



MINISTERIO  
DE SALUD

**Norma técnica de atención integral en salud  
a la persona adulta mayor**

**San Salvador, El Salvador, 2020**



MINISTERIO  
DE SALUD

**Norma técnica de atención integral en salud  
a la persona adulta mayor**

**San Salvador, El Salvador, 2020**

2020 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas  
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia. La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro de Documentación Virtual en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud  
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000  
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

## Autoridades

**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek**  
**Ministra de Salud**

**Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza**  
**Viceministro de Gestión de Salud**

**Dr. Francisco José Alabí Montoya**  
**Viceministro de Operaciones de Salud**

### Equipo técnico

Nombre	Cargo y Dependencia
Jenny Patricia López	Jefa Unidad por el Derecho a la Salud, MINSAL
Nidia Teresa Cañas Flores	Coordinación de la atención a la persona adulta mayor, MINSAL.
Ivette Yasmyn Delgado Martínez	Unidad por el Derecho a la Salud, MINSAL
Nora Eloisa Barahona	
Miguel Angel Martínez Salmerón	
Napoleón Eduardo Lara Magaña	Dirección de Regulación y Legislación en Salud. MINSAL
Roberto Solórzano Flamenco	Dirección de Primer Nivel de atención MINSAL
Paul Zaun Chávez	Coordinación Nacional de Hospitales. MINSAL.
Julia Dolores Guadrón	Unidad de Enfermería. MINSAL

### Comité consultivo

Nombre	Institución
Sonia Jacobo	Médica Unidad Gerontológica del INPEP. Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adulto Mayor (CONAIPAM)
Gladys Margarita Méndez	Jefa del Departamento de la Persona Adulta Mayor y Derechos Humanos de la PDDH. Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adulto Mayor (CONAIPAM)
Julia Angélica Cárcamo	Procuradora Adjunta de Familia, Mediación y Adopción, de la PGR. Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de Adulto Mayor (CONAIPAM)
Margarita Henríquez	Geriatra Hospital Militar Central Comando Sanidad Militar

Emilio Espín Amprimo	Mesa de salud de adulto mayor. Representación Cordes
Miguel Angel Vega	Mesa de salud de adulto mayor. Coalición por la Dignidad de las Personas Mayores de El Salvador
Egriselda Elizabeth Zacarias	Mesa de salud de adulto mayor. Representante de la PDDH
Alfredo de León	Mesa de salud de adulto mayor. Asociación Nacional de Pensionados del Seguro Social ( ANPISSS)
Hugo Alfredo M. Paniagua	Mesa de salud de adulto mayor ASDTRATYPAES
Vilma de Guzmán	Mesa de salud de adulto mayor ATPAM
Maria Elena Franco de Castellanos	Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.. MINEDUCYT CONAIPAM
Ana Margarita Pineda Colorado	Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Unidad Gerontogeríatica. ISSS CONAIPAM

## Índice

<b>Acuerdo Ministerial</b>	<b>8</b>
<b>Capítulo I. Disposiciones fundamentales</b>	<b>9</b>
<b>Capítulo II. Principios y derechos</b>	<b>10</b>
<b>Capítulo III. Definiciones y terminología</b>	<b>11</b>
<b>Capítulo IV. Disposiciones técnicas</b>	<b>14</b>
<b>Capítulo V. Disposiciones finales</b>	<b>23</b>
<b>Anexos</b>	<b>25</b>

## Ministerio de Salud

Acuerdo n.º 369

### El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando:

- I. Que el Art. 65 de la *Constitución*, determina que la salud es un bien público y el Estado está obligado a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determina la política nacional de salud y debe supervisar su aplicación.
- II. Que la *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos de los Adultos Mayores*, en su artículo 1 establece: «promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad.» Así mismo el art. 4 refiere «que los Estados Parte se comprometen a salvaguardar los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor enunciados en la presente Convención, sin discriminación de ningún tipo, y a tal fin: a) Adoptarán medidas para prevenir, sancionar y erradicar aquellas prácticas contrarias a la presente Convención, tales como aislamiento, abandono, sujeciones físicas prolongadas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, la negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados, entre otras, y todas aquellas que constituyan malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes que atenten contra la seguridad e integridad de la persona mayor.»
- III. Que en la *Ley de atención integral para la persona adulta mayor* en sus artículos 1, 5, 10, 11, 12 y 13 establece el deber de garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia; que deben recibir asistencia médica, geriátrica y gerontológica, en forma oportuna y eficaz; que gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas; que los servicios médicos de las instituciones públicas y municipales, deberán contar con atención gerontogeriátrica; que deberán recibir oportuna y eficazmente todas las formas de tratamiento que necesiten con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, nutricionales, restablecer la salud y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse y asimismo que las Carteras de Estado de Salud y Educación, así como las Universidades, establecimientos de educación pública y privada fomentarán la investigación y el estudio de la vejez y el envejecimiento.



- IV. Que de conformidad a lo establecido en el Art. 19 literal a) del *Reglamento de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor*, la atención integral en salud que se brinde a las personas adultas mayores, deberá comprender el ejercicio de las siguientes acciones: El diseño e implementación de Programas de promoción, prevención, atención a la enfermedad y rehabilitación los cuales se sujetarán a las normas, manuales y procedimientos establecidos por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Así mismo el inciso último del artículo anterior, establece que se debe dar cumplimiento a las acciones anteriores; debiendo brindar asesoría y asistencia técnica, en su caso, para que las instituciones públicas y privadas dedicadas a la salud, garanticen su cumplimiento.
- V. Que la *Norma para la Atención Integral de la Persona en el Ciclo de Vida* derogó la *Norma de atención integral en salud para la persona adulta mayor*, emitida a través de Acuerdo ministerial número doscientos trece, de fecha once de marzo del año dos mil ocho y publicada en el Diario oficial número trescientos setenta y ocho de fecha veinticinco de marzo del año dos mil ocho. Y siendo necesario para la adecuada e integral atención a la persona adulta mayor, contar con una norma especial que establezca directrices de la atención especializada para atención integral de la persona adulta mayor, es pertinente emitir la normativa especializada.

**POR TANTO:**

En uso de las facultades legales conferidas **ACUERDA** emitir la

**Norma técnica de atención integral en salud a la persona adulta mayor**

**Capítulo I**  
**Disposiciones fundamentales**

**Objeto de la Norma**

**Art. 1.-** La presente Norma tiene por objeto establecer las disposiciones técnicas que regulan la atención integral, bio-psico-social y funcional a la persona adulta mayor.

La atención integral incluye: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y rehabilitación, para contribuir a preservar su capacidad intrínseca y recuperar la capacidad funcional, a través del fomento del envejecimiento activo y saludable.

## **Ámbito de Aplicación**

**Art. 2.-** Están sujetos al cumplimiento de la presente norma las personas naturales o jurídicas públicas integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud.

## **Autoridad Competente**

**Art. 3.-** Corresponde al Ministerio de Salud, verificar la aplicación, control, vigilancia y cumplimiento de la presente norma.

## **Capítulo II Principios y derechos**

### **Principios generales**

**Art. 4.-** La presente norma se fundamentará en los principios de universalidad, integralidad, accesibilidad, solidaridad, equidad, igualdad, gratuidad, corresponsabilidad, no discriminación, disponibilidad, intersectorialidad, participación social, enfoque de género, calidad y calidez.

