



RESOLUCIÓN No. 692
de 11 de Septiembre de 2026

Que aprueba el formulario denominado Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor, la Hoja de Evolución y su respectivos instructivos de llenado, para su utilización en todas las instalaciones del Ministerio de Salud que brindan atención primaria de salud en el país.

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como un estado de completo bienestar físico, mental y social.

Que el Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, que crea el Ministerio de Salud, le atribuye la formulación, ejecución, supervisión y evaluación del Plan Nacional de Salud, así como la coordinación de todos los recursos institucionales orientados a garantizar la salud de la población.

Que el Decreto Ejecutivo No. 75 de 27 de febrero de 1969, señala que es función de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud, mantener la actualización de las normas y documentación técnica, respondiendo a los compromisos nacionales e internacionales asumidos por el Estado en materia de envejecimiento saludable y salud pública.

Que la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y decisión libre e informada, consolida los datos básicos que deben contener las historias clínicas de los pacientes.

Que el Programa de Salud de las Personas Mayores del Ministerio de Salud, en respuesta a la necesidad de actualizar los marcos normativos que orientan la atención integral de este grupo poblacional, desarrolló un proceso de diálogo programático presencial con directores, coordinadores nacionales y regionales. Esta iniciativa permitió identificar y abordar las necesidades emergentes derivadas de los cambios demográficos, científicos y tecnológicos que impactan a la población mayor, en concordancia con los lineamientos internacionales que promueven una atención centrada en la persona.

Que el Decreto Ejecutivo No. 393 de 14 de septiembre de 2015, adopta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), vinculados directamente a la Política No. 3 y el Ministerio de Salud: "lograr el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud con equidad, eficiencia y calidad".

Que la Ley 36 de 2 de agosto de 2016, modificada por la Ley 149 de 24 de abril de 2020 y complementada por normas como la Ley 431 de 25 de abril de 2024, constituyen el marco jurídico de protección integral de los derechos de las personas adultas mayores en Panamá y consigna las responsabilidades del Estado en la modernización de las entidades involucradas en la implementación de políticas públicas orientadas hacia las personas mayores.

Que el Decreto Ejecutivo No. 420 de 31 de octubre de 2018, aprueba el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque poblacional, familiar y comunitario, el cual establece como principios rectores la atención centrada en las personas, la familia



y las comunidades, la equidad en el acceso, la continuidad del cuidado y la acción intersectorial, principios fundamentales para garantizar la atención integral de las personas mayores.

Que la Resolución No. 213 de 7 de abril de 2026, aprueba la Norma Técnico-Administrativa del Programa de Salud de Personas Adultas Mayores, para su utilización en todas las instalaciones del sistema público de salud, la cual incorpora enfoques en la atención de este grupo etario relacionados con el curso de vida, envejecimiento saludable, derechos humanos, intersectorialidad e innovación tecnológica.

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO. Aprobar el formulario denominado Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor, con su respectivo instructivo, para su utilización en todas las instituciones del Ministerio de Salud que ofrezcan atención primaria de salud en el país, que se reproduce en los Anexos 1 y 2, que forman parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO. El médico debe actualizar cada tres (3) años la información del paciente en la Historia Clínica de las Personas Adultas Mayores.

ARTÍCULO TERCERO. Aprobar el formulario denominado Hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor, con su respectivo instructivo, para su utilización en todas las instituciones del Ministerio de Salud que ofrezcan atención primaria de salud en el país, que se reproduce en los Anexos 3 y 4, que forman parte integral de la presente Resolución.

ARTÍCULO CUARTO. El médico debe actualizar anualmente la información del paciente en la Hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor.

ARTÍCULO QUINTO. Le corresponde a la Dirección General de Salud Pública, a través de la Sección de Salud de Personas Adultas Mayores del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población del Ministerio de Salud, la responsabilidad de divulgar, monitorear y evaluar el cumplimiento de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor y la hoja de Evolución aprobadas a través de esta Resolución.

