



Manual de Procedimientos: Atención de la Persona Adulta Mayor en el Domicilio

ATENCION EN RED METROPOLITANA

Código MP.GM.DDSS. 27012021

Versión: 01

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
Gerencia Médica
Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Atención Integral a las Personas

2021

ELABORADO POR	<p>Marlene Agüero Arce. Enfermera. Randall Fernando Angulo Bolaños. Médico de Familia. Karla Berrocal Saborío. Trabajadora Social. Sofía Blanco Lara. Médico de Familia. Yamileth Chaves Cubillo. Enfermera Alexis Cruz Alvarenga. Terapeuta Ocupacional. Vilma García Camacho. Geriatra. Mariana Guillen Brenes. Terapeuta Ocupacional. Giancarlo Jiménez Quesada. Enfermero. Irene Gutiérrez Jiménez. Geriatra Franklin Heyden López. Terapeuta respiratorio. Adelaida Mata Solano. Psicóloga. María Jesús Medrano Chavarría. Enfermera Marlene Montoya Ortega. Nutricionista. Kathia Mora Segura. Terapeuta del lenguaje. José Ernesto Picado Ovarés. Geriatra y Paliativista. Rita María Ramírez Ramírez. Terapeuta Ocupacional. María Paula Ruiz Guarín. Terapeuta del lenguaje. Norma Wong Fernández. Odontóloga. Abigail Zúñiga Alvarado. Fisioterapeuta</p>	<p>AAIP-PNAPAM ASD1 AAIP-PNAPAM HSJD ASMP HNP AAIP-PNAPAM HNGGRBC ASMRH ASTUM HGGRBC AAIP HNGGRBC AAIP CENARE HNGGRBC CENARE HGGRBC ASD1 HNGGRBC</p>
APORTE AL DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES¹	<p><i>Profesionales de nutrición</i> Ana Victoria Cantillano Flores Carolina Castro Calvo Yancy Méndez Arce Larissa Muñoz Rivera Grace Murillo Loaiza Miguel Obando Bogantes Montserrat Ureña Chang</p>	<p>ASD3 ASMRH HSJD HNGGRBC AR/CN. HNGGRBC ASTUM</p>
	<p><i>Profesional en Odontología</i> Rolando Meléndez Bolaños Luis Diego Giraldo Apéstegui</p>	<p>AR/CO. HNGGRBC</p>
	<p><i>Profesionales en enfermería</i> Guiselle Barrantes Brenes Vivian Benavides</p>	<p>AR/CE. ASD3</p>
	<p><i>Profesionales en Trabajo Social</i> Celenia Corrales Fallas Mayra Pérez Chaves Ana Eugenia Fajardo Espinoza Alejandra Hernández Solano Jeannette Martínez Muñoz Nancy Patricia Navarro Bartels</p>	<p>AR/CTS. AR/CTS. HNGGRBC ASMRH HNGGRBC ASTUM</p>

¹ Los profesionales de las diversas disciplinas aportan al diseño del contenido del PAC en sesiones presenciales en las cuales se les hace una inducción del contenido del protocolo, luego ellos hacen sus aportes, estos se incluyen en el documento y se confirma su criterio vía correo electrónico. Cada equipo de profesionales se convocada en días y horas diferentes para trabajar los aportes por especialidad.

	<i>Profesionales en Farmacia</i> Gabriela Campos Obando Juan Manuel Salazar Monge Catalina Venegas Campos	HNGGRBC ASD3 HSJD
	<i>Profesionales en registro de información</i> Patricia Darcia Córdoba. Secretaria Maleydis Yusibel Figueroa Paiz. Secretaria	HSJD HNGGRBC
	<i>Profesionales de Terapia</i> Alexandra Calvo Feoli. Terapia Física Evelyn Zúñiga Loaiza. Terapia Física Myleen Francine Arroyo Chavarría. Terapia Ocupacional Franklin Heyden López. Terapia Respiratoria	CENARE HNGGRBC HNGGRBC HNGGRBC
VALIDADO POR²	Sonia Alfaro Morales. Enfermera Grettel Arce Solís. Enfermera Yamileth Barboza S. Enfermera Magally Castro Céspedes. Enfermera María Cristina Fallas Bonilla. Enfermera Aurora Fallas Carvajal. Trabajadora Social Mayela Fonseca Picado. Enfermera Giselle Green Alfaro. Médico General Maximilian Hidalgo J. Médico General Andrea Marín Madrigal. Medicina General Carlos Luis Martínez A. Enfermero Ericka Martínez Guzmán. Médico de Familia Luis A. Meneses R. Medico Salubrista María Lidia Montero Jiménez. Enfermera Laura Mora Araya. Médico General José Leonel Morúa Oviedo. Enfermero Alejandra Obando Meza. Enfermera Luz Argentina Sánchez Mora. Nutricionista Laura Sibaja Hidalgo. Enfermera Yenory Thomas Durán. Enfermera Alejandra Trejos Chacón. Enfermera Vivian Valverde Benavides. Enfermera Kira Vargas Obando. Trabajadora Social María Natividad Reyes Sequeira. Asistente Técnico de Atención Primaria Xinia Zeledón Brenes. Enfermera	ASD2 ASA ASPT ASD3 ASD1 ASA ASA ASD2 DRSSCS ASH HMPJ ASA HWAT DRSSCS ASPT ASD2 HWAT ASD1 ASA HWAT DRSSCS ASD3 ASD3 ASH ASH
REVISADO POR	<i>Dr. José Miguel Angulo Castro. Jefe Área de Atención Integral a las Personas.</i>	
APROBADO POR	Gerencia Médica. Oficio *****PENDIENTE Equipo Técnico Atención y Hospitalización Domiciliar. Área de Atención Integral a las Personas Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Área de Atención Integral a las Personas Dr. Mario Mora Ulloa Enlace de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud ante la Gerencia Médica	
FECHA DE EMISIÓN	Enero 2021	
PRÓXIMA REVISIÓN	2024	

² Validado por medio de la metodología de Delphi modificado RAN/UCLA, por medio de encuesta aplicada en sesión presencial de una ronda, según rango de valoración utilizado cuantitativamente los expertos consultados lo validan como un documento adecuado.

OBSERVACIONES

- La reproducción gratuita de este material con fines educativos y sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual del documento.
- No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
- Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:
 - AAIP. Área de Atención Integral a las Personas.
 - AAIP-PNAPAM. Programa de Normalización de la Atención de la Persona Adulta Mayor
 - ASA. Área de Salud Aserrí.
 - ASA. Área de Salud Alajuelita.
 - ASD1. Área de Salud Desamparados 1.
 - ASD2. Área de Salud Desamparados 2.
 - ASD3. Área de Salud Desamparados 3.
 - ASH. Área de Salud Hatillo.
 - ASMP. Área de Salud Mora Palmichal.
 - ASMRH. Área de Salud Mata Redonda-Hospital.
 - ASPT. Área de Salud Puriscal-Turubares.
 - CENARE. Centro Nacional de Rehabilitación.
 - ASTUM. Área de Salud Tibás, Uruca, Merced. Clínica Clorito Picado.
 - DRSSCS. Dirección de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur.
 - HNGGRBC. Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.
 - HMPJ. Hospital Max Peralta Jiménez.
 - HNP. Hospital Nacional Psiquiátrico.
 - HSJD. Hospital Nacional San Juan de Dios.
 - HWAT. Hospital William Allen Taylor.

Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.