### **De los principios éticos**

**Art. 5.-** En la atención integral de la persona adulta mayor, el personal de salud aplicará los principios éticos fundamentales siguientes: beneficencia, no maleficiencia, autonomía, justicia, distribución y fidelidad.

Las personas adultas mayores dependientes, conservan su capacidad en la toma de sus decisiones y en ejercicio de su propia autonomía debe obtenerse de ellos el consentimiento informado, en consecuencia el personal debe abstenerse de declarar o categorizar de incompetente en la toma de decisión a una persona mayor frágil o dependiente, a menos que cuente con evidencia clínica o legal.

La persona adulta mayor, cuyo resultado de la evaluación clínica declare que no sea competente para actuar a título personal, requiere de un representante quien debe ser identificado y quedar consignado en el expediente clínico.

### **Derechos fundamentales de las personas adultas mayores**

**Art. 6.-** Son derechos fundamentales de las personas adultas mayores, los siguientes:

1. Derecho a la igualdad y no discriminación por razones de edad.
2. Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.

3. Derecho a la independencia y a la autonomía.
4. Derecho a la participación e integración comunitaria.
5. Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
6. Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
7. Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud.
8. Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo.
9. Derecho a la libertad personal.
10. Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
11. Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.
12. Derecho a la privacidad y a la intimidad.
13. Derecho a la seguridad social.
14. Derecho al trabajo.
15. Derecho a la salud.
16. Derecho a la educación.
17. Derecho a la cultura.
18. Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.
19. Derecho a la propiedad.
20. Derecho a la vivienda.
21. Derecho a un medio ambiente sano.
22. Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.
23. Derechos políticos.
24. Derecho de reunión y de asociación.
25. Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
26. Igual reconocimiento como persona ante la ley.
27. Acceso a la justicia.

### **Capítulo III** **Definiciones y terminología**

#### **Definiciones**

**Art. 7.-** Para efectos de la presente norma se entenderá por:

**Abandono:** La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral.

**Adulto mayor:** A todo hombre y mujer que haya cumplido sesenta años de edad.

**Adulto mayor frágil:** se define como aquella persona con una disminución de las reservas fisiológicas con un mayor riesgo de declinar, lo que le sitúa 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.

**Paciente geriátrico:** es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social.

**Capacidad intrínseca:** capacidad intrínseca de la persona (la combinación de todas las capacidades físicas, mentales y psico-sociales) y de los entornos en los que vive (en el más amplio sentido, que incluye los entornos físicos, sociales y normativos). El envejecimiento saludable abarca la vida entera y su fomento incluye medidas a cualquier edad.

**Capacidad funcional:** aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo. Actividades básicas de la vida diaria: las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

**Centros de atención diurna o centro de día:** son espacios para personas mayores con dependencia parcial, ya sea física o cognitiva que permiten que los cuidadores familiares trabajen o al menos tomen un descanso de sus obligaciones como cuidadores. Estos centros también mantienen a las personas mayores social y físicamente activas, proporcionan una comida nutritiva y a veces ofrecen otros servicios como chequeos de salud.

**Cuidados paliativos:** la atención y cuidado activo, integral, e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan.

**Cuidadora/cuidador :** personas o instituciones que se hacen cargo de los adultos mayores con algún nivel de dependencia. Son por tanto padres, madres, hijas/os, personal contratado o voluntario.

**Dependencia:** estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes a fin de realizar las actividades de la vida diaria y de modo particular, los referentes al cuidado personal.

**Discriminación por la edad en la vejez:** cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

**Enfoque de Derechos Humanos:** El enfoque de derechos resulta esencial para argumentar un cambio en la concepción de las políticas públicas para las personas mayores y establece que por el sólo hecho de ser persona, un sujeto debe gozar plenamente de los derechos que le son reconocidos, esto conforme a sus necesidades y requerimientos.

**Envejecimiento activo:** es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el transcurso del envejecimiento.

**Envejecimiento activo y saludable:** proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Es directamente proporcional a la capacidad funcional.

**Evaluación geriátrica básica (valoración geriátrica integral):** constituye un proceso de diagnóstico multidimensional, dirigido a determinar las capacidades en las diferentes áreas de los pacientes ancianos (biomédicas, psicológicas, socioeconómicas y problemas funcionales), con el objeto de proponer planes globales de tratamiento y optimizar la utilización de recursos asistenciales.

**Geriatrización de los servicios:** dotar, a los médicos generales, y especialistas médicos que atienden a los adultos mayores, con los atributos y enfoques de la geriatría, además a los profesionales de enfermería, psicología, trabajo social, rehabilitación, nutrición, farmacia y otros, que forman parte de los equipos de atención a este tipo de pacientes.

**Maltrato en la persona mayor:** acción única o repetida que se da en el marco de la confianza de la relación entre la persona mayor y su cuidador.

**Rehabilitación geriátrica:** forma de intervención sobre el proceso discapacitante de la persona mayor; en la transición de la enfermedad, del deterioro, la actividad, la participación y es capaz de prevenir o revertir el paso de deterioro a discapacidad y de discapacidad a dependencia.

**Síndromes geriátricos:** conjunto de síntomas y signos, que tienen como características en común, que son altamente prevalentes en edades avanzadas, que pueden tener múltiples causas y que todos ellos tienden a la discapacidad.

## **Capítulo IV Disposiciones Técnicas**

### **Atención integral en salud aplicando los componentes del modelo de atención del adulto mayor**

**Art. 8.-** La persona adulta mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados adecuados, oportunos, prioritarios e inmediatos, que provea la protección y promoción de la salud con trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando de su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de etnia, sexo, orientación sexual, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

La promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

### **Componentes**

**Art. 9.-** Los componentes de la atención integral para la persona adulta mayor son:

1. Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable.
2. Fortalecer las acciones de prevención de discapacidades, enfermedades crónicas, y otros problemas de salud.
3. Aseguramiento de la calidad de atención.
4. Fortalecimiento de la atención en la rehabilitación geriátrica.
5. Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial.
6. Formación del recurso humano e investigación.

La atención en salud de la persona adulta mayor debe estar centrada en el individuo, su familia y comunidad, debe además fomentar las acciones de promoción de entornos favorables para el envejecimiento activo y saludable, el empoderamiento, el seguimiento a planes y estrategias en respuestas a sus demandas en salud.

### **Promoción y educación para un envejecimiento activo y saludable**

**Art. 10.-** Se debe permitir a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades. Por tanto el personal de salud debe fomentar el envejecimiento activo en los individuos, su familia y comunidad, a través de las siguientes intervenciones:

- a) Promoción de autocuidado y estilos de vida saludable.
- b) Evaluación y educación nutricional.
- c) Fomento de actividad física.
- d) Promoción de la protección y prevención del maltrato de la persona adulta mayor.
- e) Inmunización según esquema nacional de vacunas.

- f) Organización y funcionamiento del club del adulto mayor.
- g) Equipos de Trabajo Local del Adulto Mayor (ETLAM) y cuidadores.
- h) Identificación y educación sobre prevención de riesgos a la salud.
- i) Creación y desarrollo de los programa de cuidadores.
- j) Fortalecimiento del personal de salud, con el conocimiento de la Lengua de Señas Salvadoreña (LESSA).

**Fortalecer las acciones de prevención de enfermedades y otros problemas de salud en todos los niveles de atención**

**Art. 11.-** El personal de salud debe destinar un tiempo mínimo de 45 minutos y máximo 60 minutos, para realizar la inscripción y elaboración de la historia clínica por primera vez (Anexo 1) y un mínimo de 30 minutos para control preventivo anual (Anexo 12).

