número de horas de sueño. » La esfera psicológica del trabajo y su posible repercusión en enfermedades laborales » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de sección la de antecedentes personales, incluye de número de horas diarias de sueño, actividades recreativas, exposición y manejo de estrés » Llenado obligatorio de preguntas de consumo de tabaco, drogas ilícitas y test de AUDITC para personas con consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas detectado en historia clínica se debe aplicar el test de depresión, ansiedad, y propensión individual a la violencia. » Pregunta sobre entorno violento doméstico, social y acceso a armas de fuego. » Los pacientes detectados con depresión y ansiedad se han de derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Aplicación de cuestionario SAFE sobre violencia doméstica en mujeres embarazadas.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Educar sobre los determinantes sociales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> » Historia clínica acerca del ambiente de trabajo

5. Existe discrepancia en la edad de inicio del tamizaje del cáncer de próstata: dependiendo de la asociación o grupo médico al cual se refiera, la edad de inicio podría ser entre 40 años (asociación americana de cáncer) o 50 años (fuerza de tareas de Estados Unidos). El PSA y Tacto rectal está indicado en pacientes con expectativa de vida larga por ende pocas comorbilidades. En caso de tacto rectal normal y un PSA entre 2.5ng/mL y 10ng/mL se aconseja el índice PSAlibre/PSAtotal.

D. De los 50 a 64 años:

Este período es fundamental en el control adecuado de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como del tamizaje de otros tipos de cáncer que puedan poner en riesgo la vida.

Recomendación /Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana. » Prevención de caídas en individuos de riesgo a partir de los 60 años⁶ 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de historia clínica en sección de antecedentes personales y cuestionario validado de alimentación y actividad física. » Tamizaje de TBC pulmonar en individuos con tos de más de dos semanas de evolución » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH a toda la población sexualmente activa. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial » IMC y circunferencia abdominal » Prueba de Papanicolaou » Esquema de inmunización » Glicemia en ayuna a toda persona en sobrepeso u obesidad » Mamografía » Tacto rectal, PSA total o índice PSAI/PSAT en pacientes individualizados. » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia » Sangre oculta en heces » Preguntas tamizaje sobre capacidad visual y auditiva. » Sección de historia clínica de Valoración Geriátrica Integral > de 60 años⁷ » Test de agudeza visual o cartilla de Snellen (Plan de acción-visión 20/20)⁸ » Tamizaje por riesgo de caídas » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referir
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés, número de horas de sueño. » La esfera psicológica del trabajo y su posible repercusión en enfermedades laborales » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Relaciones familiares sanas. » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de sección la de antecedentes personales, incluye de número de horas diarias de sueño, actividades recreativas, exposición y manejo de estrés » Llenado obligatorio de preguntas de consumo de tabaco, drogas ilícitas y test de AUDIT C. Ante personas con consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas detectado en historia clínica se debe aplicar el test de depresión, ansiedad, y propensión individual a la violencia. » Pregunta sobre entorno violento doméstico, social y acceso a armas de fuego. » Los pacientes detectados con depresión y ansiedad se han de derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Aplicación de cuestionario SAFE sobre violencia doméstica en mujeres embarazadas. » Entrevista sobre posible violencia doméstica es el Test de Safe como herramienta.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Educar sobre los determinantes sociales de la salud. » Relaciones familiares sanas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Historia clínica acerca del ambiente de trabajo.

6. A los 50 años todo individuo se le debe realizar un SOH (anual) como prueba de cribado de CA de colon.

7. A los 60 años se debe aplicar la escala MINI COG para cribado de déficit cognitivo y a los 50 años en etnia indígena que residen en las comarcas.

8. Dependiendo de la organización, las recomendaciones en cuanto al tamizaje visual están a favor (Organización mundial de la salud) o desalientan (fuerza de tareas de Estados Unidos).

E. De los 65 a 79 años:

Este período está marcado como la etapa final del ciclo vital familiar: jubilación y vejez. Es en donde se deberá velar por una transición exitosa a la vejez, con los recursos necesarios para el mantenimiento de la salud, así como la condición física para afrontar afecciones propias de la edad.

Recomendación/ Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana. » Consejería sobre prevención de caídas en individuos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de historia clínica en sección de antecedentes personales y cuestionario validado de alimentación y actividad física. » Tamizaje de TBC pulmonar en individuos con tos de más de dos semanas de evolución » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH a toda la población sexualmente activa. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial » IMC y circunferencia abdominal » Prueba de Papanicolaou » Glicemia en ayuna a toda persona en sobrepeso u obesidad » Mamografía hasta 75 años » Tamizaje individualizado por CA de próstata » Sangre oculta en heces » Escala MINI-COG (evaluación geriátrica funcional) » Test de agudeza visual o cartilla de Snellen (Plan de acción-visión 20/20) » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia » Densitometría ósea de columna y cuello de fémur » Tamizaje auditivo (de acuerdo a riesgo laboral) » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés, número de horas de sueño. » Manejo del tiempo de ocio. » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Relaciones familiares sanas » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Llenado obligatorio de sección la de antecedentes personales, incluye de número de horas diarias de sueño, actividades recreativas, exposición y manejo de estrés » Llenado obligatorio de preguntas de consumo de tabaco, drogas ilícitas y test de AUDIT C. Ante personas con consumo de tabaco, uso nocivo de alcohol y drogas ilícitas detectado en historia clínica se debe aplicar el test de depresión, ansiedad, y propensión individual a la violencia. » Pregunta sobre entorno violento doméstico, social y acceso a armas de fuego. » Los pacientes detectados con depresión y ansiedad se han de derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Entrevista sobre posible violencia doméstica es el Test de Safe como herramienta.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Consejería sobre determinantes sociales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> » Tamizaje por riesgos laborales » Entrevista sobre posible violencia intrafamiliar Test de Safe como herramienta.

F. Adultos mayores de 80 años:

Recomendación/ Área	Consejería	Tamizaje
Biológica	<ul style="list-style-type: none"> » Cómo realizarse el autoexamen de mamas » Cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol (en caso de uso) » Prácticas sexuales seguras » Estilo de vida saludable » La importancia de la profilaxis dental y el riesgo de endocarditis bacteriana. » Consejería sobre prevención de caídas en individuos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> » Orientación pre-test y post-test para la prueba rápida de VIH a toda la población sexualmente activa. » ITS para grupos de alto riesgo (VDRL, HIV, HBsAg) » Toma de presión arterial » Glicemia en ayuna a toda persona en sobrepeso u obesidad » Tamizaje por cáncer de próstata casos individualizados y con consentimiento del paciente. » Sangre oculta en heces » Test de agudeza visual o cartilla de Snellen (Plan de acción-visión 20/20) » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia » Densitometría ósea cuello de fémur y columna. » Mamografía, Papanicolaou casos individualizados con expectativa de 10 años o más. » Tamizaje auditivo (de acuerdo a riesgo laboral) » Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> » Actividades recreativas, técnicas de manejo de estrés, número de horas de sueño. » Violencia en todos sus tipos y cómo prevenirla » Enfermedades relacionadas con nuestra conducta, tales como las ITS, alcoholismo, tabaquismo, depresión, ansiedad y cómo buscar ayuda a tiempo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Evaluación geriátrica funcional. » Estratificación del riesgo captar y derivar a Salud Mental, Clínica de Cesación del Tabaco y Terapias de Apoyo. » Entrevista sobre posible violencia intrafamiliar es el Test de Safe como herramienta.
Social	<ul style="list-style-type: none"> » Consejería sobre determinantes sociales de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> » Entrevista sobre posible violencia intrafamiliar es el Test de Safe como herramienta.

PROGRAMA DE ATENCIÓN A MANIPULADORES DE ALIMENTOS Y OPERARIOS DE ESTABLECIMIENTOS DE INTERÉS SANITARIO

Consideraciones generales

“Con el fin de preservar la salud de la población, es importante realizar una efectiva vigilancia, control y capacitación de las personas que manipulan alimentos. Estas acciones tienen el propósito de velar por la salud de los consumidores y de los manipuladores de alimentos, incluyendo el saneamiento de sitios utilizados para el desarrollo de sus actividades a fin de evitar que transmitan enfermedades. Las instalaciones de salud, mediante el programa de Salud de Adultos, en coordinación con funcionarios de Protección de Alimentos, Control de Zoonosis y Saneamiento Ambiental, desarrollan acciones de control de salud, capacitación y vigilancia” (Guía Metodológica y Práctica de Capacitación en Higiene para Manipuladores de Alimentos).

El control de salud de los trabajadores que manipulan alimentos y de los operarios de establecimientos de interés sanitario es necesario para prevenir enfermedades, tanto transmisibles como no transmisibles, lo que aunado a su capacitación enfocada en el fortalecimiento de las buenas prácticas de manufactura y de procedimientos de limpieza y desinfección, con técnicas seguras, reduce los riesgos de transmisión de enfermedades de origen alimentario.

El Director Médico del Centro de Salud y el personal responsable orientará debidamente el proceso y seguimiento a los manipuladores de alimentos en la obtención del carné de salud.

Propósito

Velar por la salud de los manipuladores de alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario y conjuntamente con el Departamento de Saneamiento Ambiental y el Departamento de Protección de Alimentos supervisar el fiel cumplimiento de las normativas vigentes.

Objetivo general

Garantizar un programa nacional de atención al manipulador de alimento y operario de establecimiento de interés sanitario orientado a promover hábitos y estilos de vida saludable, a enfatizar en la corresponsabilidad y su papel activo de cumplir con las medidas sanitarias indispensables para evitar la propagación de enfermedades que puedan ser transmitidas mediante la inadecuada manipulación de los alimentos.

Objetivos específicos

1. Ofrecer atención integral a los manipuladores de alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario.
2. Brindar educación programada y continua al manipulador y operario de establecimientos de interés sanitario, así como a los propietarios y administradores de los mismos.
3. Incrementar la vigilancia de las enfermedades transmisibles en este grupo.

4. Identificar factores de riesgo de manera oportuna.
5. Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías identificadas.

Actividades

De conformidad con la normativa legal vigente, el control de salud anual es obligatorio, tanto para los manipuladores de alimentos como para los operarios de establecimientos de interés sanitario, de forma tal que la realización del control anual de salud deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Atención médica de Salud Integral, que comprenda:

a. Historia clínica y examen físico completo, que incluya:

- Examen de próstata a todo varón, mayor de 50 años de edad,
- Toma de Papanicolaou, según norma a toda mujer con vida sexual activa,

b. Peso, talla e índice de masa corporal,

c. Revisión del esquema de inmunización del solicitante y aplicación de toxoide tetánico, según esquema normado de vacunación.

Atención odontológica, que comprenda:

a. Examen odontológico, que consta de historia odontológica completa: anamnesis, odontograma, periodontograma, hallazgos, diagnóstico y pronóstico, análisis de tejidos blandos, plan de tratamiento y firma del consentimiento informado.

b. Profilaxis dental, detartraje, aplicación de flúor.

c. Eliminación de focos de infección: tratamiento de abscesos, extracciones, inactivación de caries.

Exámenes de laboratorio, que incluyan:

a. Pruebas generales:

- Hemograma completo
- VDRL
- Parasitología
- Glicemia
- Colesterol/Triglicéridos
- Urinálisis
- PSA a todo hombre mayor de 50 años.

b. Otras pruebas específicas, según área de riesgo por su exposición,

- Colinesterasa
- Inmunoglobulina E
- Gama glutamil transpeptidasa (CGT), aspartoamino transferasa (AST) y alaninoamino transferasa (ALT)

c. Para aquellos operarios de establecimientos cuya actividad laboral esté circunscrita en el contexto de control de plagas, almacenes agroindustriales y otros, según criterio médico.

d. Prueba serológica de brucelosis, para aquellos manipuladores de alimentos que, por la naturaleza de su trabajo, entren en contacto con especies reservorios de *Brucella* sp. y sus productos (carnicerías, industrias lácteas, operarios de lechería, operarios de mataderos, operarios de fincas de cerdos, granjeros, agricultores, operarios de ganado vacuno, porcino, caprino y ovino, entre otros).

Aspectos administrativos del certificado de salud para manipuladores de alimentos y operarios de establecimientos de interés sanitario.

El carnet de Manipulador de Alimentos constituye un requisito obligatorio para todos los manipuladores de alimentos, incluyendo propietarios, administradores de restaurantes, bares y similares e industrias alimentarias; es propiedad del manipulador y por consiguiente intransferible. (Decreto Ejecutivo N°94 del 8 de abril de 1997, artículo primero).

La entidad de salud que expida el carné se encuentra obligada a llevar un libro de registro donde se anotará por orden de secuencia numérica los carnés de manipulador de alimentos expedidos, con identificación de firma, cédula y otros datos del beneficiario. (Decreto Ejecutivo N°94 del 8 de abril de 1997, artículo cuarto)

Los carnés de manipulador de alimentos serán suministrados a los centros de salud por la Dirección Regional correspondiente.

El carné deberá contar con la firma del Director Regional de Salud o la autoridad de salud que éste designe. (Decreto Ejecutivo N°94 del 8 de abril de 1997, artículo tercero).

La vigencia del carné de manipulador de alimento es de 1 (uno) año.

Los manipuladores de alimentos en general tienen la obligación de realizarse un control de salud anual.

(Decreto Ejecutivo N°94 del 8 de abril de 1997, artículo quinto).

Los exámenes de laboratorio pueden ser realizados en instalaciones del Ministerio de Salud, de la Caja de Seguro Social o en laboratorios privados debidamente certificados.

Aquella persona que se realice los exámenes de laboratorio en alguna institución de la Caja de Seguro Social, deberá llevar los originales de los resultados para su revisión por el médico del Centro de Salud. De igual manera, los pacientes que hayan pasado consulta odontológica en otro centro de salud o en instalaciones de la Caja de Seguro Social deben portar el certificado de salud bucal como constancia de dicha atención; esto no le exime de la consulta odontológica en el Centro de Salud en el que se encuentre tramitando el carné, ya que el odontólogo de dicho centro deberá refrendar el certificado y su visto bueno debe estar consignado en el expediente.

Para la expedición del carné de manipulador de alimentos debe constar en el expediente del paciente el visto bueno de salud bucal (odontólogo) y el visto bueno de medicina general (médico general).

El costo de los exámenes de laboratorio varía de acuerdo al sexo y edad de la persona y al tipo de examen. Los costos serán revisados periódicamente para su actualización.

Este componente ha sido extraído de las Normas de Atención de Programas de Salud Dirigidos al Adulto, de 1992.

PROGRAMA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Consideraciones generales

En las últimas décadas las Enfermedades No Transmisibles (ENT) se convirtieron en uno de los mayores problemas epidemiológicos de salud pública en Panamá, incrementándose el número de consultas, egresos y mortalidad.

Las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son responsables de:

- » Mayor número de años de vida potencial perdidos.
- » Limitación de la actividad en las personas adultas.

Las Enfermedades No Transmisibles se caracterizan por:

- » Ocupar los primeros lugares en los indicadores de salud.
- » Tener etiología multicausal y relacionada a factores de riesgo.
- » Presentar largos periodos de incubación y exposición.
- » El curso de la enfermedad es largo con recaídas frecuentes y con frecuencia aparecen secuelas después de la "curación".

Propósito

Dado que las Enfermedades No Transmisibles ocupan los primeros lugares de morbilidad y mortalidad en la población adulta de nuestro país, la detección temprana y el tratamiento oportuno y continuado de éstas es importante.

El propósito de este programa es ofrecer las pautas para que estas acciones puedan ejecutarse en todos los niveles, evitando así secuelas o complicaciones resultantes de estos padecimientos.

Objetivos generales

1. Disminuir la incidencia de las ENT y sus secuelas a través de la educación, promoción, protección, atención y rehabilitación.
2. Establecer pautas de tratamiento general que permitan la atención adecuada y oportuna del enfermo.
3. Elevar la calidad de vida del paciente con ENT.
4. Promover el adecuado ajuste emocional, adaptación familiar y social a la enfermedad.
5. Enfatizar en la promoción de todas las actividades educativas de prevención de ENT, tales como: escuelas de prevención de crónicas en todas las instalaciones de salud.
6. Apoyar en la creación de grupos de autoayuda para personas con obesidad mórbida, síndrome metabólico, pluripatologías y discapacidad, con el fin de promover el autocuidado.

Funciones y actividades a realizar por el equipo de salud local

Medicina general

Llenado de la historia clínica y examen físico completo a todo paciente con sospecha o diagnóstico confirmado de ENT.

- ☑ Registro de talla, peso cada vez que el paciente acuda a consulta, IMC y diámetro de la cintura.
- ☑ Examen físico completo con énfasis en la toma de presión arterial, examen de los ojos, revisión de pulsos periféricos, evaluación cardiovascular, miembros inferiores (edema), trastornos en la sensibilidad, examen de los reflejos, examen de los pies en pacientes diabéticos, detección de infecciones o lesiones en la piel, signos y síntomas de enfermedades crónicas asociadas como acantosis *nigricans*, várices etc.
- ☑ Diagnóstico y registro del estado nutricional.
- ☑ Solicitar y registrar en el flujograma de controles las pruebas de laboratorio y de gabinete correspondientes según tipo de ENT y/o factores de riesgo asociados: Biometría hemática, glicemia en ayunas, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico completo (colesterol, triglicéridos, HDL, LDL), creatinina y nitrógeno de urea, urianálisis, ácido úrico, microalbuminuria en una muestra de orina al azar, amilasa, electrolitos, transaminasas, fosfatasa alcalina, CPK, VDRL, electrocardiograma y radiografía de tórax. Considerar otros estudios de acuerdo al caso.
- ☑ Prescribir el tratamiento no farmacológico y farmacológico, y registrarlo en el expediente.
- ☑ Registrar en el expediente clínico la educación brindada al paciente.
- ☑ Realizar el seguimiento clínico a todo paciente con ENT (nuevo y subsecuente).
- ☑ Revisar y actualizar el Pasaporte Para una Vida Saludable
- ☑ Referir a enfermería, salud bucal, nutrición, trabajo social y salud mental a todo paciente que ingresa con el diagnóstico de ENT.
- ☑ Realizar interconsultas con otros profesionales de la institución según necesidad.
- ☑ Referir a especialistas de otras instituciones de acuerdo a la evolución de la enfermedad y condición clínica de la persona.
- ☑ Cumplir con el mecanismo de referencia y contrarreferencia basado en estratificación del riesgo
- ☑ Realizar visitas domiciliarias como integrante del equipo básico de salud.
- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT
- ☑ Participar en las actividades de educación del paciente con ENT, su familia y la comunidad, conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Participar en la organización de grupos de ayuda mutua o de apoyo para personas con ENT en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.

Enfermería

- ☑ Realizar la evaluación física del paciente con ENT, que incluye:
 - ☑ Toma de peso (en cada consulta),
 - ☑ Medir la talla (primer control),
 - ☑ Circunferencia de la cintura,
 - ☑ Toma de presión arterial,
 - ☑ Evaluar los pies de los pacientes diabéticos que acuden a la consulta de enfermería.
 - ☑ Educar al paciente diabético sobre la administración subcutánea de insulina y otros cuidados.

