		Fecha Elaboración: Edición: Pagina: Vigencia:	

Protocolo sobre Plan Cuidados Ambulatorios para pacientes con Problemas de Salud con alto riesgo de Hospitalización

CESFAM Santa Cecilia

2015

Elaborado por: Nadia Villaroel Jaqueline Egaña Diana Silva	Fecha Creación: Diciembre 2015	Revisado por:	Aprobado por: Dirección del Establecimiento

		Fecha Elaboración: Edición: Pagina: Vigencia:	

I. Objetivos del documento

Objetivo General:

Que los profesionales del Centro de Salud Familia Santa Cecilia, desarrollen el Proceso de Atención con las personas que ingresan al Programa de Plan Cuidados Ambulatorios con alto riesgo de Hospitalización.

Objetivos Específicos:

- Definir las enfermedades que tienen criterio de ingreso al Programa.
- Describir los hábitos que determinan la presencia de factores de alto riesgo cardiovascular.
- Establecer las herramientas útiles e intervenciones para el adecuado manejo y control de usuarios que ingresan al Programa.
- Evaluar estado de compensación de los pacientes que cumplen con criterio de inclusión.
- Evaluar si corresponde derivación a otros programas del CESFAM como a nivel secundario

II. Alcance

Centro de Salud Familiar y Comunitaria Santa Cecilia, Parte Alta, Coquimbo.

III. Responsables de la Ejecución

Médicos, Enfermeros/as, Nutricionistas.

IV. Distribución

Box de Atención Clínica de usuarios del Centro de Salud.

V. Población Beneficiaria

Usuarios pertenecientes al Centro de Salud Familia Santa Cecilia y sus familiares que cumplan con los criterios de inclusión al programa.

VI. Criterios de Inclusión

1. Criterios clínicos de Riesgo Cardiovascular Alto

- **Enfermedad cardiovascular ateroesclerótica documentada:**

  a. Infarto agudo al miocardio, angina estable/inestable, antecedente de angioplastia y/o bypass aortocoronario.

  b. Ataque cerebrovascular isquémico o ataque cerebral isquémico transitorio.

  c. Enfermedad aórtica ateroesclerótica (aneurisma aórtica abdominal), enfermedad renovascular, enfermedad carotídea.

  d. Enfermedad arterial periférica.

- **Diabetes Mellitus Descompensada** con Hemoglobinas Glicosiladas mayor de 10 mg.dl

- **Enfermedad renal crónica:**

  a. Albuminuria moderada/severa (Razón albumina-a-creatinina urinaria ≥30mg/g).

  b. ERC etapa 3b-5 (Velocidad de filtración glomerular estimada < 45 mL/min/1.73m2).

- **Hipertensión arterial Descompensada** con presiones mayor o igual a 180/100 mg/dl

VII. Materiales

- Ficha Clínica (Rayen)
- Tarjetón de Crónico
- Libreta de Crónico
- Tríptico de Plan de cuidados dirigido a pacientes con alto riesgo de hospitalización
- Hoja de Interconsulta de derivación interna.
- Ordenes de exámenes

VIII. Beneficios

La persona ingresada al Pograma tiene derecho a las siguientes prestaciones:

- Control con médico 3 veces por año.
- Control con enfermera 3 veces por año.
- Control con nutricionista 3 veces por año.
- Toma de muestras de laboratorio 2 veces por año, en el caso de personas diabéticas realización hemoglobina glicosilada cada 4 meses.
- Tratamiento farmacológico de acuerdo a patología y criterios individuales.

• Buenas Prácticas en APS, implementadas por el Centro de Salud Familiar Santa Cecilia:

- Taller de Usuarios Descompensados del Programa, con controles posteriores cada tres meses hasta compensación, constituido por Enfermera, Nutricionista y Psicóloga.
- Taller de Actividad Física para usuarios del Programa de Salud Cardiovascular.
- Rescate telefónico semanal de los usuarios inasistentes al Programa de Salud Cardiovascular.
- Rescate domiciliario Integral, semanal de los usuarios pasivos del Programa de Salud, según Sector al que pertenecen.