ARTÍCULO SEXTO. La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO. Constitución Política de la República, Decreto de Gabinete No. 1 de 15 de enero de 1969, Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, Ley 36 de 2 de agosto de 2016, modificada por la Ley 149 de 24 de abril de 2020, Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, Decreto Ejecutivo No. 393 de 14 de septiembre de 2015, Decreto Ejecutivo No. 420 de 31 de octubre de 2018, Resolución No. 213 de 7 de abril de 2026.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



FERNANDO BOYD GALINDO
Ministro de Salud





ANEXO 1

Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor





FACTORES DE RIESGO									
Tabaquismo TEST DE FAGERSTRÖM					DROGAS ILICITAS				
1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse? ☐ Menos de 5 minutos ☐ De 6 a 30 minutos ☐ De 31 a 60 minutos ☐ Más de 60 minutos 3 2 1 0					Marihuana Cocaína Si No ☒ ☐ ☒ ☐ Otras Especifique: Si No ☐ ☐				





VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL (VGI)

ÍNDICE DE BARTHEL

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

ACTIVIDAD	MARQUE LA OPCIÓN	PUNTAJE OBTENIDO
Baño/Ducha	☐ 5 - Independiente: Se baña completo y entra/sale sin ayuda. ☐ 0 - Dependiente.	
Vestido	☐ 10 - Independiente. ☐ 5 - Necesita ayuda parcial. ☐ 0 - Dependiente.	
Aseo personal	☐ 5 - Independiente. ☐ 0 - Dependiente.	
Uso del retrete (taza de baño)	☐ 10 - Independiente. ☐ 5 - Necesita ayuda. ☐ 0 - Dependiente.	
Uso de escaleras	☐ 10 - Independiente. ☐ 5 - Ayuda o supervisión. ☐ 0 - Dependiente.	
Traslado cama-sillón	☐ 15 - Independiente. ☐ 10 - Mínima ayuda. ☐ 5 - Gran ayuda. ☐ 0 - Dependiente.	
Desplazamiento	☐ 15 - Independiente. ☐ 10 - Ayuda. ☐ 5 - Independiente en silla de ruedas. ☐ 0 - Dependiente.	
Control de orina	☐ 10 - Continente. ☐ 5 - Incontinencia ocasional. ☐ 0 - Incontinente.	
Control de heces	☐ 10 Continente. ☐ 5 Incontinencia ocasional. ☐ 0 Incontinente.	
Alimentación	☐ 10 Independiente. ☐ 5 Necesita ayuda. ☐ 0 Dependiente.	
PUNTAJE TOTAL	100	____ / 100

INTERPRETACIÓN:

0-20: Dependencia total

21-60: Dependencia severa

61-90: Dependencia moderada

91-99: Dependencia leve

100: Independiente

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO:	Puntos
☐ 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 utiliza el teléfono	0

2. HACER COMPRAS:	Puntos
☐ Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
☐ Realiza independientemente pequeñas compras	0
☐ Necesita ir acompañado para cualquier compra	0
☐ Totalmente incapaz de comprar	0

3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA	Puntos
☐ 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

4. CUIDADO DE LA CASA	Puntos
☐ 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 casa	1
☐ No participa en ninguna labor de la casa	0

5. LAVADO DE LA ROPA	Puntos
☐ Lava por sí solo toda la ropa	1
☐ Lava por sí solo pequeñas prendas	0
☐ Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	Puntos
☐ Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
☐ Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
☐ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
☐ Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros	0
☐ No viaja	0

7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	Puntos
☐ Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada	1
☐ Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
☐ No es capaz de administrarse su medicación	0

8. CAPACIDAD PARA UTILIZAR DINERO	Puntos
☐ Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
☐ Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda con las grandes compras y en los bancos	1
☐ Incapaz de manejar dinero	0

Puntuación Total: 8 PUNTOS	TOTAL:
En Mujeres: (8 funciones) Dependencia total: 0-1 Dependencia grave: 2-3 Dependencia moderada: 4-5 Dependencia baja: 6-7 Independiente: 8	En hombres: (5 funciones) Dependencia total: 0 Dependencia grave: 1 Dependencia moderada: 2-3 Dependencia baja: 4 Independiente: 8