INDICE

PRESENTACIÓN

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS.....	10
2. REFERENCIAS NORMATIVAS.....	13
3. ALCANCE.....	15
4. JUSTIFICACIÓN.....	15
5. OBJETIVOS DEL MANUAL.....	16
6. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA CONSTRUCCION DEL MANUAL	16
7. POBLACIÓN META	17
8. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO.....	17
9. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO	17
10. CONTENIDOS	18
A. Marco Conceptual.....	18
1. Enfoques teóricos orientadores para el abordaje de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario	18
2. Atención Centrada en la Persona	19
3. Atención Integral.....	20
4. Trabajo en red	21
5. Atención y hospitalización domiciliar.....	22
6. Atención compartida.....	23
B. ATENCION DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA MAYOR.....	27
1. Antecedentes de la atención en salud a la persona adulta mayor	27
2. Particularidades de las enfermedades geriátricas	30
3. Abordaje de la persona adulta mayor.....	32
4. Síndromes geriátricos.....	33
C. Aspectos de gestión y organización de la atención de la persona adulta mayor en el domicilio	34
1. Criterios de ingreso	34
2. Criterios de egreso o alta	34
3. Criterios de referencia entre niveles	35
4. Criterios de interconsulta.....	36
5. Criterios de derivación de establecimiento y/o modalidad de atención en la red de servicios.....	37

6. Actividades que se realizan	37
7. Personal, equipo y materiales necesarios.....	45
8. Infraestructura mínima necesaria.....	63
11. CONTACTO PARA CONSULTAS.....	63
12. ANEXOS.....	64
13. REFERENCIAS	66

PRESENTACIÓN

La iniciativa de desarrollar Redes Integradas de Servicios de Atención responde a un momento de renovado interés mundial y regional, pero en particular por la necesidad de fortalecer los sistemas y servicios de salud para todos los habitantes del planeta. En el caso particular, nuestro país, por su historia y la fortaleza de su institucionalidad, considera que en el ámbito de atención a la persona adulta mayor el funcionamiento de los servicios de salud en red es de vital importancia. Con ello, se busca garantizar que las intervenciones se orienten hacia un accionar sistemático, articulado y basado en evidencia y que permitan superar, de manera progresiva, las barreras del trabajo interdisciplinario y por Inter niveles que sean necesarios.

En un mundo de constantes cambios se hace una imperiosa necesidad abordar oportunamente el problema de la fragmentación en los servicios de atención, dado que la experiencia acumulada demuestra que la fragmentación excesiva en los servicios genera, entre otras dificultades, servicios de baja calidad técnica, uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario en los costos de producción, pero sobre todo una baja satisfacción de los ciudadanos por los servicios recibidos. Por consiguiente, como instancias responsables de ofrecer servicios de calidad, se deben visualizar soluciones más sistémicas e integrales para responder mejor a las necesidades de la población etaria.

El propósito en las iniciativas de Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir paulatinamente al desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS), y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica, y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos. Es claro, que al extrapolar esta iniciativa al contexto nacional dichos objetivos se cumplen. Sin dejar de lado, que la articulación de la red implica un enfoque amplio de organización y de operatividad, pero en particular hace del derecho su principal objetivo al tratar de alcanzar el mayor nivel de desarrollo posible, además de maximizar la equidad y la solidaridad dentro del propio sistema.

Este sistema implica un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales, los cuales garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, además de ser servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Además, presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción, garantiza también un primer contacto del usuario con el sistema, y considera, en todo momento, a las familias y comunidades como base para una acción planificada.

La cobertura de esta red de atención a la persona adulta mayor supone la articulación de los siguientes servicios de salud institucionales:

1. Unidad de Hospitalización Domiciliar Hospital San Juan de Dios
2. Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica. Hospital Nacional de Geriatria y

Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes

3. Área de Salud de Tibás-Uruca-Merced
4. Área de Salud de Tibás
5. Área de Salud de Pavas
6. Área de Salud La Carpio/León XIII
7. Área de Salud Desamparados 3
8. Área de Salud Desamparados 2
9. Área de Salud Desamparados 1
10. Área de Salud de Alajuelita
11. Área de Salud de Mata Redonda-Hospital
12. Área de Salud de Solón Núñez
13. Área de Salud de Aserrí
14. Área de Salud de Puriscal-Turubares
15. Área de Salud Mora-Palmichal
16. Área de Salud de Santa Ana
17. Área de Salud Paso Ancho y San Sebastián

Cada una de estas áreas y unidades forman parte de la atención básica que deben articularse para permitir, entre otros aspectos, la maximización de los recursos, dar respuesta a las necesidades de la población, la orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas con justicia social; sin dejar de lado, la sostenibilidad y la participación, aspectos que contribuyen todos hacia un funcionamiento en red efectivo y eficaz. En aras de asegurar siempre la continuidad de la atención y del flujo eficiente de la información a lo largo de todo el sistema.

Se da énfasis en que la integración de los diferentes niveles de atención exige sistemas de información orientados hacia la planificación, el monitoreo y la evaluación del desempeño; y que se asegure, en todo momento, la continuidad de la atención. A su vez, el sistema se apoya en enfoques basados en la evidencia para el diagnóstico, la intervención y si es del caso la rehabilitación. Por consiguiente, además de disminuir los efectos de la fragmentación, el trabajo en red permita tomar acuerdos sobre criterios diferenciadores entre los niveles de atención. Al no disponer nuestro país de propuestas claras de trabajo por niveles, el presente documento busca ser un aporte que abra camino dentro de la realidad en la que está inmersa la institución.

Dr. Mario Ruiz Cubillo
Gerente Médico
Caja Costarricense de Seguro Social

INTRODUCCIÓN


El envejecimiento poblacional en Costa Rica se ha venido presentando en forma acelerada en las últimas décadas y se ha caracterizado por el incremento del número de personas adultas mayores, el aumento de la longevidad y de la expectativa de vida, así como de la disminución de la tasa de natalidad. Ello ha generado un cambio en el perfil de las personas que se atienden en los servicios de salud.

En las personas adultas mayores aumenta el riesgo de padecer varias enfermedades crónicas, de larga evolución y que acaban generando dependencia funcional o agravando la existente. La atención a este tipo de persona se *“se centrará en la enfermedad crónica antes que en la aguda, en la morbilidad antes que en la mortalidad, en la calidad de vida antes que en su duración y en la posposición antes que en la curación”*³. Esta atención debe estar enfocada en la persona y sus necesidades particulares.

Es necesario fortalecer el papel de la familia como la principal fuente de cuidados y la potenciación de medidas de autocuidado, y apoyo se vuelve primordial. La atención en el escenario domiciliario a las personas adultas mayores con dependencia parcial o total que no pueden asistir a los establecimientos de salud contribuye a mejorar la continuidad de cuidados, promueve la interacción de la familia y el equipo de salud provocando una mayor participación de la persona adulta mayor y su familia en el tratamiento propuesto; promueve la educación para la salud y evita su institucionalización tanto en los hospitales como en instituciones de bienestar social.

Así mismo, es importantísimo la articulación con las redes formales e informales de las comunidades como recurso de apoyo a los cuidadores principales, lo cual va a optimizar el proceso de cuidado. Es por ello que con gran alegría presentamos el presente manual resultado del esfuerzo de muchos funcionarios de por ofrecer una propuesta de atención articulada, basada en evidencia y centrada en las necesidades de la persona adulta mayor y como un ejercicio de implementación específico del Manual de Procedimientos: Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar-Atención en Red, Código MP.GM.DDSS.160318, Versión: 01 avalado por la Gerencia Médica mediante Oficio GM-MDD-6750-2018 del 24 de mayo de 2018. Esperamos que sea de utilidad en el trabajo cotidiano de los equipos que atienden en el domicilio.


³ Fries, J.F. et al. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 303; pp. 130-135.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 10
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

1. DEFINICIONES Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, que facilitan su comprensión. Se hace uso de conceptos ya existentes o formalizados en la Institución, cuando esto es posible. Las definiciones y abreviaturas se describen en orden alfabético.