- ☑ Sensibilizar al paciente con ENT sobre su enfermedad y las consecuencias biopsicosociales de la misma.
- ☑ Referir a la consulta médica a todo paciente con ENT que se encuentre descompensado o con comorbilidades.
- ☑ Realizar seguimiento a todo paciente con ENT nuevo y subsecuente.
- ☑ Referir a los pacientes en control a trabajo social, nutrición, salud mental y salud bucal para su correspondiente evaluación.
- ☑ Participar con el equipo interdisciplinario de salud en la formación y seguimiento de grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo o asociaciones de pacientes con ENT.
- ☑ Realizar visitas domiciliarias como parte del Equipo Básico De Salud.
- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT.
- ☑ Participar en las actividades de educación del paciente con ENT, su familia y la comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.
- ☑ Revisar y actualizar el Pasaporte Para una Vida Saludable
- ☑ Revisión de la tarjeta de vacunación y actualización de vacunas según esquema vigente

Nutrición

- ☑ Evaluación y diagnóstico nutricional (peso, talla, IMC, circunferencia de la cintura).

- ☑ Entrevista alimentaria.
- ☑ Educación alimentaria nutricional
- ☑ Confección de la dieta terapéutica individualizada en base a prescripción médica.
- ☑ Promover los Estilos de Vida Saludables.
- ☑ Seguimiento y control a todo paciente nuevo o subsecuente.
- ☑ Participar con el equipo interdisciplinario de salud en la formación y seguimiento de grupos de ayuda mutua, grupos de apoyo o asociaciones de pacientes con ENT.
- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT.
- ☑ Participar en las actividades de educación del paciente con ENT, su familia y la comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.

Trabajo social

- ☑ Realizar la evaluación social del paciente con ENT y su grupo familiar.
- ☑ Involucrar a los miembros de la familia del paciente con ENT como facilitadores del cumplimiento de su tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- ☑ Atender y dar seguimiento a la morbilidad social del paciente y su grupo familiar.
- ☑ Participar en la organización y asesoría de los grupos de pacientes con ENT y grupos o asociaciones de apoyo.

- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT.
- ☑ Participar en el proceso de educación del paciente, de acuerdo a lo establecido en las normas de salud.
- ☑ Participar en las visitas domiciliarias como parte del equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Apoyar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.
- ☑ Salud bucal
- ☑ Promoción y prevención
- ☑ Educación sobre técnica de cepillado, aplicación de flúor y asesoramiento dietético.
- ☑ Uso de fluoruros tópicos como cremas dentales con el complemento de enjuagues, barnices o geles de flúor.
- ☑ Técnicas de cepillado para disminuir adecuadamente la placa bacteriana.
- ☑ Profilaxis
- ☑ Control periódico.
- ☑ Diagnóstico y tratamiento oportuno
- ☑ Anamnesis y examen clínico de tejidos duros y blandos.
- ☑ Tomas de radiografías, cuando sea necesario.
- ☑ Interconsultas.
- ☑ Control de focos infecciosos.
- ☑ Detartraje y aplicación de flúor.

- ☑ Exodoncias indicadas o cirugías en pacientes bajo control.
- ☑ Restauraciones.
- ☑ Revisión y ajuste de prótesis.
- ☑ Referencia a otras especialidades odontológicas (periodoncia, endodoncia).
- ☑ Control y seguimiento periódico según riesgo.
- ☑ Apoyar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.

Salud mental

- ☑ Realizar la atención ambulatoria de los pacientes que padecen ENT.
- ☑ Acompañamiento, atención directa y seguimiento individual y grupal a pacientes y familiares, para el apoyo emocional y modificación de conductas que se requiera.
- ☑ Asesoramiento, conformación, organización y manejo de grupos terapéuticos para el cambio en los estilos de vida y afrontamiento de problemas emocionales de fondo.
- ☑ Formar, junto con el equipo básico de salud, grupos de ayuda mutua dirigida a personas que padecen ENT.
- ☑ Orientar a los equipos básicos de salud en la identificación de las situaciones estresantes de la vida diaria, en la identificación y manejo de los factores psicosociales que limitan o favorecen la adhesión al tratamiento indicado de cada paciente con ENT, en la detección de factores de riesgo de la depresión.
- ☑ Capacitar a los equipos básicos de salud en la aplicación de técnicas de intervención psicológica para el manejo del estrés.

- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT.
- ☑ Participar en las actividades de educación del paciente, su familia y la comunidad conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Colaborar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT

Educación para la salud

- ☑ Brindar orientación al equipo de salud sobre metodologías y técnicas educativas para la realización de actividades de promoción y educación en ENT.

- ☑ Organizar actividades educativas con la comunidad para la prevención de las ENT.
- ☑ Elaborar material didáctico de prevención de las ENT y la promoción de Estilos de Vida Saludables, en conjunto con el equipo interdisciplinario de salud.
- ☑ Intervenir conjuntamente con el equipo interdisciplinario de salud en la realización de actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las ENT.
- ☑ Participar en el diseño, formulación y desarrollo de investigaciones relacionadas con las ENT.

OBESIDAD

[Código CIE 10: E66]

Generalidades

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, como consecuencia de un desequilibrio que se produce cuando el consumo de calorías es superior al gasto durante un tiempo prolongado. Dos factores de riesgo, la alimentación poco saludable y la inactividad física, son las principales causas de la obesidad, una de las grandes epidemias mundiales de finales del siglo XX y principios del siglo XXI.

El hecho es más complicado en determinados estratos sociales: vivir en un vecindario pobre puede llevar un mayor riesgo de obesidad porque sus habitantes generalmente tienen poco acceso a fuentes de alimentos nutritivos y a lugares seguros para hacer actividad física, o carecen de normas sociales que valoren positivamente la dieta saludable.

Objetivos Específicos

1. Prevenir la obesidad a través de la promoción de los Estilos de Vida Saludables, con énfasis

en la alimentación adecuada y la actividad física regular.

2. Disminuir las complicaciones asociadas a la obesidad a través de la captación temprana, tratamiento oportuno y eficaz y modificación de los hábitos alimentarios.
3. Controlar otros factores de riesgo asociados.

Clasificación del estado nutricional por IMC

IMC	ESTADO NUTRICIONAL
<18	Bajo peso
18-24.9	Normal
25-29.9	Sobrepeso
30-34.9	Obesidad I
35-39.9	Obesidad II
≥40	Obesidad III (Mórbida)

Riesgo relativo a 10 años de padecer Diabetes, enfermedad cardíaca e isquemia cerebral en hombres inicialmente libres de enfermedad basado en su IMC

IMC	Diabetes	Hipertensión	Enfermedad cardíaca	Accidente cerebrovascular
18.5-21.9	1.0	1.0	1.0	1.0
22.0-24.9	1.8	1.5	1.1	1.1
25.0-29.9	5.6	2.4	1.7	1.3
30.0-34.9	18.2	3.8	2.2	2.1
>35.0	41.2	4.2	2.4	2.5

SÍNDROME METABÓLICO

[Código CIE10:E88.9]

Generalidades

El síndrome metabólico, también conocido como el síndrome de resistencia a la insulina o Síndrome X, es un conjunto de anormalidades metabólicas consideradas como factor de riesgo para desarrollar Enfermedad cardiovascular y diabetes. Los componentes del síndrome metabólico se han definido según diferentes guías y consensos. Sin embargo, consideramos que los criterios del síndrome metabólico están en continua evolución.

La presencia del síndrome metabólico se relaciona con un incremento significativo de riesgo de diabetes, enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, y por el incremento unas 5 veces en la mortalidad.

En la actualidad ha tomado gran importancia por su elevada prevalencia y es una referencia necesaria para los profesionales de la salud en la evaluación de los pacientes.

En el año 2002 la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos amplió aún más el

concepto, sumándole algunas situaciones clínicas como el síndrome de ovario poliquístico, la acantosis nigricans, el hígado graso no alcohólico (NASH), entre otras.

Dada la estrecha relación entre obesidad abdominal y la insulinoresistencia, se ha planteado que la obesidad abdominal sería el más importante de los factores de riesgo y el que conllevaría al desencadenamiento de las demás anormalidades en el síndrome.

El diagnóstico de Síndrome Metabólico se realiza si existe obesidad abdominal más dos de los cuatro componentes descritos.

Tratamiento

- a. **No farmacológico:** El mejor tratamiento del síndrome metabólico se basa en la detección oportuna y control de factores de riesgo.
- b. **Farmacológico:** Se basa en el tratamiento específico de la diabetes mellitus o de la resistencia a la insulina, la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión y quimioprofilaxis con antiagregantes plaquetarios.

CRITERIOS PROPUESTOS POR LA OMS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO

Parámetro principal:

Intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus tipo 2 (Glucemia en ayuno >110 mg/dl o 2hr postcarga ≥140 mg/dl)

Otros parámetros:

Hipertensión arterial ≥140/90mmHg

Triglicéridos ≥150 mg/dl

Colesterol de HDL (C-HDL): Hombres < 35 mg/dl y <45 mg/dl en mujeres

Obesidad abdominal: Circunferencia abdominal (cresta ilíaca) en hombres > 102 cm y en mujeres > 88 cm o bien Índice de Masa Corporal (IMC): >30 kg/m²

Microalbuminuria: Excreción urinaria de albúmina ≥ 20 µg/min.

Modificado de: Field A Coakley E Must A Spadano J Laird N Dietz W Rimm E Colditz G. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. Arch Intern Med. 2001: 1581-1586

DIABETES MELLITUS

[Código CIE 10: E10 DM insulinodependiente, E11 DM no insulinodependiente]

Objetivos específicos

1. Detectar tempranamente este padecimiento en la población en riesgo.
2. Controlar la glicemia independientemente del tipo o etapa de la Diabetes a fin de minimizar o postergar las complicaciones previsibles que resultan de una hiperglicemia sostenida o fluctuante.
3. Capacitar al paciente y a sus familiares sobre conocimientos básicos de la enfermedad.
4. Controlar otros factores de riesgo existentes: hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, ingesta de alcohol etc.

Normas Generales

1. Se investigará por diabetes a toda persona que manifieste los síntomas típicos de la enfermedad (polifagia, polidipsia, poliuria, pérdida de peso, astenia) o que presente resultados de laboratorio sugestivos de la enfermedad (Glicemia plasmática en ayunas, glicemia postprandial) o que se considere de alto riesgo, a saber:

- A. IMC = o mayor a 25 y uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - B. Valores alterados, mas no diagnósticos de HbA1c, glicemia en ayunas o prueba de tolerancia a la glucosa.
 - C. Familiares de primer grado de consanguinidad con DM II
 - D. Mujeres que han sido diagnosticadas con diabetes gestacional
 - E. Historia de enfermedad cardiovascular
 - F. Hipertensión arterial
 - G. Niveles alterados de colesterol HDL (<35 mg/dl) o triglicéridos (>250 mg/dl)
 - H. Mujeres con ovario poliquístico
 - I. Sedentarismo
 - J. Personas con datos de resistencia a la insulina (obesidad severa, acantosis nigricans)
2. Toda persona con 45 años o más
 3. Si los resultados son normales, se deberá repetir la prueba con un intervalo de 3 años. Si los resultados son anormales, más no diagnósticos, se deberá repetir la prueba cada año.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE DIABETES

Glicemia en ayunas*	≥126 mg/dl
Prueba de tolerancia a la glucosa**	≥200 mg/dl
HA1c***	≥6.5%
Pacientes con datos de hiperglicemia (polidipsia, poliuria, pérdida de peso, polifagia)	≥200 mg/dl (al azar)

* El ayuno se define como no ingerir elemento alguno que aporte calorías al organismo, durante al menos 8 horas.

** Esta prueba se debe realizar utilizando un contenido de glucosa equivalente a 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

*** Actualmente el Ministerio de Salud no cuenta con equipos estandarizado en la mayor parte de las instalaciones a nivel nacional, por lo que este criterio deberá utilizarse con cautela y procurando siempre utilizar el mismo laboratorio para medirlo, hasta que se logre la unificación nacional de este criterio. Asimismo, deberá tomarse en consideración, factores que afecten el valor de la hemoglobina glicosilada, tales como: edad, grupo étnico, anemia o hemoglobinopatías.

4. Todo diabético recibirá evaluación multidisciplinaria para programar su atención integral.

Un punto importante al momento de realizar el diagnóstico, es realizar una segunda prueba para confirmación del mismo. Si los valores resultan discordantes en cuanto al diagnóstico, se deberá repetir la prueba que resultó positiva.

Otro punto a resaltar, son los individuos que presentan niveles elevados de glicemia, mas no cumplen con los criterios diagnósticos de diabetes. En este caso, se usará el término "prediabetes". A estas personas se les prestará especial atención por tener un incremento en el riesgo de padecer de Diabetes en el futuro, así como de enfermedad cardiovascular.

RIESGO AUMENTADO PARA DIABETES (PREDIABETES)

Glicemia en ayunas	100-125 mg/dl
Prueba de tolerancia a la glucosa	140-199 mg/dl
HbA1c	5.7-6.4%

RIESGO AUMENTADO PARA DIABETES (PREDIABETES)

HbA1c	<7.0%	En pacientes jóvenes de corta evolución, pocas comorbilidades y larga expectativa de vida se debe ajustar la meta del Valor de HbA1c a <6.5%. En aquellos pacientes que han presentado eventos de hipoglicemia, esperanza de vida limitada, complicaciones macrovasculares o microvasculares avanzadas, DM II de largo curso, en quienes es difícil alcanzar las metas, se deberá utilizar un valor menos estricto <8%.
Glicemia capilar preprandial	80-130 mg/dL	Si los valores de HbA1c no son satisfactorios, aún a pesar de tener los valores de glicemia preprandial controlados, se deberá utilizar el criterio de glicemia postprandial
Glicemia capilar postprandial	<180 mg/dL	Debe hacerse al menos 1-2 hrs después de iniciada la comida

ESTRATIFICACIÓN ACORDE A LAS GLICEMIAS

Estratificación	Glicemia en Ayunas	Glicemia 2 horas postprandial
Bueno	80-110 mg/dl	150 mg/dl
Regular	>110-200 mg/dl	>150-300 mg/dl
Malo	>200 mg/dl	>300 mg/dl

NORMAS DE ATENCIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO

COMPONENTE	FRECUENCIA	DESCRIPCIÓN
Presión arterial	Cada consulta	<130/80 mm Hg
Examen de ojos	Anual	Oftalmología/Optometría
Examen dental	Cada 6 meses	Odontología
Examen de los pies	Cada consulta	con los pies descalzos
Examen completo de pies (Riesgo alto)	Anual	Podología
Vacuna contra la gripe	Anual	Enfermería
A1c de hemoglobina	Cada 3 a 6 meses	<6.5% y de 8.0% en adultos mayores
Glicemia en ayunas	En cada consulta	80-110mg/dl
Triglicéridos	Anual	<150 mg/dl
Colesterol total	Anual	<200 mg/dl
Colesterol LDL	Anual	< 100 mg/dl
Colesterol HDL	Anual	>40 mg/dl hombres >50 mg/dl mujeres
Creatinina y N. de Urea	Anual	<1.4mg/dl
Microalbuminuria	Anual	<30 µg/mg
Tasa de Filtración Glomerular	Anual	<10 (tabla SCORE)
Amilasa	Anual	20 - 96 U/l
ECG	Anual	Ritmo sinusal normal
Metas de tratamiento	Anual	Educación en salud
Automonitoreo de glicemia	Individualizada	Recomendar en base a las metas de control del paciente
Alimentación sana	Cada consulta	Recomendar siempre
Actividad física	5 veces a la semana (30 min.)	Recomendar siempre

HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

[Código CIE 10: HTA primaria I10.X): Pre-hipertensión (I0.S); HTA tipo I I10.1; HTA tipo 2 I10.2; HTA secundaria I15

Objetivos específicos

1. Reducir la incidencia de la Hipertensión Arterial mediante medidas de promoción de la salud con énfasis en Estilos de Vida Saludables, dieta saludable, actividad física regular etc.
2. Reducir la incidencia de las complicaciones de la Hipertensión Arterial mediante la detección temprana y el tratamiento oportuno.
3. Elevar la calidad de vida del hipertenso
 - Brindándole conocimiento sobre su enfermedad
 - Mejorando su captación y seguimiento.
 - Individualizando su tratamiento.
4. Rehabilitar oportunamente al paciente cuando presente complicaciones.
5. Controlar factores de riesgo asociados a la enfermedad.

Normas generales

Se investigará por hipertensión arterial a la población adulta en riesgo especialmente:

- » Personas con antecedentes familiares de HTA
- » Obesos

- » Antecedentes de toxemia gestacional.
- » Personas con factores de riesgo asociados:
 - Tabaquismo.
 - Alcoholismo y drogas.
 - Sedentarismo.
 - Elevada ingesta de sodio.
 - Estrés
 - Uso de Anticonceptivos orales.
 - Mujeres posmenopáusicas

Todo hipertenso recibirá evaluación multidisciplinaria para programar su atención integral.

Clasificación de la presión arterial en adultos

Clasificación	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión estadio I	140-159	90-99
Hipertensión estadio II	≥160	≥100

NORMAS TÉCNICAS DE MEDICIÓN CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

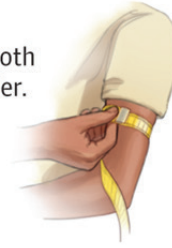
1. Ambiente tranquilo. Disipe el miedo. Asegúrese de que el paciente no haya participado recientemente en una actividad física o mental moderada o severa.
2. De preferencia haga que el paciente se siente. Sentado, sin cruzar las piernas, lo más cómodo posible. Si el paciente posee una discapacidad física, se toma acostado
3. Descubra el brazo derecho apoyándolo en reposo a nivel del corazón. No enrollar la manga de la camisa, ya que provoca un efecto de torniquete. Inste al paciente acudir con manga corta.
4. La escala del manómetro debe estar a nivel del corazón del paciente. El manómetro debe estar a nivel de una línea perpendicular a la visión del técnico. Esto permite la lectura correcta de la presión arterial del paciente. Ver imagen.
5. Coloque el brazalete alrededor del brazo. Escoja un brazalete de tamaño adecuado, envuélvalo firmemente en el brazo. El borde inferior debe estar justamente sobre la fosa ante-cubital. Debe haber espacio suficiente para colocar apropiadamente la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
6. Infle el Brazalete. Infle rápidamente hasta 30mmHg del punto en que desaparece el pulso radial.
7. Abra la válvula. Desinfle a razón de 2-3mm.Hg por latidos al mismo tiempo que ausculta la arteria humeral, nunca desinfle rápidamente el brazalete pues ello provoca mediciones incorrectas.
8. Reconozca los cinco sonidos *Korotkoff*. El primer sonido auscultable corresponde a la PAS (fase 1), seguido de un murmullo y luego un sonido nítido (fases 2 y 3), que luego bajan de intensidad (4 fase) hasta desaparecer por completo (fase 5)
9. Tenga en cuenta el silencio auscultatorio que es común en pacientes adultos mayores, debido a la aterosclerosis.