Riego de Caídas

Escala de Downton

1. Caídas previas	☐ No ☐ Si	0 1
2. Medicamentos	☐ Ninguno ☐ Tranquilizantes – sedantes ☐ Diuréticos ☐ Hipotensores (no diuréticos) ☐ Antiparkinsonianos ☐ Antidepresivos ☐ Otros medicamentos	0 1 1 1 1 1 1
3. Déficits sensoriales	☐ Ninguno ☐ Alteraciones visuales ☐ Alteraciones auditivas ☐ Alteraciones en extremidades (amputación, ictus, parálisis, etc.)	0 1 1 1
4. Estado mental	☐ Orientado ☐ Confuso	0 1
5. Deambulación	☐ Normal ☐ Segura con ayuda ☐ Insegura con/sin ayuda ☐ Imposible	0 1 1 1

Puntuación Total: _____

Resultado y Evaluación:

Puntaje Obtenido

0 a 1 punto

2 a 3 puntos

Mayor de 3 puntos (>3)

Nivel de Riesgo

Bajo Riesgo

Mediano Riesgo

Alto Riesgo

CUESTINARIO DE PFEIFFER

Existencia y Grado de deterioro cognitivo

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (1)*

2. ¿Qué día de la semana?

3. ¿En qué lugar estamos? (2)**

4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono ¿Cuál es su dirección completa?)

5. ¿Cuántos años tiene?

6. ¿Dónde nació?

7. ¿Cuál es el nombre del presidente?

8. ¿Cuál es el nombre del presidente anterior?

9. ¿Cuál es el nombre de soltera de su madre?

10. Reste de tres en tres desde 29 (3)***

(1)*Día, mes y año

(2)**Vale cualquier descripción correcta del lugar

(3)***Cualquier error hace errónea la respuesta

ERRORES	RESULTADOS
0 – 2	Valoración cognitiva normal
3 – 4	Deterioro leve
5 – 7	Deterioro moderado
8 - 10	Deterioro severo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario) se admite un error menos.

Gaceta Oficial Digital

Para verificar la autenticidad de una representación **GO6AAD532217E23**

en el sitio web www.gacetaoficial.gob.pa/validar-gaceta

[illegible]



EXPLORACIÓN FÍSICA			
INSPECCIÓN GENERAL		SIGNOS VITALES T°centígrados FC FR Presión Arterial sistólicadiastólica Peso kilogramos IMC Talla centímetros Cintura centímetros Riesgo 60 años y más 1. IMC <23 delgadez 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso 3. IMC ≥32 Obesidad 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >88cm si no	
Examen Físico Segmentario	Normal	Anormal	Descripción de alteraciones
Cabeza	☐	☒	
Ojos - Oídos - Nariz	☐	☒	
Boca - Garganta	☐	☒	
Cuello	☐	☒	
Tórax - Columna	☐	☒	
Mamas	☐	☒	
Corazón	☐	☒	
Pulmones	☐	☒	
Abdomen	☐	☒	
Genitourinario	☐	☒	
Rectal	☐	☒	
Extremidades Superiores	☐	☒	
Extremidades Inferiores	☐	☒	
Articulaciones	☐	☒	
Vascular Periférico	☐	☒	
Neurológico	☐	☒	
Otros (Especificar)	☐	☒	
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA			
BIOLÓGICA	PSICOLÓGICA		SOCIAL
PLAN DE MANEJO			
			CONSEJERÍA
			Dejar de fumar ☐
			Dejar de consumir Alcohol..... ☐
			Dejar de consumir drogas ilícitas ☐
			Estilo de vida saludable ☐
			Prácticas sexuales seguras ☐
			Prevención de caídas ☐
			Prevención de violencia..... ☐
			REFERENCIA
			Clínica de cesación..... ☐
			Salud mental..... ☐
			Salud nutricional..... ☐
			Salud bucal..... ☐
			Trabajo social..... ☐
			Geriatría..... ☐
			Medicina Familiar..... ☐
			Medicina Interna..... ☐
			Fisioterapia..... ☐
			Ginecología..... ☐
Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	Firma del profesional de salud	Referencia a especialista
Fecha	Fecha	Fecha	1er Nivel ☐ 2do Nivel ☒ 3er Nivel ☐





ANEXO 2

Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor





Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor

Consideraciones Generales

Este instrumento está diseñado para guiar a los profesionales de la salud en la atención integral de las personas adultas mayores. Durante el llenado del documento, preste especial atención a los apartados indicados con el color amarillo que significa **ALERTA**, ya que requieren vigilancia prioritaria.