- **Alteración del equilibrio:** Es cuando la persona pierde la capacidad de mantener el cuerpo erguido y estable en una posición, el cual se puede presentar cuando el individuo está quieto (equilibrio estático) o en movimiento o desplazándose (equilibrio dinámico).
- **Atención compartida.** Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Requiere la participación del Equipo tratante que es aquel que tiene a cargo el paciente durante una intervención o tratamiento y del Equipo de Apoyo que es aquel al cual el paciente será referido posterior al cumplimiento de la intervención. En el ejercicio del trabajo en red el rol de Equipo Tratante y de Apoyo es dinámico, puede ser asumido por los equipos de diferentes niveles de atención, según sea la condición del paciente.
- **Cuidador/a.** Persona que atiende y apoya a otra persona. En el contexto de este documento se refiere a la(s) persona(s) encargada(s) del cuidado de la persona adulta mayor candidata al programa y de brindar el cuidado y asistencia para la realización de las actividades básicas de vida diaria.
- **Desacondicionamiento físico:** Son los cambios fisiológicos que presenta la persona mayor después de un periodo de inactividad o disminución de actividad que conlleva el deterioro funcional.
- **Desnutrición.** Es un estado de deficiencia energética, proteica o de otros nutrientes específicos que produce un cambio cuantificable en la función corporal y se asocia con un empeoramiento de los resultados de la enfermedad, al mismo tiempo que se puede revertir específicamente mediante el apoyo nutricional.
- **Disminución de la fuerza muscular:** La fuerza muscular es la capacidad del músculo o conjunto de músculos de ejercer tensión contra una carga durante la contracción muscular. La disminución de la fuerza muscular es el deterioro de esa capacidad, la cual puede tener diferentes causas y lleva al adulto mayor al deterioro de sus capacidades funcionales.
- **Dolor muscular y articular:** Puede llevar al adulto mayor a evitar el movimiento para no sentir el dolor, produciendo disminución de la fuerza muscular y limitación del movimiento funcional, llevándolo al deterioro de su capacidad física-funcional, la independencia y su calidad de vida.
- **Dolores articulares:** Presencia de dolor en una o varias articulaciones. Puede estar relacionado con artrosis, debilidad, artritis, bursitis y dolor muscular.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 11
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- **Dolores musculares:** Presencia de dolor en un musculo o grupo muscular. El dolor muscular también puede involucrar ligamentos, tendones y fascia, los tejidos blandos que conectan los músculos, huesos y órganos.
- **Ejercicios activos:** Es cuando el paciente logra realizar el movimiento del segmento corporal de forma voluntaria por lo que logra por si mismo la contracción de los músculos.
- **Ejercicios activo-asistido:** Esta técnica se realiza en los casos que el paciente pueda movilizar el segmento corporal, pero no puede completar todo el movimiento, (por disminución de la fuerza, dolor muscular y articular...) En ese caso el fisioterapeuta u persona capacitada para aplicarla ayuda a completar el movimiento, para ir ganando fuerza y movilidad.
- **Envejecimiento:** Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio⁴.
- **Equipo Básico:** Corresponde a áreas de salud que cuentan con un médico general y una enfermera profesional como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.
- **Equipo Ampliado:** Corresponde a áreas de salud que cuentan con un médico de familia o geriatra, una enfermera profesional, trabajador social, odontología, nutricionista, terapeuta físico y farmacéutico como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.
- **Equipo Especializado:** Corresponde a la atención brindada por hospitales que cuentan con un médico de familia y/o geriatra, una enfermera profesional, odontólogo, trabajador social, nutricionista, terapeuta físico, ocupacional, del lenguaje y respiratorio, farmacéutico, entre otros, como equipo asignado para realizar la atención o la hospitalización en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el hospital.
- **Geriatría:** Especialidad médica dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades en las personas adultas mayores durante su etapa de vejez⁵.
- **Lesiones de tejidos blandos:** Son las lesiones que se presentan en estructuras cutáneas, fascia, músculos, tendones, ligamentos o cápsulas de articulaciones. Dentro de estas lesiones destacan: esguinces, tendinitis, bursitis, ruptura de fibras musculares, desgarro muscular, entre otros.

⁴ Asamblea Legislativa. (2016). Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. San José, Costa Rica. Ley 9394.

⁵ CCSS. (2016). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Area de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica. San José, Costa Rica. p. 8


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 12
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- **Limitación y deterioro del movimiento funcional:** Es la dificultad que presenta el adulto mayor para realizar un movimiento independiente e intencionado, que se presenta en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades.
- **Malnutrición:** Estado en el cual existen carencias, excesos o desequilibrios en la ingestión de energía, proteínas y/o algunos otros nutrientes que ocasionan efectos adversos en el tejido corporal, composición, función o consecuencias clínicas.
- **Movilizaciones pasivas:** Son técnicas de cinesiterapia en que el paciente no moviliza de forma voluntaria el segmento afectado y el movimiento del segmento corporal es realizado por el terapeuta u otra persona capacitada para realizarla.
- **Obesidad:** Es el resultado de una ingestión de alimentos superior a las necesidades energéticas requeridas.
- **Persona Adulta Mayor:** Toda persona de sesenta y cinco años o más⁶.
- **Riesgo Social:** Es la situación de mayor vulnerabilidad en que se encuentran las personas adultas mayores cuando presentan factores de riesgo que, de no ser tratados, les producen daños en la salud y violaciones de otros derechos humanos⁷.
- **Sarcopenia.** Es la pérdida de masa muscular y su función asociada con la edad.
- **Síndrome de caídas:** Una caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. En el adulto mayor se debe dar importancia por su alto potencial de lesión, discapacidad y mortalidad.
- **Síndrome de inmovilización grado 1, 2 y 3 (SIF 1, 2 y 3).** Clasificación de los diferentes estados de inmovilización de acuerdo a su posibilidad real de rehabilitación, siendo el SIF 1 el que mejor potencial de rehabilitación tiene. El Síndrome de inmovilización 3 (SIF 3) no es posible rehabilitar, pues presenta complicaciones irreversibles de la inmovilidad como son las contracturas en flexión.
- **Transferencias y cambios de posición:** Es la realización activa, pasiva o con diferentes niveles de asistencia física, de las actividades de pasarse de la cama a la silla y viceversa, dar medio giro y giro completo en la cama, basculaciones pélvicas, pasar de acostado a sentado y viceversa y de sentado a bípedo y viceversa.
- **Trastorno de la marcha:** Son los cambios que se presentan en la biomecánica de la marcha en alguna de sus fases.
- **Valoración geriátrica integral.** Es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor en las esferas médica, funcional, mental y social.
- **Vejez.** Construcción social de la última etapa del curso de vida⁸.

⁶ Asamblea Legislativa. (1999). Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica. p. 4.

⁷ Asamblea Legislativa. (1999). Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica. p. 5.

⁸ Asamblea Legislativa. (2016). Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Ley 9394. San José, Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 13
	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA


Abreviaturas

- **ABVD.** Actividades básicas de vida diaria.
- **AINES.** Antinflamatorios no esteroideos.
- **AIVD.** Actividades instrumentales de vida diaria.
- **CONAPAM.** Consejo Nacional para la Persona Adulta Mayor.
- **CONUT.** Control Nutricional.
- **CRELES.** Costa Rica. Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludables.
- **GDS.** Global Deterioration Scale.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud.
- **UPP.** Úlcera por presión.
- **UPP GI, GII, GIII, GIV.** Úlcera por presión grado 1, 2, 3 y 4 respectivamente.
- **SIF 1, 2 y 3.** Síndrome de inmovilización grado 1, 2 y 3.


2. REFERENCIAS NORMATIVAS

En este apartado se hace mención al fundamento normativo que respalda el desarrollo de los procedimientos.

Número	Nombre de normativas	Año
Normativa Internacional		
NA	Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948
NA	Convención Americana sobre Derechos Humanos	1969
NA	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	
NA	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	1976
NA	Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	1982
NA	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales "Protocolo de San Salvador"	1988
NA	Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad	1991
NA	Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento	2002
NA	Declaración de Brasilia	2007
NA	Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores incluido el Envejecimiento Activo y Saludable.	2009-2018

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 14
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

NA	Carta de San José sobre los derechos de las personas adultas mayores de América Latina y el Caribe	2012
Leyes, Decretos y Reglamentos Nacionales		
Ley 17	Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social	1943
NA	Constitución Política de Costa Rica	1949
Ley 5935	Ley General de Salud	1973
Ley 7600	Ley Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad	1996
Ley 7935	Ley Integral para la persona adulta mayor y su reglamento	1999
Ley 8239	Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2002
D.E. N°32612-S	Reglamento a la Ley Derechos y Deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.	2005
Ley 7756 Modificada	Beneficios para los responsables de pacientes en fase terminal	2007
D. E. N° 38036 MP-MBSF	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez	2011-2021
Ley 9394	Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	2016
Lineamientos institucionales		
7082	Reglamento del Seguro de Salud.	1996
NA	Norma para la atención odontológica.	1997
NA	Una Caja Renovada hacia el 2025. Plan Estratégico Institucional 2007-2012.	2007
Junta Directiva Sesión 8139	Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente.	2007
NA	Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS Articulado en Red para la Persona y su Sistema Familiar, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.	2009
M.GM.DDSS 06 versión 01	Manual metodológico para la construcción de un manual de procedimientos.	2012
NA	Atención Integral al Usuario(a): Alta Programada y Servicios de Apoyo, en el Marco de la Atención y Hospitalización Domiciliar, Área de Atención Integral a las Personas, Dirección Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica.	2013
NA	Lecciones aprendidas en el diseño e implementación de la atención y hospitalización domiciliar en Costa Rica	2013
NA	Modelo de Atención Innovador, Servicios de Salud de la Región Huetar Atlántica: Atención Integral, Integrada, Continuada, Permanente con Garantía de Calidad,	2014

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 15
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

Seguridad y Sostenibilidad, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica.		
NA	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
NA	Propuesta ajustada a la prueba de campo Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	2016
Acuerdo de Junta Directiva	Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor. Artículo 281 de la sesión N° 8871, celebrada el 27 de octubre de 2016	2016
GM-MDD-6750-2018	Manual de Procedimientos: Atención Domiciliar y Hospitalización Domiciliar-Atención en Red, Código MP.GM.DDSS.160318, Versión: 01 avalado por la Gerencia Médica.	2018


3. ALCANCE

Este manual será utilizado por el personal de salud de hospitales y áreas de salud de la zona metropolitana del país. Es un insumo importante de conocer por el personal de geriatría, medicina general, medicina interna, medicina de familia, enfermería, trabajo social, nutrición, farmacia, terapia física, terapia ocupacional, terapia de lenguaje, terapia respiratoria, odontología, en aras de homogenizar el manejo de las personas adultas mayores y el proceso de comunicación entre los servicios que les brindan la atención en salud.