OBSERVACIONES ACERCA DEL ESFIGMOMANÓMETRO

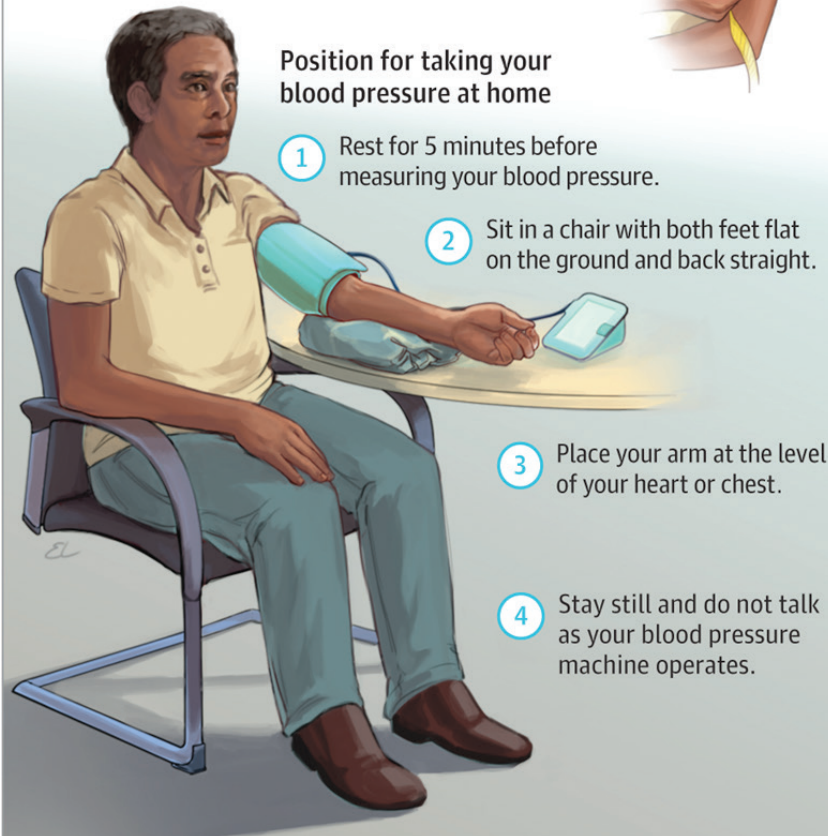
1. Evite que el esfigmomanómetro reciba golpes bruscos, ya que éstos afectan el funcionamiento normal del mismo.
2. Al terminar de usar el esfigmomanómetro doble con cuidado el brazalete, enrolle el tubo de caucho y guárdelo en lugar seguro.
3. Todo aparato de tomar presión arterial debe ser revisado periódicamente con el objeto de mantenerlo en condiciones adecuadas para evitar lecturas falsas.
4. Los esfigmomanómetros de mercurio no se utilizan, a pesar de su precisión. Esto por motivos de su efecto nocivo ambiental. Utilice uno de anerode y, en su defecto, uno digital.

Choosing the correct blood pressure cuff size

Measure the circumference of your upper arm with a cloth measuring tape midway between the elbow and shoulder. Choose a cuff size that includes this measurement.



Position for taking your blood pressure at home



- 1 Rest for 5 minutes before measuring your blood pressure.
- 2 Sit in a chair with both feet flat on the ground and back straight.
- 3 Place your arm at the level of your heart or chest.
- 4 Stay still and do not talk as your blood pressure machine operates.

Measure your blood pressure in the morning right after you wake up or in the evening before you go to bed.

Try to measure your blood pressure at the same time every day.

Imagen obtenida de: Jin J. Checking Blood Pressure at Home. JAMA. 2017;318(3):310. doi:10.1001/jama.2017.6670

HIPERLIPIDEMIA

[Código CIE 10: E78.0 hipercolesterolemia pura; E78.1 hipergliceridemia pura; E78.2 Hiperlipidemia mixta]

Es un hecho probado a través de múltiples estudios científicos, que existe una fuerte asociación entre tener niveles elevados de colesterol en sangre, específicamente de lipoproteína de baja densidad (LDL) y el riesgo aumentado de padecer de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (ASCVD). Asimismo, se ha encontrado que el uso de estatinas reduce dichos niveles y por ende el riesgo de padecer enfermedad coronaria, eventos cerebrovasculares y enfermedad arterial periférica. Según el Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón, existen cuatro grupos de pacientes que recibirían más beneficios al disminuir los niveles de LDL, ellos son:

- » Cualquier forma clínica de Enfermedad Cardiovascular Aterosclerótica (IAM, angina estable o inestable, historia de revascularización coronaria, ECV, evento cerebral isquémico transitorio enfermedad arterial periférica).
- » Niveles de LDL ≥ 190 mg/dL
- » Diabetes, entre 40 a 75 años y con niveles de LDL entre 70 a 189 mg/dL
- » Sin diabetes, entre 40 a 75 años y con un riesgo cardiovascular estimado a 10 años $\geq 7.5\%$

Para aquellas personas que no estén en los grupos anteriormente mencionados, podrían considerarse

otros factores que podrían derivar en el uso de estatinas:

- » Hiperlipidemia genética
- » Historia familiar de ASCVD (en varones antes de los 55 años o en mujeres antes de los 65 años)
- » Niveles elevados de proteína C reactiva de alta sensibilidad
- » Índice tobillo-brazo >0.9
- » Riesgo elevado de por vida de padecer ASCVD

Es necesario, sin embargo, advertir a los pacientes sobre los potenciales eventos adversos del uso de estatinas, lo cual constituiría un gran obstáculo en la disminución de los niveles de colesterol sanguíneo.

Aun cuando está establecido el beneficio del uso de las estatinas en pacientes con niveles elevados de colesterol, no existe en la actualidad, evidencia que justifique llegar a niveles específicos de LDL, como valores meta de tratamiento. Asimismo, el uso de terapias no basadas en estatinas, no ha probado reducir el riesgo cardiovascular. En caso de que no se logre una reducción adecuada en los niveles de colesterol, es necesario reforzar la adherencia al tratamiento y a los cambios de estilos de vida, revisar causas secundarias de hiperlipidemia, considerar aumentar la dosis de estatinas o adicionar terapia coadyuvante en individuos seleccionados y de alto riesgo cardiovascular.

PACIENTES PROPENSOS A SUFRIR EVENTOS ADVERSOS CON EL USO DE ESTATINAS

Múltiples comorbilidades (IRC, daño hepático)	Desórdenes musculares
Historia previa de intolerancia a estatinas	Niveles elevados de transaminasas, tres veces por encima del valor normal.
Uso de medicación que afecta el metabolismo de las estatinas	Edad >75 años.

INTENSIDAD DE LAS ESTATINAS BASADOS EN CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Estatinas de moderada a alta intensidad*	Estatinas de alta intensidad**
Edad: >75 años	Edad: ≤ 75 años
Diabéticos , entre 40 y 75 años y con niveles de LDL 70–189 mg/dl	Edad: ≥21 y con niveles de LDL ≥190 mg/dL
No diabéticos con riesgo cardiovascular entre 5 a <7.5%	Diabéticos entre 40 y 75 años y con riesgo cardiovascular elevado (≥7.5%)

* Se espera una reducción de entre 30% a 49% con el uso de estatinas de moderada intensidad.

** Se espera una reducción de al ≥50% con el uso de estatinas de alta intensidad.

Adaptado de Neil J. et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults. Circulation. 2014;129:S1-S45

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC)

[Código CIE 10: N18]

En todo individuo, la función renal, representada por la Tasa De Filtración Glomerular (TFG), inicia su deterioro cerca de la tercera a cuarta década de la vida. Cuando ya se está en la sexta década, usualmente se observa una tasa de deterioro constante a razón de 1-2 mL/min por año. Esta pérdida de función renal es proporcional a los niveles de tensión arterial, tanto es así, que un descontrol en la misma, acelera la tasa de deterioro a 4-8 mL/min por año. Asimismo, un inadecuado control de los niveles de glicemia puede llevar a presentar daño renal. En pacientes diabéticos, se observa el inicio del deterioro de la función renal al cabo de padecer DM II durante 10 años ó 5 años en el caso de DM I. Se dice que entre 20-40% de los pacientes con Diabetes presentarán Enfermedad Renal Crónica y hasta un 70% de las personas que presentan elevación de la creatinina presentan hipertensión.

Otro punto a resaltar es el hecho que en este tipo de pacientes, la principal causa de muerte es la enfermedad cardiovascular, teniendo una tasa de aumento de 16% en individuos con una TFG<60 mL/min y 30% en aquellos con una TFG <30 mL/min. En aquellos con albuminuria se ha observado un aumento de hasta 350%.

En las guías clínicas de la *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO), se define Insuficiencia Renal como: las anormalidades renales, estructurales o funcionales presentes por más de 3 meses, con implicaciones en la salud del individuo, siendo clasificada en base a la categorización de la TFG y los niveles de albuminuria.

Se define Enfermedad Renal Crónica como la presencia de uno más de los siguientes criterios:

- A. Disminución de la función excretoria, con una TFG <60 ml/min, lo que corresponde aproximadamente a niveles de creatinina >1.5 mg/dl en varones y >1.3 mg/dl en mujeres.
 - a. El cálculo de la TFG deberá hacerse utilizando una fórmula validada, tal como la de *Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration* (CKD-EPI)
- B. Presencia de albuminuria (>300 mg/día).
 - a. Es importante señalar que existen factores que aumentan los valores de albúmina, independiente del daño renal, tales como: ejercicio dentro de las 24 horas previas a la medición, fiebre, falla cardíaca congestiva, hiperglicemia marcada y menstruación.
- C. Otros marcadores de daño renal:
 - a. Anormalidades en el sedimento urinario
 - b. Anormalidades electrolíticas u otras anormalidades debidas a desórdenes tubulares
 - c. Anormalidades histológicas
 - d. Anormalidades estructurales detectadas por imágenes
 - e. Historia de trasplante renal.

Un aspecto a resaltar es el hecho de que en nuestro país, por recomendaciones de la Sociedad Panameña De Nefrología, plasmadas en las Guías Nacionales De Nefrología, de 2016, se recomienda utilizar el cociente albúmina/creatinina como

ESTADIOS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Estadio	Descripción	TFG
1	Daño renal con TFG normal	≥90
2	Leve	60-89
3a	Leve a Moderado	45-59
3b	Moderado a Severo	30-44
4	Severo	15-29
5	Falla renal	<15

marcador de albuminuria, dado que nuestro clima tropical propicia la deshidratación.

Dicha acción, además, se consideró puesto que “El cociente A/CR es un marcador más sensible que la proteinuria en el contexto de ERC secundaria a DM, HTA o enfermedad glomerular, que son las causas más frecuentes de ERC en el adulto. Por este motivo, para la detección y monitoreo, así como la nueva clasificación en estadios y pronóstico de ERC debería valorarse la presencia de proteinuria mediante la determinación de cociente A/CR”. Importante recordar que para establecer que una persona tiene albuminuria son necesarios dos valores elevados en tres muestras, obtenidas durante un periodo de 3 a 6 meses.

Se recomienda combinar la clasificación de la tabla anterior con esta a continuación. Lo que nos provee una idea más precisa del riesgo de ERC.

Niveles de albuminuria persistente

Estadio	Descripción	Albúmina (mg/g)*
1	Normal a leve aumento	<30
2	Moderado aumento	30-300
3	Aumento severo	>300

*Es una decisión de unificación, que esta variable siempre debe expresarse en mg/g

Una vez conocidos los pormenores de cada patología que incide directamente en el aumento del riesgo cardiovascular en nuestros pacientes, es menester recordar el carácter integrativo del encuentro con el mismo en la consulta, ya sea en una primera cita o en citas subsecuentes, haciendo tamizaje de las enfermedades ya mencionadas. Este primer encuentro debería incluir:

- » Escucha empática
- » Examen físico de acuerdo a la sintomatología del paciente, pero que cubra al menos el área cardiopulmonar (toma de TA arterial, auscultación cardíaca y pulmonar)
- » Tamizaje de ENT
 - Diabetes: glicemia en ayunas
 - Hipertensión: tomas de tensión arterial
 - Dislipidemia: colesterol total
 - Obesidad: IMC y medición del perímetro abdominal
- » Promoción de:
 - Actividad física
 - Cesación de tabaco
 - Consumo moderado de alcohol

Pronóstico de la insuficiencia renal por categorización de la tasa de filtración glomerular y albuminuria (KDIGO 2012)				Categorías de albuminuria persistente		
				A1	A2	A3
				Normal o levemente aumentada	Moderada	Severa
				<30 mg/g	30-300 mg/g	>300 mg/g
Categorías de TFG (ml/min/1.73 m ²)	G1	Daño renal con TFG normal	≥90			
	G2	Leve	60-89			
	G3a	Leve a Moderado	45-59			
	G3b	Moderado a Severo	30-44			
	G4	Severo	15-29			
	G5	Falla renal	<15			

Verde: bajo riesgo, Amarillo: riesgo moderado, Naranja: riesgo alto, Rojo: riesgo muy alto.

Metas y acciones conjuntas para personas con Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Síndrome Metabólico

Glicemia en ayunas	En todo paciente no diabético: normal En pacientes diabéticos: ≤ 130 mg/dL
Tensión arterial	En todo paciente no diabético: ≤140/90 mmHg En todo paciente diabético: ≤130/80 mmHg
HA1c	En todo paciente no diabético: normal En pacientes diabéticos: ≤ 7%
Creatinina	En varones: <1.5 mg/dL En mujeres: <1.3 mg/dL
Tasa de filtración glomerular	>60 mL/min/1.73 m (calculada con fórmula CKD-EPI)
Albuminuria	<300 mg/día
HDL	>40 mg/dL
Ejercicio	TODOS
Dieta saludable	Diseñada para lograr un déficit energético diario de 500-750 kcal/día En pacientes hipertensos: considerar dieta DASH
Peso	Con un IMC ≥25, disminuir un 5% del peso corporal total en tres meses
Aspirina (75-162 mg/día)	En todo paciente hipertenso: considerar sólo cuando la TA esté controlada normal. En pacientes no hipertensos: mayores de 50 años, cuando tengan riesgo cardiovascular elevado (10%), que no tengan riesgo de sangrado digestivo y que estén dispuestos a tomar la aspirina al menos 10 años. Si existe alergia a la aspirina, debe considerarse el uso de Clopidogrel (75 mg/día)
Cálculo de riesgo cardiovascular	Todos aquellos con factores de riesgo: historia familiar de muerte prematura debido a enfermedad cardiovascular, hipertensión, dislipidemia, albuminuria, tabaquismo.

Puntaje de evaluación de riesgo INTERHEART (Hoja 2 de 2)

Preguntas:	Puntos por cada Respuesta	Puntos por cada Sección
7. Factores Psicosociales:		
a) ¿Con qué frecuencia se ha sentido el trabajo o el hogar estrés de la vida en el último año?	Nunca o algunos periodos <input type="checkbox"/> 0 Puntos Varios periodos de estrés o estrés permanente <input type="checkbox"/> 3 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
b) Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en que se sintió triste, melancólico o deprimido durante dos semanas consecutivas.	No <input type="checkbox"/> 0 Puntos Si <input type="checkbox"/> 3 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Factores de la dieta:		
a) ¿Usted come alimentos salados o snacks salados, al menos una vez al día?	No <input type="checkbox"/> 0 Puntos Si <input type="checkbox"/> 1 Punto	<input type="text"/> <input type="text"/>
b) ¿Come alimentos fritos, bocadillos fritos o comidas rápidas tres o más veces a la semana?	No <input type="checkbox"/> 0 Puntos Si <input type="checkbox"/> 1 Punto	<input type="text"/> <input type="text"/>
c) ¿Come fruta al menos una vez al día?	No <input type="checkbox"/> 1 Punto Si <input type="checkbox"/> 0 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
d) ¿Usted come verduras al menos una vez al día?	No <input type="checkbox"/> 1 Punto Si <input type="checkbox"/> 0 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
e) ¿Usted come carne y/o pollo, al menos, dos veces al día?	No <input type="checkbox"/> 0 Puntos Si <input type="checkbox"/> 2 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
9. Actividad Física: ¿Qué tan activo es usted en su tiempo libre?		
Yo soy fundamentalmente sedentario o realizo ejercicio suave (que requiere un mínimo esfuerzo)	<input type="checkbox"/> 2 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
Realizo actividad física moderada o vigorosa en mi tiempo libre	<input type="checkbox"/> 0 Puntos	<input type="text"/> <input type="text"/>
10. Índice Cintura-Cadera: Favor registre los valores y seleccione la respuesta correspondiente al índice cintura-cadera más adelante.		
Perímetro de la Cintura	Índice Cintura-Cadera	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> cm	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Perímetro de la cadera	Menos que 0.873	<input type="checkbox"/> 0 Puntos
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> en <input type="checkbox"/> cm	0.873 hasta 0.963	<input type="checkbox"/> 1 Punto
	Mayor o igual a 0.964	<input type="checkbox"/> 2 Puntos
Puntaje Total de Riesgo INTERHEART : (Suma de puntos conseguidos en las Secciones 1 a 10)		<input type="text"/> <input type="text"/>

Hoja 2

* Circunferencia de la cintura: Tome la medición sobre el abdomen con ropa ligera en la circunferencia más pequeña entre el margen costal y la cresta iliaca. La cinta métrica debe mantenerse horizontal y ajustada cómodamente alrededor del paciente.

** Circunferencia de la cadera: Tome la medición sobre ropa ligera en el nivel del trocánter mayor (generalmente la circunferencia más amplia alrededor de las nalgas). La cinta métrica debe mantenerse horizontal y ajustada cómodamente alrededor del paciente.

*** Puntaje Total de Riesgo INTERHEART: Si al sumar los puntos otorgados por las preguntas 1 a 10 el valor es mayor a 10, significa que estamos en un paciente con alto riesgo CV al cual debemos explorar en mayor profundidad otros factores de laboratorio.

© Se extrae el cuestionario con la autorización de los autores

CÓMO UTILIZAR LA ESCALA INTERHEART: CASO CLÍNICO

Sr. J, masculino de 72 años, acude a su médico de cabecera y se extrae esta lista de aspectos determinantes:

Esfera sanitaria: Atención fraccionada (cardiología, urología, neurocirugía y endocrinología), Polifarmacia (12 medicamentos recetados en el último año), Falla en la adherencia terapéutica (se le despacha solo 6 medicamentos de los 12 recetados. Desconoce nombre de los medicamentos que no se le dispensaron).

Esfera clínica: diabético, hipertenso, dolor crónico en columna cervical con adormecimiento en manos, fumador de 1 paquete de cigarrillos durante 50 últimos años (cesación hace 6 meses).

Paciente posee una dieta abundante en grasas y carbohidratos, y pobre en frutas.

Esfera socio-afectiva: Durante el último mes presenta dificultad para dormir, se ha aislado de amistades habituales (aislamiento social) y ya no siente placer por las actividades que antes realizaba (anhedonia). Además, preocupación por su estatus económico hace 3 meses, ya que una financiera en la que él sirvió de fiador a su hijo le ha iniciado descuento por mora. Casado.

Índice de Katz: 7

Escala de Yesavage: 12 puntos

Controles	10.05.2016	28.09.2016
Edad	72	72
Peso	248lbs	265lbs
Talla	1.73m	
P/A	150/90mmHg	160/95mmHg
Glicemia en ayuna	154mg/dl	195mg/dl
Creatinina/N. urea	1.25/9	1.55/20
Colesterol total	268mg/dl	269mg/dl
HDL	30 mg/dl	29mg/dl
LDL	180mg/dl	185mg/dl
Triglicéridos	167mg/dl	189mg/dl
Urinálisis	Microalbuminuria 30mg/g orina al azar	
Hemoglobina	14.6 g/dl	14.1 g/dl
Hemoglobina glicosilada (HbA1c)	9.3%	10%
PSA total	0.4ng/ml	0.74ng/ml

Conclusión:

Al aplicar el cuestionario Interheart se obtiene un puntaje aproximado de 34 puntos. Un resultado mayor de 10 indica riesgo cardiovascular.

