PLAN DE INTERVENCION PARA ADULTOS MAYORES CON ALTO RIESGO DE HOSPITALIZACION

Elaborado por:	**Revisado y corregido por:**	**Expuesto por:**	**Aprobado por:**
Juan Alexis Días Araya Enfermero Encargado Programa. Adulto Mayor CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Directora Equipo Adulto Mayor Encargada PSCV CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Juan Alexis Días Araya Enfermero Diplomado en Geriatría y Gerontología CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Solange González Ríos Directora CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015

INDICE

INTRODUCCIÓN 3

1. Objetivo: 4

2. Campo de aplicación y alcance: 4

3 Fundamento: 4

4. Personas que afecta: 5

5. Referencias y/o marco regulatorio: 5

6. Responsables de la ejecución: 5

7. Materiales, Insumos y equipos: 5

8. Resultado: 5

9. Definiciones: 6

Desarrollo de la actividad 7

Flujograma 8

INTRODUCCIÓN

En nuestro país la Atención Primaria como Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitario cumple un rol importante en la red asistencial, desde la promoción hasta la rehabilitación. En el Sistema de Salud público se atiende al 92% de las personas adultas mayores. (Ministerio de Desarrollo Social, 2009). También exige metodologías de intervención acordes a la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores. Por lo que el diagnóstico de la funcionalidad de las personas adultas mayores (65 años y más), es un indicador de salud para evaluar autonomía y autovalencia en estas personas

Debido al creciente impacto que tiene la pérdida o empeoramiento de la funcionalidad, principalmente el en el grupo etareo de 80 y más, es necesario implementar en los centros de salud un plan de seguimiento y tratamiento en los pacientes que presenten riesgo de dependencia y/o fragilidad. Debido en parte a las complicaciones graves, que requieren hospitalización, y el costo económico social y familiar. Esta situación podría evitarse con una atención integral conformado por un equipo multidisciplinario para la evaluación geriátrica integral. La incorporación de los adultos mayores frágiles a programas de control y seguimiento contribuye fuertemente a su recuperación personal y su inserción social mejorando su calidad de vida.

1. Objetivo:

Prevenir la hospitalización, discapacidad y la muerte prematura de adultos mayores frágiles con pluripatologia.

Mejorar la calidad de vida, favorecer la autonomía, y promover la participación social.

2. Campo de aplicación y alcance:

Este protocolo será aplicado a todos los adultos mayores que se aplique EFAM (Examen Funcional del Adulto Mayor) por los profesionales del CESFAM Pedro Aguirre Cerda y que presenten riesgo de dependencia, fragilidad, y pluripatologias.

3 Fundamento:

Chile, al igual que Latinoamérica, ha tenido un proceso de envejecimiento acelerado, este cambio demográfico que ha experimentado nuestra población nos plantea desafíos.

Actualmente, las personas mayores de 80 años constituyen el 14 por ciento de la población de 60 años y más, siendo este segmento de personas mayores el que crece más rápido, requiere equipos preparados para gestionar esta demanda.

Los adultos mayores con riesgo de dependencia 21% o frágiles, son aquellos que más utilizan los servicios de salud en hospitalización, el cual presentan pluripatologias, caídas frecuentes, muertes precoces polifarmacia que implica un gran desafío para la atención primaria.

Es por ello que la gestión de caso surge como un modelo de intervención integral basado en el usuario y que brinda un apoyo a las personas que necesitan cuidados y están más vulnerables en la comunidad.

4. Personas que afecta:

Profesionales, Administrativos, y técnicos de enfermería

5. Referencias y/o marco regulatorio:

Gestor de caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia.

Orientación Técnica Programa Mas Adultos Mayores Autovalentes.

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

6. Responsables de la ejecución:

Gestor de Caso, Profesionales, Técnicos de Enfermería, Administrativos de SOME y Administrativos Interconsulta

7. Materiales, Insumos y equipos:

- Ficha clínica electrónica
- Guías Clínicas
- Formularios de Interconsulta

8. Resultado:

Pacientes intervenidos oportunamente, a los cuales se les ha realizado un Plan de Seguimiento , que será evaluado en seis meses por el gestor de caso y durante ese periodo no presenta un episodio de hospitalización por Neumonía adquirida en la Comunidad y se realizan las derivaciones a especialista si se requiere.

9. Definiciones:

Gestor de caso : Austin (1983) afirma que "la gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios […] para garantizar […] el programa más integral para satisfacer las necesidades de atención de un cliente individual".