Las acciones a desarrollar serán:

- a) Detectar deficiencias sensoriales tales como hipocacusia, disminución de la agudeza visual. Si el paciente usa prótesis dentales, lentes o audífonos en condiciones normales, debe usarlos para facilitar la comunicación durante la consulta. Tener iluminación adecuada y la eliminación de distracción visual o auditiva.
- b) No subestimar ninguno de los síntomas al momento de la entrevista, tales como disnea, deficiencia auditiva o visual, problemas de memoria, incontinencia, trastornos de la marcha, estreñimiento, mareos y caídas.
- c) Ningún síntoma debe atribuirse al envejecimiento, salvo se realice una evaluación minuciosa y se excluyan otras causas.
- d) Prestar atención a aquellas manifestaciones no habituales de un trastorno subyacente tales como cansancio, confusión, pérdida de peso, aislamiento.
- e) Identificar tempranamente el deterioro funcional como única manifestación de enfermedad. Debe preguntarse acerca de cambios en las actividades de la vida diaria (estimación del deterioro funcional).
- f) Tener en cuenta las dificultades para recordar información valiosa que presentan las personas adultas mayores. Se debe obtener estos datos de otras fuentes como la familia y historia clínica.
- g) Procurar un trato cálido, digno y respetuoso a fin de evitar actitud renuente que pueda provocar omisión de información importante, por temor a una hospitalización, o regaño por parte del médico.

## **Niveles de atención**

**Art.12.-** La atención en a la persona adulta mayor se realiza en los tres niveles de atención, así:

### **Primer nivel**

La evaluación por primera vez y control subsecuente, debe comprender los siguientes aspectos:

a) La inscripción y evaluación por primera vez de la persona mayor deberá ser realizada por el médico consultante y/o médico asignado para la evaluación de las personas mayores con entrenamiento para tal desempeño, procederá al llenado de la ficha inscripción contenida en la Historia clínica (Anexo 1)

b) Evaluación funcional (Test de tamizaje funcional), incluye el llenado y utilización de los instrumentos de evaluación comprendidos en los anexos del 2 al 11 de la presente norma)

c) Garantizar la atención de las personas mayores por un equipo de atención gerontológica, conformado por promotor de salud, educador de salud, médico, enfermera, trabajador social, psicólogo, apoyados por los líderes y lideresas de la comunidad; de no contar con alguno de los recursos de dicho equipo, se debe gestionar o coordinar el apoyo interinstitucional o intersectorial.

d) Las acciones con la persona mayor incluirán acciones con su familia, la persona cuidadora principal y la comunidad e irán siempre encaminadas a: promover el envejecimiento activo y saludable; fortalecer los lazos o vínculos intergeneracionales; la promoción, educación y prevención primaria; el seguimiento y control; la atención según su dispensarización; y la atención en salud con jornadas de autocuidado para cuidadores.

### **Segundo nivel**

La evaluación en el segundo nivel de atención debe comprender los siguientes aspectos:

a) Acciones para preservar, mantener y recuperar la función en la persona mayor, orientar su familia, el cuidador principal y la comunidad

b) Valoraciones geriátricas que incluye el llenado y utilización de los instrumentos de evaluación comprendidos en los anexos del 1 al 10 de la presente norma.

c) Adecuar espacios para brindar la atención a pacientes geriátricos en condición aguda, estabilizar y referir al nivel de complejidad que corresponda.

d) Organizar el servicio clínico en función del paciente con enfermedades agudas potencialmente recuperables y rehabilitables que no requieran intervención de un nivel de mayor complejidad.



- e) Asegurar el cumplimiento de proceso de atención para paciente geriátrico.
- f) Promover un entorno emocional favorable y humanizado.
- g) Promover el conocimiento y aplicación de la bioética en la atención clínica y la investigación para todos los profesionales vinculados al proceso de atención.
- h) Asegurar el continuo de la atención en los diferentes niveles.

#### Tercer nivel

La evaluación en el tercer nivel de atención debe comprender los siguientes aspectos:

- a) Acciones para preservar, mantener y recuperar la función en la persona mayor, orientar su familia, el cuidador principal y la comunidad.
- b) Valoraciones geriátricas (anexos 1 al 10).
- c) Adecuar espacios para brindar la atención a pacientes geriátricos en condición aguda especializada.
- d) Organizar el servicio clínico en función del paciente con enfermedades agudas potencialmente recuperables y rehabilitables y aquellos cuyas condiciones requieran intervenciones paliativas.
- e) Asegurar el cumplimiento de proceso de atención para paciente geriátrico.
- f) Promover un entorno emocional favorable.
- g) Promover el conocimiento y aplicación de la bioética en la atención clínica y la investigación para todos los profesionales vinculados al proceso de atención.
- h) Asegurar el continuo de la atención en los diferentes niveles, incluyendo el cumplimiento de los lineamientos técnicos de referencia, retorno e interconsulta vigentes.

#### **De las unidades geriátricas de agudos en segundo y tercer nivel de atención.**

**Art. 13.-** Es responsabilidad del director de cada hospital de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, organizar e implementar y dar sostenibilidad a la Unidad de Atención Geriátrica de Agudos, como unidades hospitalarias con ubicación física y estructural propia, atendidas por un equipo multidisciplinario especializado en geriatría destinadas a pacientes geriátricos con patología médica aguda y reagudización de su pluripatología que por su circunstancias consideradas de manera integral, requieren hospitalización.

#### **Seguimiento**

**Art. 14.-** El seguimiento administrativo y técnico de las unidades de atención Geriátrica será según la organización de cada una de las instituciones que conforman el SNIS.

#### **Atención y visita domiciliar**

**Art. 15.-** La visita domiciliar gerontológica tiene como propósito dar seguimiento a la persona mayor en situación de fragilidad y dependencia y brindar apoyo psicológico,

educación a la cuidadora o cuidador principal; y su finalidad es el acercamiento de los servicios geriátricos, identificar condiciones sociales, clínicas, síndromes geriátricos, dependencia total u otra condición potencialmente no recuperable (anexo 11).

La atención gerontológica domiciliar es responsabilidad del personal de salud del primer nivel de atención, en consecuencia debe realizar la visita domiciliar en las siguientes circunstancias:

- a) Persona adulta mayor en estado de inmovilidad, que le impida acudir al establecimiento de salud.
- b) Persona adulta mayor en situación terminal que necesite de cuidados paliativos.
- c) Persona adulta mayor con problemas de vulnerabilidad social que imposibilite desplazarse al establecimiento de salud.
- d) Persona adulta mayor con enfermedades potencialmente mortales y discapacitantes que requieran una oportuna intervención.

### **De las instituciones de cuidados prolongados**

**Art. 16.-** Toda institución que brinde este tipo de servicios tiene la obligación de contar plan gerontológico de atención y debe tener organizada la asistencia sanitaria por capacidad funcional de las personas adultas mayores residentes.

El personal de salud debe realizar visitas domiciliarias a personas adultas mayores frágiles con dependencia y discapacidad cada seis meses de acuerdo a normativa vigente de atención domiciliar a personas adultas mayores, incluyendo las que residen en hogares o residencias sustitutas.