I. Datos Sociodemográficos y de Identificación

Esta sección establece el perfil básico de la persona para su seguimiento y ubicación.

- **Nombre completo:** Registre el primer nombre, segundo nombre, apellido paterno, apellido materno y apellido de cónyuge si lo tiene.
- **Identidad y edad:** Anote el número de identificación (cédula o pasaporte), fecha de nacimiento (día, mes, año) y la edad calculada en años. Indicar si tiene seguridad social, condición laboral.
- **Características demográficas:** Domicilio, indique el sexo (M o F) y marque la etnia correspondiente (blanca, negra, indígena, asiática, otra). Si la persona es alfa beta y Estudios.
- **Si es donante de sangre**
- **Estado civil:** Seleccione si la persona es soltero(a), casado(a), se encuentra en unión estable u otro.
- **Ubicación y Contacto:** Detalle el domicilio incluyendo provincia, distrito, corregimiento, calle, casa/apartamento y un punto de referencia. Registre el nombre y teléfono del familiar de contacto en caso de urgencia.

II. Motivo de la Consulta

La persona expresa espontáneamente el motivo de su consulta.

III. Antecedentes Personales y Familiares

Marque con un gancho ("sí" o "no") la presencia de patologías y documente la fecha de inicio u observaciones relevantes. Si no recuerda el mes o año, colocar NR (No recuerda)

- **Enfermedades crónicas:** Indague sobre hipertensión arterial, diabetes, obesidad, dislipidemia y osteoporosis.
- **Afecciones sistémicas:** Registre enfermedades respiratorias (asma, EPOC, tuberculosis), renal, gastrointestinales, articular, infecto contagiosas, etc.
- **Eventos médicos mayores:** Documente antecedentes de cáncer, intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones.
- **Salud Mental y Social:** Pregunte sobre la presencia de enfermedades mentales, adicciones, violencia o problemas judiciales relacionados a violencia.





IV. Factores de Riesgo:

Esta sección contempla preguntas para medir riesgos sobre uso de tabaco, uso nocivo de alcohol, drogas ilícitas, alimentación inadecuada, actividad física insuficiente, ansiedad, relaciones sociales e interpersonales y vida sexual.

- Para el riesgo de tabaquismo se ha utilizado la prueba de Fagerstrom para identificar el nivel de dependencia del consumo nocivo de cigarrillos.
- El uso de drogas ilícitas, responder sí o no, según indique el usuario.
- Preguntas tipo Tamizajes para detectar riesgo de uso nocivo de alcohol como el AUDIT-C (acortado). Es un instrumento de tamizaje avalado por la OMS. Se brinda los valores para interpretar la prueba. En hombres con ≥ 4 puntos y mujeres con ≥ 3 puntos se consideran en riesgo.
- Preguntas con respuesta a escala tipo Likert sobre Alimentación y actividad física que se maneja en la Dirección Nacional de Nutrición de MINSA.
- Escala de ansiedad estandarizada Preguntas tamizaje de ansiedad. (Fuente: MINI. Mini International Neuropsychiatric Interview. Se especifica en texto que 2 preguntas dan resultado positivo es de riesgo).
- Tamizaje por riesgo de violencia en sus relaciones sociales e interpersonales son preguntas con respuesta por escala de Likert identifica la predisposición de la persona a actuar de forma agresiva si todas son positivas es un individuo con riesgo de violencia y requiere consejería.
- Vida sexual consta de 6 preguntas y dependiendo de la respuesta se le ofrece pruebas de VIH y Sífilis.
- Salud reproductiva indica en la historia obstétrica, tipo de menopausia y sangrado uterino.

V. Tamizajes

Registre la fecha y el resultado de los exámenes preventivos recomendados según la edad y sexo de la persona.