En la gestión de casos, los profesionales de la salud especialmente entrenados, como enfermeras y asistentes sociales, ayudan a los pacientes a gestionar afecciones crónicas a largo plazo. Los gestores de casos tienen muchas de las funciones de asesoría y seguimiento de pacientes.

Fragilidad: La fragilidad se define como un estado que se caracteriza por deterioro en las reservas fisiológicas del individuo, que lo hacen vulnerable y alteran su capacidad de respuesta al estrés. Implica vulnerabilidad y riesgo de deterioro. Tiene manifestaciones complejas y múltiples marcadores. Su manejo se basa en la respuesta "Geriátrica" que incluye la evaluación geriátrica completa y el manejo basado en problemas por un equipo multidisciplinario. Los equipos de APS deben realizar acciones de prevención para impedir la instalación de factores de riesgo que pueden generar fragilidad en el adulto mayor. Entre los modificables están: •sedentarismo. • baja de peso. • Trastorno de la marcha. • Trastorno del ánimo. • Trastorno leve de memoria. • Incontinencia ocasional. • Polifarmacia. • Soledad, pero con redes. • Constipación crónica. Los siguientes elementos clínicos nos pueden hacer sospechar la presencia de fragilidad en un adulto mayor: • Caída frecuente. • Depresión. • Trastorno moderado de memoria. • Incontinencia franca. • Disminución de las actividades instrumentales de la vida diaria y de traslado. • Falla de visión. • Falla de audición.

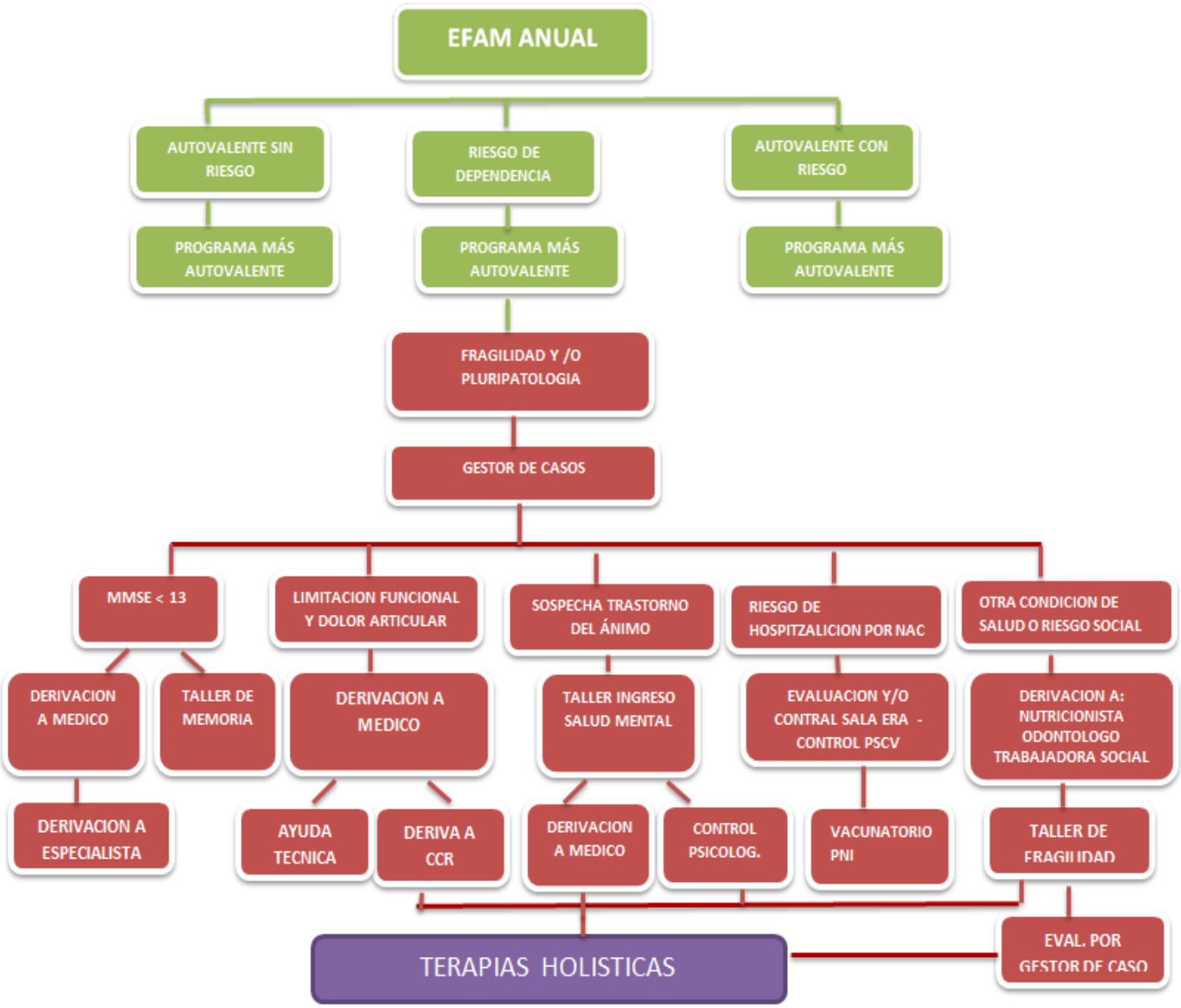
PLAN DE SEGUIMIENTO El plan de seguimiento es una de las tareas fundamentales del equipo de salud que permitirá responder rápidamente a los cambios clínicos encontrados en la atención y evolución de la persona adulta mayor, permitiendo a futuro en las siguientes atenciones de salud disminuir, mantener, aumentar o suprimir la prestación de los servicios de salud otorgados según sea necesario. Ello implica por parte del equipo de salud, monitorear las condiciones pesquisadas en el EMPAM/EFAM y su posterior derivación y/o referencia a diferentes niveles de atención en la red de salud.