### **Responsabilidad de directores de los establecimientos del primer nivel de atención**

**Art.17.-** Los directores deben incorporar en su planificación aquellas actividades de atención, monitoreo y supervisión para asegurar la calidad de atención en salud, incluyendo las condiciones sanitarias de los centros, hogares o residencias geriátricas, sean públicas o privadas, que atiendan a personas adultas mayores, y además socializar con el personal bajo su cargo acerca del contenido de esta normativa y los documentos regulatorios vinculantes a la atención de la persona adulta mayor.

### **De los cuidados paliativos**

**Art.18.-** El personal de los establecimientos de salud del primer nivel deben coordinar la atención de los cuidados paliativos a la persona adulta mayor, incluyendo la gestión del dolor crónico degenerativo incapacitante, a través de las Unidades de Cuidados Paliativos (UDCP) de los hospitales, clínicas del dolor y cumplimiento de lineamiento vigente.

### **Aseguramiento de la calidad de atención**

**Art. 19.-** El personal de los establecimientos de salud debe asegurar la calidad de atención gerontológica y geriátrica en los aspectos generales del manejo del paciente adulto mayor en el domicilio, centros o casas de atención diurna, instituciones de cuidados prolongados,

en las UCSF, en los hospitales: en emergencia, en unidades de agudos, en unidades de atención geriátrica, en consulta externa, áreas de apoyo y otros, mediante las siguientes acciones:

- a) Aplicación de instrumentos para la valoración geriátrica de acuerdo al nivel de atención.
- b) Valoración del funcionamiento familiar y apoyo social-comunitario.
- c) Capacitación continua del personal para la atención integral en salud de la persona adulta mayor.
- d) Atención a personas adultas mayores en situación de riesgo o empeoramiento de su salud.
- e) Programas de soporte al cuidador principal o familiar.
- f) Coordinación con la red especializada para derivación o interconsulta especializada.
- g) Cuidados paliativos en enfermedades oncológicas y no oncológicas.
- h) Procurar el acompañamiento a la persona adulta mayor y su familia, durante el proceso de finalización de la vida.
- i) Detección y atención de personas adultas mayores en situación de maltrato físico, psicológico, sexual, patrimonial, económico, negligencia, abandono o cualquier otro tipo de violencia.
- j) Atención a la salud sexual de las personas adultas mayores.
- k) Gestionar el fortalecimiento institucional a fin de asegurar la capacidad resolutive en geriatría y gerontología (infraestructura, equipamiento, recursos humanos, insumos médicos y no médicos).

#### **Fortalecimiento de la atención en la rehabilitación geriátrica.**

**Art. 20.-** Los objetivos de la rehabilitación geriátrica deben ir dirigidos a:

- a) Mantener la máxima movilidad articular, preservar o restaurar la independencia de las actividades de la vida diaria (AVD).
- b) Incrementar y preservar la fuerza muscular.
- c) Fomentar un buen patrón de marcha y equilibrio, evaluando la correcta postura dinámica y previniendo caídas.
- d) Restablecer la autoconfianza y seguridad del individuo a la marcha posterior al evento.
- e) Gestionar la disponibilidad de ayudas técnicas.

#### **Rehabilitación geriátrica**

**Art. 21.-** Debe incluir los siguientes aspectos:

- a) Promoción de los principios básicos de la rehabilitación geriátrica.
- b) Evaluación, detección, atención o referencia a la persona adulta mayor con discapacidad para evitar o reducir la dependencia y contribuir a mejorar su calidad de vida.
- c) Implementación ejecución, evaluación y seguimiento a la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), con involucramiento de la propia persona adulta mayor, su familia y las redes de apoyo.
- d) Habilidad de espacios y servicios en los establecimientos, según el nivel de complejidad, para la rehabilitación geriátrica.

- e) Los servicios de rehabilitación disponibles en la red de establecimientos deben contribuir a la recuperación funcional y reducir la dependencia.

El Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) debe desarrollar los programas y servicios de rehabilitación para la persona adulta mayor en coordinación interinstitucional e intersectorial.

### **Coordinación y articulación interinstitucional e intersectorial**

**Art. 22.-** El personal de salud debe fortalecer los factores protectores garantizando la pertenencia, permanencia y adherencia de la persona adulta mayor en su familia y comunidad, previniendo en lo posible, la institucionalización, cumpliendo los siguientes aspectos:

- a) Creación de una comisión nacional interinstitucional e intersectorial de expertos en Gerontología y Geriatría
- b) Promover la conformación de redes territoriales y comunitarias de apoyo para la inclusión y protección de las personas adultas mayores.
- c) Promoción y colaboración para una articulación efectiva y eficaz interinstitucional e intersectorial, a fin de lograr una protección y garantía de los derechos humanos de las personas mayores.
- d) Promover la implementación de un registro nacional integrado de personas adultas mayores, que contenga información veraz y actualizada de sus condiciones de vida.
- e) Promover espacios para crear y fomentar vínculos intergeneracionales, que construyan empatía en las necesidades, gustos e intereses, conciencia del envejecimiento, respeto a la autonomía de la persona adulta mayor, incluyendo la decisión de cuidar o no a terceros.

### **Desarrollo del talento humano e investigación**

**Art.23.-** Las instituciones del sistema nacional integrado de salud deben fortalecer el desarrollo de las competencias y educación continua del talento humano, considerando los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo de competencias generales relacionadas con la comunicación, entre ellas las habilidades para utilizar un lenguaje sencillo, lengua de señas salvadoreña, redacción y escritura legible para una fácil lectura, capacidad de trabajo en equipo, manejo de la tecnología de la información y salud pública.
- b) Desarrollo de competencias específicas para realizar análisis básicos del estado nutricional, salud bucal e identificación de los síndromes geriátricos y otras enfermedades, así como evaluación del funcionamiento físico, mental, intelectual y sensorial para brindar la atención adecuada.
- c) Desarrollo educación continua en atención geriátrica básica para profesionales de salud desarrollando los siguientes ejes temáticos: gerontología y envejecimiento; introducción a la geriatría; atención integral a la persona adulta mayor; síndromes

geriátricos;cuidados de enfermería y nutrición; psicología y envejecimiento; rehabilitación en la persona adulta mayor; buenas prácticas en el manejo de la persona adulta mayor ; educación y apoyo a cuidadores; promoción del trato humanizado a la persona adulta mayor y cuidados paliativos y preparación para la muerte.

### **Del contenido curricular**

**Art. 24.-** El Minsal en coordinación con las instituciones del sistema, gestionará ante las instituciones formadoras, la incorporación de la gerontología y geriatría en el contenido curricular de pregrado y postgrado de las profesiones relacionadas a la salud, a través de las siguientes líneas de acción:

- a) Desarrollar programas de capacitación y especialización al personal del sistema nacional de salud, con énfasis en quienes desarrollan actividades de atención o cuidados a personas adultas mayores.
- b) Fortalecer al recurso humano técnico y auxiliar orientado a la atención de la persona adulta mayor con discapacidad severa y con dependencia de asistencia o cuidados.
- c) Fortalecer la detección temprana y atención integral oportuna de las enfermedades neurodegenerativas con énfasis en demencias
- d) Transversalizar el enfoque de derechos y de género de las personas adultas mayores en los procesos de formación y capacitación del personal que forman parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.
- e) Desarrollar procesos de formación con enfoque inclusivo de gestión de riesgo y desastres.

### **De la formación especializada del talento humano en geriatría**

**Art. 25-** Las instituciones del SNIS de forma coordinada deben gestionar la formación y acreditación del talento humano en gerontología y geriatría en los hospitales escuela, ante las instituciones de educación superior y la Dirección Nacional de Educación Superior del MINEDUCYT. Para ello deben presentar el perfil requerido y la propuesta curricular para la formación del profesional que se quiera formar en gerontología y geriatría en dichos hospitales.