4. JUSTIFICACIÓN

El manual describe los criterios básicos que deben considerarse al atender a la persona adulta mayor en el domicilio mediante una intervención inter niveles e interdisciplinaria articulada. La información descrita, permite a mediano plazo replantear las intervenciones a fin de responder con eficiencia, eficacia y calidad en la atención. Para la Caja Costarricense de Seguro Social es necesario contar con este Manual de Procedimientos, en tanto permite homogenizar la oferta de servicios para el seguimiento de la persona adulta mayor desde el escenario de salud hacia el escenario domiciliario y viceversa, al tiempo que clarifica al personal las intervenciones que deben realizar y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de los usuarios.

La persona adulta mayor enfrenta una situación de salud compleja asociada a patologías y trastornos que trastocan e impactan todos los ámbitos de su vida. Presenta una serie de situaciones de salud, sociales, económicas y familiares que requieren de una atención integral, articulada que le brinde herramientas para la reconstrucción de su proyecto de vida y restablecimiento de su salud como Derecho Humano. Al tiempo, se asume la atención en salud como un proceso dirigido a: estabilizar a la persona adulta mayor, brindar control y seguimiento, brindar educación en salud para el autocuidado y la adecuada adherencia,

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p align="right">Página N° 16</p>
<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p align="center">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p align="right"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

superando la crisis por enfermedad, disminuyendo los factores de riesgo y brindando un fortalecimiento a los factores protectores en el entorno inmediato.

La intervención domiciliar engloba una articulación de distintas disciplinas: Medicina, Trabajo Social, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje, Terapia Respiratoria, Farmacia, Nutrición y Enfermería encargadas de dar la atención, control y seguimiento, por lo cual el contenido del presente documento se genera a partir de la visión holística del mundo, donde toda intervención en salud debe ser interdisciplinaria para alcanzar su máximo potencial.

5. OBJETIVOS DEL MANUAL


Considerando lo anterior, con la implementación de este manual se busca proporcionar al personal de salud los procedimientos técnicos y lineamientos operativos del proceso de atención domiciliar para la persona adulta mayor, buscando la estandarización y atención en red de esta modalidad no convencional en la prestación de servicios de salud. Por lo tanto, los objetivos planteados son los siguientes:

- Estandarizar los procedimientos técnicos y operativos por competencia y capacidad instalada para responder a las necesidades de las personas adultas mayores, familiares y cuidadores en el escenario domiciliar.
- Responder oportunamente a las necesidades de las personas adultas mayores, familiares y cuidadores según recursos disponibles en la red mediante la aplicación de esta modalidad de atención no convencional.
- Proporcionar orientación al personal de salud sobre el tratamiento y manejo más efectivo de la persona adulta mayor basado en evidencia científica.

6. METODOLOGÍA UTILIZADA PARA LA CONSTRUCCION DEL MANUAL

La información que se presenta se sustenta en revisiones de la evidencia disponible en diferentes bases de datos: Ovid, Access Pharmacy, Access Medicine, The JAMA Network, SpringerLink, WILEY, HINARI, PubMed, Scielo, Medline, EBSCOhost, UpToDate. La búsqueda se organiza utilizando como palabras clave como: home visiting, home care, community treatment, home preventive assessment, comprehensive geriatric assesment, envejecimiento, Geriatric medicine, persona adulta mayor, geriatric síndromes pain in the elderly, pain, demencia, deterioro cognitivo.

Por el otro, en referencias que por su relevancia o interés científico se consideran fuentes primarias en un campo disciplinar, escritas por expertos reconocidos en la materia. El análisis de la información revisada en ambos tipos de documentos fue responsabilidad del equipo que

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p align="right">Página N° 17</p>
<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p align="center">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p align="right"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

elabora

este

manual.

7. POBLACIÓN META


- Personas adultas mayores inmovilizadas, en situación de dependencia y situación de salud crónica estable, sus cuidadores y familias.
- Persona adulta mayor con algún grado de inmovilización con diagnóstico de grandes síndromes geriátricos y/o ulcerado (GIII o mayor).
- Persona adulta mayor con algún grado de inmovilización con enfermedad terminal no oncológica avanzada, poli consultante por pluripatología de manejo complejo.
- Persona adulta mayor inmovilizada con patología que requiera hospitalización en períodos de 1 a 12 semanas.

8. RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO

- Profesionales que integran el equipo básico, ampliado y especializados de atención en el domicilio de los establecimientos de salud participantes de la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Central Sur y Central Norte, y del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología.
- Profesionales que integran el equipo especializado de hospitalización en el domicilio del Hospital San Juan de Dios.

9. RESPONSABLE DE VERIFICAR EL CUMPLIMIENTO

- Directores de Áreas de Salud de la Dirección de Red de Prestación de Servicios de Salud Central Sur y Central Norte que participaron
- El Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor brindará el asesoramiento y acompañamiento técnico al personal de salud.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página N° 18</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: right;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

10. CONTENIDOS

El envejecimiento de la población en el territorio nacional implicará entre otras cosas, el aumento considerable de la cantidad de personas adultas mayores, cada vez más longevas y donde una proporción de ellas se encontrará en condición de dependencia de cuidados, lo cual, conducirá al incremento de la necesidad de recibir cuidados a largo plazo en el escenario domiciliario.

Lo anterior, sitúa a la Modalidad de Atención Domiciliar y Hospitalización a Domicilio, como una estrategia para que la persona mayor reciba atención en salud de calidad desde una perspectiva de derechos humanos. Así mismo, que su familia y cuidadores reciban la asistencia y el apoyo requerido para contribuir de manera efectiva al bienestar de la persona adulta mayor.

A. Marco Conceptual


A continuación, se expone el marco conceptual y los enfoques teóricos que fundamentan y orientan la Atención Domiciliar y Hospitalización a Domicilio de la persona adulta mayor.

1. Enfoques teóricos orientadores para el abordaje de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario

El abordaje de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario, debe fundamentarse en los siguientes enfoques teóricos, los cuales orientarán al personal de salud para la implementación de esta modalidad de atención.

Enfoque de Derechos Humanos. El enfoque de derechos propicia la titularidad de derechos humanos de todos los grupos sociales y contribuye a que aquellas personas que en el pasado fueron excluidas, en el presente sean tratados sobre la base de la igualdad y el respeto de la dignidad humana, para favorecer la integración social y, con ello, la construcción de una “sociedad para todos”⁹. Desde este enfoque, se modifica la lógica de elaboración de las leyes, políticas y programas, ya que el punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino el de sujetos con derechos que obligan al Estado, y

⁹ Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página N° 19</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: right;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

en este caso a la Caja Costarricense de Seguro Social, a establecer estrategias a largo plazo para la atención en salud de este grupo poblacional¹⁰.

Mediante la modalidad de atención en el domicilio se busca promover la igualdad de oportunidades y vida digna a todas las personas adultas mayores, especialmente aquellas en condición de dependencia de cuidados.

Enfoque Gerontológico. La Gerontología es entendida como el estudio científico del proceso de envejecimiento, de la vejez y de las situaciones que se presentan alrededor de la persona adulta mayor y su entorno¹¹. Uno de los compromisos para la atención en salud de las personas adultas mayores desde el enfoque gerontológico, es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, que sustente la visión de envejecimiento activo, con la incorporación del enfoque de derechos que promueva la construcción de una sociedad inclusiva para todas las edades¹². Desde la visión gerontológica se considera a la persona adulta mayor desde su integralidad como un ser biopsicosocial y espiritual. Se desarrolla una actitud más crítica, importante e influyente relacionada con los múltiples acontecimientos de la población que envejece.

