Protocolo Plan de cuidado ambulatorio a usuarios con problemas de salud con alto riesgo de hospitalización

FECHA DE ELABORACIÓN: 07 de Agosto de 2015.	
PREPARADO POR:	**REVISADO Y APROBADO POR:**
E.U. Marly Vidal Oyarce. KLGO. Carlos Fuster Gervasi Firma:	Dr. Andres Cifuentes Tapia Firma:

INTRODUCCION

El presente protocolo tiene por finalidad establecer las bases técnicas, clínicas y administrativas de atención de pacientes con requerimientos de cuidados ambulatorios y que presenten de acuerdo a sus antecedentes alto riesgo de hospitalización, principalmente dirigido a aquellos pacientes que hayan presentado al menos un episodio de Neumonía con énfasis en el grupo etáreo de 65 y más años.

PROPOSITO

Establecer un plan de atención con el objetivoestratégico de “Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a disminuir su impacto social y económico” y entre sus metas de impacto está “Reducir la mortalidad por infecciones respiratorias agudas”, de acuerdo a lo planteado en la estrategia nacional de salud 2011-2020.

Cubrir las necesidades de salud de acuerdo a lo establecido en el flujograma correspondiente a las atenciones de salud de pacientes con observación y/o diagnóstico de Neumonía en forma oportuna y de calidad, especialmente aquellos con Enfermedades Crónicas No Transmisibles u otras patologías asociadas que impliquen un mayor riesgo de Hospitalización.

ALCANCE

Todo el personal de salud que desarrolla actividades asistenciales en el CESFAM Cardenal Caro y a todos los familiares y personas que participan en los cuidados de los pacientes en riesgo de Hospitalización.

RESPONSABILIDAD

Todoslos profesionales y personal de salud que otorga prestaciones asistenciales en el Centro de Salud que deben conocer, difundir y hacer cumplir el presente documento, como también revisar, modificarlo si fuese necesario y comunicar los cambios.

LISTA DE REVISIONES				
N° REVISION	**N° SECCION**	**N° PAGINA**	**FECHA**	**NOMBRE**

1. DEFINICIONES:

1.1. CONTROL DE SALUD DE CRONICO (CARDIOVASCULAR O RESPIRATORIO (Sala ERA))

Control De Salud Crónico Respiratorio

Los controles de los pacientes de la sala ERA serán realizados por el Kinesiólogo, la Enfermera o el Médico de la sala ERA.

La atención de control de la sala ERA dura 20 minutos por paciente, que incluye reevaluar diagnóstico, verificar cumplimiento de indicaciones, medir el logro de metas terapéuticas y reacondicionar terapia si requiere, intervenir con consejería, cese de hábito tabáquico, adherencia a controles y tratamiento, ejercicios respiratorios, educar y preparar para exacerbaciones –manejo de crisis – reconocimiento de síntomas, inhaloterapia.

Las horas para los controles de kinesiólogo, enfermera y médico serán dadas por SOME Central.

Control de Salud Crónico Cardiovascular

Los controles de los pacientes cardiovasculares serán realizados por Médico, Enfermera, y Nutricionista. Sumándose también las prestaciones dentales y de Podología.

El rendimiento será equivalente a la prestación correspondiente por paciente y según las patologías cardiovasculares.

Actividad destinada al control y seguimiento de aquellos pacientes clasificados con riesgo cardiovascular y pacientes con patología crónica diagnosticada, como: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemias. Su objetivo es controlar la progresión de la enfermedad y evitar las complicaciones, entregándoles al usuario y su familia la información adecuada y oportuna para que sean capaces de asumir su autocuidado.

1.2 CONSULTA DE MORBILIDAD

Atención ambulatoria otorgada por el profesional médico a un paciente que la solicita espontáneamente por un problema de salud, con fines de tratamiento y recuperación, sin perjuicio de los contenidos de promoción y prevención a que haya lugar.

*1.3*CONSULTA SERVICIO DE ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA (SAPU)

Prestación de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia/emergencia de baja complejidad y se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en un local anexo destinados a absorber la demanda de atención médica de nivel primario y disminuir los rechazos de morbilidad que se generaban en ese nivel de atención.