IX. Procedimiento de manejo de Usuarios del Programa de Salud Ambulatorio

1. Confirmación Diagnóstica de patología de base descompensada
2. Controles de Salud :

- Médico
- Enfermera
- Nutricionista

Mensual durante los primeros 3 meses, luego semestral

3. Criterios de Control o Compensación:

- Presión Arterial < 140/90 mmHg, en las personas de 80 o más años < 150/90 mmHg pero > 120/60 mmHg. En ERC si proteinuria < o = 30 mg/g < 130/80 mmHg.
- Hemoglobina Glicosilada < 7 %, en las personas de 80 o más años el valor deseado de acuerdo a condición clínica individual.
- Colesterol LDL dentro de valores específicos de acuerdo al riesgo cardiovascular.

4. Manejo Inicial de Usuarios Descompensados:

- Evaluación de la adherencia al tratamiento
- Modificación del tratamiento farmacológico
- Taller de Descompensados
- Control mensual para evaluar cambios durante tres meses
- Realización de Visita Domiciliaria Integral

5. Manejo Secundario de Usuarios Descompensados:

- Derivación a Nivel de Especialidad
- Evaluación completa del Usuario
- Modificación del tratamiento
- Permanecerán en este nivel hasta alcanzar parámetros metabólicos compensados.

6. Criterios de derivación a Especialidad:

6.1. Diabetes Mellitus:

- Mala respuesta metabólica a pesar de dosis máxima de insulina dos veces por día, con o sin complemento de hipoglicemiantes orales.
- Evidencia de Microalbuminuria (>0,3 mg/mg), Disfunción Renal, caída de la VFG en un 10% o más en un año en nefropatía diabética.
- Alteración del examen de fondo de ojo, pérdida súbita o severa de la visión o sospecha de desprendimiento de retina en retinopatía diabética.

- Duda diagnóstica o mala respuesta al tratamiento en neuropatía diabética.
- Resultado de alto riesgo por tres meses o más, úlcera Wagner I o II sin respuesta a tratamiento, úlcera Wagner III o más.
- Menor de 15 años con sospecha diagnóstica de DM.

6.2. Hipertensión Arterial:

- Usuarios refractarios a tratamiento: Con 3 o más medicamentos, siendo uno de ellos un diurético.
- Sospecha de Hipertensión Arterial Secundaria.
- Menor de 15 años con sospecha diagnóstica de HTA.

6.3. Complicaciones cardiovasculares:

- Angina estable o inestable o Insuficiencia Cardiaca
- Déficit neurológico focal frente a sospecha de accidente vascular no diagnosticado.
- Claudicación intermitente y ausencia de pulsos periféricos.

X. Intervenciones

- Verificar que el paciente se encuentre con sus controles de salud medico enfermera y nutricionista vigentes, que también cuente con pruebas sanguíneas, de orina y ECG, actualizados, en el caso del paciente diabético, que cuente con sus examen qualidiab, de fondo de ojo y de podólogo dentro del último año.

- En caso de no tener vigente sus controles y exámenes gestionar las horas y exámenes correspondientes, coordinando telefónicamente según disponibilidad del paciente.

- Realizar una visita domiciliaria integral con enfoque biopsicosocial, multidisciplinaria, junto a un estudio de familia con énfasis en el caso índice paciente descompensado), y entrega de órdenes de exámenes y horas de atención según corresponda, mas consejerías según

necesidades, entrega de plan de cuidados, (ANEXO) integrando al grupo familiar.