Enfoque de género. En todo momento de la atención en el domicilio, se debe respetar el derecho a la identidad y pertenencia de la persona mayor, con el propósito de evitar situaciones que contribuyan a potenciar relaciones inequitativas o discriminatorias basadas en el hecho de ser mujer u hombre, la intervención siempre debe contemplar una perspectiva de género, reconociendo las diferencias del proceso de envejecimiento entre hombres y mujeres y que ellas generan a su vez necesidades diferenciadas. Con la incorporación del enfoque de género se pretende contribuir a la disminución de las brechas de género existentes en la sociedad, las que hacen que hombres y mujeres arriben a la vejez en condiciones desiguales.

2. Atención Centrada en la Persona


La atención centrada en las personas “es un modelo de atención que asume, como punto de partida, que las personas mayores, merecen ser tratadas con igual consideración y respeto que cualquier otra, desde el reconocimiento de que todas las personas tienen igual dignidad”¹³.

¹⁰ Huenchan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile. p.11.

¹¹ Sánchez, D. (2010). Compromiso social de la gerontología con el envejecimiento de las personas. En: Gerontología y Desarrollo Humano en el siglo XXI: Persona Adulta Mayor, Experiencia y Desarrollo Sostenible. Ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Gerontología. San José, Costa Rica.

¹² CCSS. (2016). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Area de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. San José, Costa Rica: Gerencia Médica. pp.14-15.

¹³ Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Documentos de Bienestar Social. (1ª ed.). España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. p. 21.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 20
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

El trato digno a las personas mayores se traduce en buscar el máximo beneficio terapéutico y la máxima independencia en aquellas personas con alguna condición de dependencia y control de la vida diaria posibles, desde el marco de la atención integral a las personas. Los elementos en los cuales vislumbra la atención centrada en la persona adulta mayor, son los siguientes:

el bienestar físico y emocional,
el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana,
la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
el fomento de la inclusión social o el respeto a la edad adulta¹⁴.

3. Atención Integral

La palabra atención en su acepción más simple significa capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración, así como, capacidad para centrarse de manera persistente en un estímulo o actividad concretos. Por su parte, integral en su acepción original que proviene del campo de las matemáticas, refiere a una suma de infinitos sumandos, infinitamente pequeños. Es decir, el intento por “integrar” el todo aún en sus representaciones más pequeñas.¹⁵


De manera que, *atención integral* se refiere a la capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a la comprensión de la totalidad, en este caso, la totalidad de la persona adulta mayor, tomando en cuenta todas las partes. La partes, pueden ser contextuales –los escenarios donde se desenvuelve como son la familia, la comunidad, las instituciones- o constitucionales –las esferas física, mental, social, emocional, espiritual de su ser persona.

Si se extrapola esta concepción al ámbito institucional, *atención integral* refiere a la capacidad material, humana, financiera y conceptual de las organizaciones para definir las estrategias de abordaje dirigidas a las personas desde la comprensión de su esencia como seres integrales, totales, no partes, para garantizar la satisfacción de sus necesidades.

Así definida, es evidente que la atención integral no es una tarea que pueda asumir una sola organización, sector o contexto, sino que supone la participación de todos desde la definición de objetivos e intervenciones específicas, generadas desde una perspectiva integral de la gestión institucional. Requiere de una comprensión sistémica y compleja del quehacer

¹⁴ Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Documentos de Bienestar Social. (1º ed.). España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. p. 22.

¹⁵ Mata, A. et al. (2013). Atención Integral y Desarrollo: Fortalecimiento Intersectorial. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 21
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

institucional a favor del bienestar poblacional, en este caso con énfasis en la atención de la persona adulta mayor.

4. Trabajo en red

La OMS/OPS lanza la invitación de articular redes integradas de servicios de salud, en este que es un momento de renovado interés mundial y regional sobre la necesidad de fortalecer los sistemas y servicios de salud para todos los habitantes del planeta. En particular aquellos que evidencian nuevas formas de hacer con los recursos existentes.¹⁶

En un mundo donde se cuestiona cada vez más el bajo desempeño de los sistemas de salud, la necesidad de abordar el problema de la fragmentación de los servicios de atención, se hace cada vez más imperiosa. La experiencia acumulada demuestra que la excesiva fragmentación de los servicios genera dificultades en el acceso a los mismos, en la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los ciudadanos con los servicios recibidos. Aunado a esto, el aumento de las expectativas de los usuarios(as) demanda soluciones más sistémicas e integrales para responder mejor a las necesidades de la población.


El propósito de la iniciativa de OPS/OMS sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es contribuir al desarrollo de intervenciones en salud basadas en la APS, y por ende, a la prestación de servicios de salud que sean más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

El principal valor del trabajo en red interdisciplinaria e Inter niveles es pues, el derecho a alcanzar el mayor nivel de desarrollo integral posible, al tiempo que busca maximizar la equidad y la solidaridad que como país hemos alcanzado.

De manera que, en el caso de la atención a la persona adulta mayor en el domicilio, los servicios que deben articularse en red son primero aquellos que se brindan en el escenario hospitalario para luego trascender hacia las áreas de salud, la atención en el domicilio y los programas de apoyo comunitarios, con los propósitos de: promover, mantener y/o recuperar el desarrollo integral de las personas.

Lo anterior, teniendo claro que la provisión de servicios consiste en la atención directa a las personas por parte de personal profesional calificado. La cual puede ser de distintas naturalezas —*promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico e intervención, recuperación y rehabilitación*—.

¹⁶ Mata, A. et al. (2013). Atención Integral y Desarrollo: Fortalecimiento Intersectorial. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 22
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

Entre los principales problemas de las redes de servicios esta *la fragmentación*, es decir, la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red. La fragmentación puede generar por sí misma, o conjuntamente con otros factores:

- dificultades en el acceso a los servicios
- entrega de servicios de baja calidad técnica
- uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles
- incremento innecesario de los costos de producción
- baja satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Desde el punto de vista de la persona usuaria, la fragmentación se manifiesta en:

- la postergación de la entrega de servicios
- derivaciones tardías o la entrega de servicios con enfoque programático reducido
- necesidad de tener que visitar múltiples sitios asistenciales y diversos prestadores para solucionar un único episodio
- falta de cuidado a lo largo del tiempo en el manejo de condiciones crónicas o trastornos
- repeticiones innecesarias del historial clínico, duplicaciones de las pruebas diagnósticas y llenado de múltiples formas administrativas en cada lugar de atención.


La articulación de la atención de la persona adulta mayor en el domicilio, busca precisamente enfrenar este problema de la fragmentación, para asegurar la continuidad de la atención.

5. Atención y hospitalización domiciliar

Hospitalización y Atención Domiciliar Son modalidades no convencionales de atención, que se desarrollan en el escenario domiciliar con la participación de un equipo interdisciplinario capacitado, con experiencia en su disciplina, en el trabajo en equipo y con habilidades sociales. Todas las intervenciones son programadas y forman parte de una estrategia sistematizada y oficializada en un establecimiento o en una red de servicios. Las personas adultas mayores ingresan a la modalidad por criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, considerando aspectos geográficos, sociales y clínicos.¹⁷

La hospitalización domiciliar corresponde a los hospitales e implica proporcionar continuidad asistencial médico sanitaria completa, curativa, rehabilitativa y preventiva en el ámbito familiar. Supone la atención a procesos agudos o altas precoces (médicas o quirúrgicas), cuenta con recursos de atención especializada y son los profesionales del Hospital quienes proporcionan la base de la asistencia, siendo los profesionales de áreas de salud elementos de apoyo. Se ofrece a determinados enfermos que de otra manera hubieran precisado un hospital de agudos por un período de tiempo limitado. En esta modalidad destaca el papel de los cuidadores(as). Acorta los tiempos de recuperación por el efecto psicosocial que implica la internación en el hogar. Requiere de recursos tecnológicos para fortalecer el enlace entre los

¹⁷ Bolaños, S., Arreola, L. y Mata, A. (2010). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página N° 23</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: right;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

diferentes servicios de hospitalización, de la red de servicios, el domicilio y los servicios de apoyo durante las 24 horas de los días que dure el internamiento domiciliario.