### **De la gestión de cooperación**

**Art. 26.-** Es responsabilidad de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, gestionar cooperación técnica especializada para incrementar la cobertura en los servicios de salud para la atención geriátrica, a través de convenios con universidades nacionales e internacionales, para formar recursos humanos especializados en gerontología y geriatría.

### **Procesos de capacitación a cuidadores no formales**

**Art.27.-** El personal de salud debe identificar cuidadores no formales y desarrollar con ellos los procesos de capacitación continua para generar los siguientes elementos:

- a) Conocimientos básicos en cuidados geriátricos.
- b) Conocimiento de los programas de soporte psicológico y social al cuidador y su familia.

### **Fomento de la investigación**

**Art. 28.-** El Instituto Nacional de Salud debe fomentar la investigación sobre el proceso de envejecimiento, la vejez y las diferentes etapas y todas aquellas enfermedades prevalentes en esta etapa, basada en la determinación social de la salud y bajo los principios de género, etnia, discapacidad, protección social, derechos humanos y diversidad sexual, con el objetivo de crear evidencia científica que permita sustentar políticas públicas.

### **Infraestructura**

**Art.29.-** Las instituciones del SNIS deben incorporar entornos sanitarios que respondan a las necesidades de las personas adultas mayores( geriatización de los servicios), tomando en cuenta la reducción progresiva de la capacidad funcional con la edad; adecuando escenarios para preservar y mantener la función, aplicando el diseño universal de acuerdo en la establecido en la Norma Técnica Salvadoreña NTS11.69.01:14, "*Accesibilidad al medio físico. Urbanismo y Arquitectura. Requisitos.*", para los proyectos de nuevas edificaciones o proyectos de mejora de las edificaciones ya existentes.

### **Criterios para medición de fragilidad en la persona adulta mayor**

**Art.30.-** El personal de salud debe considerar, que toda persona adulta mayor frágil está en riesgo de desarrollar una condición que requiera de cuidados especiales, por lo cual para la elaboración de planes de cuidados, en correspondencia a los resultados de la evaluación geriátrica (condiciones biológicas, psicológicas, sociales y funcionales) se desarrollarán según los siguientes criterios de fragilidad:

- a) Pérdida involuntaria de peso,
- b) Baja energía o agotamiento,
- c) Lentitud en la movilidad,
- d) Debilidad muscular,
- e) Baja actividad física y escalas de valoración geriátrica.

### **Del paciente geriátrico dependiente**

**Art.31-** El personal de salud debe diseñar, coordinar y dirigir programas de promoción, prevención y atención a la enfermedad y rehabilitación, a fin de garantizar que la persona adulta mayor dependiente sea usuaria de la atención integral en salud, asimismo dirigir y supervisar el cumplimiento y fortalecimiento de los mismos.

### **Del monitoreo y supervisión**

**Art. 32.-** Las instituciones del SNIS deben monitorear y supervisar la aplicación de ésta norma para lo cual se desarrollarán acciones en cada uno de los niveles de atención de las instituciones del SNIS.

## **Capítulo V**

### **Disposiciones Finales**

#### **Sobre la obligatoriedad de la denuncia**

**Art. 33.-** En caso de violaciones a los derechos humanos en el proceso de atención en salud, es obligatorio para todo el personal dar aviso a las jefaturas correspondientes, las cuales deben seguir los procedimientos legales pertinentes según lo escrito en las Leyes administrativas reguladoras (Ley de procedimientos administrativos, Ley de derechos y deberes de los usuarios y prestadores de servicios de salud y demás).

#### **Del incumplimiento de la Norma**

**Art. 34.-** En caso de incumplimiento a la presente Norma, se procederá a aplicar las sanciones y exigir el cumplimiento de las obligaciones incumplidas en conformidad a lo prescrito en las Leyes administrativas correspondientes.

#### **De lo no previsto**

**Art. 35.-** Todo lo que no esté previsto en la presente Norma, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando técnica y jurídicamente las razones de lo no previsto.

#### **Anexos**

#### **Art. 36.- Forman parte de esta norma los anexos siguientes:**

- Anexo 1: Historia clínica (ficha de inscripción para la atención de la persona adulta mayor)
- Evaluación funcional (Test de Tamizaje Funcional) que incluye los siguientes instrumentos de evaluación:
- Anexo 2. Actividades básicas de la vida diaria.
- Anexo 3: Actividades Instrumentales de la vida diaria.
- Anexo 4: Evaluación de la Marcha y equilibrio
- Anexo 5: MMSE Evaluación Cognitiva.
- Anexo 6: GDS Escala de Depresión Geriátrica Abreviada.
- Anexo 7: Minitamizaje de Nutrición en la comunidad.
- Anexo 8. Evaluación Visual.
- Anexo 9: Evaluación Auditiva.
- Anexo 10: Incontinencia Urinaria.
- Anexo 11. Test de BARTHEL.
- Anexo 12. Hoja de control preventivo anual.

**Vigencia**

**Art.37.-** La presente Norma entrará en vigencia el día de su publicación en el Diario Oficial.  
**COMUNÍQUESE.**

San Salvador, 6 días del mes de febrero de dos mil veinte



**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek**  
**Ministra de Salud**



# Anexos

## Anexo 1

### MINISTERIO DE SALUD ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LA PERSONA ADULTA MAYOR

#### Historia clínica

FECHA: \_\_\_\_\_

N° EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

Datos generales del paciente:					
Nombre:				Edad:	Sexo:
Ocupación:			Ingreso:		
Casado:	Viudo:	Divorciado:	Soltero :	Acompañado:	
Tiene cuidador: si _____ no _____		Parentesco: _____			
Nombre del cuidador:		Ocupación: _____			
<b>Presente enfermedad</b>					
Consulta por:					
<b>Antecedentes personales</b>					
	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial			Anemias:		
Diabetes			Enfermedad renal crónica		
Dislipidemias			Enfermedades hepáticas:		
Osteoartritis			Osteoporosis		
Enfermedad cerebro vascular( ECV)			Enfermedad pulmonar obstructiva crónica :		
			Neumonía		
			Tb		
Enfermedad			Enfermedades gastro-intestinales:		

neurodegenerativa: Demencia tipo Alzheimer			Enfermedades Tiroideas:		
Demencia vascular			Traumatismos y fracturas, describir: ( dia/mes/año):		
Parkinson			Hospitalizaciones en el último año: Motivos:		
Depresión/ Ansiedad					
Enfermedad cadio vascular( ICC,Infarto, arritmias)			Transfusiones		
Cáncer			Intervenciones quirúrgicas:		
Cáncer de cervix/mama			Deficiencia de agudeza visual:		
Cáncer de próstata			Deficiencia de la audición:		
Otros:			Desnutrición / obesidad		
Descripción de antecedentes y otros:			Alcoholismo		
			Tabaquismo		
			Otras adicciones:		
Vacunas:					
Influenza					
Neumococo					
Dt (tétanos)					
Medicamento de uso frecuente: N.º: Nombre: Dosis:					

<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Demencias		
Enfermedad cardiovascular		
Enfermedad pulmonar y Tb		
Diabetes		
Cáncer		
Enfermedades mentales		
Otras:		