Este cuestionario nos puede ofrecer ventajas en algunos casos específicos limítrofes, que no son candidatos para aplicar otros instrumentos de riesgo cardiovascular ya validados. Por ejemplo, un adulto joven de 28 años, en su tercer año de residencia

de cirugía general (estrés permanente), fuma 2 a 4 cigarrillos diarios; tiene una dieta pobre en frutas y verduras, y alta en grasas y azúcares (soda, chocolate, frituras, dulces); su madre es hipertensa y diabética; tiene un índice cintura-cadera en 0.90, y no realiza actividad física frecuente. Ya con estos datos se estima un riesgo cardiovascular elevado, que no podría estimarse con otros instrumentos que no consideran factores nutricionales, de actividad física, psicosociales y familiares.

PROGRAMA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES

CONSIDERACIONES GENERALES

A toda persona adulta mayor que acuda al establecimiento de salud por primera vez se le brindará atención diferenciada e integral, la cual comprende un conjunto de cuidados esenciales entre los que se encuentra la valoración geriátrica y el tamizaje por pérdida de capacidad visual y auditiva, aplicada por el médico como responsable principal, pero que podrá apoyarse en otros miembros del equipo que hayan sido previamente capacitados.

En el marco de un ambiente de respeto, calidad y calidez humana se llevará a cabo la entrevista clínica que incluye la aplicación de la historia clínica y la valoración geriátrica integral a personas mayores de 60, que comprende: El Índice de Katz para capacidad funcional, el *Minicog* para capacidad cognitiva, la Escala de Depresión de *Yesavage*, una pregunta de Autovaloración de la Salud y dos preguntas instrumentales sobre manejo de dinero (6, 8, 9, 10, 11).

La categorización del riesgo en el adulto mayor conlleva criterios distintos al adulto menor de 60 años y están consignados en la historia clínica (6).

OBJETIVOS GENERALES

1. Elevar el nivel de salud de la población mayor de 60 años con miras a mantener su participación en la sociedad mediante un envejecimiento saludable.
2. Fomentar las acciones de educación, prevención, curación y rehabilitación integral para un envejecimiento saludable.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Capacitar al personal de salud utilizando un enfoque de educación interprofesional para

ejecutar las medidas de salud acorde a los requerimientos del adulto mayor.

2. Estandarizar la atención diferenciada del adulto mayor en todos los establecimientos de salud, en un contexto adecuado a la realidad regional y local.
3. Educar de manera individual y grupal al adulto mayor, a sus familiares y a la comunidad sobre los aspectos para conservar la salud y generación de redes apoyo.
4. Prevenir la discapacidad y rehabilitación física, mental y social oportuna del adulto mayor.

ACTIVIDADES

1. Capacitación continuada al equipo de salud con enfoque de educación interprofesional.
2. Sensibilización al personal de salud, en general, sobre las necesidades del adulto mayor y la humanización de los servicios.
3. Adecuación de las instalaciones de salud para recibir a los adultos mayores de forma digna.
4. Promoción del voluntariado para las actividades de atención al adulto mayor.
5. Atención diferenciada del adulto mayor mediante la consulta programada para control periódico de salud y los controles por morbilidades ya sean agudas o crónicas.
6. Categorización del riesgo en los adultos mayores que asisten a las instalaciones de salud.
7. Aplicación del modelo de la atención a la morbilidad crónica de manera oportuna y eficaz intra y extra muro.

8. Atención extramuros a los adultos mayores priorizados según su nivel dependencia y necesidad del servicio, incluyendo la supervisión de los hogares de adultos mayores por el equipo básico, y bajo la responsabilidad del supervisor de ambiente.
9. Creación de clubes para la tercera edad.
10. Prevención de la aparición de limitaciones físicas en el adulto mayor mediante la aplicación de fisioterapia profiláctica, evitando su dependencia precoz.
11. Promover la investigación de aspectos relacionados con el adulto mayor de interés para los equipos de salud.

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA GESTIÓN Y ATENCIÓN DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

1. El programa de salud del adulto mayor deberá contar con una planificación operativa anual basada en resultados, elaborada por el equipo local y supervisado por el nivel regional.
2. La programación de actividades de atención de las personas adultas mayores se elaborará sobre la base de un diagnóstico situacional.
3. El monitoreo y la evaluación debe realizarse periódicamente con la finalidad de orientar acciones y reprogramar en base a las coberturas alcanzadas y las metas programadas.
4. Los equipos regionales y locales deberán promover la inter sectorialidad mediante participación de estudiantes universitarios en servicio social (EIP) y a las empresas (RSE)
5. Los miembros del equipo de salud colaborará con REGES en la creación y actualización de la base de datos: el registro de actividades intramuros y extramuros, monitoreo a

indicadores de salud, seguimiento al incumplimiento de las citas.

6. Como parte de la adecuación para la atención diferenciada, los establecimientos de salud deberán tomar medidas para eliminar las barreras físicas en búsqueda de facilitar el desplazamiento de los adultos mayores en la instalación, tales como: acceso para discapacitados, ubicación del consultorio en la planta baja, puertas amplias, rampas, pasamanos, pisos antiderrapantes y cualquier otra pertinente.
7. El personal debe tratar al paciente con cortesía, paciencia y tomar en cuenta cualquier dificultad para comprender o discapacidad que pueda tener el paciente (sordera, ceguera, mental, etc.).
8. Capacitación del personal de salud sobre humanización, derechos de las personas adultas mayores y la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003.

LLENADO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR

La aproximación al paciente adulto mayor es un tanto diferente a la historia clínica usual del paciente común, pues deberán tomarse en cuenta las peculiaridades de la PAM con sus limitantes físicas (auditivas y visuales) y mentales (aparición de déficit cognitivo); además del hecho de que la edad condiciona un acercamiento empático (participación afectiva del médico en la realidad ajena) y simpático (la reacción emocional del médico ante la experiencia de cada paciente).

Es imperativo establecer una relación de cordialidad, amistad y confianza, en la medida de lo posible, tomando en consideración que el adulto mayor se encuentra en una situación tan estresante como lo es la enfermedad, en la cual su capacidad

para expresar las dudas, deseos y su miedo a preguntar las consecuencias reales del proceso de su padecimiento se encuentran enmascaradas por preocupaciones frecuentemente banales y que podrían desviar la atención del médico, si no tiene en consideración dicha realidad. Para ello, el médico debe desarrollar el respeto, la compasión y el coraje, disposiciones básicas para afinar su competencia profesional en cuanto al cuidado del paciente adulto mayor.

Se deberá hacer énfasis en tres momentos en la consulta con el adulto mayor para establecer una relación médico-paciente sólida y duradera:

El primer contacto con el paciente

- » El lenguaje debe ser directo, concreto y sin tecnicismos.
- » Asegurar la comprensión del paciente y el familiar que le acompañe.
- » Se debe mostrar serenidad e interés
- » Llenado de la valoración geriátrica integral a la PAM, priorizado aquellos con nivel 2 y 3 de estratificación de riesgo.

Diagnóstico e intervenciones

La información, que debe formar parte de todas las actuaciones asistenciales, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, será verídica y debe darse de manera comprensible y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente para ayudarlo a tomar decisiones de una manera autónoma y teniendo en cuenta el nivel intelectual, emocional y cultural del paciente. (Artículo 6. Ley 68 de 20/11/2003).

Prescripción e instrucción sobre autocuidado

Se deberá hacer un esfuerzo descriptivo y repetitivo de las indicaciones, animando el cumplimiento y despejando las dudas.

Procedimientos básicos y esenciales en una consulta rutinaria de adulto mayor

- » Toma de tensión arterial.
- » Frecuencia cardíaca.
- » Frecuencia respiratoria.
- » Medición de peso corporal.
- » Medición de la circunferencia de la cintura.

Categorización del Paciente Adulto Mayor

La detección temprana y tratamiento de las personas adultas mayores vulnerables es un tema prioritario, estrechamente ligado a la funcionalidad y pérdida de autonomía. Su relevancia viene marcada por:

Relevancia pronóstica y anticipatoria

Con una mayor probabilidad de presentar episodios adversos, dependencia y muerte, que nos proporciona el potencial de intentar modificar este curso adverso.

Relevancia clínica y asistencial

Se busca que las instalaciones de primer nivel de atención cuenten con un programa estandarizado para la atención diferenciada de las PAM y que categorice al paciente adulto mayor.

Relevancia epidemiológica

Con una estimación de prevalencia variable, debido a la propia imprecisión para delimitar el concepto de vulnerabilidad de las PAM, desde un 10% (cuando consideramos el estado previo a la discapacidad) a un 30-40% (al incluir distintos grados de discapacidad, y cuadros clínicos o factores de riesgo relacionados [hospitalización, determinados síndromes geriátricos, polifarmacia, etc.]).

Se define a la PAM de riesgo alto como aquella que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que la coloca en una situación de mayor vulnerabilidad ante perturbaciones externas y resulta en una mayor probabilidad para presentar episodios adversos de salud (hospitalización, institucionalización, muerte, caídas) y pérdida de función, discapacidad o dependencia. Aunque a la situación de dependencia

se puede llegar de una manera abrupta, en las personas mayores es más frecuente que se instaure de una manera progresiva, al menos en un 60% de las ocasiones, y es más frecuente cuanto más edad se tiene.

Al realizar un análisis del proceso de transición demográfica en nuestro país encontraremos perfiles epidemiológicos variados en cada región, que sumado a la aplicación del instrumento para la categorización de las PAM, nos permitiría optimizar recursos y dirigir actividades a las áreas identificadas como prioritarias.

PAM SALUDABLE O DE BAJO RIESGO

- > 60 años sanos o que padecen alguna enfermedad aguda o crónica sin potencial inmediatamente incapacitante.
- La intervención en este grupo es preventiva

PAM DE RIESGO INTERMEDIO

Determinada por la presencia de al menos uno (1) de los siguientes criterios:

Criterios demográficos

- Tener más de 80 años.

Criterios clínicos

- Presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional: enfermedad poliarticular, enfermedad neurológica degenerativa, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca, insuficiencia circulatoria de miembros

inferiores avanzada, ictus, déficit sensorial, depresión.

- ☑ Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- ☑ Deterioro cognitivo leve o moderado, según Test *Minicog*.
- ☑ Manifestaciones depresivas escala abreviada de Yesavage.
- ☑ Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año
- ☑ Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas
- ☑ Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial: Ej. déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente y otros
- ☑ IMC menor de 23 o mayor de 28.

Criterios sociales

- ☑ Vivir solo, viudedad reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante), institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, rechazo de su situación.

Criterios sanitarios

- ☑ Ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses)
- ☑ Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas

PAM DE ALTO RIESGO

Cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

Criterios demográficos

- ☑ Tener más de 80 años.

Criterios clínicos

- ☑ Pacientes con pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria,
- ☑ incapacitados en sus domicilios,
- ☑ situaciones terminales (aquella que presenta una enfermedad en fase terminal con una expectativa de vida generalmente menor de 6 meses)
- ☑ Deterioro cognitivo severo

Criterios sanitarios

- ☑ ingresos hospitalarios,
- ☑ descompensaciones clínicas frecuentes,

Criterios sociales

- ☑ Existe problema social en relación con su estado de salud. Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, pronóstico vital menor de 6 meses.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) está indicada principalmente al grupo de los adultos mayores de nivel 2 y 3 según la estratificación del riesgo con el objetivo de:

- ☑ Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- ☑ Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.

- ☑ Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades de PAM.
- ☑ Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- ☑ Mejorar la calidad de vida.
- ☑ Conocer los recursos del paciente y su entorno socio-familiar.
- ☑ Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- ☑ Disminuir la mortalidad.

Las PAM de alto riesgo requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo podrá ser realizado a nivel local por el médico de cabecera con referencia compartida a instalaciones de segundo y tercer nivel brindada por geriatras o internistas.

Este grupo sería objeto de los programas de atención domiciliaria y las intervenciones están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como a la atención familiar (en especial a la persona cuidadora) y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente

Valoración de la esfera funcional

La evaluación geriátrica funcional se hará como mínimo una vez por año. Dado que la historia clínica tendrá vigencia de 3 años, la hoja de valoración geriátrica se anexará a la hoja de evolución del adulto para ser llenada con criterio de tamizaje por deterioro cognitivo como mínimo una (1) vez al año, pudiéndose repetir si el caso lo amerita y a criterio del profesional médico.

Será aplicada por el médico, en primera instancia, o en asociación con otros integrantes del equipo de

salud previamente sensibilizado y capacitado para este fin (enfermera de salud de adultos mayores o de salud mental, trabajador social).

La cuantificación en términos funcionales de las capacidades y problemas médicos, mentales, psicológicos y sociales del adulto mayor es necesaria para la estratificación del riesgo mediante los instrumentos que contiene la historia clínica ⁽⁵⁾.

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas-promocionales. Dependiendo de las características y complejidad del daño, el paciente será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad. Las PAM con riesgo alto deberán recibir atención mediante modelo integrado con enfermería, trabajo social, salud mental, nutrición y según las necesidades del adulto mayor ⁽⁶⁾.

1. Entrevista clínica clásica añadiendo un interrogatorio directo sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes Historia farmacológica
2. Historia nutricional
3. Exploración física
4. Exploraciones complementarias
5. Elaboración de un listado de problemas

La valoración funcional es el proceso dirigido a recoger información sobre la capacidad del adulto mayor para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades de la vida diaria se clasifican en actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD).

En las ABVD incluimos aquellas tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación). Las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la

persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono) y las AAVD incluyen aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso.

La escala más utilizada para evaluar las ABVD es el Índice Katz.

Los exámenes de laboratorio básicos complementarios para la evaluación clínica de causas reversibles de deterioro cognitivo son:

- Hemograma completo,
- Pruebas tiroideas,
- Pruebas de función hepática
- Pruebas de función renal,
- Urianálisis,
- Niveles séricos de Vit B12 y ácido fólico.

Las pruebas de VIH y VDRL no se indican de manera sistemática, si no de acuerdo con los factores de riesgo del paciente, detectados por historia (6, 8, 9,10).

Estimación de la Talla

Adaptando la Técnica de Medición Altura Talón-Rodilla con Regla y Escuadra.



La talla o estatura es uno de los indicadores antropométricos que con mayor frecuencia se utiliza para la valoración del estado nutricional, siendo

importante para desarrollar índices como la relación peso/talla, IMC, e índice de gasto energético basal en adultos.

La talla presenta ciertas dificultades para tomarla en algunos pacientes geriátricos, por lo que se puede contar con una adaptación de la medición de la altura talón rodilla, con un instrumento de medición sencillo, económico y de fácil manejo, como es una regla en forma de “L” que se conoce comúnmente como regla “T” de dibujo semi-profesional y una escuadra tipo escolar para cuidar el ángulo de 90°

Ecuaciones Descrietas por Chumlea para la Predicción de la Talla:

$$\text{Talla hombres (cm)} = [2.03 \times \text{altura-rodilla (cm)}] - \{0.04 \times \text{edad (años)}\} + 64.19$$

$$\text{Talla mujeres (cm)} = \{1.83 \times \text{altura-rodilla (cm)}\} - \{0.24 \times \text{edad (años)}\} + 84.88$$

En estas ecuaciones se observa que la edad se utiliza como indicador para la estimación de la estatura.

Con los datos de peso y talla se calcula el IMC, también conocido como Índice de Quetelet {Peso (Kg)/Talla (m²)} es uno de los indicadores más empleados para medir el estado de nutrición en la población adulta; una de sus ventajas es que no requiere de tablas de referencia.

Los puntos de corte para el hombre y la mujer son:

Sobrepeso IMC > 27.8 Hombre

Sobrepeso IMC > 27.3 Mujer

Obesidad IMC = ó > 30

Valoración de la esfera mental

Se hace una valoración tanto de la esfera cognitiva como de la afectiva.

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia

a la asociación con trastornos conductuales, por la mayor utilización de recursos socios-sanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos; por su relación directa con las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador. Nos permite, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe. La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

Para la valoración de la esfera cognitiva se cuenta con múltiples pruebas, de las que destacamos, por su amplia difusión, comodidad y sencillez de aplicación el *MiniCog*.

Al terminar la valoración cognitiva se deberá determinar la presencia de demencia, de qué tipo se trata y si este deterioro cognitivo repercute en la funcionalidad del paciente a nivel social y familiar.

Para valorar la esfera afectiva, contamos con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Reducida contenida en la Historia clínica. Esta permite explorar la esfera afectiva, al interrogar acerca de:

Valoración social

Aunque la valoración social exhaustiva es función del trabajador social, el médico debe conocer y hacer constar en su historia aquellos datos que puedan ser de interés y tengan repercusión presente o futura sobre el adulto mayor.

La siguiente lista son problemas ya codificados por CIE 10 los cuales pueden ser colocadas como problemas sociales:

No debemos olvidar en su evaluación incluir un factor subjetivo, pero no por ello menos importante: la calidad de vida.

Z73.6	Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad
Z74.0	Problemas relacionados con movilidad reducida
Z74.1	Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal
Z74.2	Problemas relacionados con la necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar
Z74.3	Problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua
Z59.0	Problemas relacionados con la falta de vivienda
Z59.5	Problemas relacionados con pobreza extrema
Z59.6	Problemas relacionados con bajos ingresos
Z60.0	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
Z60.1	Problemas relacionados con situación familiar atípica
Z60.2	Problemas relacionados con persona que vive sola
Z60.5	Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
Z60.9	Problema no especificado relacionado con Ambiente social
Z63.2	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
Z63.4	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
Z63.6	Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
Z63.9	Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo

El instrumento de medición más utilizado es la Escala OARS de recursos sociales

Atención domiciliaria del adulto mayor

La atención domiciliaria forma parte de las actividades que deben realizar los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia. Las mismas se harán bajo criterio de la Orientaciones Técnicas sobre la Visita Domiciliaria (10), principalmente por:

- ✓ PAM postrada con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud.
- ✓ No acude al tratamiento del daño diagnosticado o se encuentra en tratamiento
- ✓ Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, del entorno domiciliar o familiar, que inciden en la salud del adulto mayor

Plan de Atención Integral

El Plan de atención integral es el resultado de la evaluación inicial del adulto mayor, en él se

especifica la provisión de servicios según categorías. Así mismo permitirá determinar el nivel de atención según capacidad resolutive, de quien se encargará de brindar los paquetes de cuidados esenciales.