La atención domiciliar corresponde a las áreas de salud e implica la atención a persona adulta mayor crónica, terminal inmovilizada, cuya organización depende de las Áreas de Salud, los recursos con que se organiza son los propios de estos establecimientos y los profesionales del área se convierten en referentes últimos de la asistencia, prestando los profesionales de Atención Especializada una función de apoyo. Mientras la familia y/o persona allegada es quien se ocupa habitualmente de la persona adulta mayor, son unidades básicas de cuidados y potenciación de medidas de autocuidado. El objetivo básico es vigilancia, compañía y atención personal. Para implementar esta modalidad es necesario contar con recurso tecnológico para la televigilancia o teleasistencia. El horario y periodicidad de las visitas se establece en cada área dependiendo de los recursos disponibles y las necesidades asistenciales. Ambas estrategias son reconocidas por su alto impacto humano y financiero en el abordaje de persona adulta mayor crónica, terminal, con alguna discapacidad o síndrome de inmovilización.

6. Atención compartida


La atención compartida se ha utilizado en el tratamiento de muchas afecciones crónicas porque proporciona un mejor resultado que las estrategias de atención primaria o la especializada aplicadas de manera fragmentada. Se ha definido como la participación conjunta y sincrónica de profesionales de salud de un nivel de atención con otros de un nivel diferente. Supone la prestación planificada de la atención, durante la cual se brinda un intercambio de información que incide positivamente en la gestión de la persona adulta mayor y la capacidad resolutoria de los equipos, más allá del alta y la referencia habituales¹⁸.

Diversos estudios indican que la atención compartida mejora significativamente la prescripción apropiada y el cumplimiento de la medicación, proporcionando beneficios a largo plazo para la persona atendida. El aspecto fundamental de la atención compartida es que debe incluir una verdadera colaboración entre la atención en el I y II Nivel con la especializada¹⁹. Además, se identifica que la atención compartida puede ser más efectiva en personas adultas mayores con depresión u otras enfermedades mentales crónicas graves y en los que presentan alta morbilidad, especialmente en las personas adultas mayores. En particular porque estas presentan pluripatología y polifarmacia²⁰.

¹⁸ Hickman, M., Drummond, N. y Grimshaw, J. (1994). A taxonomy of shared care of chronic disease. *Journal of Public Health Medicine*;16(4). pp. 447-454.

¹⁹ Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

²⁰ Wagner, E.H. y Groves, T. (2002). Care for chronic diseases. *BMJ* 325; pp. 913-914.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 24
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

La atención compartida brinda la oportunidad de proporcionar los beneficios de la intervención especializada combinada con la continuidad de la atención y el tratamiento de las comorbilidades por los médicos generales que permanecen como responsables de todos los aspectos de la asistencia sanitaria, además de la enfermedad crónica específica²¹.

Los sistemas de atención compartida incluyen protocolos clínicos predefinidos, normas de referencia, educación continua de los profesionales de salud participantes, sistemas de intercambio de información específicamente diseñados, auditoría y evaluación en el curso de los servicios administrados.

Se destacan los siguientes aspectos a tomar en cuenta para implementar intervenciones de atención compartida²²:

- La finalidad de tal intervención debe ser la mejora en la atención a la persona y no solamente intercambiar la atención entre los sectores con la finalidad de reducir costos.
- Participación activa de las personas adultas mayores, cuidadores y familias en el proceso de atención.
- Uso de tecnologías de la información para aumentar la efectividad de la organización de la atención compartida.
- Definición de un gestor de red o de caso en el equipo tratante y de apoyo para para el desarrollo de la intervención.


En una revisión sistemática de la literatura sobre la integración de redes de prestación de servicios de salud, se identifican los siguientes principios como importantes para ser tomados en cuenta en la implementación de atenciones compartidas²³.

- a) **Brindar un continuo en la atención.** La persona adulta mayor y su familia debe de experimentar la atención compartida como un continuo, donde no es dejado de lado por su equipo de cabecera, más bien donde otro equipo se integra a su atención anterior para su propio beneficio. Para evitar mal entendidos, es importante explicar claramente el funcionamiento, los límites y alcances de la atención compartida a la persona adulta mayor y la familia.
- b) **Enfoque a las Personas.** La atención compartida se debe de organizar para solventar las necesidades de la persona adulta mayor y su familia y no las de los equipos de salud.


²¹ Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

²² Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

²³ Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No); pp. 16–23.

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página N° 25</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: right;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

- c) **La atención compartida debe facilitar el acceso para la persona adulta mayor y alejarse en la medida lo posible de la burocracia.** Los apoyos tecnológicos pueden ser un gran aliado y deben de ser actualizados periódicamente.
- d) **Calidad de atención sostenida a lo largo de la red.** Los roles y responsabilidades de todos los miembros de los equipos están claramente identificados para asegurar una transición suave de la persona adulta mayor de un tipo de cuidado a otro. Protocolos compartidos basados en evidencia son esenciales para el funcionamiento de los equipos interdisciplinarios y ayudan a normalizar la atención en todos los servicios y sitios, mejorando así la calidad de la atención. En estrecha relación con el tema de la atención compartida está la comunicación, para esto se debe de promover reuniones de equipo periódicas, conocer las aptitudes de cada uno de los profesionales de la red, hacer uso de sistemas electrónicos de información y sobre todo emplear un canal de comunicación empático y respetuoso entre los integrantes.
- e) **Evaluación de la atención.** Los equipos involucrados en la atención compartida deben de entender que las evaluaciones periódicas de su desempeño y labores deben de realizarse para garantizar la calidad y la mejora continua.
- f) **Liderazgo.** La atención en red requiere de un liderazgo con visión, así como una cultura organizacional que sea congruente con la visión. Culturas enfrentadas entre los equipos básicos y especializados o entre los equipos de la red y profesionales de apoyo en tercer nivel o en servicios de emergencias es una de las razones principales por la que los esfuerzos de integración fallan. La atención compartida, exige un liderazgo comprometido y visible con procesos claros de comunicación. Los líderes deben promover la nueva visión entre el personal para facilitar el proceso. Los líderes exitosos reconocen la importancia del aprendizaje y cómo contribuye al unificar el objetivo general entre los diferentes equipos de la red y aquellos que si bien no están en la red, eventualmente podrían tener una participación en la atención de los usuarios.
- g) **Personal Idóneo.** Los profesionales de la red tienen que integrarse de manera efectiva a todos los niveles jugar papeles de liderazgo en el diseño, implementación y operación del mismo. La percepción de pérdida de poder, prestigio o cambio en el estilo de práctica puede provocar descontento, resentimiento y resistencia al cambio. Para algunos profesionales trabajar en un sistema de atención integrado con capacidad de decisión compartida puede ser poco atractivo. Fortalecer los vínculos formales pero sobre todo los informales entre los profesionales, el compartir la misma visión y misión, y fortalecer el enfoque a las personas permite integrar a los profesionales al modelo compartido. Además, resulta importante que el personal de dichos equipos cuente con espacios para discutir casos, experiencias y donde se puedan actualizarse en temas de relevancia.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 26
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

La coordinación de la atención compartida en la red de atención y hospitalización domiciliar²⁴, implica lo siguiente:

1. El equipo de atención u hospitalización domiciliar tratante identifica el o los problemas de salud de la persona adulta mayor, según el cuadro de condiciones geriátricas a valorar, que podrían beneficiarse del apoyo de otro equipo o profesional de la red de atención y hospitalización domiciliar por:
 - a) Capacidad de resolución.
 - b) Inestabilidad de la persona adulta mayor o la familia (visitas a emergencias, solicitudes de atención extra, desborde familiar).
 - c) Aplicación de alguna terapia o tratamiento específico.
 - d) Valoración o intervención específica.

2. El equipo tratante explica a la persona adulta mayor y al cuidador el plan de manejo que desea solicitar y la manera en que funciona la atención compartida.

3. El equipo tratante hace una referencia donde indica el objetivo de la atención compartida, datos clínicos y socio-funcionales más relevantes, se la entrega a la persona adulta mayor o al cuidador y toma una foto de la misma para enviarla mediante la herramienta tecnológica que tenga a su alcance.

4. La secretaria (que es el personal de enlace) del equipo de apoyo, recibe el correo electrónico, lo comunica al coordinador del equipo.


5. El coordinador del equipo determina: si la persona adulta mayor cumple con los criterios de inclusión del programa al que se desea acceder; si la intervención requiere de compartir las visitas o no con un funcionario del equipo tratante y lo comunica a la secretaria.

6. La secretaria del equipo de apoyo, se comunica con el familiar o con la persona adulta mayor para definir de manera consensuada la fecha de visita.