**Observaciones:**

<b>Síndromes geriátricos que presenta</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Inmovilidad		
Integridad de piel (úlceras por presión)		
Inteligencia alterada (demencia y confusión)		
Inestabilidad (caídas y Trastornos de la marcha)		
Inanición (desnutrición)		
Introversión (depresión)		
Incontinencia		
Impactación fecal (estreñimiento)		
Inmunodeficiencia (infecciones)		
Insuficiencia sensorial (deterioro de vista/oido)		
Polifarmacia		
Indigencia (falta de recursos)		
Situación enfermedad terminal		

Fecha de toma de  
Citología: \_\_\_\_\_  
Resultado:

Fecha examen de  
Próstata: \_\_\_\_\_  
Resultado:

Adulto Mayor en Abandono Si \_\_\_ No\_\_\_ Con Abuso Si \_\_\_ No\_\_\_ Con Maltrato Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_

Tipo de intervención:

### Examen físico

Peso:	Talla:	Temperatura:	T.A.:
I.M.C.: kg/mt <sup>2</sup> : 23 kg/mt <sup>2</sup> Normal >27 kg/mt <sup>2</sup> Obeso <22 kg/mt <sup>2</sup> Desnutrido		F. C.: Pulso:	F. R.:

### Evaluación por sistemas

	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal
Piel			Boca			Abdomen		
Cabeza			Cuello			Genitales		
Ojos			Cardiovascular			Miembros superiores		
Oídos			Pulmonar			Miembros inferiores:		
Nariz			Tórax					

Observaciones:

<b>Aplicación test</b>			
Evaluación ABVD:	Puntaje	Evaluación de Depresión :	Puntaje
Evaluación AIVD:		Evaluación Nutricional:	
Evaluación de Equilibrio		Evaluación Auditiva:	
Evaluación de Marcha:		Incontinencia Urinaria:	
Evaluación Cognitiva:		Evaluación Visual:	
<b>Observaciones:</b>			
Clasificación de categoría de adulto mayor:  1. Sano 2. Enfermo 3. Frágil 4. Dependiente	Si	No	
<b>Odontología</b>			
Edéntulo: Total____ Parcial____ Uso de Prótesis dental: Si____ No __ Aftas/Úlceras Bucales: Si__ No__			
Abceso Bucal o Inflamación: Si____ No __ Dolor Dental: Si__ No __ Halitosis: Si__ No__			
<b>Observaciones:</b>			
<b>Exámenes de laboratorio ( Indicados y resultados)</b>			
	Resultado		Resultado
HT. y HB.		Colesterol :	
Glicemia		Triglicéridos:	
Creatinina:		Heces:	
Ácido Úrico:		Orina:	
ETS-VIH: (Según		Heces + sangre oculta en	

Diagnóstico)		heces	
E.C.G. (Cuando amerite)		Nitrógeno ureico:	
HDL : (Cuando amerite)		Rx Tórax A P (Cuando amerite)	
LDL: (Cuando amerite)			
Observaciones:			
Diagnóstico:			Firma y Sello
<b>Tratamiento:</b>			
Otros:			
<b>Plan de intervención por categoría de adulto mayor:</b>			
Referencia a:			
Próximo Control Preventivo:			
Referir su incorporación a:			
Club de Adultos mayores: Especificar:		Grupo de Autoayuda : Especificar:	
Personal de Salud responsable del llenado:			

## Anexo N° 2

### Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Índice de Katz

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del retrete, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones. H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación: Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve. Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada. Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa

Bañarse (con esponja, ducha o bañera):

**Independiente:** necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

**Dependiente:** necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

Vestirse:

**Independiente:** coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

**Dependiente:** no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete:

**Independiente:** accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

**Dependiente:** usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

Movilidad:

**Independiente:** entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

**Dependiente:** precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia:

**Independiente:** control completo de micción y defecación.

**Dependiente:** incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

Alimentación:

**Independiente:** lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

**Dependiente:** precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.



### Anexo N° 3

Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Escala de Lawton  
La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto. Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, mientras que una suma de 8 puntos expresaría una independencia total.

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
<b>Capacidad para usar el teléfono:</b>	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
<b>Hacer compras:</b>	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
<b>Preparación de la comida:</b>	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>cuidado de la casa:</b>	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>Lavado de la ropa:</b>	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>uso de medios de transporte:</b>	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1

- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	<b>1</b>
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	<b>1</b>
- Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	<b>0</b>
- No viaja	<b>0</b>
<b>Responsabilidad respecto a su medicación:</b>	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	<b>1</b>
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	<b>0</b>
- No es capaz de administrarse su medicación	<b>0</b>
<b>Manejo de sus asuntos económicos:</b>	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	<b>1</b>
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	<b>1</b>
- Incapaz de manejar dinero	<b>0</b>
<b>Puntuación total:</b>	

**1** Traducido y adaptado con permiso de *Modules in Clinical Geriatrics* by Blue Cross and Blue Shield Association and the American Geriatrics Society.

## Anexo N° 4

### Get Up and Go (Prueba cronometrada de levántate y anda)

#### Objetivo:

Evaluar la movilidad básica en personas mayores y sus probables trastornos de la marcha y balance.

#### Descripción:

La "prueba cronometrada de levántate y anda" es una prueba auxiliar en el diagnóstico de trastornos de la marcha y el balance y su asociación con un riesgo de caídas determinado. Sus ventajas son la rapidez y facilidad para realizarla así como el poco requerimiento de material y espacio físico, en ella la persona puede usar su calzado habitual y cualquier dispositivo de ayuda que normalmente use.

#### Requerimientos:

Silla sin descansabrazos.

Flexómetro.

1 Cono slalom.

Formato impreso.

Bolígrafo.

Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Marcas visibles de las líneas de inicio (silla) y de fin de un trayecto de 3 metros, con cono como indicador.

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

#### Instrucciones:

1. Indicarle a la persona mayor, sentarse en la silla con la espalda apoyada en el respaldo.
2. Pídale a la persona que se levante de la silla, camine a paso normal una distancia de 3 metros, haga que la persona de la vuelta, camine nuevamente hacia la silla y se vuelva a sentar.
3. Mida el tiempo en que la persona mayor realiza la prueba. El cronometraje comienza cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.
4. Dar un intento de prueba

#### Calificación:

- Anote el tiempo medido expresado en segundos.

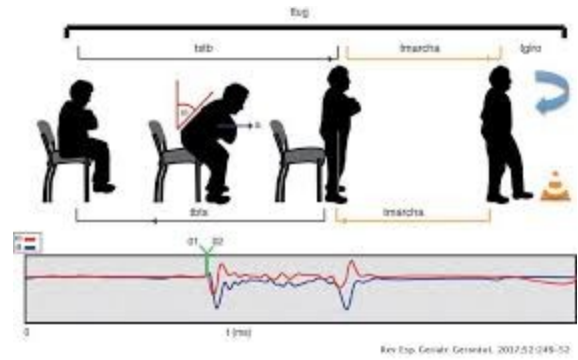
#### Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo a los resultados se considera las siguientes categorías:

- Normal: <10 segundos.
- Discapacidad leve de la movilidad: 11-13 segundos.
- Riesgo elevado de caídas: >13 segundos.

**Interpretación:**

- Normal: <10 segundos.
- Discapacidad leve de la movilidad: 11-13 segundos.
- Riesgo elevado de caídas: >13 segundos.



## **Anexo N° 5**

### **Evaluación cognitiva (MMSE)**

El MMSE es un test que tiene alta dependencia del lenguaje y consta de varios ítems relacionados con la atención.