INSTRUCCIONES OPERACIONALES

1.1 Deberes Del Personal en la atención de salud de usuarios con riesgo de hospitalización.

1.1.1 Del Médico Que Realiza El Control De Salud.

a. Atender a todo paciente que sea agendado para consulta médica de control de salud.

b. Definir la necesidad de derivación de pacientes y emitir el formulario de interconsulta correspondiente.

c. Realizar una evaluación médica acorde a su formación y norma de salud.

d. Cumplir con los deberes indicados en la Norma de salud.

e. Registrar las atenciones de salud realizadas en cartola o tarjetón de salud, carnet de salud del paciente y ficha electrónica.(anexo 3)

f. Comunicarle al paciente o cuidador responsable las indicaciones y estado de salud que se encuentra.

g. Solicitar al paciente los exámenes que sean necesarios y que tengan utilidad clínica para el diagnóstico.

h. Realizar controles de Visita domiciliaria a pacientes que por condiciones de salud no puedan acceder a prestaciones en el CESFAM (Dismovilizados o pacientes Oxigenodependientes)

1.1.2De La Enfermera Que Realiza El Control De Salud

a. Atender a todo paciente que sea agendado para consulta ocontrol de salud.

b. Definir la necesidad de derivación de pacientes y emitir nota para agendamiento para medico de morbilidad si corresponde. (Anexo 2)

c. Realizar una evaluación de Enfermería acorde a su formación y norma de salud

d. Cumplir con los deberes indicados en la Norma de salud

e. Registrar las atenciones de salud realizadas en la cartola o tarjetón de salud, carnet de salud del paciente y ficha electrónica. (anexo 3)

f. Comunicarle al paciente o cuidador responsable las indicaciones y estado de salud que se encuentra.

g. Realizar controles de Visita domiciliaria a pacientes que por condiciones de salud no puedan acceder a prestaciones en el CESFAM (Dismovilizados o pacientes Oxigenodependientes)

1.1.2 Del Kinesiólogo Que Realiza El Control De Salud

a. Atender a todo paciente que sea agendado para consulta ocontrol de salud.
b. Definir la necesidad de derivación de pacientes y emitir nota para agendamiento para medico de morbilidad si corresponde. (Anexo 2)
c. Realizar una evaluación de Kinesiología acorde a su formación y norma de salud
d. Cumplir con los deberes indicados en la Norma de salud
e. Registrar las atenciones de salud realizadas en la cartola o tarjetón de salud, carnet de salud del paciente y ficha electrónica. (anexo 3)
f. Comunicarle al paciente o cuidador responsable las indicaciones y estado de salud que se encuentra.
g. Realizar controles de Visita domiciliaria a pacientes que por condiciones de salud no puedan acceder a prestaciones en el CESFAM (Dismovilizados o pacientes Oxigenodependientes)

2. REGISTROS

2.1. Control De Salud Crónico (Cardiovascular o Respiratorio)

Registrar en: Cartola o tarjeta de atención:

a. Registrar la fecha y resultados de evaluaciones, guías anticipatorias y ayudas técnicas entregado en cada atención.

b. Fecha, edad, prestación, profesional, estado nutricional, signos vitales y mes del próximo control.

c. Otros registros de interés: Resultados de exámenes, medicamentos y sus dosis, etc.

Registrar en: Carnet de control:

a. Fecha, prestación, resultado de examen realizado, Estado Nutricional (si corresponde), Calendario de retiro de Alimentos (Bebida Láctea y Sopa Puré, si corresponde), otras indicaciones,nombre del profesional y mes del próximo control.

Protocolo de Atención

Procedimiento frente a paciente mayor de 65 años, con al menos 1 episodio de NAC en el año y con 5 o más Patologías

a) Derivar a Sala ERA con enfermera o kinesiólogo donde se realizará:

- Evaluación de signos vitales y auscultación.
- Revisión de tratamiento del paciente con el fin de asegurarnos de que el tratamiento se realice en forma correcta.
- Educación al paciente y familia sobre NAC Consulta precoz en caso de agravamiento de síntomas, de los cuidados de tratamiento en domicilio, control de temperatura y llene de hoja de registro, criterio de seguimiento, controles programados, regreso a actividades habituales, prevención secundaria del contagio/recurrencia, consejería para la cesación de tabaquismo, prevención con vacuna si no las ha recibido)
- Pesquisa de patologías respiratorias crónicas que no estén en control tales como Asma, EPOC, LCFA entre otros.
- En los casos que sea necesarios se realizarán los procedimientos y prestaciones que se realizan en sala ERA
- Realización de Visita Domiciliaria si corresponde, para conocer entorno y estado del paciente si no puede acudir al CESFAM.