Cuidados Esenciales

Necesidades de desarrollo: acciones de promoción y educación para la salud

Necesidades de mantenimiento de la salud: acciones de prevención de la salud e identificación de riesgo e intervención de estos, estratificación nivel 0 y 1

Necesidades derivadas del daño: atención de daños según guías de atención

Necesidades derivadas de secuelas y disfunciones: atención de las discapacidades

El Plan de atención integral para la Persona Adulta Mayor es personalizado y realizado de acuerdo con cada categoría. El mismo deberá ser elaborado por el equipo interdisciplinario y con participación de la persona adulta mayor y/o el cuidador(a) responsable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud (2010). *Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: Estrategias para el desarrollo de los Equipos de APS*. [Ebook] (1st ed.). Washington. Retrieved from http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Estrategi-as-Desarrollo_Equipos_APS.pdf
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2015). *Lineamientos propuestos para la Mejora y Fortalecimiento del Sistema Nacional Público de Salud integral, en el marco de una Política de estado. Mesa de diálogo para la salud Gremios de funcionarios que laboran en Salud, Colegios de Profesionales de Salud, Federaciones de pacientes, Entidades Estatales MINSA y CSS, PNUD y la Comisión de Salud de la Asamblea*[Ebook] (1st ed.). Panamá. Retrieved from http://www.pa.undp.org/content/dam/pana-ma/docs/documentos/undp_pa_propuesta_%20final_dialogo_salud.pdf
3. Ministerio de Salud. *Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016-2025*[Ebook] (1st ed.). Panamá. Retrieved from http://www.minsa.gob.pa/sites/default/files/transparencia/politicas_de_salud_del_minsa.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca* [Ebook] (1st ed.). Ginebra. Retrieved from http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
5. Ministerio de Salud de Perú. (2006). *Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Las Personas Adultas Mayores*. [Ebook] (1st ed.). Lima. Retrieved from https://www.minsa.gob.pe/portada/Especial-es/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
6. Salinas-Martínez, A., Garza-Sagástegui, M., Cobos-Cruz, R., Núñez-Rocha, G., Garza-Elizondo, M., & Peralta-Chávez, D. (2009). *Diabetes y consulta médica grupal en atención primaria: ¿Vale la pena el cambio?*. Retrieved from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Ministerio de Salud. (2011). *Guía médica de atención integral del adulto mayor* [Ebook] (1st ed.). Panamá. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/0B7EV6DAvQLm7VHdGWmdPTXV5bzg/view>
8. Villarreal, A., Grajales, S., Lopez, L., Britton, G., & Panama Aging Research Initiative. (2015). *Cognitive Impairment, Depression, and Cooccurrence of Both among the Elderly in Panama: Differential Associations with Multimorbidity and Functional Limitations*. *Biomed Research International*, 2015, 1-7. doi: 10.1155/2015/718701
9. *Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria*. (2001). *Revista SEMERGEN*, 27(11), 575-586. Retrieved from <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-sumario-vol-27-num-11-X1138359301X12136>
10. Organización Panamericana de la Salud. *ICD 10 en línea, Volumen 1, Español*. Retrieved from <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/>
11. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad y Consumo. (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* [Ebook]. País Vasco.
12. Segura del Pozo, J. (2013). *La “estratificación” de la atención a pacientes crónicos y sus determinantes sociales* [Blog]. Retrieved

- from <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2013/04/27/la-estratificacion-de-la-atencion-a-pacientes-chronicos-y-sus-determinantes-sociales/>
13. Barceló, A., Da Silva J., Escobar MaC., Williams N, Alves A, Delon S, Prieto E, Brebnor F, Segovia J. (2016): Manual de Tecnologías de la Salud. Cómo Mejorar el manejo de las enfermedades crónicas en el primer nivel de atención de los servicios de salud. OPS.OMS.
 14. Whitlock EP, Orleans T, Pender N, Allan J. Evaluating Primary Care Behavioral Counseling Interventions: An Evidence-based Approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4):267-84. Extraído de: http://webapp1.dlib.indiana.edu/virtual_disk_library/index.cgi/6468753/FID1921/PDFs/Vol1/Vol1_m047-m072.pdf
 15. Guía Metodológica. Orientaciones técnicas sobre visita domiciliaria. MINSa. 2010
 16. Conte E., Llorach C., Donato M., Benavides M., Zamorano C., Gómez B., Toro J. (2017) Caracterización de la Adherencia a los Medicamentos en una muestra de la población general y otra de pacientes hipertensos en Panamá.
 17. Manual de Procedimientos del Sistema Único de Referencia y Contra Referencia (SURCO)/ MINSa-CSS, 2003
 18. Barceló A, Luciani S, Agurto Ordúñez P. Tasca R; Sued O. (2012): Mejora de Los Cuidados Crónicos a través de las Redes Integradas de los Servicios de Salud. OPS. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid.
 19. Tripodoro, Vilma A et al. Atención paliativa en personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Medicina (B. Aires)* [online]. 2016, vol.76, n.3 [citado 2017-06-01], pp. 139-147 Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802016000300003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1669-9106.
 20. Londoño Malagón-Pontón Laverde-Reynales Londoño.(2014): Auditoría en Salud. Para una gestión eficiente. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana.
 21. Ortiz Fajardo. (2015): Gerencia y Administración estratégica de la atención médica. Editorial Panamericana.
 22. Singh H, Giardina TD, Meyer AND, Forjuoh SN, Reis MD, Thomas EJ. Types and Origins of Diagnostic Errors in Primary Care Settings. *JAMA Internal medicine*. 2013;173(6):418-425. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2777.
 23. Compendio de indicadores de Impacto y resultados intermedios, Plan Estratégico de la OPS.2014-2019. En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad 2014.
 24. Zeballos –Palacios, C. Mary .Vargas O, Brito J, Montero V, (2015): Toma de Decisiones Compartidas y Medicina Mínimamente Impertinente en el Manejo de la Enfermedades Crónicas. Rep. de Perú Med de Salud Pública.
 25. Seguridad del Paciente y la Atención segura disponible en: [ww.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf)
 26. León Correa, Francisco Javier. Bioética razonada y razonable, Primera Edición. Editora Fundación Interamericana Ciencia y Vida, Santiago de Chile. Año: 2009.paginas 130-145.
 27. Purnell L, Paulanka B. Transcultural Health Care. A Culturally Competent Approach. F.A. DAVIS COMPANY . Philadelphia. 1998
 28. Porras Ana E. (2005): Cultura de Inter-oceanidad. Narrativas de Identidad Nacional de Panamá.
 29. Kroeger Axel, Luna Ronaldo: (1992)Atención Primaria en Salud. Principios y Métodos. OPS. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg Sociedad Alemana para la Cooperación Técnica. Editorial Pax México.

30. Butler M, McCreedy E, Schwer N, et al. Improving Cultural Competence to Re-duce Health Disparities [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016 Mar. (Comparative Effectiveness Reviews, No. 170.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361126/>
31. Sen G, George A, Ostlin P (2005): Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas. OMS. Harvard Center for population and Development Studies.
32. Charmaz, K. citado en la obra AGENCIA Y CUIDADOS EN PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES. Instituto de Investigaciones Gino Germani Facultad de Ciencias Sociales, (2,012) Documentos de Trabajo N° 60 Universidad de Buenos Aires Ciudad de Buenos Aires, Argentina, pagina 38.
33. Plan Nacional de Género y Salud 2015 -2020. Perfil de Género y Salud de la República de Panamá.
34. Guide to Improving Patient Safety in Primary Care Settings by Engaging Patients and Families. Content last re-viewed April 2017. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/pfeprimarycare/index.html>
35. Morales, Esteban (2016): MAS ALLA DE GALENO MEDICINA PREVENTIVA Y SOCIAL. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá. En impresión. ISBN 978-9962-12-327-9
36. Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Facultad Nacional Salud Pública 2015; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
37. Gallo Vallejo, F. et al. Perfil profesional del médico de familia. Atención Primaria. Vol. 23. Núm. 4. Marzo 1999).
38. Acting on Social Determinants of Health: A Primer for Family Physicians.2017
39. TEROL, E.; HAMBY, E. F. y MINUE, S.. Gestión de Enfermedades (Disease Management): Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam[online]. 2001, vol.11, n.2 [citado 2017-08-07], pp.7-20.
40. Sarabia S, Alicia. La gestión de casos Como una nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Disponible en: <file:///Users/RaquelGutierrezMock/Downloads/Dialnet-LaGestionDeCasosComoNuevaFormaDeAbordajeDeLaAtenci-2535954.pdf>
41. Moyer VA. Screening for Cervical Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. 2012;156(12):880.
42. LeFevre M. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2014 Dec16;161(12):894–901.
43. Grossman, D., Bibbins-Domingo, K., Curry, S., Barry, M., Davidson, K., & Doubeni, C. et al. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors. JAMA, 318(2), 167. doi:10.1001/jama.2017.7171
44. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for HIV: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2013;159:51–60. doi: 10.7326/0003-4819-159-1-201307020-00645
45. Siu AL, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for High Blood Pressure in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2015;163:778–786. doi: 10.7326/M15-2223
46. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for and

- Management of Obesity in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2012;157:373–378. doi: 10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475
47. Siu AL, for the U.S. Preventive Services Task Force. Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2015;163:622–634. doi: 10.7326/M15-2023
48. Siu AL, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2015;163:861–868. doi: 10.7326/M15-2345.
49. US Preventive Services Task Force. Screening for Latent Tuberculosis Infection in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016;316(9):962–969. doi:10.1001/jama.2016.11046
50. American Cancer Society. Recomendaciones de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para la detección temprana del cáncer de seno. Disponible en <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/pruebas-de-deteccion-y-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno/guias-de-la-sociedad-americana-contr-el-cancer-para-la-deteccion-temprana-del-cancer-de-seno.html>.
51. Siu A. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine.* 2016;164(4):279.
52. American Cancer Society. Recommendations for Prostate Cancer Early Detection. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/prostate-cancer/early-detection/acs-recommendations.html>;
53. US Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement: Prostate Cancer: Screening. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementDraft/prostate-cancer-screening1>
54. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* Published online April 17, 2018. doi:10.1001/jama.2018.3097
55. US Preventive Services Task Force. Draft Research Plan for Cognitive Impairment in Older Adults: Screening. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/screening-for-cognitive-impairment-in-older-adults-uspstf-dr/cognitive-impairment-in-older-adults-screening1>
56. WHO. Prevention of Blindness and Visual Impairment: What is 20/20?. Disponible en: <http://www.who.int/blindness/partnerships/vision2020/en/>
57. US Preventive Services Task Force. Screening for Impaired Visual Acuity in Older Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016;315(9):908–914. doi:10.1001/jama.2016.0763
58. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Osteoporosis: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2011;154:356–364. doi: 10.7326/0003-4819-154-5-201103010-00307
59. US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2016;315(23):2564–2575. doi:10.1001/jama.2016.5989
60. US Preventive Services Task Force. Drug Use in Adolescents and Adults, Including Pregnant Women: Screening - US Preventive Services Task Force. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/final-research-plan/drug-use-in->

adolescents-and-adults-including-pregnant-women-screening

61. Siu AL, and the US Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Depression in Adults. US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;315(4):380–387. doi:10.1001/jama.2015.18392
62. Gómez-angulo, Carine, & Campo-arias, Adalberto. (2011). Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. Universitas Psychologica, 10(3), 735-743. Retrieved April 20, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&tlng=es.
63. Moyer VA, on behalf of the U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2013;158:478–486. doi: 10.7326/0003-4819-158-6-201303190-00588
64. López-Jaramillo, Patricio, y otros. 2015. *Manual práctica LASH de diagnóstico y manejo de la HTA en latinoamérica*. Primera edición. Colombia : Caduceo Multimedia SL, 2015. págs. 33-34.
65. Bringing the planet into the generalist practice: a form of preventive care Guggenheim, Ralph. The Lancet Planetary Health , Volume 2 , Issue 5 , e200 - e201

ANEXOS



Ministerio de Salud Historia Clínica de Personas Adultas y Adultas Mayores

Este color significa ALERTA

NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CÓNYUGE	FECHA DE NACIMIENTO da mes año		TIPO DE USUARIO segurado <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Cédula No. de identificación		
	1er NOMBRE	2do NOMBRE		EDAD (años)		activo <input type="radio"/> jubitado/pensionado <input type="radio"/> beneficiario <input type="radio"/>	Fecha de apertura		
DOMICILIO	PROVINCIA	DISTRITO	CORREGIMIENTO	SEXO f <input type="radio"/> m <input type="radio"/>	ETNIA blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> asiática <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>	ALFA BETA sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	ESTUDIOS ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel	casado(a) <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltero(a) <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	Donante de Sangre sí <input type="radio"/> no <input type="radio"/>
	CASA/APITO	CALLE	PUNTO DE REFERENCIA					vive solo(a) <input type="radio"/> no <input type="radio"/>	Grupo <input type="text"/> Rh <input type="text"/>
LUGAR DE TRABAJO	PROFESIÓN/OFICIO	OCCUPACIÓN	TEL. DE TRABAJO	CASO DE URGENCIA NOTIFICAR		RELACIÓN	TELÉFONO		

MOTIVO DE CONSULTA

Antecedentes Personales	sí	no	Fecha de Inicio	Observaciones / medicamentos
Hipertensión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Obesidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad respiratoria (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, otro)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Cáncer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad renal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad gastrointestinal	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad articular	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad infecciosa contagiosa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Dislipidemia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad Mental	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Trestorno del sueño	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Alergia (medicamento, alimento, otro)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Problema de salud relacionado a condiciones de trabajo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Intervenciones quirúrgicas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Hospitalizaciones	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Otro Problema de Salud	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Antecedentes Familiares	sí	no		Observaciones
Infarto en mujer menor de 55 años o en varón menor de 45 años	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Hipertensión arterial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diabetes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Obesidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad respiratoria (Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Tuberculosis, otro)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Cáncer	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Dislipidemia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad neurodegenerativa	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Enfermedad Mental, adicción	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Violencia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Problema judicial relacionados a violencia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Alergia	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Enfermedad genética	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar
Familiar con discapacidad	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Alguna otra situación preocupante	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>		Especificar

EXPLORACIÓN FÍSICA							
INSPECCIÓN GENERAL		VITALES Presión Arterial sistólica: <input type="text"/> / <input type="text"/> Presión Arterial diastólica: <input type="text"/> T° axilar: <input type="text"/> FC: <input type="text"/> FR: <input type="text"/> IMC: <input type="text"/> Cintura abdominal: <input type="text"/>		Riesgo 20 – 59 años 1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no		Riesgo 60 años y más 1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	
Examen Físico Segmentario		Normal	Anormal	Descripción de alteraciones			
Cabeza	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Ojos - Oídos - Nariz	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Boca - Garganta	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Cuello	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Tórax - Columna	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Mamas	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Corazón	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Pulmones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Abdomen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Genitourinario	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Rectal	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Extremidades Superiores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Extremidades Inferiores	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Articulaciones	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Vascular Periférico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Neurológico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
Otros (Especificar)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>					
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA							
BIOLÓGICA		PSICOLÓGICA		SOCIAL			
ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO							
Nivel 0 <input type="checkbox"/> Asintomáticos con o sin factores de riesgo. Estrategia: Actividades preventivas y promoción de la salud		Nivel 1 <input type="checkbox"/> Presencia de 1-2 enfermedades crónicas; con condiciones todavía en estados incipientes. Son de riesgo bajo. Estrategia: Apoyo para el autocuidado		Nivel 2 <input checked="" type="checkbox"/> Presencia de comorbilidad/multipatología (presencia de 3-4 enfermedades crónicas); Son de riesgo alto pero de menor complejidad. Estrategia: Gestión de la enfermedad, combinando cuidados profesionales con apoyo al autocuidado.		Nivel 3 <input checked="" type="checkbox"/> presencia de ≥ 5 enfermedades crónicas Son de riesgo muy alto, con una mayor carga de fragilidad. Estrategia: Gestión integral del caso con cuidados fundamentalmente profesionales	
PLAN DE MANEJO							
			CONSEJERIA Dejar de fumar <input type="radio"/> Dejar de consumir Alcohol..... <input type="radio"/> Dejar de consumir drogas ilícitas <input type="radio"/> Estilo de vida saludable <input type="radio"/> Prácticas sexuales seguras <input type="radio"/> Planificación familiar..... <input type="radio"/> Prevención de caídas <input type="radio"/> Prevención de violencia (adultos jóvenes) <input type="radio"/>				
			REFERENCIA Clínica de cesación..... <input type="radio"/> Salud mental..... <input type="radio"/> Salud nutricional..... <input type="radio"/> Salud bucal..... <input type="radio"/> Trabajo social..... <input type="radio"/>				
Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	Referencia a especialista 1er Nivel <input type="radio"/> 2do Nivel <input checked="" type="radio"/> 3er Nivel <input type="radio"/>				
Fecha	Fecha	Fecha					

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI) – PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS

<p>VALORACIÓN FUNCIONAL (Índice de Katz modificado)</p> <p style="text-align: right;">Fuente de información paciente <input type="radio"/> informante <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje</p> <p style="text-align: right;"><4 = Dependencia total 4 – 6 = Dependencia grave 7 – 9 = Dependencia moderada >9 = Dependencia leve 16 es la Máxima puntuación (14 en caso en silla de ruedas)</p> <p style="text-align: right;">Anomalia si no <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Manejar asuntos económicos con independencia <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Realizar las compras con independencia <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>	<p style="text-align: center;">VALORACIÓN MENTAL (MINI COG)</p> <p>1. Instruya al paciente a escuchar cuidadosamente y recordar 3 palabras, no relacionadas y repétiles. Instruya solo una vez. Al final de toda la prueba pida al paciente que repita las 3 palabras. Por ejemplo: Manzana, árbol, escuela.</p> <p>2. El paciente debe dibujar un reloj con sus números y una hora específica (dada por el evaluador). Otorgar todo el tiempo que sea necesario. Puede ofrecerle el círculo ya diseñado. Se considera anomalías en el reloj: la secuencia o posición de los números y/o de las manecillas.</p> <p style="text-align: center;">Puntaje</p> <p>0 con anomalías del reloj = Probable déficit cognitivo 1 – 2 con anomalías del reloj = Probable déficit cognitivo 1 – 2 sin anomalías del reloj = Negativo por déficit cognitivo 3 – 4 Sin anomalías = Negativo por déficit cognitivo</p>
--	--

AUTO VALORACIÓN DE LA SALUD

Para su edad, ¿Ud. diría en general que su salud es...?

muy mala	mala	regular	bueno	excelente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VALORACIÓN SOCIAL

Problema social observado

<p style="text-align: center;">VALORACIÓN AFECTIVA (Prueba de Yesavage)</p> <p>1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>2. ¿He abandonado muchas de sus tareas habituales y eficientes?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>3. ¿Siente que su vida está vacía?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>6. ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>13. ¿ Se siente lleno/a de energía?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>15. ¿Pienso que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?..... <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p style="text-align: right;">Puntaje: 0 – 5 = Normal 6 – 10 = Depresión moderada > 10 = Depresión severa</p> <p style="text-align: right;">Total <input type="text"/></p>	<p>Persona mayor Bajo Riesgo</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <p>Menor de 80 años, sano(a) o con Enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitante</p>	<p>Persona mayor de Riesgo Intermedio</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mayor 80 años. • Situación clínica con alta probabilidad de producir pérdida funcional • Vivir solo, viudedad reciente • Bajo nivel socioeconómico • Cambio frecuente de domicilio • Institucionalización • Abandono social • Falta de apoyo social • Problemas en la vivienda • Rechazo de su situación • Ingreso hospitalario reciente (últimos 12 meses) • Poli medicación (4 o más fármacos). 	<p>Persona mayor Riesgo Alto</p> <p style="text-align: center;"><input type="text"/></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida funcional importante en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, • Incapacitado en su domicilio • Situación terminal • Ingreso hospitalario • Descompensación clínica frecuente
---	--	--	---

LISTA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS				
NOMBRE DE MEDICAMENTO	PRESENTACIÓN	DOSIS	FECHA DE INICIO	OBSERVACIÓN

Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor (Nuevo en el año)