Se puede realizar en 5-10 minutos según el entrenamiento de la persona que lo efectúa. Evalúa la orientación, el registro de información, la atención y el cálculo, el recuerdo, el lenguaje y la construcción. Cada ítem tiene una puntuación, llegando a un total de 30 puntos.

Para poder efectuar el MMSE es necesario que el paciente se encuentre vigil y lúcido.

Es necesario realizar el test en un ambiente confortable, sin ruidos e interrupciones. Antes de comenzar con el MMSE es importante tomar nota de:

- Nombre y Apellido del paciente
- Edad
- Años de estudio
- Preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria.
- Explicar el al paciente en términos similares a este: "¿Podría hacerle un test para valorar su memoria?"

## EVALUACION COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO 1

<p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Mes _____</p> <p>Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Día: _____ Mes: _____ Año: _____</p> <p>Anote un punto por cada respuesta. Día: _____ Semana: _____</p> <p style="text-align: right;">Total: _____</p>	
<p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.</p>	<p>Árbol: _____</p> <p>Mesa: _____</p> <p>Avión: _____</p>
<p>Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.</p>	<p>Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p>
<p>Número de repeticiones: _____ Total: _____</p>	
<p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9</p>	<p>Respuesta Paciente: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>Respuesta Correcta: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">9 7 5 3 1</span></p> <p>Total: _____</p>
<p>Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.</p>	
<p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Coloca: _____</p>	<p>Toma papel: _____</p> <p>Dobla: _____</p>
<p>Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p>	
<p>5. Hace un momento leí una serie de 3 palabras y Ud. Repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Avión: _____</p>	<p>Árbol: _____</p> <p>Mesa: _____</p>
<p>Anote un punto por cada objeto recordado.</p>	
<p>Total: _____</p>	
<p>6. Por favor copie éste dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se Cruzan. La acción está correcto si los dos pentágonos se cruzan Y forman un cuadrilátero:</p>	<p>Correcto: _____</p>
	<p>Anote un punto si el objeto está dibujado correcto.</p>
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-left: auto;"></div>	
<p>SUME LOS PUNTOS ANOTADOS :</p>	

1 Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. "Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatry Res 1975, 12: 189-198. Modificado por Icaza, MG, Albala C. "Mini-mental State Examination (MMSE): el estudio de demencias en Chile," OPS/OMS, 1999.

## Anexo N° 6

### Escala de depresión geriátrica abreviada

Instrucciones: Responda a cada una de las siguientes preguntas según como se ha sentido Ud. durante la última semana.

	PREGUNTA		
1	¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida?	si	no
2	¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	si	no
3	¿Siente que su vida está vacía?	si	no
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	si	no
5	¿Está Ud., de buen ánimo la mayoría del tiempo?	si	no
6	¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	si	no
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	si	no
8	¿Se siente con frecuencia desamparado?	si	no
9	¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	si	no
10	¿Siente Ud. que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	si	no
11	¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	si	no
12	¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente?	si	no
13	¿Se siente lleno de energía?	si	no
14	¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	si	no
15	¿Cree Ud., que las otras personas están en general, mejor que Usted?	si	no
Suma todas las respuestas SI en mayúsculas o NO en mayúsculas			
o sea: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0			
TOTAL : _____			

Las respuestas correctas son afirmativas en los ítems: 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14 y 15.

Las respuestas correctas son negativas en los ítems: 1, 5, 7, 11 y 13.

Cada respuesta errónea puntúa 1.

Los puntos de corte son:

0 – 5: Normal

6 – 10: Depresión moderada

Más de 10: Depresión severa

## Anexo N° 7

Minitamizaje de nutrición en la comunidad

Objetivo: Evaluación del estado nutricional de una persona.

Descripción: Se trata de una escala heteroadministrada Si la suma de las respuestas de la primera parte -Test de cribaje- es igual o inferior a 10, es necesario referir al nutricionista para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente.

PREGUNTAS	PUNTAJE
Tiene alguna enfermedad o condición que le haga cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come.	2
Come menos de dos comidas al día.	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche.	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días.	2
Tiene problemas con los dientes o la boca, que le dificultan el comer.	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita.	4
Come solo la mayor parte de las veces.	1
Toma al día: tres o más medicinas diferentes, recetadas o sin recetas.	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 5 Kg (10 lb.) de peso, en los seis últimos meses.	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2
TOTAL	

### Si la puntuación total es:

0 – 2	La persona <i>no está en riesgo nutricional</i> .
3 - 5	La persona está en <i>riesgo nutricional moderado</i> . Asesore a la persona de cómo puede mejorar su estado nutricional y vuelva a evaluarlo en 3 meses.
6 ó más	La persona está en <i>riesgo nutricional alto</i> . Requiere examen más exhaustivo de su estado nutricional.

Fuente : Unidad por el Derecho a la Salud Atención En Salud del Adulto Mayor



## Anexo n° 8

### Evaluación de la agudeza visual

**Objetivo:** Evaluación de la agudeza visual

**Descripción:** La ubicación habitual de la tabla optométrica o Cartilla de Snellen, es en una pared que está a 20 pies (6 metros) de distancia de los ojos.

**Interpretación:** Una visión de 20/20 se considera normal y significa que puede leer a 20 pies una letra que la mayoría de las personas *debe* leer a 20 pies.

Si durante la prueba de la visión puede leer la letra E grande en la parte superior, pero ninguna de las letras debajo de ella, su visión se considera como 20/200. Eso significa que usted puede leer a 20 pies una letra que otras personas con visión normal leen a 200 pies (61 metros); de manera que 20/200 quiere decir que la agudeza visual es muy deficiente.

E

$\frac{20}{200}$

E M

$\frac{20}{60}$

W E W

$\frac{20}{50}$

E M E W

$\frac{20}{40}$

\_\_\_\_\_

$\frac{20}{30}$

W W W W W

$\frac{20}{25}$

W W W W W W W

## Anexo N° 9

### Evaluación auditiva (rápida)

**Objetivo:** Determinar si hay una pérdida progresiva de la audición

**Aplicación:** Escala de evaluación heteroadministrada con una duración de 10 minutos.

**Condición:** A puerta cerrada con el menor ruido o interferencia ambiental posible.

PREGUNTA	SI 4	Algunas veces 2	NO 0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene dificultad para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a eventos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le causan dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Un problema para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a algún lugar? Ej: restaurantes u otros			
Total			

### Interpretación: Rango de puntos de 0-40

0-8: Sin alteración autopercebida

10-22: Con dificultad leve a moderada

24-40: Dificultad significativa

**Anexo N° 10**  
**Cuestionario de incontinencia urinaria**

1- Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)

- |    |                      |          |
|----|----------------------|----------|
| A- | Nunca                | 0 puntos |
| B- | Una vez a la semana  | 1        |
| C- | 2-3 veces por semana | 2        |
| D- | Una vez al día       | 3        |
| E- | Varias veces al día  | 4        |
| F- | Continuamente        | 5        |

2- Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- |    |                       |          |
|----|-----------------------|----------|
| A- | No se me escapa nada  | 0 puntos |
| B- | Muy poca cantidad     | 2        |
| C- | Una cantidad moderada | 4        |
| D- | Mucha cantidad        | 6        |

3- En qué medida estos escapes de orina que tiene, han afectado su vida diaria? Califique del 1 al 10.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4- Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a usted.