b) Derivar a consulta con médico morbilidad si se sospecha nuevamente de síntomas de NAC:

- Control de signos vitales y auscultación.
- Revisión y/o modificación de tratamiento según corresponda.
- Derivación nuevamente a Sala ERA con kinesiólogo o enfermera

c) Derivar a Profesional de referencia del Programa correspondiente según patologías (Cardiovascular).

d) Derivar a atención SAPU si presenta síntomas de riesgo de Neumonía, malestar persistente o alteración de signos vitales.

e) Control en Sala ERA con kinesiólogo o enfermera quien realizará:

- Control de signos vitales y auscultación.
- Ingreso a sala ERA si corresponde por patología respiratoria crónica. Si corresponde, se derivará a médico sala ERA para su diagnóstico con los exámenes de Espirometría y Rx. de Tórax.
- Realización de KTR en caso necesario y según indicación médica.
- Realización de Visitas Domiciliarias de Control y seguimiento.

Anexo Nº 1

Requisitos que solicita atención en Programa de salud Cardiovascular:

- Ser beneficiario del Sistema Público de Salud.
- Estar inscrito en el Centro de Salud.
- Carnet de Salud Cardiovascular.
- El agendamiento se realizara en SOME Satélite del sector correspondiente.

Horarios:

Según disponibilidad de agenda de cada profesional.

Requisitos que solicita atención en el programa ERA:

- Ser beneficiario del Sistema Público de Salud.
- Estar inscrito en el Centro de Salud.
- Tener la edad indicada por el ministerio de Salud.
- Carnet del Programa ERA
- El agendamiento se realiza en SOME Central.