- **Salud Femenina:** Verifique la toma del Papanicolau en mujeres hasta los 65 años. Solicite mamografía en mujeres hasta los 74 años.
- **Salud Masculina:** Indague sobre el tamizaje de cáncer de próstata (tacto rectal o prueba de sangre) en hombres hasta 75 años de manera individualizada.
- **Salud General:** Verifique controles de salud general y bucal una vez por año, papanicolau, mamografía, cáncer de próstata, cáncer de colon y enfermedad renal.
- **Esquema de Vacunación:** Indague la aplicación de vacunas contra Tétano y Difteria (en los últimos 10 años), Influenza, Neumococo, Virus Sincitial Respiratorio y COVID-19.

Otros tamizajes:

- **Capacidad visual:** se pregunta a la persona cómo está la visión, y si afirma que tiene capacidad disminuida, se aplica tabla Snellen. Es una tarjeta estandarizada que se usa a distancia menor de 6 metros.
- **Capacidad auditiva:** a la persona se le hace pregunta única (Usted tiene algún problema de audición actualmente). Si la respuesta es afirmativa se refiere para confirmar la pérdida auditiva. Esta capacidad auditiva se puede medir mediante la aplicación **hearWHO** de la OMS que se puede encontrar en la **Google Store y App Store**, utiliza números de tres dígitos sobre un ruido de fondo para evaluar tu capacidad auditiva. Al finalizar, genera un





porcentaje de aciertos (del 0 al 100) y registra tu evolución a lo largo del tiempo.

Interpretación de los resultados:

Puntuación Alta (75% - 100%): Indica una buena capacidad auditiva. Identificas claramente los números incluso con ruido ambiental.

Puntuación media o baja (por debajo del 75%): Sugiere algún grado de dificultad para reconocer los sonidos y números sobre el ruido. Y debería ser referido para seguimiento por especialista.

Dirección y QR de la Aplicación: <https://qrco.de/bbQEIs>



VI. Aplicación de Escalas de Valoración Geriátrica Integral (VGI)

La historia clínica exige la aplicación de algunos cuestionarios estandarizados. A continuación, se explica la interpretación de cada una:

Herramienta	Propósito	Calificación e Interpretación
Índice de Barthel (ABVD)	Evalúa Actividades Básicas de la vida diaria (baño, vestido, aseo, traslados, control de orina/heces, alimentación).	El puntaje total es 100 (Independiente). De 0 a 20 indica dependencia total.
Escala de Lawton y Brody (AIVD)	Evalúa Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (uso de teléfono, dinero, transporte, medicamentos, etc.).	El puntaje máximo es 8 puntos (independiente). Un puntaje de 0-1 en mujeres o 0 en hombres representa dependencia total.
Escala de Downton	Mide el riesgo de caídas considerando factores como medicamentos, déficits sensoriales y estado mental.	De 0 a 1 punto es bajo riesgo, de 2 a 3 puntos es mediano riesgo, y mayor de 3 puntos (>3) es alto riesgo.





Herramienta	Propósito	Calificación e Interpretación
Cuestionario de Pfeiffer	Evalúa la existencia y el grado de deterioro cognitivo.	Se basa en el número de errores. De 0 a 2 es valoración cognitiva normal; 3-4 deterioro leve; 5-7 deterioro moderado y de 8 a 10 es deterioro severo.
Prueba de Yesavage	Evalúa factores asociados a la depresión.	Un puntaje de 0 a 5 es Normal, de 6 a 10 es Depresión moderada, y mayor a 10 es Depresión severa.

La pregunta de autovaloración de la salud, para su edad, cómo categoriza su salud: muy mala, mala, regular, bueno o excelente. Se responde según escala de Likert.

Valoración social la respuesta es a texto libre.

VII. Lista de Medicamentos Prescritos

- Se anotará el fármaco con el nombre genérico, su presentación y dosificación de aquellos medicamentos que la persona necesita tomar por cualquier afección crónica.

VIII. Estratificación del Riesgo

Con base en los hallazgos previos, la persona adulta mayor (de 60 años en adelante) debe ser clasificado en uno de los siguientes niveles para direccionar el plan de manejo preventivo o terapéutico: Siga los criterios descritos, clasifique en el recuadro la categoría que mejor ubica al usuario atendido.