7. La secretaria del equipo de apoyo comunica al equipo tratante sí la atención compartida procede e informa la fecha definida para la visita de intervención y la necesidad o no de que un funcionario del equipo tratante participe en dicha visita.

8. El equipo de apoyo realiza la visita para valorar la situación.

²⁴ Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 27
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

9. La persona adulta mayor o cuidador entrega la referencia en físico al equipo de apoyo para ser archivada en el expediente clínico.
10. El equipo de apoyo define plan de acción en conjunto con la familia, la persona usuaria y el equipo tratante, según sea necesario.
11. El equipo de apoyo elabora contrarreferencia física y electrónica al equipo tratante, una vez finalizada la intervención indicando si ésta fue:
 - a) Exitosa y concluyó por mejoría clínica.
 - b) Parcialmente exitosa y requiere manejo por equipo tratante, especificando plan de manejo.
 - c) Se da por concluida a petición de la persona adulta mayor o su cuidador.

B. ATENCION DE LA SALUD DE LA PERSONA ADULTA MAYOR

1. Antecedentes de la atención en salud a la persona adulta mayor

Los cambios en las condiciones de vida, el avance de la medicina y el conocimiento progresivo de la etiología de las enfermedades han dado curso a una reducción notable de la mortalidad, especialmente de la mortalidad temprana, y a un aumento del número de años de vida de la población.²⁵


Esta situación se considera un éxito del mundo moderno, ya que por primera vez en la historia, la mayoría de personas llegará a la tercera edad²⁶. Este éxito sin embargo es parcial, pues, según muestran las estadísticas mundiales actuales y las proyecciones futuras, la mayoría de estas personas adultas mayores vivirán por debajo de la línea de pobreza sin poder disponer de derechos básicos y siendo socialmente excluidos en sus comunidades²⁷.

Los siguientes datos estadísticos ofrecen un panorama mundial sobre la situación actual y futura de este grupo etario. Se espera que para el año del 2050, el 20% de la población esté conformada por personas mayores de 60 años, que hayan 314 millones de personas por encima de los 80 años, 61 millones por encima de los 90 años y 3,2 millones de centenarios. Para el 2050, mil millones de adultos mayores, más del 50%, vivirán en países de bajos

²⁵ Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2012, citado por Caja Costarricense de Seguro Social, 2017, Política Institucional para la Atención Integral de la Persona Adulta Mayor, p. 8.

²⁶ División Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud de la Familia y Población Unidad de Envejecimiento y Salud. OPS. (2004). Envejecimiento, vejez y personas mayores. Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo. Serie Materiales de Capacitación Número 1. (4ª ed.). Washington, D.C: OPS.

²⁷ HelpAGE International. (2002). HelpAge International's submission for the Consultation on the Human Rights of Older Persons Follow-up to the Second World Assembly on Ageing. En: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/HelpAgeInternational.pdf>

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 28
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

ingresos. Así mismo, se estima que la esperanza de vida al nacer aumentará de manera global de 72,6 años en 2019, a 77,1 años en 2050.²⁸

La población mayor de 65 años crece a un ritmo más rápido que el resto de segmentos poblacionales. Para el año 2018 las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los niños menores de cinco años. En el caso de personas de 80 años y más, su cantidad se triplicará de 143 millones en 2019 a 426 millones en 2050. Se proyecta que la proporción de la población de 65 años y más se duplicará entre 2019 y 2050 en África septentrional, Asia, y América Latina y el Caribe.²⁹

En el caso de Costa Rica, este se encuentra en etapa avanzada de la transición demográfica y presenta también un porcentaje de personas adultas mayores en su población que lo caracteriza como un país en proceso moderado de envejecimiento³⁰. Según los indicadores demográficos indicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el Censo Nacional de Población (2011), la esperanza de vida alcanzó los 78,7 años; y se ha proyectado que para el año 2025, la esperanza de vida será de 81.3 años.

Para el 2025, la cantidad de personas mayores de 80 años se duplicará y requerirá mayor apoyo formal e informal. Actualmente este grupo tiene de 63 a 78 años, es un grupo que ya es vulnerable por las condiciones que actualmente poseen y que acarrearán probablemente al futuro. Se espera que la tasa de crecimiento de la población adulta mayor sea de 4% a partir del 2015, con lo que este grupo poblacional se duplicará cada 15 años.

Esta población de más de 80 años es muy vulnerable por la alta incidencia de discapacidad, dependencia y deterioro cognitivo que se presenta a esas edades. Este grupo poblacional además es poco estudiado, pues el crecimiento importante de dicho segmento de la población es un fenómeno reciente³¹.


Los cambios en la estructura por edad de la población costarricense se muestran en la presencia de altos porcentajes de población adulta y adulta mayor y porcentajes cada vez menores de la población de menos de 15 años de edad, o sea, el aumento en el número de personas adultas mayores no está acompañado de un aumento en las poblaciones jóvenes

²⁸ Naciones Unidas. (2019). La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. Noticias del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

²⁹ Naciones Unidas. (2019). La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. Noticias del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

³⁰ Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Actualización de documento técnico. Área Atención Integral a las Personas. San José, Costa Rica. p. 21.

³¹ Fernández, X. y Robles, A. (2008). Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, CONAPAM. San José, Costa Rica.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 29
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

por el descenso en la fecundidad, esto hace que la pirámide poblacional cambie hacia una forma más rectangular³²

Según el *Primer informe de estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*, para la mitad del 2008 existían 278.000 personas mayores de 65 años, los que representa un 6% de la población, cifras mucho mayores que las encontradas en 1970 cuando el número era de 66.000 personas adultas mayores, un 3,8% de la población. A continuación se enumeran algunos rasgos distintivos de esta población en estudio:

- Las personas adultas mayores se concentran en el área metropolitana y en algunos pocos cantones. Cerca de dos tercios (68%) de los adultos mayores viven en la región central y de estos, el 76,5% viven en áreas urbanas. El 30% de los adultos mayores restantes se encuentran desplegados en las otras regiones del país donde, con excepción de la región Pacífico Central, la mayoría de los adultos mayores viven en áreas rurales.
- El 50% de la población adulta mayor se concentra en 15 de los 81 cantones nacionales. Un 25% en los cantones de **San José**, Alajuela, **Desamparados** y Cartago, según el Censo del 2000.
- En el *Primer informe estado de situación de la persona adulta mayor*, en relación con la funcionalidad, se indica que la necesidad de ayuda en una actividad básica de vida diaria (ABVD) va de un 6,7% para alimentarse, a un 48,6% para cortarse las uñas de los pies. En cuanto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), va de un 18,3% para manejar su dinero, a un 38,5% para hacer compras. La mayor dependencia al igual que los datos mencionados anteriormente, se presenta en las mujeres.
- Según los datos del estudio CRELES, la dificultad para realizar una ABVD, (caminar, empujar objetos, levantar las manos acostarse y levantarse de la cama, subir escaleras, bañarse, cruzar el cuarto caminando, usar el inodoro, comer) y una AIVD (hacer compras, tomar medicinas, cocinar, manejar el dinero) se presenta en una proporción mayor en las mujeres y en los mayores de 80 años.
- La dificultad para realizar una o más ABVD se reporta en el 4% al 10% de los adultos mayores en general. La tarea básica que más se le dificulta realizar a la población mencionada es la de subir gradas, seguido de caminar. La dificultad para realizar una AIVD se presenta entre un 14% a 23% de los adultos mayores. Hacer compras es la actividad instrumental más frecuentemente alterada. No hay diferencias significativas en las limitaciones funcionales de quienes viven en la Gran Área Metropolitana y fuera de ésta.
- En el estudio de CRELES se utiliza una escala conocida como el Minimental modificado de Folstein que se utiliza para detectar problemas de demencia. Se consideró que el puntaje de 0 a 9 determinaba un deterioro cognitivo severo, un puntaje de 10-13, moderado y un puntaje mayor a 13 no determinaba deterioro cognitivo. De acuerdo con esto, un 18,3% aparece con deterioro cognitivo severo, 53,8% con deterioro

³² Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2007). Panorama Demográfico. Boletín Anual. Año 1, Vol. 1. San José, Costa Rica. Citado por CCSS (2019). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Documento Técnico. San José, Costa Rica.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 30
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

cognitivo moderado y un 27,9% no presentaba deterioro cognitivo. En resumen, los datos anteriores reflejan lo siguiente:

- La población adulta mayor es el grupo de población que más aumentará en el futuro próximo a nivel mundial y nacional.
- Las necesidades de esta población aumentarán en vista del aumento de la expectativa de vida y el mayor número de años de discapacidad por enfermedades crónicas en etapas avanzadas³³.