Horarios Médico

- **Lunes**

Mañana: 08:00 a 10:00

- **Martes y Miércoles y Viernes**

Mañana: 08:00 a 11:00

Horarios Kinesiólogo

- **Lunes y Martes**

Mañana: 08:00 a 12:40

Tarde: 13:30 a 14:30

- **Miércoles**

Mañana: 08:00 a 10:00

- **Jueves**

Mañana: 08:00 a 12:40

Tarde: 13:30 a 16:30

- **Viernes**

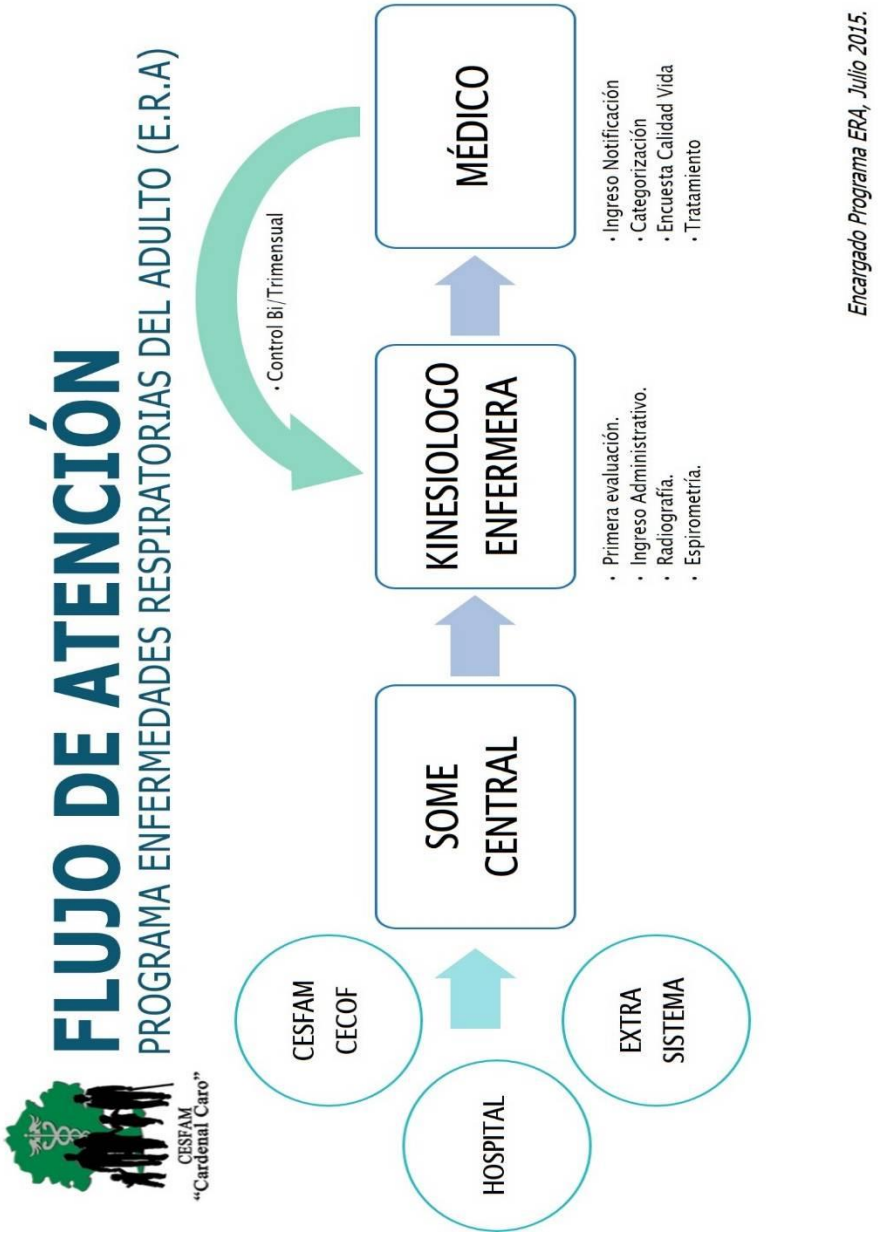
Mañana: 08:00 a 09:00

Horarios Enfermera

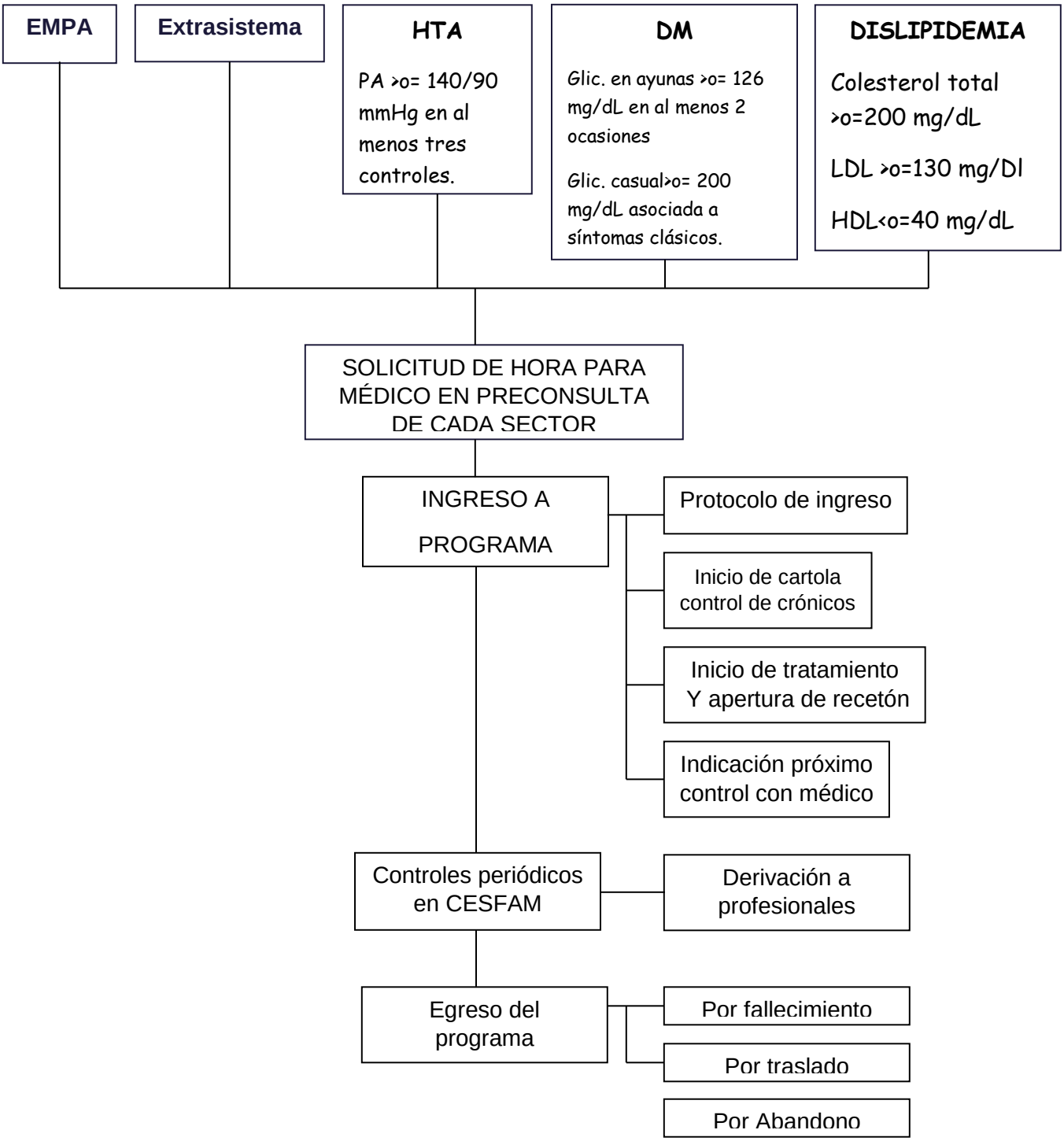
- **Lunes, Martes y Jueves**

Tarde: 13:30 a 16:30

FLUJOGRAMA DE ATENCION PROGRAMA ERA


FLUJO DE ATENCIÓN
PROGRAMA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO (E.R.A)
CESFAM "Cardenal Caro"
CESFAM CECOF
HOSPITAL
EXTRA SISTEMA
SOME CENTRAL
KINESIOLOGO ENFERMERA
MÉDICO
• Primera evaluación.
• Ingreso Administrativo.
• Radiografía.
• Espirometría.
• Ingreso Notificación
• Categorización
• Encuesta Calidad Vida
• Tratamiento
• Control Bi/Trimensual
Encargado Programa ERA, Julio 2015.

FLUJOGRAMA DE ATENCION CARDIOVASCULAR



Anexo Nº 3

Cartola de salud Cardiovascular y carnet de salud

CORPORACION MUNICIPAL
GABRIEL GONZALEZ VIDELA DE
LA SERENA

TARJETA DE ACTIVIDADES Y CONTROL - PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