- Bajo Riesgo:** Persona con 1 a 2 enfermedades crónicas controladas no potencialmente incapacitantes. La estrategia recomendada es la promoción de la salud, actividades preventivas y participación en grupos organizados.
- Riesgo Intermedio:** Persona con 3 a 4 enfermedades crónicas, polimedicación (3 o más medicamentos), índice de masa corporal <23 o >28, vive solo, bajo nivel socioeconómico, apoyo familiar inadecuado, necesidad de asistencia domiciliaria, dependencia leve o moderada, depresión moderada, o déficit cognitivo leve, aislamiento social. La estrategia combina cuidados profesionales con apoyo al autocuidado. (Con 1 solo criterio se categoriza).
- Riesgo Alto:** Persona con 5 o más enfermedades crónicas, polimedicación (3 o más medicamentos), dependencia grave o total, trastorno cognitivo grave (demencia), depresión severa, incapacitado en su domicilio, situación terminal, hospitalización reciente, descompensación clínica frecuente. Requiere gestión integral, referencia a especialistas y orientación a cuidadores y familiares. (Con 1 solo criterio se categoriza).





IX. Exploración Física

Durante el examen físico, asegúrese de completar todos los signos vitales y la evaluación antropométrica:

- **Signos Vitales:** Registre la presión arterial sistólica y diastólica. Frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y temperatura (T°).
- **Estado Nutricional (IMC):** La valoración nutricional del adulto mayor varía con respecto al adulto joven ya que la escala de bajo peso y sobrepeso se amplían. Documente el peso en kilogramos y la talla en centímetros para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Un IMC menor a < 23 indica delgadez, de 28 a < 32 indica sobrepeso, y ≥ 32 es obesidad.
- **Riesgo Cardiovascular:** Mida y registre la cintura en centímetros. Una cintura >102cm en hombres o > 88cm en mujeres se considera factor de riesgo.
- **Examen por Sistemas:** Indique si la exploración física detallada, describir las alteraciones halladas. Anotar cualquier característica relevante relacionada con los hallazgos del examen físico.

X. Impresión Diagnóstica

Se consigna los problemas que presenta la persona como resultado del examen físico desde el punto de vista de las tres esferas a saber: Biológica, Psicológica y Social. (Ej. B: Hipertensión Arterial, P: Depresión, S: Desempleo). Se da espacio para que se coloque el diagnóstico según CIE10.

XI. Plan de Manejo, Referencias y Cierre

- **Consejería:** Registrar la orientación brindada a la persona adulta mayor, su familia o cuidador sobre autocuidado, adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física, prevención de caídas, uso adecuado de medicamentos, vacunación, signos de alarma y demás recomendaciones según las necesidades identificadas.
- **Referencias:** Ante la identificación de hallazgos que excedan la capacidad resolutive del primer nivel de atención o condiciones que requieran atención especializada, realizar la referencia correspondiente conforme a la normativa vigente.
- **Firma y sello:** Coloque en el documento la firma del profesional de la salud y la fecha de la consulta.