Nombre _____ Edad _____ Cédula _____ Fecha _____

FACTORES DE RIESGO																																									
<p style="text-align: center;">ALCOHOLISMO/ AUDIT-C</p> <p>1. ¿Con cuánta frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?</p> <p>nunca <input type="radio"/> ① Una vez al mes o menos <input type="radio"/> ② 2-4 veces al mes <input type="radio"/> ③ 2-3 veces a la semana <input type="radio"/> ④ 4 o más veces por semana <input type="radio"/> ⑤</p> <hr/> <p>2. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico en que bebe?</p> <p>1 ó 2 <input type="radio"/> ① 3 ó 4 <input type="radio"/> ② 5 ó 6 <input type="radio"/> ③ 7 ó 9 <input type="radio"/> ④ 10 ó más <input type="radio"/> ⑤</p> <hr/> <p>3. ¿Con cuánta frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión?</p> <p>nunca <input type="radio"/> ① Menos de una vez al mes <input type="radio"/> ② Una vez al mes <input type="radio"/> ③ Una vez por semana <input type="radio"/> ④ A diario o casi diario <input type="radio"/> ⑤</p> <hr/> <p>Total</p> <p><input type="text"/> Hombres ≥4 y mujeres ≥3 se considere riesgo, para la identificación de bebedores peligrosos o trastornos por consumo de alcohol activos.</p>	<p style="text-align: center;">TABAQUISMO</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <p>Ha fumado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p> <p>Fuma actualmente <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p> </td> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <p>PRODUCTO QUE UTILIZA</p> <p>cigarrillo <input type="radio"/> tabaco mascado <input type="radio"/> pipa <input type="radio"/> pipa de agua <input type="radio"/> puros <input type="radio"/></p> </td> <td style="width: 40%; padding: 5px;"> <p>INTENCIÓN DE CESAR</p> <p>no aplica <input type="radio"/> hoy <input type="radio"/> en 6 meses <input type="radio"/> algún día <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/></p> </td> </tr> </table> <p>años que ha fumado <input type="text"/> cantidad de cigarrillos/día <input type="text"/> tiempo para 1er consumo del día <input type="text"/> minutos</p> <p style="text-align: center;">DROGAS ILCITAS</p> <p>mariguana <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no especificar <input type="text"/></p> <p>cocaína <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p> <p>otra <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no <input type="text"/></p>	<p>Ha fumado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p> <p>Fuma actualmente <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p>	<p>PRODUCTO QUE UTILIZA</p> <p>cigarrillo <input type="radio"/> tabaco mascado <input type="radio"/> pipa <input type="radio"/> pipa de agua <input type="radio"/> puros <input type="radio"/></p>	<p>INTENCIÓN DE CESAR</p> <p>no aplica <input type="radio"/> hoy <input type="radio"/> en 6 meses <input type="radio"/> algún día <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/></p>																																					
<p>Ha fumado <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p> <p>Fuma actualmente <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no</p>	<p>PRODUCTO QUE UTILIZA</p> <p>cigarrillo <input type="radio"/> tabaco mascado <input type="radio"/> pipa <input type="radio"/> pipa de agua <input type="radio"/> puros <input type="radio"/></p>	<p>INTENCIÓN DE CESAR</p> <p>no aplica <input type="radio"/> hoy <input type="radio"/> en 6 meses <input type="radio"/> algún día <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/></p>																																							
<p style="text-align: center;">ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"></td> <td style="text-align: center; font-size: small;"> siempre <input type="radio"/> casi siempre <input type="radio"/> a veces <input type="radio"/> casi nunca <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/> </td> </tr> </table> <p>1. Incluye diariamente alimentos de todos los grupos <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>2. Evita consumir alimentos fritos <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>3. Consume diariamente frutas y vegetales <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>4. Consume pocos alimentos con alto contenido de azúcar <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>5. Bebe por lo menos 8 vasos de agua al día <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>6. Actividad física 30 minutos diarios <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>7. Evita consumir alimentos con alto contenido de sal, condimentos artificiales o empaquetados en sobre, latas, frascos y cajeta <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>		siempre <input type="radio"/> casi siempre <input type="radio"/> a veces <input type="radio"/> casi nunca <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/>	<p style="text-align: center;">VITALES</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: x-small;">Presión Arterial</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: x-small;">Peso</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; font-size: x-small;">Talla</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">sistólica</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">diastólica</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">kilogramos</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">centímetros</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">T°</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">FC</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">FR</td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">IMC</td> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: x-small;">Cintura</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: x-small;">Riesgo 20 – 59 años</td> <td colspan="3" style="text-align: center; font-size: x-small;">Riesgo 60 años y más</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; font-size: x-small;"> 1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no </td> <td style="width: 50%; font-size: x-small;"> 1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC ≥32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no </td> </tr> </table>		Presión Arterial		Peso		Talla		sistólica	diastólica	kilogramos		centímetros	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	T°	FC	FR	IMC		Cintura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	Riesgo 20 – 59 años			Riesgo 60 años y más			1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC ≥32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
	siempre <input type="radio"/> casi siempre <input type="radio"/> a veces <input type="radio"/> casi nunca <input type="radio"/> nunca <input type="radio"/>																																								
	Presión Arterial		Peso		Talla																																				
	sistólica	diastólica	kilogramos		centímetros																																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																				
T°	FC	FR	IMC		Cintura																																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>																																				
Riesgo 20 – 59 años			Riesgo 60 años y más																																						
1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC ≥32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no																																								
<p>Síntomas _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Problemas identificados / Análisis: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Plan: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Educación: _____</p> <p>Visita domiciliaria: (Sí__ No__)</p> <p>Firma y sello del Profesional que atiende</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO</p> <p>Nivel 0..... <input type="radio"/></p> <p>Nivel 1..... <input type="radio"/></p> <p>Nivel 2..... <input type="radio"/></p> <p>Nivel 3..... <input type="radio"/></p> <hr/> <p style="text-align: center;">CONSEJERIA</p> <p>Dejar de consumir Alcohol..... <input type="radio"/></p> <p>Dejar de consumir drogas ilícitas <input type="radio"/></p> <p>Estilo de vida saludable <input type="radio"/></p> <p>Prácticas sexuales seguras <input type="radio"/></p> <p>Planificación familiar..... <input type="radio"/></p> <p>Prevención de caídas <input type="radio"/></p> <hr/> <p style="text-align: center;">REFERENCIA</p> <p>Clínica de cesación..... <input type="radio"/></p> <p>Salud mental..... <input type="radio"/></p> <p>Salud nutricional..... <input type="radio"/></p> <p>Salud bucal..... <input type="radio"/></p> <p>Trabajo social..... <input type="radio"/></p> <p>Especialidades..... <input type="radio"/></p>																																								



Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor (Subsecuente)

Nombre _____ Edad _____ Cédula _____ Fecha _____

VITALES		Presión Arterial <small>diastólica</small> / <small>sistólica</small>		Peso <small>kilogramos</small>	Talla <small>centímetros</small>	Riesgo 20 – 59 años	Riesgo 60 años y más
T ^o <small>centígrados</small>	FC	FR		IMC	Cintura <small>centímetros</small>	1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC ≥32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
Síntomas _____						ESTRATIFICACION DE RIESGO	
Problemas identificados / Análisis: _____						Nivel 0..... <input type="radio"/>	
Plan: _____						Nivel 1..... <input type="radio"/>	
Firma y sello del Profesional que atiende						Nivel 2..... <input type="radio"/>	
						Nivel 3..... <input type="radio"/>	
						CONSEJERÍA	
						Dejar de consumir Alcohol..... <input type="radio"/>	
						Dejar de consumir drogas ilícitas..... <input type="radio"/>	
						Estilo de vida saludable..... <input type="radio"/>	
						Prácticas sexuales seguras..... <input type="radio"/>	
						Planificación familiar..... <input type="radio"/>	
						Prevención de caídas..... <input type="radio"/>	
						REFERENCIA	
						Clínica de cesación..... <input type="radio"/>	
						Salud mental..... <input type="radio"/>	
						Salud nutricional..... <input type="radio"/>	
						Salud bucal..... <input type="radio"/>	
						Trabajo social..... <input type="radio"/>	
						Especialidades..... <input type="radio"/>	



Hoja de Evolución de Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayor (Subsecuente)

Nombre _____ Edad _____ Cédula _____ Fecha _____

VITALES		Presión Arterial <small>diastólica</small> / <small>sistólica</small>		Peso <small>kilogramos</small>	Talla <small>centímetros</small>	Riesgo 20 – 59 años	Riesgo 60 años y más
T ^o <small>centígrados</small>	FC	FR		IMC	Cintura <small>centímetros</small>	1. IMC <19.9 Bajo peso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 25-29.9 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC >30 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no	1. IMC <23 delgadez <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 3. IMC ≥32 Obesidad <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >0.88cm <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> no
Síntomas _____						ESTRATIFICACION DE RIESGO	
Problemas identificados / Análisis: _____						Nivel 0..... <input type="radio"/>	
Plan: _____						Nivel 1..... <input type="radio"/>	
Firma y sello del Profesional que atiende						Nivel 2..... <input type="radio"/>	
						Nivel 3..... <input type="radio"/>	
						CONSEJERÍA	
						Dejar de consumir Alcohol..... <input type="radio"/>	
						Dejar de consumir drogas ilícitas..... <input type="radio"/>	
						Estilo de vida saludable..... <input type="radio"/>	
						Prácticas sexuales seguras..... <input type="radio"/>	
						Planificación familiar..... <input type="radio"/>	
						Prevención de caídas..... <input type="radio"/>	
						REFERENCIA	
						Clínica de cesación..... <input type="radio"/>	
						Salud mental..... <input type="radio"/>	
						Salud nutricional..... <input type="radio"/>	
						Salud bucal..... <input type="radio"/>	
						Trabajo social..... <input type="radio"/>	
						Especialidades..... <input type="radio"/>	

Actividades Preventivas por Grupo de Edad para el Fortalecimiento del componente Control General de Salud

GRUPO ETÁRIO	20-24	25-39	40-49	50-64	65-79	≥ 80
ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE CONSEJERÍAS						
Consejería sobre prevención de riesgo de daño a la salud y muerte prematura, violenta o traumática, relacionadas al comportamiento (OMS, CDC)	*					
Consejería sobre riesgo de ITS, VIH-SIDA y tuberculosis	*	*	*	*	*	
Consejería, vigilancia y control sobre uso de tabaco, alcohol y otras drogas (USPSTF y NICE) en individuos de riesgo (USPSTF Grado B)	*	*	*	*	*	
Consejería sobre riesgos laborales	*	*	*	*	*	
Consejería para autoexamen de mamas	*	*	*	*	*	
Consejería sobre prevención de riesgo de ENT, dislipidemias, síndrome metabólico (USPSTF y NICE) en individuos de riesgo (Grado B)	*	*	*	*	*	
Consejería de prácticas sexuales seguras, salud sexual y reproductiva	*	*	*	*	*	*
Consejería y referencia para profilaxis dental con énfasis en embarazadas, crónicos y adultos mayores (NICE)	*	*	*	*	*	*
Consejería sobre estilo de vida saludable individual, familiar, comunidad y ambiente. (USPSTF y NICE) en individuos y/o grupos de riesgo (Grado B)	*	*	*	*	*	*
Consejería sobre prevención de caídas (USPSTF Y CTF) en individuos de riesgo (Grado B)				60	*	*
ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TAMIZAJES						
Asesoría pre y post tamizaje por VIH a todas las mujeres en edad fértil, embarazadas y a todas las parejas de las mujeres embarazadas	*	*	*	*		
Tamizaje por violencia doméstica a mujeres en edad reproductiva	*	*	*	*		
Tamizaje por Tuberculosis, por tos en las últimas 2 semanas o más y ante respuesta positiva, esputo por BAAR y/o prueba rápida (OMS)		*	*	55		
Tamizaje sintomático (lesión, secreción) de ITS en grupos de alto riesgo	*	*	*	*	*	
Tamizaje por cáncer prevalente (Cervicouterino de 20 a 65, Colon 50 a 75 (ambas según USPSTF), Mama de 50 a 69 según OMS y Próstata 40 a 75)			*	*	75	
Tamizaje por diabetes (USPSTF y NICE) en riesgo aumentado (Grado B) a partir de los 40 años			*	*	*	
Tamizaje por cáncer de colon con sangre oculta en heces (USPSTF Grado A)				*	*	
Tamizaje por osteoporosis y en personas de riesgo aumentado antes de los 65 años					*	
Tamizaje por depresión cuando hay equipos de salud mental disponibles (USPSTF grado B), con Test Yesavage a partir de los 60 años	*	*	*	*	*	*
Tamizaje por hipertensión arterial (USPSTF Grado A)	*	*	*	*	*	*
Tamizaje por IMC ≤ 19.9 y ≥ 30 y en adultos mayores ≤ 23.9 y ≥ 28.1 (USPSTF Grado B, INCAP)	*	*	*	*	*	*
Tamizaje visual (Plan de acción visión 20-20, OMS-Panamá)				*	*	*
Tamizaje auditivo y de acuerdo a riesgo laboral					*	*
Tamizaje y consejería sobre cesación de uso de tabaco y sobre uso nocivo de alcohol	*	*	*	*	*	*
Tamizaje por déficit cognitivo (MINI COG)				*	*	*
Tamizaje por riesgo de caídas					*	*
Revisión de la tarjeta de inmunizaciones y referencia	*	*	*	*	*	*

(USPSTF, 2015); (NICE, 2015); (CTF, 2015); (CDC parents essentials, 2015); (Ministerio de Salud, Mendoza, Argentina, 2015); (Cain KP, 2010); (Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues, 2010); (Ministerio de Salud, Panamá, 2014-2019); (Ministerio de Salud, 2006); (Organización de las Naciones Unidas, 2015); (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria., 2014); (Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2014); (Organización Mundial de la Salud, 2008)



Dirección General de Salud
Atención a la Población
Programa de Salud de Adultos y Adultos Mayores
Guía para control de Pacientes con Enfermedad Crónica

NOMBRE _____ **CED** _____ **EDAD** _____

CONTROLES	1	2	3	4	5
Fecha					
Edad					
Cintura					
IMC					
PIA					
Glic ayunas					
Creatinina/Nurea					
Microalbuminuria					
Colesterol total					
Triglicéridos					
LDL/HDL					
Hemoglobina/Hct					
Hb. Glicosilada.					
Urinalisis					
Sangre oculta Heces					
Eval. de pies. Monofilamento Pulsos Pedios Uñas					
Inmunizaciones Influenza Neumococo TT.					
Evaluaciones especiales					
Odontológica					
Oftalmológica					
Trabajo Social					
Salud Mental					
Nutrición					
Estudios especiales					
Mamografía					
PAP/ PSA					
Medicamentos					
Problemas identific.					
Educación					

CÓDIGOS CIE10 MÁS FRECUENTE PARA APS

Código	Descripción
A04.9	Infección intestinal bacteriana, no especificada
A05	Intoxicación alimentaria, no especificada
A06.0	Disentería amebiana aguda (amebiasis aguda, amebiasis intestinal SAI)
A06.1	Amebiasis intestinal crónica
A06.9	Amebiasis no especificada
A07.1	Giardiasis (Lambliasis)
A08.4	Infección intestinal viral, sin otra especificación
A09.9	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso
A15.0	Tuberculosis del pulmón, confirmada por hallazgo microscópico del bacilo en esputo, con o sin cultivo
A15.1	Tuberculosis del pulmón, confirmada únicamente por cultivo
A15.2	Tuberculosis del pulmón, confirmada histológicamente
A15.3	Tuberculosis del pulmón, confirmada por medios no especificados
A15.9	Tuberculosis respiratoria no especificada, confirmada bacteriológicamente e histológicamente
A16.0	Tuberculosis del pulmón, con examen bacteriológico e histológico negativos
A16.1	Tuberculosis de pulmón, sin examen bacteriológico e histológico
A16.2	Tuberculosis de pulmón, sin mención de confirmación bacteriológica o histológica
A16.9	Tuberculosis respiratoria, no especificada, no confirmada bacteriológica o histológicamente
A46	Erisipela
A49.9	Infección bacteriana, no especificada
A51.0	Sífilis genital primaria (Chancro sifilítico SAI)
A51.1	Sífilis primaria anal
A51.3	Sífilis secundaria de piel y membranas mucosas
A51.5	Sífilis precoz, latente
A51.9	Sífilis precoz, sin otra especificación
A90	Fiebre del Dengue
A92.0	Enfermedad por virus Chikungunya
A92.8	Otras fiebres virales especificadas transmitidas por mosquitos (Zika)
B01.9	Varicela sin complicaciones (varicela SAI)
B02.9	Herpes Zoster sin complicaciones (herpes zoster SAI)
B05.9	Sarampión sin complicaciones (Sarampión SAI)
B06.9	Rubéola sin complicaciones (Rubéola SAI)
B07	Verrugas víricas (simple y vulgar)

B08.1	Molusco contagioso
B15	Hepatitis Aguda tipo A
B20.0	Enfermedad por VIH, resultante en infección por Micobacterias (resultante en tuberculosis)
B20.4	Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis
B24	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sin otra especificación (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) SAI)
B27.9	Mononucleosis Infecciosa, no especificada
B30.3	Conjuntivitis epidémica aguda hemorrágica
B30.9	Conjuntivitis viral, sin otra especificación
B34.9	Infección viral, no especificada (viremia SAI)
B35.1	Tiña de las uñas
B35.2	Tiña de la mano
B35.3	Tiña del pie (tiña pedis)
B35.4	Tiña del cuerpo (tiña corporis)
B35.6	Tiña inguinal (tiña cruris)
B36.0	Pitiriasis versicolor
B37.3	Candidiasis de la vulva y de la vagina (afta vaginal, vulvovaginitis candidiásica, vulvovaginitis moniliásica)
B37.9	Candidiasis, no especificada
B49.9	Micosis, no especificada
B50.9	Paludismo debido a P. falciparum, sin otra especificación
B51.9	Paludismo debido a P. vivax, sin complicaciones
B54	Malaria no especificado
B55.1	Leishmaniasis cutánea
B55.2	Leishmaniasis mucocutánea
B55.9	Leishmaniasis no especificada
B57	Enfermedad de Chagas
B77.9	Ascariasis, no especificada
B78.0	Estrongiloidiasis intestinal
B79	Tricuriasis
B80	Enterobiasis
B82.0	Helmintiasis intestinal, son otra especificación
B82.9	Parasitosis intestinal, sin otra especificación
B85.0	Pediculosis debida a Pediculus humanus capitis
B85.1	Pediculosis debida a Pediculus humanus corporis
B85.2	Pediculosis, sin otra especificacion
B85.3	Phthiriasis
B85.9	Pediculosis y phthiriasis mixtas
B86.9	Escabiosis

D53.9	Anemia nutricional, no especificada
D57.0	Anemia falciforme con crisis
D57.1	Anemia falciforme sin crisis
D64.9	Anemia de tipo no especificado, (anemia SAI)
D68.3	Trastorno hemorrágico debido a anticoagulantes circulantes
E10	Diabetes mellitus insulino dependiente
E11	Diabetes mellitus no insulino dependiente
E14.9	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación
E14.9	Diabetes mellitus, no especificada sin mención de complicación
E16.2	Hipoglucemia, no especificada
E28.2	Síndrome de ovario poliquístico
E66.8	Otros tipos de obesidad (obesidad mórbida)
E66.9	Obesidad, no especificada (obesidad simple SAI)
E66.9	Obesidad, no especificada
E70.3	Albinismo
E73.9	Intolerancia a la lactosa, no especificada
E78.2	Hiperlipidemia mixta (no se dx en APS)
E78.2	Hiperlipidemia mixta
E78.5	Hiperlipidemia no especificada
E78.5	Hiperlipidemia no especificada
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada
F00.9	Demencia en la enfermedad de Alzheimer, no especificada
F03	Demencia, no especificada
F03	Demencia, no especificada
F06.7	Trastorno cognitivo leve
F06.7	Trastorno cognitivo leve
F10.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso del alcohol: trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F15.9	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la cafeína: trastorno mental y del comportamiento, no especificado
F19.2	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas: síndrome de dependencia
F32.9	Episodio depresivo, no especificado
F32.9	Episodio depresivo, no especificado
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado
F41.9	Trastorno de ansiedad, no especificado
F43.9	Reacción al estrés grave, no especificada
F43.9	Reacción al estrés grave, no especificada