Desarrollo de la actividad

Paso	Responsable	Actividad	Documentos
1	Profesional Enfermera/o	Valorar la funcionalidad de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, pesquisa factores de riesgos y necesidades. Aplicación de instrumentos geriátricos. Educación autocuidado	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
2	Profesional Gestor de Caso	Asesoría y seguimiento con el usuario planifica los cuidados ambulatorios coordina intervenciones con el equipo de salud. Realiza Revaluación a los seis meses de ingresado el caso	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
3	Profesional y Administrativo de SOME	Orienta, revisa citaciones agendadas entrega citación, deriva a los distintos profesionales, según sea el caso, promociona el Programa MAS Autovalentes. Si pesquisa una persona adulta mayor la agenda a EFAM . si corresponde.	Plataforma Sidra Admisión Carnet Adulto Mayor
4	Psicólogo	Evaluación psicológica, aplica instrumentos de psicodiagnostico. Elabora estrategia de apoyo psicosocial , de contención, y promoción del autocuidado. Se realiza ingreso a PSM a usuario que presenten patología de salud mental y deriva a medico si el caso lo requiera ó a taller AM de Fragilidad	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
4	Medico	Evaluación geriátrica integral pesquisa síndromes geriátricos, optimiza el diagnóstico y prescribe el tratamiento farmacológico, notificación GES, solicita exámenes ,derivación a otros profesionales y a especialista, si corresponde.	Formularios Interconsulta Recetarios Carnet Adulto Mayor
5	Trabajadora Social	Evaluar situación socioeconómica factores protectores y de riesgo, redes de apoyo, Aplicación de instrumentos: Genograma, Ecomapa y apgar Familiar. Orientación sobre beneficios y programas para Adultos mayores	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
6	Kinesiólogo/a	Evaluación kinésica de marcha, equilibrio y fuerza, rehabilitación motora, kinesioterapia respiratoria. Educación actividad física	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
7	Nutricionista	Evaluación nutricional, antropométrica, aplica instrumentos nutricionales, indica régimen ó pautas alimentarias. Ingresa a PACAM a adultos mayores con 70 y más años Educación alimentación saludable	Carnet Adulto Mayor Ficha clínica electrónica
8	Odontólogo	Evaluación y tratamiento de la salud oral, educación salud bucodental Notificación GES, solicita exámenes y derivación a especialista, si corresponde.	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
9	Bioterapeuta	Evaluación integral y realiza terapias complementarias Reiki , biomagnetismo, Flores de Bach	Ficha clínica electrónica Carnet Adulto Mayor
10	Técnico de Enfermería	Administra esquema de vacunación de PNI para adultos mayores Vacuna Anti influenza, en campañas y Pneumococica durante el año	Ficha clínica electrónica Registro Nacional de Inmunización RNI. Carnet Adulto Mayor

Flujograma.

PLAN DE SEGUIMENTO ADULTO MAYOR FRAGIL CON PLURIPATOLOGIA



Elaborado por:	Revisado y corregido por:	Expuesto por:	Aprobado por:
Juan Alexis Días Araya Enfermero Encargado Programa. Adulto Mayor CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Directora Equipo Adulto Mayor Encargada PSCV CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Juan Alexis Días Araya Enfermero Diplomado en Geriatría y Gerontología CESFAM Pedro Aguirre Cerda	Solange González Ríos Directora CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015	Fecha: Agosto 2015