ANEXO 3

Hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor





Ministerio de Salud
Hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor

Nombre: _____ Edad: _____ Cédula o Pasaporte: _____ Fecha: _____

FACTORES DE RIESGO			
Tabaquismo TEST DE FAGERSTRÖM		DROGAS ILICITAS	
1. ¿Cuánto tiempo tarda en fumar su primer cigarrillo después de despertarse?	☐ Menos de 5 minutos ☐ De 6 a 30 minutos ☐ De 31 a 60 minutos ☐ Más de 60 minutos	3 2 1 0	Marihuana Si No Cocaína Si No Otras Si No Especifique: _____
2. ¿Encuentra dificultad para no fumar en los sitios en que está prohibido (cine, etc.)?	☐ Si ☐ No	1 0	ALCOHOLISMO/ AUDIT-C 1. ¿Con cuánta frecuencia toma una bebida que contiene alcohol? nunca 0 Una vez al mes o menos 1 2-4 veces al mes 2 2-3 veces a la semana 3 4 o más veces por semana 4 2. ¿Cuántas bebidas con alcohol toma en un día típico en que bebe? 1 ó 2 0 3 ó 4 1 5 ó 6 2 7 ó 9 3 10 ó más 4 3. ¿Con cuánta frecuencia toma seis o más bebidas en una sola ocasión? nunca 0 Menos de una vez al mes 1 Una vez al mes 2 Una vez por semana 3 A diario o casi diario 4 Total ☐ Hombres ≥4 y mujeres ≥3 se considera riesgo, para la identificación de bebedores peligrosos o trastornos por consumo de alcohol activos.
3. ¿A qué cigarrillo le costaría más renunciar?	☐ Al primero de la mañana ☐ Otros	1 0	
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	☐ Más de 30 ☐ De 21 a 30 ☐ De 11 a 20 ☐ Menos de 11	3 2 1 0	
5. ¿Fuma más durante las primeras horas tras levantarse que durante el resto del día?	☐ Si ☐ No	1 0	
6. ¿Fuma si está tan enfermo que ha estado en la cama la mayor parte del día?	☐ Si ☐ No	1 0	
Puntuación Total: _____			
Resultado y Evaluación: Interpretación de la dependencia: Menor de 4: Dependencia baja Entre 4 y 7: Dependencia moderada Mayor de 7: Dependencia alta		N/A ☐	
ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA			
1. Incluye diariamente alimentos de todos los grupos 2. Evita consumir alimentos fritos 3. Consume diariamente frutas y vegetales 4. Consume pocos alimentos con alto contenido de azúcar 5. Bebe por lo menos 8 vasos de agua al día 6. Actividad física 30 minutos diarios 7. Evita consumir alimentos con alto contenido de sal, condimentos artificiales o empaquetados en sobre, latas, frascos y cajeta		siempre casi siempre a veces casi nunca nunca ☐☐☐☐☐☐ SIGNOS VITALES Presión Arterial sistólica diastólica T° centígrados FC FR Peso kilogramos Talla centímetros IMC Cintura centímetros Riesgo 60 años y más 1. IMC <23 delgadez 2. IMC 28 a <32 Sobrepeso 3. IMC ≥32 Obesidad 4. Cintura Hombre >102cm Mujer >88cm si no ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐	
Síntomas:		EXTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Persona mayor con Bajo Riesgo..... Persona Mayor con Riesgo Intermedio... Persona Mayor de Riesgo Alto.....	
Problemas identificados / Análisis:		CONSEJERÍA Dejar de fumar Dejar de consumir Alcohol..... Dejar de consumir drogas ilícitas Estilo de vida saludable Prácticas sexuales seguras Prevención de caídas Prevención de violencia.....	
Plan:		REFERENCIA Clínica de cesación..... Salud mental..... Salud nutricional..... Salud bucal..... Trabajo social..... Geriatría..... Medicina Familiar..... Medicina Interna..... Fisioterapia..... Ginecología.....	
Educación y Consejería:		Referencia a especialista 1er Nivel ☐ 2do Nivel ☐ 3er Nivel ☐	
Visita Domiciliaria: (Si No) – Motivo:			
Firma y Sello del Profesional que atiende:			





ANEXO 4

Instructivo del llenado de la hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor





Instructivo para el llenado de la hoja de Evolución de la Historia Clínica de la Persona Adulta Mayor

Hoja de Evolución:

La presente hoja de evolución tiene un enfoque orientado a la prevención y detección de riesgo que el diagnóstico de la enfermedad. Se han incluido factores de riesgos.

Preste especial atención a los apartados indicados con el color amarillo que significa **ALERTA**, ya que requieren vigilancia prioritaria.

Esta hoja se coloca en el expediente cuando la persona llega por segunda vez y deberá llenarse anualmente, será objeto de auditoria anual, junto con la historia clínica de primera vez en el año.

I. Datos de Identificación:

Esta sección establece el perfil básico de la persona para su seguimiento y ubicación.

- **Nombre completo:** Registre el primer nombre, segundo nombre, apellido paterno, apellido materno y apellido de cónyuge si lo tiene.
- **Identidad y edad:** Anote el número de identificación (cédula o pasaporte), fecha de nacimiento (día, mes, año) y la edad calculada en años.
- **Fecha de atención.**

II. Factores de Riesgo:

- Para el riego de tabaquismo se ha utilizado la prueba de Fagerstrom para identificar el nivel de dependencia del consumo nocivo de cigarrillos.
- El uso de drogas ilícitas, responder si o no, según indique el usuario.
- Preguntas tipo Tamizajes para detectar riesgo de uso nocivo de alcohol como el AUDIT-C (acortado). Es un instrumento de tamizaje avalado por la OMS. Se brinda los valores para interpretar la prueba. En hombres con ≥ 4 puntos y mujeres con ≥ 3 puntos se consideran en riesgo.
- Preguntas con respuesta a escala tipo Likert sobre Alimentación y actividad física que se maneja en la Dirección Nacional de Nutrición de MINSA.