F50.0	Anorexia nerviosa
F50.2	Bulimia nerviosa
F52.4	Eyacuación precoz
F99.9	Trastorno mental, no especificado
G20	Enfermedad de Parkinson
G30	Enfermedad de Alzheimer
G40.9	Epilepsia, tipo no especificado
G43.9	Migraña, no especificada
G44.2	Cefalea debida a tensión
G45.9	Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación
G47.0	Insomnio, Trastornos del inicio y del mantenimiento del sueño
G47.1	Hipersomnio, Trastornos de somnolencia excesiva
G47.9	Trastorno del sueño, no especificado
G51.0	Parálisis de Bell (parálisis facial)
G56.0	Síndrome del túnel carpiano
G70.9	Trastorno neuromuscular, no especificado
H00.0	Orzuelo y otras inflamaciones profundas del párpado
H00.1	Chalazión
H01.0	Blefaritis
H01.1	Dermatosis no infecciosa del párpado
H10.3	Conjuntivitis aguda, no especificada
H10.9	Conjuntivitis, no especificada
H11.0	Pterigion
H11.3	Hemorragia conjuntival (hemorragia subconjuntival)
H16.0	Úlcera de la córnea
H25.9	Catarata senil, no especificada
H26.9	Catarata, no especificada
H40.0	Sospecha de glaucoma
H40.9	Glaucoma, no especificado
H50.9	Estrabismo, no especificado
H52.7	Trastorno de la refracción, no especificado
H53.2	Diplopía
H53.9	Alteración visual, no especificada
H54.9	Ceguera y disminución de la agudeza visual
H57.1	Dolor ocular
H60.0	Absceso del oído externo
H60.1	Celulitis del oído externo
H60.5	Otitis externa aguda, no infecciosa
H60.9	Otitis externa, sin otra especificacion
H61.2	Cerumen impactado
H65.9	Otitis media no supurativa, sin otra especificacion
H66.4	Otitis media supurativa, sin otra especificacion

H66.9	Otitis media, no especificada
H72.9	Perforación de la membrana timpánica, sin otra especificación
H90.9	Hipoacusia conductiva y neurosensorial
H92.0	Otalgia
H92.1	Otorrea
H92.2	Otorragia
H93.1	Tinnitus
I10	Hipertensión Esencial (Primaria) HTA
I10	Hipertensión Esencial (Primaria) HTA
I50.0	Insuficiencia cardíaca congestiva
I50.1	Insuficiencia ventricular izq. (asma cardíaca, edema del pulmón, edema pulmonar)
I50.9	Insuficiencia cardíaca no especificada
I67.9	Enfermedad cerebrovascular, no especificada
I73.9	Enfermedad vascular periférica, no especificada
I83.0	Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera
I83.1	Venas varicosas de los miembros inferiores con inflamación (dermatitis por estasis SAI)
I83.2	Venas varicosas de los miembros inferiores con úlcera e inflamación
I83.9	Venas varicosas de los miembros inferiores sin úlcera ni inflamación
I84.1	Hemorroides internas con otras complicaciones
I84.2	Hemorroides internas sin complicación
I84.3	Hemorroides externas trombosadas
I84.4	Hemorroides externas con otras complicaciones
I84.5	Hemorroides externas sin complicación
I84.8	Hemorroides no especificadas, con otras complicaciones
I84.9	Hemorroides no especificadas, sin complicación
I95.0	Hipotensión idiopática
I95.1	Hipotensión ortostática
I95.9	Hipotensión, no especificada
J00	Rinofaringitis aguda (resfriado común)
J01.9	Sinusitis aguda, no especificada
J02.9	Faringitis aguda, no especificada
J03.9	Amigdalitis aguda, no especificada
J04.0	Laringitis aguda
J11	Influenza debida a virus no identificado
J18.0	Bronconeumonía, no especificada
J18.9	Neumonía, no especificada
J20.9	Bronquitis aguda, no especificada
J30.4	Rinitis alérgica, no especificada
J34.2	Desviación del tabique nasal

J34.3	Hipertrofia de los cornetes nasales
J35.1	Hipertrofia de las amígdalas
J38.4	Edema de laringe
J40	Bronquitis, no especificada como aguda o crónica
J42	Bronquitis Crónica
J43.9	Enfisema, no especificado (pulmón, pulmonar)
J44.9	EPOC, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, no especificada
J45.9	Asma, no especificada
J96.1	IRC, Insuficiencia respiratoria crónica
K02.9	Caries dental, no especificada
K12.9	Estomatitis y lesiones afines
K13.0	Enfermedades de los labios
K14.0	Glositis
K21.9	Enfermedad del reflujo gastroesofágico sin esofagitis (reflujo esofágico SAI)
K22.2	Obstrucción del esófago
K25.9	Úlcera gástrica no especificada como aguda ni crónica, (sin hemorragia ni perforación)
K29.7	Gastritis, no especificada
K30	Dispepsia
K40.2	Hernia inguinal bilateral, sin obstrucción ni gangrena (hernia inguinal bilateral SAI)
K40.3	Hernia inguinal unilateral o no especificada, con obstrucción, sin gangrena
K40.9	Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena (hernia inguinal unilateral SAI)
K42.9	Hernia umbilical SAI
K43.9	Hernia ventral sin obstrucción ni gangrena (Hernia ventral SAI)
K46.9	Hernia abdominal no especificada, (sin obstrucción ni gangrena)
K59.0	Constipación
K59.1	Diarrea funcional
K60.2	Fisura anal, no especificada
K61.0	Absceso anal
K80.8	Otras colelitiasis
K92.0	Hematemesis
K92.1	Melena
K92.2	Hemorragia gastrointestinal, no especificada
L01.0	Impétigo
L01.1	Impetiginización de otras dermatosis
L02.9	Absceso cutáneo, furúnculo y carbunco de sitio no especificado (furunculosis SAI)
L03.9	Celulitis de sitio no especificado
L04.2	Linfadenitis aguda del miembro superior (axila)

L20.9	Dermatitis atópica, no especificada
L21.9	Dermatitis seborreica, no especificada
L23.9	Dermatitis alérgica de contacto, de causa no especificada
L24.9	Dermatitis de contacto por irritantes, de causa no especificada (eczema de contacto por irritantes SAI)
L29.0	Prurito anal
L29.1	Prurito escrotal
L29.2	Prurito vulvar
L29.3	Prurito anogenital, no especificado
L29.9	Prurito, no especificado
L30.5	Pitiriasis alba
L30.9	Dermatitis, no especificada
L55.0	Quemadura solar de primer grado
L55.1	Quemadura solar de segundo grado
L55.9	Quemadura solar, no especificada
L60.0	Uña encarnada
L70.0	Acné vulgar
L70.9	Acné, no especificado
L81.1	Cloasma
L89.9	Úlcera de decúbito
L91.0	Cicatriz queloides
M05	Artritis Reumatoide
M13.9	Artritis, no especificada
M19.9	Artrosis, no especificada
M20.1	Hallux valgus (juanete)
M21.4	Pie plano
M23.5	Inestabilidad crónica de la rodilla
M25.5	Dolor en articulación
M25.6	Rigidez articular
M54.2	Cervicalgia
M54.3	Ciática
M54.4	Lumbago con ciática
M54.5	Lumbago no especificado
M54.8	Dorsalgia, no especificada
M62.4	Contractura muscular
M72.2	Fibromatosis de la aponeurosis plantar (fascitis plantar)
M79.1	mialgia
M79.2	Neuralgia y neuritis, no especificadas
N18.9	Insuficiencia renal crónica, no especificada
N19	Insuficiencia renal no especificada
N30.9	Cistitis, no especificada
N34.1	Uretritis, no especificada

N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado
N40	Hiperplasia de la próstata
N41	Enfermedades inflamatorias de la próstata
N43.3	Hidrocele, no especificado
N47	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis
N48.2	Otros trastornos inflamatorios del pene (absceso, celulitis, furúnculo)
N60	Displasia mamaria benigna
N61	Trastornos inflamatorios de la mama (furúnculo, mastitis)
N62	Hipertrofia de la mama (ginecomastia, hipertrofia)
N63	Masa no especificada en la mama
N64.4	Mastodinia
N72X	Cervicitis
N75	Enfermedades de la glándula de Bartholino
N76.0	Vaginitis aguda (vaginitis SAI, vulvovaginitis SAI y aguda)
N76.4	Absceso vulvar
N76.5	Ulceración de la vagina
N76.6	Ulceración de la vulva
N81	Prolapso genital femenino
N91.0	Amenorrea primaria
N91.1	Amenorrea secundaria
N91.2	Amenorrea, sin otra especificación
N91.5	Oligomenorrea, no especificada
N92.0	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular (menorragia SAI, polimenorrea, periodos abundantes SAI)
N92.1	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo irregular (hemorragia intermenstrual, menometrorragia, metrorragia)
N92.4	Hemorragia excesiva en periodo premenopausico
N92.6	Menstruación irregular, no especificada (hemorragia irregular SAI, periodos irregulares SAI)
N92.6	Hemorragia vaginal y uterina anormal, no especificada
N94.0	Dolor intermenstrual
N94.1	Dispareunia
N94.3	Síndrome de tensión premenstrual
N94.6	Dismenorrea, no especificada
N95.0	Hemorragia postmenopausica
N95.1	Síndrome del climaterio
N95.2	Vaginitis atrófica postmenopausica
O.03	Aborto espontáneo
O.06	Aborto, no especificado
O20.0	Amenaza de aborto

O20.9	Hemorragia precoz del embarazo, sin otra especificación
O21.0	Hiperémesis gravídica leve o no especificada
O21.2	Hiperémesis gravídica tardía
O21.9	Vómitos del embarazo, no especificado
O23.4	Infección no especificada de las vías urinarias en el embarazo
O30.9	Embarazo múltiple, no especificado
O86.0	Infección de herida quirúrgica obstétrica
O86.2	Infección de las vías urinarias consecutiva al parto
O87.2	Hemorroides en el puerperio
O90.0	Dehiscencia de sutura de cesárea
O90.1	Dehiscencia de sutura obstétrica perineal
O91.0	Infecciones del pezón asociadas con el parto
O91.1	Absceso de la mama asociado con el parto
O91.2	Mastitis no purulenta asociada con el parto
O92.1	Fisuras del pezón asociadas con el parto
R00.0	Taquicardia, no especificada
R00.1	Bradicardia, no especificada
R00.2	palpitaciones
R01.1	Soplo cardiaco, no especificado
R04.0	Epistaxis
R04.2	Hemoptisis
R05	Tos
R06.0	Disnea
R06.1	Estridor
R06.2	Silbido
R06.4	Hiperventilación
R06.6	Hipo
R06.7	Estornudo
R07.0	Dolor de garganta
R07.1	Dolor en el pecho al respirar
R07.2	Dolor precordial
R07.4	Dolor en el pecho, no especificado
R10.0	Abdomen agudo
R10.2	Dolor pélvico y perineal
R10.4	Cólico (otros dolores abdominales y los no especificados)
R11	Nausea y vomito
R12	Acidez
R13	Disfagia
R14	Flatulencia y afecciones afines
R16.0	Hepatomegalia SAI
R16.1	Esplenomegalia SAI

R16.2	Hepatoesplenomegalia SAI
R17	Ictericia no especificada
R18	Ascitis
R19.4	Cambios en los hábitos intestinales
R19.6	Halitosis
R21	Salpullido y otras erupciones cutáneas no especificadas
R30.0	Disuria
R30.1	Tenesmo vesical
R30.9	Micción dolorosa, no especificada
R31	Hematuria, no especificada
R32	Incontinencia urinaria, no especificada (enuresis SAI)
R33	Retención de orina
R34	Anuria y oliguria
R35	Poliuria
R45.0	Nerviosismo
R45.1	Inquietud y agitación
R45.2	Infelicidad
R45.3	Desmoralización y apatía
R45.4	Irritabilidad y enojo
R45.5	Hostilidad
R45.6	Violencia física
R45.7	Tensión y estado de choque emocional, no especificado
R49.0	Disfonía
R49.1	afonía
R50.9	Fiebre, no especificada
R51	Cefalea
R53	Malestar y fatiga
R54	Senilidad
R55	Síncope y colapso
R56.0	Convulsiones febriles
R56.8	Otras convulsiones y las no especificadas (Acceso convulsivo SAI y ataque SAI)
R59.0	Adenomegalia localizada
R59.1	Adenomegalia generalizada (linfadenopatía SAI)
R59.9	Adenomegalia, no especificada
R60.0	Edema localizado
R60.1	Edema generalizado
R60.9	Edema, no especificado
R61.0	Hiperhidrosis localizada
R61.1	Hiperhidrosis generalizada
R61.9	Hiperhidrosis, no especificada
R63.0	Anorexia

R63.1	Polidipsia
R63.2	Polifagia
R63.4	Pérdida anormal de peso
R63.5	Aumento anormal de peso
R73.0	Anormalidades en la prueba de tolerancia a la glucosa
R73.9	Hiperglicemia no especificada
R76.2	Falso positivo en la prueba serológica para sífilis
S00.1	Contusión de los párpados y de la región periocular (ojo negro)
S01.0	Herida del cuero cabelludo
S01.1	Herida del párpado y de la región periocular
S01.2	Herida de la nariz
S01.4	Herida de la mejilla y de la región témporo-mandibular
S01.5	Herida del labio y de la cavidad bucal
S01.7	Heridas múltiples de la cabeza
S01.9	Heridas de la cabeza, parte no especificada
S01-3	Herida del oído
S09.2	Ruptura traumática del tímpano del oído
S09.7	Traumatismos múltiples de la cabeza
S09.9	Traumatismo de la cabeza, no especificado
S93.4	Esguinces y torceduras del tobillo
T15.0	Cuerpo extraño en la córnea
T15.9	Cuerpo extraño en la parte externa del ojo, sitio no especificado
T16	Cuerpo extraño en el oído
T17.1	Cuerpo extraño en el orificio nasal
T17.9	Cuerpo extraño en vías aéreas superiores
T18.1	Cuerpo extraño en la boca
T63.0	Mordedura de ofidio
T63.2	Efecto tóxico del contacto con escorpión
T74.0	Negligencia o abandono
T74.1	Abuso físico
T74.2	Abuso sexual
T74.3	Abuso psicológico
T74.9	Síndrome del maltrato, no especificado
T78.4	Alergia no especificada
T78.9	Efecto adverso no especificado
T80.99	Osteoporosis no especificada, con fractura patológica, Sitio no especificado
T81.9	Osteoporosis no especificada, sin fractura patológica, Sitio no especificado
W54	Mordedura o ataque de perro
X22	Contacto traumático con escorpión

X23	Contacto traumático con avispones, avispas y abejas
Z00.0	Examen médico general (Control de salud SAI, Examen periódico, anual, físico).
Z01.0	Examen de los ojos y de la visión.
Z01.1	Examen de los oídos y audición.
Z01.4	Examen ginecológico (general) (de rutina), frotis de PAP de cuello uterino.
Z02.0	Examen para admisión a instituciones educativas
Z02.4	Examen para obtención de licencia de conducir
Z02.7	Extensión de certificado médico
Z02.8	Otros exámenes para fines administrativos (admisión a campamento de verano, prisión, adopción, inmigración, naturalización, prenupcial):
Z02.9	Exámenes para fines administrativos, no especificado
Z04.2	Examen y observación consecutivos a accidente de trabajo
Z10	Controles generales de salud de rutina a poblaciones definidas
Z10.0	Examen de salud ocupacional
Z12.5	Examen de pesquisa especial para tumor de la próstata
Z25.1	Necesidad de inmunización contra la influenza [gripe]
Z28.9	Inmunización no realizada por razón no especificada
Z30.0	Consejo y asesoramiento general sobre la anticoncepción
Z30.9	Asistencia para la anticoncepción, no especificada
Z32.0	Embarazo (aún) no confirmado
Z32.1	Embarazo confirmado
Z33.9	Estado de embarazo, incidental
Z34	Supervisión de embarazo normal (control)
Z35.9	Supervisión de embarazo de alto riesgo, sin otra especificación
Z39.1	Atención y examen de madre en periodo de lactancia
Z51.5	Atención paliativa
Z55.9	Problema no especificado relacionado con la Educación y la alfabetización
Z58.7	Exposición al humo de tabaco
Z59.0	Problemas relacionados con la falta de vivienda
Z59.5	Problemas relacionados con pobreza extrema
Z59.6	Problemas relacionados con bajos ingresos
Z59.9	Problemas no especificados relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas
Z60.0	Problemas relacionados con el ajuste a las transiciones del ciclo vital
Z60.1	Problemas relacionados con situación familiar atípica

Z60.2	Problemas relacionados con persona que vive sola
Z60.5	Problemas relacionados con la discriminación y persecución percibidas
Z60.9	Problema no especificado relacionado con Ambiente social
Z63.2	Problemas relacionados con el apoyo familiar inadecuado
Z63.4	Problemas relacionados con la desaparición o muerte de un miembro de la familia
Z63.6	Problemas relacionados con familiar dependiente, necesitado de cuidado en la casa
Z63.9	Problema no especificado relacionado con el grupo primario de apoyo
Z64.0	Problemas relacionados con embarazo no deseado
Z64.1	Problemas relacionados con la Multiparidad
Z64.2	Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones físicas, nutricionales y químicas, conociendo su riesgo y peligro
Z64.3	Problemas relacionados con la solicitud o aceptación de intervenciones psicológicas o de la conducta, conociendo su riesgo y peligro
Z65.1	Problemas relacionados con prisión y otro encarcelamiento
Z65.4	Problemas relacionados con víctima de crimen o terrorismo
Z70.9	Consulta relacionada con asunto sexual, no especificada
Z71.0	Persona que consulta en nombre de otra persona
Z71.1	Persona que teme estar enferma, a quien no se hace diagnóstico
Z71.3	Consulta para instrucción y vigilancia de la dieta
Z71.4	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de alcohol
Z71.5	Consulta para asesoría y vigilancia por abuso de drogas
Z71.6	Consulta para asesoría por abuso de tabaco
Z71.7	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]
Z72.0	Problemas relacionados con el uso del tabaco
Z72.1	Problemas relacionados con el uso del alcohol
Z72.2	Problemas relacionados con el uso de drogas
Z72.3	Problemas relacionados con la falta de ejercicio físico
Z72.4	Problemas relacionados con la dieta y hábitos alimentarios inapropiados
Z72.5	Problemas relacionados con la conducta sexual de alto riesgo
Z72.6	Problemas relacionados con el juego y las apuestas

Z72.9	Problema no especificado relacionado con el estilo de vida
Z73.3	Problemas relacionados con el estrés, no clasificados en otra parte
Z73.6	Problemas relacionados con la limitación de las actividades debido a discapacidad
Z74.0	Problemas relacionados con movilidad reducida
Z74.1	Problemas relacionados con la necesidad de ayuda para el cuidado personal
Z74.2	Problemas relacionados con la necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar
Z74.3	Problemas relacionados con la necesidad de supervisión continua
Z74.9	Problema no especificado relacionado con dependencia del prestador de servicios
Z75.3	Problemas relacionados con atención de salud no disponible o inaccesible
Z75.4	Problemas relacionados con otros servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles
Z76.0	Consulta para repetición de receta
Z76.3	Persona sana que acompaña al enfermo
Z76.5	Persona que consulta con simulación consciente [simulador]
Z82.4	Historia familiar de enfermedad isquémica del corazón y otras enfermedades del sistema circulatorio
Z86.5	Historia personal de otros trastornos mentales o del comportamiento
Z91.1	Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico
Z93.0	Traqueostomía
Z93.1	Gastrostomía
Z93.2	Ileostomía
Z93.3	Colostomía
Z93.9	Abertura artificial, no especificada
Z98.9	Otros estados postquirúrgicos
Z99.1	Dependencia de respirador
Z99.2	Dependencia de diálisis renal
Z99.3	Dependencia de silla de ruedas
Z99.9	Dependencia de máquina y dispositivo capacitante, no especificada

Región de Salud: Registrar la Región en la que el Hogar está situado.