ANTECEDENTES GENERALES

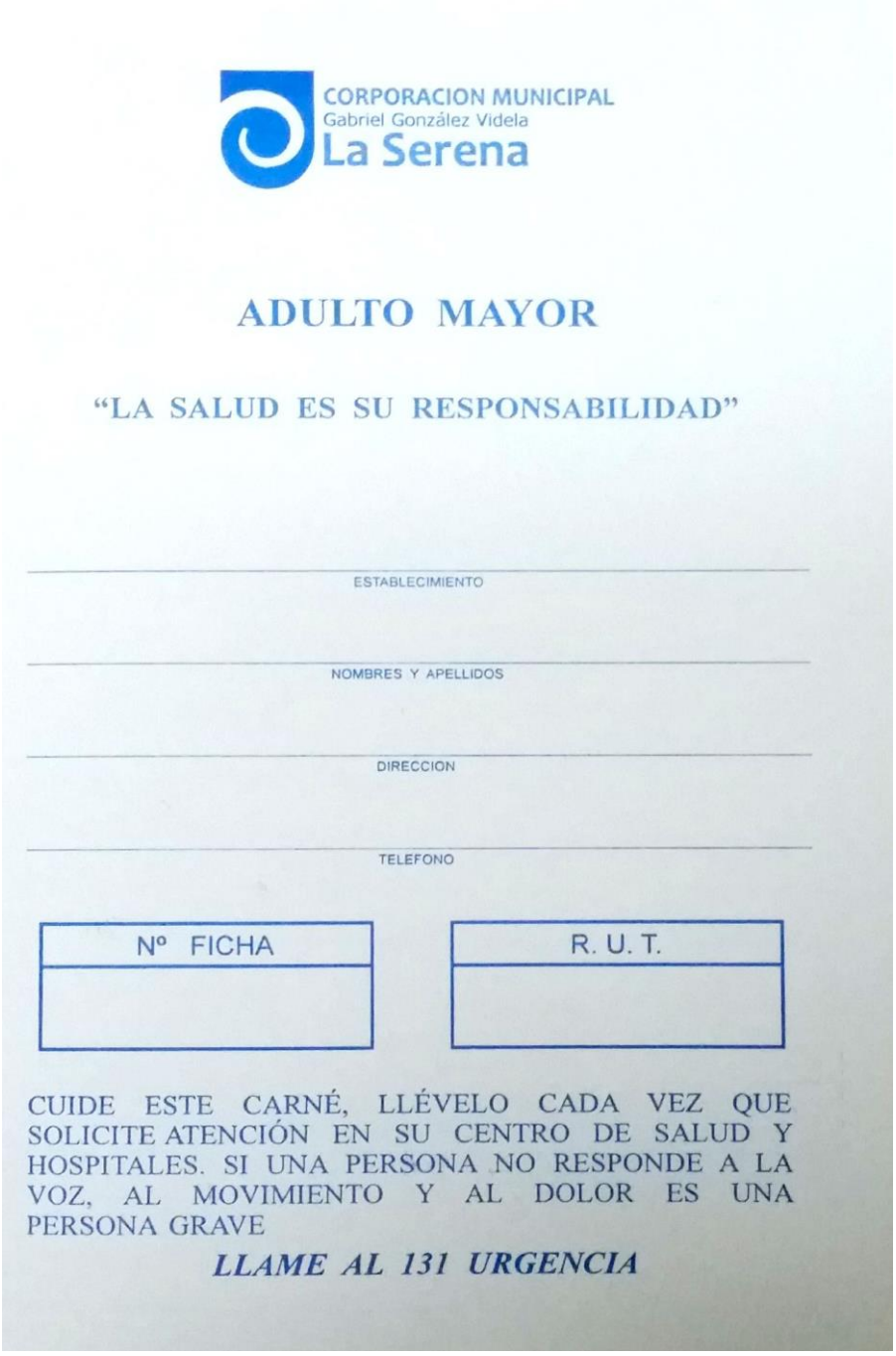
Nombre completo :
Fecha de Nacimiento : R.U.T. :
Nº Historia clínica : Sexo : Estado civil :
Previsión : FONASA ☐ Otro ☐
Años de estudio : Actividad laboral :
Dirección particular : Comuna : Teléfonos :
Dirección del trabajo : Comuna : Teléfonos :

PATOLOGIAS	FECHA DE INGRESO	COMPLICACIONES	FECHA ING	NOTIFICACION GES	INCIDENCIA DE LA DIABETES Y PREVENCION DE ERC	OBSERVACIONES
HTA ☐		Diabético con ceguera ☐		HTA ☐	Fecha :	
DM ☐		Nefropatía Incipiente (Proteinuria o MA) ☐		DM ☐	Edad :	
DLP ☐		Diabético Amputado ☐		RD ☐	Creatinina :	
HIPOTIROIDISMO ☐		Diabético con ECV ☐		PREV IRC ☐		
PRE DIABETES ☐		Diabético con IAM ☐		PRESBICIE ☐	CC _____ ml/min. x 1.73 m2	
OTROS ☐		Hipertenso con IAM ☐				
		Hipertenso con HVI ☐				
		Fallecido ☐				

A C T I V I D A D E S

Fecha	Quafidiab	Evaluación Pie Diabético	Educación Grupal	EFAM / PACAM			Test de Monsky - Green - Levine	
				Autovalente	Autovalente en riesgo	Dependiente	ADH	NAD

Fecha	Profesión	Edad	Tabaquismo	Actividad Física	Peso	IMC	CC	PA	F C	Hematocrito	Creatinina	OC	Glicemia	Uricemia	CT	HDL	LDL	TG	Potasio	ECG	Fondo de ojo	Hba1C	MCA	R C V				INDICACIONES / OBSERVACIONES	Próxima Citación
																								Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto		



CORPORACION MUNICIPAL
Gabriel González Videla
La Serena

ADULTO MAYOR

"LA SALUD ES SU RESPONSABILIDAD"

ESTABLECIMIENTO

NOMBRES Y APELLIDOS

DIRECCION

TELEFONO

Nº FICHA	R. U. T.

