	PROTOCOLO DE SALUI AREA CENTRADO ATENO	CION ABIERTA FI	ODIGO: ECHA:26/11/15 AGINA: 1-13
ELABORADO POR	REVISAD	O POR:	APROBADO POR:

Protocolo de acompañamiento y rehabilitación para usuarios dados de alta pordiagnóstico de AVE – IAM

Tabla de contenido

1.Introducción	3
2.Objetivos	5
3.Alcance	5
4.Responsables	5
5.Glosario	5
6.Desarrollo	6
7.Flujogramas	14

1. INTRODUCCIÓN

Cada año, alrededor de 12 millones de personas mueren de infarto de miocardio o accidente cerebro-vascular en todo el mundo. En Chile, el accidente agudo isquémico es la causa más frecuente de enfermedad cerebro-vascular (ECV) y la causa más frecuente de muerte, representado aproximadamente por 65% de todos los eventos cerebro-vasculares.

Por otra parte, el infarto agudo del miocardio (IAM) también causa en Chile una gran carga de enfermedad, contribuyendo con un total de 5.895 fallecidos (tasa de 36 por 100,000 habitantes) y 7942 egresos hospitalarios, en el año 2006.

Ambas patologías se deben en su mayoría a la misma causa: la enfermedad arterioesclerótica. Ésta se caracteriza a grandes rasgos por la formación de depósitos lipídicos en las paredes internas de los vasos sanguíneos, los cuales se vuelven más estrechos y menos flexibles. Estas placas pueden ser estables o inestables, existiendo en estas últimas el riesgo de rotura y la consecuente formación de coágulos, los que con seguridad obstruirán los vasos sanguíneos y determinarán de esta forma la disminución aguda del riego sanguíneo a los distintos órganos de nuestro cuerpo.

El consumo de tabaco, una dieta poco saludable y la inactividad física aumentan el riesgo enfermedad ateroesclerótica. El abandono del consumo de tabaco reduce el riesgo de padecer IAM y ACV desde el momento mismo en que se ponga en práctica. La actividad física durante un mínimo de 30 minutos casi todos los días de la semana aporta de la misma manera. Con el mismo objetivo, es de vital importancia también la ingestión diaria de al menos cinco raciones de frutas y hortalizas, y la reducción del consumo de sal a menos de una cucharadita al día. Como se puede deducir, actividades como consejería en salud cardiovascular juegan un papel fundamental en estos pacientes.

Al riesgo intrínseco de los eventos cardiovasculares, se suma el hecho de que algunas de las enfermedades que actúan como factores de riesgo de para ellas son asintomáticas, como la hipertensión arterial. Así mismo, la diabetes, también factor de riesgo, podría presentarse en ausencia total de signos y síntomas.

Los IAM y los ACV pueden manifestarse de forma súbita y causar la muerte si no reciben atención médica inmediata. Los pacientes que han sufrido un accidente cerebro-vascular necesitan cuidados hospitalarios especiales que los ayuden a evitar tanto las complicaciones como el riesgo de la discapacidad a largo plazo. La mayoría de los pacientes que lo han sufrido padecen un cierto grado de discapacidad física y pueden necesitar asistencia a domicilio durante mucho tiempo.

Gran parte de la rehabilitación tras este episodio consiste en enseñar al paciente a realizar ejercicio físico sin peligro y otras actividades como:

- Ayuda para caminar, comer, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir e ir al cuarto de baño.
- Hablar con menos dificultad.
- Vivir en su casa sin correr peligro.

Como se puede observar, es de gran importancia que el manejo de los pacientes que han sufrido un evento cardiovascular sea hecho por un equipo multidisciplinario. Para este abordaje se deben establecer pautas que aseguren las intervenciones mínimas que necesita recibir cada uno de estos pacientes, las que se deberán realizar de manera secuencial, coordinada con el equipo y con un adecuado registro. Es por esto que se propone un flujograma de trabajo cuya periodicidad y tipo de acciones se estructuran de manera tal que sea posible darles cumplimiento desde nuestra realidad como equipo se salud rural.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Brindar acompañamiento y rehabilitación secundaria a usuarios inscritos en el Equipo de Salud

Rural que hayan sido dado de alta hospitalaria por diagnóstico de AVE o IAM con el fin de

mejorar su funcionalidad, autonomía y reinserción social y/o laboral.