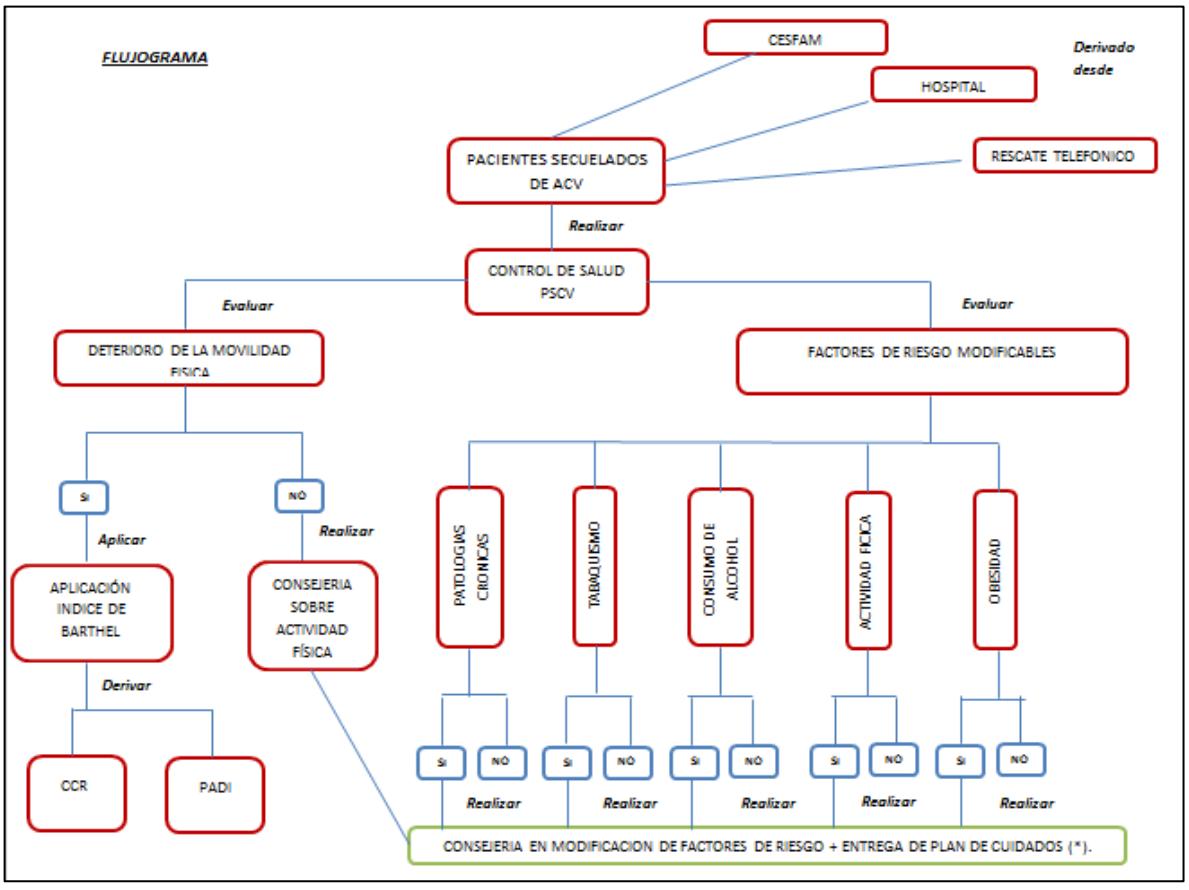
- Programar y concretar, las siguientes visitas domiciliarias de acuerdo a plan de intervenciones, según necesidades.

- Dentro de 6 meses realizar nuevos exámenes al paciente descompensado junto a una nueva visita domiciliaria, a fin de evaluar la efectividad de plan de acciones fijados en la primera visita y cumplimiento de objetivos.

- Si no se logran el cumplimiento de metas y objetivos, reevaluar una nueva intervención.

XI. Anexos

- Flujograma de atención



		Fecha Elaboración: Edición: Pagina: Vigencia:	

- Plan de Cuidados