- Nunca
- Antes de llegar al servicio
- Al toser o estornudar
- Mientras duerme
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
- Sin motivo evidente
- De forma continua

Puntuación:

Sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de incontinencia urinaria cualquier puntuación mayor a cero.

**Anexo 11.**  
**Test de BARTHEL**

**Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)**

**Población diana:** Población adulta mayor con dependencia transitoria o permanente

**Objetivo:** Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems.

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos.

A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia.

Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son: - 0-20 dependencia total - 21-60 dependencia severa - 61-90 dependencia moderada - 91-99 dependencia escasa - 100 independencia

<b>Comer</b>		
<b>10</b>	<b>Independiente</b>	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
<b>5</b>	<b>Necesita ayuda</b>	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
<b>0</b>	<b>Dependiente</b>	Necesita ser alimentado por otra persona
<b>Lavarse – bañarse –</b>		
<b>5</b>	<b>Independiente</b>	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin

		estar una persona presente
<b>0</b>	<b>Dependiente</b>	Necesita alguna ayuda o supervisión
<b>Vestirse</b>		
<b>10</b>	<b>Independiente</b>	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
<b>5</b>	<b>Necesita ayuda</b>	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
<b>0</b>	<b>Dependiente</b>	
<b>Arreglarse</b>		
<b>5</b>	<b>Independiente</b>	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
<b>0</b>	<b>Dependiente</b>	<b>Necesita alguna ayuda</b>
<b>Deposición</b>		
<b>10</b>	<b>Contínente</b>	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo

5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro
<b>Micción - valorar la situación en la semana previa –</b>		
10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente Ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
<b>Ir al retrete</b>		
10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena . Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda ( puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar

		el retrete
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor
<b>Trasladarse sillón/cama</b>		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran Ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado
<b>Deambulaci3n</b>		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10	Necesita ayuda	supervisi3n o pequea



		ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
<b>Subir y bajar escaleras</b>		
10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)
Fecha		
Puntuación total		

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeiti

Anexo N.º 12

**Ministerio de Salud**  
**ATENCIÓN EN SALUD DEL ADULTO MAYOR**  
**Hoja de control preventivo anual**

**Historia clínica**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nº EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_

Datos generales del paciente:					
Nombre:			Edad:		Sexo:
Ocupación:			Ingreso:		
Casado:		Viudo:	Divorciado:	Soltero :	Acompañado:
Tiene cuidador: si _____ no _____			Parentesco: _____		
Nombre del cuidador:			Ocupación: _____		
<b>Presente enfermedad</b>					
Consulta por:					
<b>Antecedentes personales</b>					
	Si	No		Si	No
Hipertensión arterial			Anemias:		
Diabetes			Enfermedad renal crónica		
Dislipidemias			Enfermedades hepáticas:		
Osteoartritis			Osteoporosis		
Enfermedad cerebro vascular( ECV)			Enfermedad pulmonar obstructiva crónica :		
			Neumonía		
			Tb		
Enfermedad			Enfermedades gastro-intestinales:		

neurodegenerativa: Demencia tipo Alzheimer			Enfermedades Tiroideas:		
Demencia vascular			Traumatismos y fracturas, describir: ( dia/mes/año):		
Parkinson			Hospitalizaciones en el último año: Motivos:		
Depresión/ Ansiedad					
Enfermedad cardio vascular(ICC,Infarto, arritmias)			Transfusiones		
Cáncer			Intervenciones quirúrgicas:		
Cáncer de cervix/mama			Deficiencia de agudeza visual:		
Cáncer de próstata			Deficiencia de la audición:		
Otros:			Desnutrición / obesidad		
Descripción de antecedentes y otros:			Alcoholismo		
			Tabaquismo		
			Otras adicciones:		
Vacunas:					
Influenza					
Neumococo					
Dt (tétanos)					
Medicamento de uso frecuente: N.º: Nombre: Dosis:					
<b>Observaciones:</b>					

Síndromes geriátricos que presenta	Si	No
Inmovilidad		
Integridad de piel (úlceras por presión)		
Inteligencia alterada (demencia y confusión)		
Inestabilidad (caídas y Trastornos de la marcha)		
Inanición (desnutrición)		
Introversión (depresión)		
Incontinencia		
Impactación fecal (estreñimiento)		
Inmunodeficiencia (infecciones)		
Insuficiencia sensorial (deterioro de vista/oido)		
Polifarmacia		
Indigencia (falta de recursos)		
Situación enfermedad terminal		

Fecha de toma de Citología: _____ Resultado: _____	Fecha examen de Próstata: _____ Resultado: _____
---	---

Adulto Mayor en Abandono Si \_\_\_ No\_\_\_ Con Abuso Si \_\_\_ No\_\_\_ Con Maltrato Si \_\_\_ No \_\_\_  
Tipo de intervención:

**Examen físico**

Peso:	Talla:	Temperatura:	T.A.:
I.M.C.: kg/mt <sup>2</sup> : 23 kg/mt <sup>2</sup> Normal >27 kg/mt <sup>2</sup> Obeso <22 kg/mt <sup>2</sup> Desnutrido	F. C.:	Pulso:	F. R.:

**Evaluación por sistemas**

	Normal	Anormal		Normal	Anormal		Normal	Anormal
Piel			Boca			Abdomen		
Cabeza			Cuello			Genitales		
Ojos			Cardiovascular			Miembros superiores		
Oídos			Pulmonar			Miembros inferiores:		
Nariz			Tórax					

<b>Aplicación test</b>			
Evaluación Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):	Puntaje	Evaluación de Depresión :	Puntaje
Evaluación de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):		Evaluación Nutricional:	
Evaluación de Equilibrio		Evaluación Auditiva:	
Evaluación de Marcha:		Incontinencia Urinaria:	
Evaluación Cognitiva:		Evaluación Visual:	
<b>Observaciones:</b>			
Clasificación de categoría de adulto mayor:  1. Sano 2. Enfermo 3. Frágil 4. Dependiente	Si	No	
<b>Odontología</b>			
Edéntulo: Total____ Parcial____ Uso de Prótesis dental: Si____ No __ Aftas/Úlceras Bucales: Si__ No__			
Absceso Bucal o Inflamación: Si____ No __ Dolor Dental: Si__ No __ Halitosis: Si__ No__			
<b>Observaciones:</b>			

### Exámenes de laboratorio ( Indicados y resultados)

	Resultado		Resultado
HT. y HB.		Colesterol :	
Glicemia		Triglicéridos:	
Creatinina:		Heces:	
Ácido Úrico:		Orina:	
ETS-VIH: (Según Diagnóstico)		Heces + sangre oculta en heces	
E.C.G. (Cuando amerite)		Nitrógeno ureico:	
HDL : (Cuando amerite)		Rx Tórax A P (Cuando amerite)	
LDL: (Cuando amerite)			
Observaciones:			
Diagnóstico:			Firma y Sello
<b>Tratamiento:</b>			
Otros:			
<b>Plan de cuidados por categoría de adulto mayor:</b>			
Referencia a:			
Próximo Control Preventivo:			
Referir su incorporación a:			
Club de Adultos mayores: Especificar:		Grupo de Autoayuda : Especificar:	
Personal de Salud responsable del llenado:			

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

*Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, capítulo IV.*

*Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Perspectiva regional y de derechos humanos.: S. Huenchuan (ed.), Libros de la CEPAL, N° 154 (LC/PUB.2018/24-P), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2018.*

*Arriola Manchola, E. (1997).*

*Geriatría y Gerontología para el médico internista. 1.a edición, 2012 Derechos reservados )*