Objetivos Específicos:

Ingresar a todos los pacientes descritos al protocolo propuesto.

• Brindar un seguimiento continuado e integral a los pacientes, de acuerdo a sus

necesidades.

• Evitar la re-hospitalización.

Metas

Incluir al cien por ciento de los pacientes egresados en el protocolo.

• Lograr realizar el cien por ciento de las actividades de seguimiento.

Evitar la rehospitalización del 80% de los pacientes descritos a un año de seguimiento.

3. ALCANCE:

El siguiente plan de acción pretende intervenir en todo usuario y cuidador que haya sido dado de

alta hospitalaria por los diagnósticos de AVE o IAM, inscritos en el Equipo de Salud Rural de la

ciudad de La Serena.

4. RESPONSABLES DE APLICAR:

Médicos, enfermeros, Kinesiólogos, y TENS encargado de las postas del área Rural.

5. GLOSARIO

AVE: Accidente cerebro vascular

IAM: Infarto agudo al miocardio

TENS: Técnico en enfermería de nivel superior

5**/13**

6. DESARROLLO

El presente protocolo se distribuirá en cinco etapas, las cuales se deberán realizar de manera secuencial.

Etapa 1:

Identificación de pacientes egresados de nivel terciario mediante informe mensual emitido desde hospital a través de encargado de GES comunal.

Etapa 2:

Primer contacto: llamada telefónica por TENS para citación en posta o en visita domiciliaria a valoración por TENS encargado de Postas. Junto con el llamado se deberá comenzar el llenado de la "Cartola de seguimiento de pacientes en el post-hospitalario de IAM o AVE", completando las secciones "Fecha de apertura" e "Identificación del paciente"

Evaluación por TENS: se refiere a la evaluación presencial del paciente por parte del técnico paramédico, a través de la cual se deberá definir mediante Barthel si el paciente es autovalente (a) o dependiente (b), lo que se completará en cartola en el primer punto de la sección "Seguimiento". Además se debe completar la sección "Información del cuidador".

Etapa 3a:

Evaluación por enfermero durante los primeros 7 días.

Objetivos:

- 1. Conocimiento del caso y llenado de cartola en la sección "Antecedentes de la hospitalización"
- 2. Valorizar estado general de salud.
- 3. Entregar guía de auto-cuidado:
 - Institución a la que debe recurrir en caso de presentar molestias o complicaciones.
 - Indicaciones de consulta a urgencia y documentos que debe llevar.
 - Refuerzo de indicaciones no farmacológicas (dieta, ejercicio)
 - Evaluar y fomentar adherencia a tratamiento, trascribir claramente y reasignar horarios de tratamientos si es necesario.
 - Planificar tratamientos no farmacológicos e indicar dónde acudir (ej, curación de heridas, retiro de puntos o sondas).
 - Recomendar asistencia a grupos de apoyo social y/o espiritual
 - Involucrar a la familia al plan de cuidados.
- 4. En caso necesario derivar a médico, kinesiólogo, psicólogo o asistente social.
- 5. Registro de la actividad en cartola en la sección "Seguimiento".

Etapa 3b:

- 1. Se realiza visita domiciliaria.
- 2. Se ingresa a programa de dismovilizados.
- 3. Registro de la actividad en cartola en la sección "Seguimiento".

Etapa 4:

Seguimiento telefónico (con registro en cartola) bisemanal durante el primer mes por TENS encargado de postas.

Objetivos:

- 1. Consolidar indicaciones dadas.
- 2. Resolución de dudas.
- 3. En último contacto citar a médico para próxima ronda.
- 4. Registro con fecha de cada llamada en cartola.

Etapa 5a:

Control médico a los 2 meses de alta.

Objetivos:

- 1. Continuar controles o ingreso a programa de salud cardiovascular.
- 2. Ajustar tratamiento farmacológico en recetón.
- 3. Definir perioricidad de controles a seguir, acomodar con controles en nivel secundario.
- 4. Registro de la actividad en cartola en la sección "Seguimiento"

Etapa 5b:

Se realiza en visita domiciliaria.

1. Registro de la actividad en cartola en la sección "Seguimiento"