CUIDE ESTE CARNÉ, LLÉVELO CADA VEZ QUE SOLICITE ATENCIÓN EN SU CENTRO DE SALUD Y HOSPITALES. SI UNA PERSONA NO RESPONDE A LA VOZ, AL MOVIMIENTO Y AL DOLOR ES UNA PERSONA GRAVE

LLAME AL 131 URGENCIA

Cartola de Sala ERA y Carnet de Control

Corporación Municipal Gabriel González Videla de La Serena

TARJETA DE ACTIVIDADES Y CONTROL SALA E.R.A.

Nº Ficha Clínica : _____

Sector : _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Nombre : _____ Edad : ____ Sexo : F ☐ M ☐ Fecha de Nacimiento : _____ RUT: _____

Previsión : _____ Fecha Ingreso : _____ Dirección : _____ Fono : _____ E. Civil : _____

Vive con : _____ Escolaridad: _____ Act. Física : Si ☐ No ☐ Veces / semana : _____

Material Vivienda : Adobe ☐ Madera ☐ Sólido ☐ Otro : _____ Calefacción: Si ☐ No ☐ Cuál: _____

Pronóstico : Asma ☐ EPOC ☐ Otras patologías : Hipertensión Arterial ☐ Diabetes Mellitus ☐ Dislipidemia ☐ Osteoartrosis ☐ Epilepsia ☐ Otras : _____

DATOS DE INGRESO

Diagnóstico Ingreso : _____ Tratamiento indicado : Inhalador B2 ☐ Bromuro de Ipatropio ☐ Corticoide ☐ Cuál : _____ KTR ☐

Exámenes solicitados : BCP ☐ Rx Tx ☐ Espirometría ☐ Otros : _____

Hábitos : Tabaco : Si No Cantidad : _____ Años fumando : _____ Lo dejó : _____

Drogas : _____ Alcohol : _____

Profesión / Oficio Actual : _____ Anteriores : _____ Exposición a : _____

Derivado por : _____

Fecha	Edad	Vacuna	Visita Domiciliaria	Educ. Grupal	Educ. Familia	Interconsulta	Hospitalización

Fecha	Edad	Peso	Talla	I M C	P A		F C	F R	P E F (%)			V E F (%)			Sat O_2	Disnea	Criterios control Asma					M P				Inhalador / Dosis	Crisis Obstructivas	Responsable	Próx. Control
					Sistólica	Diastólica			Inicial	Post Inhalación	% variación	Inicial	Post Inhalación	% variación			1	2	3	4	5	Sibilancia	S Húmeda	Crépitos	Otros				

Evaluación Asma

1. Sin limitación en su vida habitual **2.** Sin despertar por asma **3.** Sin uso adicional de B_2 **4.** Sin visita al Servicio de Urgencia **5.** Siente que su asma esta bien controlada

CONTROL DE MEDICAMENTOS

Salbutamol :

____ puf c / 4 hrs. 7 - 11 - 15 - 19 - 23 hrs.
____ puf c / 6 hrs. 7 - 13 - 19 - 23 hrs.
____ puf c / 8 hrs. 7 - 15 - 23 hrs.
____ puf c / 12 hrs. 7 - 23 hrs.

Budesonida : 200 Mcg

____ puf al dia. 7 hrs.
____ puf c / 12 hrs. 7 - 23 hrs.

Beclometasona 100 Mcg ___ 50 Mcg ___

____ puf c / 8 hrs. 7 - 15 - 23 hrs.
____ puf c / 12 hrs. 7 - 23 hrs.

Bromuro de Ipatropio :

____ puf c / 6 hrs. 7 - 13 - 19 - 23 hrs.
____ puf c / 8 hrs. 7 - 15 - 23 hrs.
____ puf c / 12 hrs. 7 - 23 hrs.

Corporación Municipal Gabriel González Videla de La Serena

PROGRAMA ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO **E.R.A.**

SALA E.R.A.

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____

NOMBRES _____

Nº DE FICHA _____

FECHA DE INGRESO : _____
MEDICO TRATANTE : _____
DIAGNOSTICO : _____
INDICACIONES : _____

HTA : ___ DM : ___ DL : ___ C. COR : ___ TBC : ___

TABACO: _____

CRISIS OB.: FECHA — TRATAMIENTO

CONTROLES

FECHA	HORA