Centro de Salud: Registrar el Centro de Salud por área de responsabilidad al que pertenece el Hogar visitado.

1. DATOS GENERALES:

Nombre de la Casa Hogar: Anotar el nombre completo de la Casa Hogar según aparece registrado en el Ministerio correspondiente y el nombre que actualmente tiene la instalación, en caso que sea diferente.

Dirección: Registrar la dirección completa de la ubicación del Hogar; en caso de ser confusa, registrar un lugar de referencia.

Teléfonos y Correos Electrónicos: Registre todos los números telefónicos del Hogar y los correos electrónicos que puedan tener.

Fecha de Inicio de Funcionamiento: Anotar la fecha en que el Hogar inicio con el ingreso de los Adultos Mayores.

Nombre del Representante Legal, si es persona jurídica: Registrar el nombre completo de la persona que representa legalmente al Hogar.

Nombre del Administrador: Anote el nombre completo de la persona que actualmente administra el Hogar.

Nombre de la Persona responsable al momento de la evaluación y cargo: Registre el nombre de la persona responsable de hacer el recorrido por la instalación con el supervisor y el cargo que actualmente ejerce en el Hogar.

¿Cuenta el centro con permiso de operación expedido por el MIDES?: El supervisor debe evidenciar la existencia del permiso de operación solicitando al administrador o a la persona responsable, en ese momento del Hogar, que le muestre el permiso de operación y de ser posible colocar una copia en el formulario de supervisión. No podrá registrar en la casilla **Sí**; si no ha evidenciado con el documento.

De igual manera debe solicitar el certificado de la última fumigación del establecimiento y colocar la fecha en que se realizó la actividad.

¿Cuenta con ficha de admisión y seguimiento?: Anotar si existe algún documento, que registre la fecha de ingreso del Adulto Mayor en el Hogar, y si en el documento aparece registrado algún tipo de seguimiento tal como medicaciones, citas médicas, alimentación, según su condición, teléfono de familiares en caso de urgencias, y otros. Hacer observaciones en el espacio correspondiente según lo encontrado.

¿Cuántos Adultos Mayores residen en la Instalación?: Registre el número de Adultos Mayores residentes en el Hogar y clasifíquelos por sexo y condición dentro de la instalación; en cuanto a si son encamados o si son independientes, es decir que se valen aun por si mismos con cierta asistencia de un cuidador.

Es importante registrar el sexo en cada casilla.

Afiliación a algún servicio de ambulancia: Anote si la instalación está inscrita algún servicio de ambulancia para casos de urgencias o de movilización de los usuarios y evidencie mediante la observación de algún documento que valide dicho servicio.

Total de personas que laboran en el hogar: Llene el cuadro y coloque la cantidad de personal que labora en el Hogar diariamente. En la columna de una vez al mes coloque la cantidad de profesionales que trabajan para la instalación una vez al mes y en observaciones coloque el día del mes que el profesional presta sus servicios. Ejemplo los 15 de cada mes el último viernes de cada mes.

En la columna de otro horario, coloque el número de personas que laboran en otro horario que no aparezca señalado en las casillas; y en las observaciones coloque si el profesional labora 2 ó 3 veces por semana, por ejemplo.

En la casilla de otros, coloque la cantidad de personas que no se contemplen en el cuadro y que laboren en el Hogar. En observaciones registre si hay otras personas que no se hayan mencionado en el cuadro pero que laboran en el Hogar.

El cuidador tiene algún entrenamiento relacionado al cuidado del adulto mayor: Registrar si las personas responsables del cuidado del adulto mayor tienen algún entrenamiento para la labor que realiza. Debe presentarle una certificación que abale su respuesta positiva y anotar en el espacio correspondiente el nombre del curso o capacitación, año y de donde procede la certificación.

¿Cuenta con una lista de teléfonos accesible para llamadas de urgencia?: Registre si cuentan con los números telefónicos de las personas señaladas en el cuadro y haga las observaciones que corresponda. Ejemplo al médico solo durante las noches en fines de semana. Evidencie la existencia de esta lista, solicitando que se le muestre.

¿Cuentan con un botiquín para casos de urgencias?: El botiquín no debe contener medicamentos solo insumos que se pueden utilizar para atender en el momento el caso para esperar a que llegue un profesional o la ambulancia. Marcar en el cuadro si existen o no los insumos señalados y hacer observaciones en cuanto a la condición de los mismos.

2. SECCIÓN DE INFRAESTRUCTURA:

El técnico especialista en estructura debe registrar en cada una de las preguntas con un gancho o cruz la existencia o no de lo que se solicita supervisar y anotar en la casilla de observaciones algún detalle relevante de la supervisión según lo que se solicita en el formulario.

Condiciones de la estructura del edificio: Anotar según lo observado cómo están las estructuras actuales del edificio o la instalación donde opera el Hogar. Debe ser objetivo y anotar todo lo que usted ve en cuanto a la estructura, según el cuadro y en observaciones colocar datos como: (Rajaduras, Humedad y otros.)

Ventilación e Iluminación: Registrar el tipo de ventilación e iluminación que tiene el Hogar y si es buena o mala marque con un gancho o cruz en el espacio correspondiente. No hay términos medios en estos datos. Por ejemplo si en el momento de la supervisión alguna lámpara no funciona debe marcar en iluminación mala y en la columna de observaciones colocar que una lámpara estaba dañada. En el caso de la ventilación se marca

mala si encuentra que no entra al Hogar la ventilación natural a través de ventanas o puertas que se abren durante el día y la única ventilación que se tiene suele ser por aires acondicionados o abanicos.

Existe estacionamiento accesible (para las personas con discapacidad): Anote si en el lugar donde opera el Hogar se cuenta con estacionamientos y si en esa área hay algunos asignados para estacionar autos que transporten a personas con discapacidad y estén señalizados. Marque con un gancho o cruz si existe o no.

Recámara: Coloque en el área de observaciones la razón por la cual califica de mala algunas de las preguntas.

Baños y Servicios Sanitarios: Marque lo que encuentre durante la supervisión y en observaciones puede detallar que fue lo malo que encontró.

Cocina: Señale la existencia o no de lo que se pregunta y haga las observaciones de por qué la calificación de malo.

Verificación de los Alimentos que tienen en conserva: fecha de vencimiento, revise si existe humedad, si están en un lugar fresco y ventilado, en el piso directamente, en un lugar abierto o en uno cerrado.

Verificar el proceso de desinfección-esterilización de los utensilios de los residentes.

Indíquele a la persona de la instalación con quien usted hace el recorrido como hacen el procedimiento y si es posible observe el procedimiento mientras usted este en el área.

Comedor: Haga las preguntas correspondientes y anote sus observaciones.

Lavandería y Otras áreas a Evaluar: Haga observaciones de los hallazgos.

Medidas de Seguridad Generales: Es importante que revise el lugar donde se encuentren los extintores, el número de ellos dentro de la instalación, su fecha de vencimiento, si lo saben manejar. Estos datos son importantes registrarlos.

Observaciones según lo encontrado en la Supervisión:

Se debe registrar las recomendaciones que se hacen según lo encontrado durante la supervisión y dar fecha de seguimiento si requiere de hacer mejoras en algunos de los puntos que se detallan en el formato. Los elementos resaltados serán de obligatoriedad para los hogares ya existentes.

NOTA.

Verifique siempre mediante la observación las respuestas que pueda darle la persona de la instalación que lo acompañe en el recorrido por las áreas y no conformarse con lo que le digan.

Siempre trate de evidenciar sus anotaciones con la observación de documentos que se le deben solicitar al administrador o responsable del Hogar en el momento de la supervisión. Recuerde que al usted firmar el documento al final de la supervisión asegura que todo lo escrito en el formulario es lo que se observó en el momento de la supervisión y usted da fe de eso.

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA
VISITA DE SUPERVISIÓN A CENTROS Y CASAS HOGARES PARA EL ADULTO MAYOR**

Fecha de visita de supervisión:

Nombre de Casa hogar					R.U.C.					
Dirección										
Teléfono				Correo electrónico						
Inicio de operaciones				Representante Legal						
día	mes	año								
Nombre del Administrador					Persona responsable al momento de la evaluación y cargo					
Característica a evaluar					c	nc	na	Observación		
Permiso de operación expedido MIDES								Anexar		
Permiso de operación expedido MINSA								Anexar		
Permiso de operación expedido Bomberos								Anexar		
Certificado de fumigación								Última fumigación: día mes año		
Ficha de admisión y seguimiento de Persona Adulta Mayor										
Están afiliados algún servicio de ambulancia								Nombre		
Reciben visitas del SADI								Nombre		
CENSO DE PERSONAS ADULTAS MAYORES*										
	Total	Indep.	Dep. Parcial	Dep. Total	Discapacidad					
					Visual	Auditiva	Física	Mental	Intelectual	
Total										
Hombres										
Mujeres										
RECURSOS HUMANOS*										
	Total	# Labora Diariamente	# Labora 1 vez al mes	# Labora en otro horario	Observación					
Total										
Cuidador										
Enfermera										
Médico general										
Médico Geriatra										
Trabajador Social										
Técnico en Enfermería										
Nutricionista										
Terapeuta físico										
Psiquiatra										
Psicóloga										
Sacerdote o Pastor										
Personal de Apoyo										
Cocinero										
Aseo										
Mantenimiento										
Administrativo										
Otros										
Características a evaluar					c	nc	na	Observación		
Cuidador(es) cuenta(n) con entrenamiento relacionado a cuidado de PAM's										
Presenta alguna certificación que abala el entrenamiento										

ESTRUCTURA DEL EDIFICIO*				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Tiene tanque Séptico				
Tiene planta de tratamiento de aguas residuales				
Tiene abastecimiento de agua potable				
Tiene tanque de reserva de agua				
Áreas verdes y comunes limpias				
Instalación limpias por dentro y por fuera				
Cielo raso en buen estado				
Piso en buenas condiciones				
Puertas y ventanas en buenas condiciones				
VENTILACIÓN / ILUMINACIÓN*				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Buena Ventilación				
Natural				
Artificial				
Buena iluminación				
Natural				
Artificial				
ACCESIBILIDAD*				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Estacionamiento accesible para personas con Discapacidad 4.00 m X 5.00 m				
Estacionamiento accesible se encuentra al mismo nivel de la entrada al edificio existe un vado o rampa para salvar el desnivel existente				
Los pasillos de circulación tienen un ancho mínimo de 1.20 m				
Cuenta con escaleras				
Las escaleras tienen piso de prevención al inicio y al final de cada tramo				
Material antideslizante en el borde de cada escalón				
Pasamanos en ambos lados de escalera a una altura de 0.90 m				
Existe otro medio de elevación que complementen estos (ascensores rampas o plataforma mecánica para silla de ruedas)				
Cuenta con ascensor				
Puerta del ascensor mide 0.90 metros o más				
Cabina de ascensor mide 1.00 X 1.40m mínimo				
Las señales y mandos de la cabina están en altorrelieve o en braille y están instalados a la altura de 0.80m a 1.40m del suelo				
Cuenta con rampas o vados				
Las rampas o vados tienen pendiente menor o igual a 8°				
Tiene piso de prevención al inicio y al final de cada rampa o vado				
Si el desnivel a salvar es superior a 0.15 m cuenta con pasamanos en ambos lados y los mismos so dobles y continuos, instalados a una altura entre 0.90 m y 0.70 m				
Edificación al mismo nivel sin escalones o escaleras				

RECAMARAS*				
Características a evaluar	Total	Hombres	Mujeres	Observación
Total de habitaciones				
Habitaciones compartidas				
Habitaciones individuales				
Habitaciones con barandales				
Total de camas				
Camas no hospitalarias				
Camas hospitalarias				
Camas en buenas condiciones				
Camas en malas condiciones				
Colchón de resorte				
Colchón foam				
Colchón de plástico				
BAÑOS*				
Características a evaluar	# Baños conformes	# Baños no conformes	NA	Observación
Baños				Total
Baños individuales				Total
Baños compartidos				Total
Tiene silla geriátrica para baños				
Tiene barras de seguridad				
Tiene antideslizantes en el piso				
La ducha cuenta con área de 0.90m X0.90m y área seca de 0.80m X 1.2m				
Barras de apoyo en las ducha altura de 0.8 m-0.85m				
Grifo de mano mando o sensor				
SERVICIOS SANITARIOS*				
Características a evaluar	# Baños conformes	# Baños no conformes	NA	Observación
Total de servicios sanitarios				Total
Servicios sanitarios individuales				Total
Servicios sanitarios compartidos				Total
Puerta con mínimo 1.20m de ancho				
Puerta con giro de rotación hacia afuera				
Cerradura tipo palanca				
Asiento de inodoro a una altura de 0.50m				
Barras de apoyo al lado del inodoro, altura de 0.70m				
Lavamanos ubicado al lado del inodoro a una altura entre 0.8m y 0.85m				
Grifo de mano mando o sensor				
Jabón con dosificador en el área				

COCINA*				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Cuenta con cocina				
Tiene agua caliente				
Tiene ventanas con mallas metálicas				
Tiene facilidad para la preparación de los alimentos				
Tiene estufa tipo industrial				
Tiene extractor de grasa				
Tiene refrigeradora / congelador				
Tiene depósito para almacenamiento de alimentos rotulados				
Tiene recipientes de plástico para conservar los alimentos				
Alimentos con fecha de caducidad vigente				
Alimentos libres de gusanos				
Alimentos libres de gorgojos				
Cuenta con proceso de desinfección-esterilización de los utensilios de los residentes				Especificar:
Características a evaluar	# que cumple	# que NO cumple	Observación	
Total de personas que laboran en la cocina				
Carnet de manipulador de A.				
Redecilla				
Delantal				
Zapatos cerrados				
Uñas cortas y limpias				
Uñas sin pintar				
Suéter con manga				
Menú semanal por nutricionista				
Plan Nutricional por tipo de enfermedad				
OTRAS ÁREAS A EVALUAR*				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Cuarto para atender a PAM's por Profesionales de la Salud				
Área para Almacenamiento de medicamentos prescritos por Médico				
Medicamentos rotulados con nombre y/o número de cama y/o cuarto				
Medicamentos líquidos guardados en un lugar separado a tabletas				
Cuenta con área de recreación en buenas condiciones				
Plan de Recreación				
Cuenta con áreas verdes en buenas condiciones				
Área para guardar el equipo y material para el aseo de la institución.				

SALA DE ESTAR							
Cuenta con sala de estar					Nº. de personas que pueden estar al mismo tiempo		
Se encuentra al mismo nivel de la estructura							
Si no está al mismo nivel tiene barandales							
Tiene radio							
Tiene televisión							
Tiene sillas						Total	
						Condición:	conforme
							no conforme
Tiene sillones (sofás)						Total	
						Condición:	conforme
							no conforme
COMEDOR							
# de sillas	# de mesas	Espacios entre ellas que permitan el uso y la maniobra de una silla de ruedas (0.80m)			Utensilios para comer		
		sí		Observación	vidrio	Observación	
		no			plástico		
		n/a			desechables		
LAVANDERÍA							
Características a evaluar				c	nc	na	Observación
Lavadora semi-industrial							
Secadora							
Agua caliente							
MEDIDAS DE SEGURIDAD GENERALES							
Características a evaluar				c	nc	na	Observación
Cuentan con extintores							Cantidad
Fecha de vencimiento vigente							Vencimiento
Revisión por los bomberos							Última revisión
Ubicados estratégicamente							Ubicación
Lo saben manejar							Quiénes
Cuenta con alarma contra incendios							
Funciona la alarma contra incendios							
Salida de emergencias							Cuántas
EN CASO DE EMERGENCIAS							
Características a evaluar				c	nc	na	Observación
Cuenta con lista telefónica de emergencia accesible							
Incluye tel. de Médico							
Incluye tel. de Enfermera							
Incluye tel. de Familiares							
Incluye tel. de Sacerdote o Pastor							
Incluye tel. de Policía							

EN CASO DE EMERGENCIAS				
Características a evaluar	c	nc	na	Observación
Cuenta con un Botiquín para casos de Urgencias				
Incluye aparato de presión				
Incluye estetoscopio				
Incluye gasas				
Incluye curitas				
Incluye vendas de gasa				
Incluye termómetro				
Incluye esparadrapo / (Micropore)				
Incluye tijeras con puntas redondas				
Incluye guantes				
Incluye ventilador manual (AMBU)				
Incluye Desfibrilador automático (DEA)				
RESUMEN DE NO CONFORMIDADES ENCONTRADAS EN LA SUPERVISIÓN*				
RESUMEN DE MEJORAS ENCONTRADAS EN LA SUPERVISIÓN				
EQUIPO DE SUPERVISOR				
Nombre			Cargo	
Nombre de la Casa Hogar			Fecha de realizada la supervisión	
Nombre	# de cédula	Cargo	Firma	
Supervisor principal				
Responsable de la Casa Hogar al momento de la Supervisión				

FORMULARIO DE TAMIZAJE DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR SAFE

SAFE mnemonic (Guth (2000) Am J Surg 179:134-40 [PubMed])

A. Estrés y seguridad

1. ¿Se siente seguro (a) en su relación?

B. Miedo o abuso

1. ¿Alguna vez su pareja le ha amenazado a usted o a sus hijos?
2. ¿Alguna vez su pareja ha abusado de usted o de sus hijos?
3. ¿Amigos y familiares?

C. Amigos y familia

1. Si estuviera herida o herido, ¿lo sabrían sus amigos o familiares?
2. ¿Podrían ayudarle?

D. Plan de emergencia

1. ¿Tiene un lugar seguro para ir en caso de emergencia?
2. ¿Necesita ayuda para ubicar un refugio?
3. ¿Le gustaría hablar con un consejero sobre esto?

Disponible en <https://fpnotebook.com/Prevent/Exam/IntmtPrtnrVIncScrng.htm>



www.minsa.gob.pa

www.saludadultos.com

 [minsapanama](https://www.facebook.com/minsapanama)  [@MINSA_Panama](https://twitter.com/MINSA_Panama)