III. Signos Vitales:

- Registre la presión arterial sistólica y diastólica. Frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y temperatura (T°).
- **Estado Nutricional (IMC):** La valoración nutricional del adulto mayor varía con respecto al adulto joven ya que la escala de bajo peso y sobrepeso se amplían. Documente el peso en kilogramos y la talla en centímetros para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC). Un IMC menor a < 23 indica delgadez, de 28 a < 32 indica sobrepeso, y ≥ 32 es obesidad.

IV. Registro de Atención

- **Síntomas:** Registrar los síntomas referidos por la persona adulta mayor durante la consulta, indicando sus características principales (inicio,





duración, intensidad y evolución). Si no presenta síntomas, consignar "Asintomático" o "Niega síntomas".

- **Problemas identificados / Análisis:** Registrar el análisis clínico basado en la anamnesis, examen físico y valoración integral, identificando los principales problemas de salud, factores de riesgo, limitaciones funcionales y necesidades biopsicosociales que orienten la atención.

V. Estratificación del Riesgo

Con base en los hallazgos previos, la persona adulta mayor (de 60 años en adelante) debe ser clasificado en uno de los siguientes niveles para direccionar el plan de manejo preventivo o terapéutico: Siga los criterios descritos, clasifique en el recuadro la categoría que mejor ubica al usuario atendido.

- **Bajo Riesgo:** Persona con 1 a 2 enfermedades crónicas controladas no potencialmente incapacitantes. La estrategia recomendada es la promoción de la salud, actividades preventivas y participación en grupos organizados.
- **Riesgo Intermedio:** Persona con 3 a 4 enfermedades crónicas, polimedicación (3 o más medicamentos), índice de masa corporal <23 o >28, vive solo, bajo nivel socioeconómico, apoyo familiar inadecuado, necesidad de asistencia domiciliaria, dependencia leve o moderada, depresión moderada, o déficit cognitivo leve, aislamiento social. La estrategia combina cuidados profesionales con apoyo al autocuidado. (Con 1 solo criterio se categoriza).
- **Riesgo Alto:** Persona con 5 o más enfermedades crónicas, polimedicación (3 o más medicamentos), dependencia grave o total, trastorno cognitivo grave (demencia), depresión severa, incapacitado en su domicilio, situación terminal, hospitalización reciente, descompensación clínica frecuente. Requiere gestión integral, referencia a especialistas y orientación a cuidadores y familiares. (Con 1 solo criterio se categoriza).

VI. Plan de Manejo, Referencias y Cierre

- **Plan:** Describir las intervenciones a realizar de acuerdo con los problemas identificados, incluyendo tratamiento, exámenes, seguimiento, medidas preventivas.
- **Educación y Consejería:** Registrar la orientación brindada a la persona adulta mayor, su familia o cuidador sobre autocuidado, adherencia al tratamiento, alimentación saludable, actividad física, prevención de caídas, uso adecuado de medicamentos, vacunación, signos de alarma y demás recomendaciones según las necesidades identificadas.
- **Referencias:** Ante la identificación de hallazgos que excedan la capacidad resolutoria del primer nivel de atención o condiciones que requieran atención especializada, realizar la referencia correspondiente conforme a la normativa vigente.
- **Visita domiciliaria:** Indicar si la persona adulta mayor requiere visita domiciliaria, considerando su condición clínica, funcional, familiar y social, especialmente cuando presente dependencia, dificultad para moverse, ausencia de red de apoyo, riesgo social o necesidad de evaluar el entorno domiciliario. Cuando la respuesta sea afirmativa, registrar el motivo.
- **Firma y sello:** Coloque en el documento la firma del profesional de la salud y la fecha de la consulta.