2. Particularidades de las enfermedades geriátricas

De acuerdo con la Guía Clínica Para Atención Primaria A las Personas Adultas Mayores elaborada por la Organización Panamericana de la Salud³⁴, la aparición, abordaje y tratamiento de la enfermedad en este grupo poblacional va a ser modificadas por una serie de variables que se mencionarán a continuación.

- **Cambios relacionados con el envejecimiento**


- Existe una relación epidemiológicamente demostrada entre la enfermedad y el envejecimiento, **sin embargo esto no quiere decir que el envejecimiento deba verse como una enfermedad.**
- A pesar de que el envejecer no es lo mismo que enfermedad existen aspectos relacionados a los cambios intrínsecos que acompañan al proceso de envejecimiento que generan un mayor estado de vulnerabilidad para esta población. Un ejemplo de esto es la aparición de reacciones adversas a medicamentos debido a las alteraciones farmacocinéticas y farmacodinámicos secundarios a los cambios relacionados al envejecimiento en diferentes órganos.
- Esta vulnerabilidad explica el impacto que la enfermedad produce en las actividades cognitivas, funcionales y sociales de esta población.
- Esta vulnerabilidad es mayor en los adultos mayores con enfermedades crónicas en estadios avanzadas.

- **Comorbilidad e insuficiencias orgánicas múltiples**

- La comorbilidad es frecuente en esta población y muchas veces las enfermedades se encuentran en estadios avanzados.
- La insuficiencia de un sistema (frecuentemente presentada en edades avanzadas) puede generar insuficiencia en otros.
- Generalmente ninguna enfermedad domina el cuadro clínico.
- Con la presencia de múltiples enfermedades la relación patología-enfermedad-manifestaciones clínicas es menos consistente haciendo que el abordaje diagnóstico


³³ Fernández, X., Robles, A. (2008). Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, CONAPAM. San José, Costa Rica.

³⁴ Organización Panamericana de la Salud. (2002). Guía Clínica Para Atención Primaria A las Personas Adultas Mayores promoción de salud y envejecimiento activo serie materiales de capacitación. Número 1. División Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud de la Familia y Población Unidad de Envejecimiento y Salud. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 31
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

sea más complejo y que lograr determinar la severidad de cada enfermedad individual sea a veces imposible.

- El manejar una enfermedad puede a su vez empeorar otra.
- **Causas múltiples de un mismo síntoma**
 - En la persona adulta mayor se pueden presentar varias enfermedades bajo la misma sintomatología; por ejemplo, confusión, deterioro funcional o caídas. Por ejemplo, los cambios en el estado funcional, pueden deberse a una causa infecciosa, farmacológica, quirúrgica etc.
 - Esto puede llevar a un diagnóstico tardío en esta población.
- **Presentaciones no usuales de las enfermedades en relación a la población joven**
 - La literatura médica hace referencia a la presentación atípica de la enfermedad en el adulto mayor en comparación con el adulto joven.
 - Esto hace que el diagnóstico diferencial aumente sustancialmente en el adulto mayor con respecto al joven.
 - El mismo proceso patológico en los extremos de la vida se comporta de manera distinta.
 - Lo que pareciera corresponder a una misma enfermedad en distintos grupos de edad, pueden en realidad obedecer a muy diversas etiologías.
- **La importancia de la comunicación**
 - Con frecuencia, la queja principal al momento de la consulta no refleja en forma clara la realidad del problema.
 - Los trastornos sensoriales (p.e. sordera) y del lenguaje (p.e. afasias) presentados en esta población pueden dificultar la comunicación.
 - El aceptar por parte del paciente y/o profesional que el envejecimiento es sinónimo de enfermedad (“viejismo”) genera que no se manifiesten síntomas importantes, pues consideran que son usuales a esa edad, favoreciendo así la aparición tardía de las enfermedades.
- **Determinantes sociales**
 - En los casos de personas adultas mayores dependientes de cuidados el éxito del manejo dependerá de su entorno social.
 - La persona adulta mayor dependiente recibe la asistencia para la realización de las actividades de la vida diaria de un cuidador/a o familiar, por lo cual estos deben estar incluidos dentro del proceso de atención domiciliar.
 - La información que aporta el cuidador/a o el familiar contribuye al conocimiento de la situación de salud de la persona adulta mayor y la definición del plan de tratamiento.
 - La existencia de problemática social (redes de apoyo familiar poco efectivas, síndrome de maltrato, negligencia y abandono, condiciones socio ambientales que afectan la salud) en el escenario domiciliar puede dificultar el abordaje de la persona adulta mayor con dependencia de cuidados.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 32
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- Debido a que la dependencia y la pérdida de autonomía constituyen un factor de riesgo de violencia en la persona adulta mayor, el equipo debe estar atento para su detección y abordaje oportuno.

3. Abordaje de la persona adulta mayor

El acercamiento adecuado de la persona adulta mayor, por las razones expuestas anteriormente, requiere de un abordaje sistematizado y multidimensional que permite mejorar el ejercicio diagnóstico, detectar patologías que no son parte de la queja principal y valorar las repercusiones multidimensionales del cuadro actual. La valoración geriátrica integral (VGI), es un sistema de evaluación especial para esta población, ayuda en este objetivo y permite orientar las metas de una forma ordenada optimizando los recursos de mejor forma.


La valoración geriátrica integral es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades de la persona mayor en las esferas médica, funcional, mental y social. Con esto se busca elaborar una estrategia interdisciplinaria de intervención y seguimiento a largo plazo con el fin de optimizar los recursos, lograr el mayor grado de independencia y en definitiva una mejor calidad de vida. Los objetivos de la VGI son los siguientes:

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a un diagnóstico integral (médico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado médico, funcional, cognitivo, la calidad de vida.
- Evitar hasta donde sea posible la dependencia, institucionalizaciones e internamientos o consultas a urgencias innecesarias.
- Optimizar los recursos al orientarlos de forma ordenada a las necesidades reales de la persona adulta mayor.

La valoración de la persona adulta mayor debe brindarse a partir del enfoque de atención centrada en la persona, el cual reconoce la dignidad de todo ser humano, busca la autodeterminación y la mayor autonomía posible de las personas mayores o aquellas dependientes en su proceso de atención para así mejorar su calidad de vida y su bienestar³⁵.

Las valoraciones geriátricas generalmente abordan a las personas adultas mayores de forma cuadrifuncional con diferentes instrumentos que permiten identificar las patologías de cada una de las áreas afectadas. Las esferas áreas son: la esfera médica, la esfera funcional, la

³⁵ Martínez, M. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1° Ed. p.21

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: right;">Página N° 33</p>
<p style="text-align: center;">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: right;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>

esfera cognitiva y la esfera social. Esto permite ordenar el abordaje y los diagnósticos para un adecuado manejo de cada uno de los diagnósticos detectados.

La esfera médica. Esta esfera es la que resulta más familiar para los profesionales en salud pues es similar a lo realizado usualmente durante la práctica clínica. Se incluyen las patologías médicas del adulto mayor diagnosticadas o sospechadas. En esta esfera se le presta especial atención al estado nutricional y a la polifarmacia. Es de suma importancia en este apartado aclarar la condición basal de la persona adulta mayor para así poder definir la gravedad de la situación y el potencial de rehabilitación.

La esfera funcional. La funcionalidad es definida como la suma de las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio. En esta esfera se incluyen diagnósticos relacionados con el desempeño funcional del adulto mayor. Se incluyen los trastornos de marcha y equilibrio, el síndrome de caídas, síndrome de inmovilización, trastornos sensoriales, diagnósticos de dependencia o deterioro funcional y la capacidad para desarrollar las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria. Esta esfera es de suma importancia en geriatría pues permite determinar en gran parte las metas a las que queremos llegar, siendo una de las más importantes la búsqueda de la mayor independencia posible de esta población.

La esfera cognitiva. Generalmente incluyen patologías de gran relevancia en esta población por su incidencia e impacto. Se incluyen los síndromes demenciales, alteraciones del ánimo y trastornos conductuales.


La esfera social. Se anotan diagnósticos relacionados a la dinámica social del adulto mayor y su entorno. Se le presta atención al cuidador pues este forma parte de la unidad a tratar. Además se le presta especial atención a la sospecha de abuso o maltrato en vista de que esta población es vulnerable en ocasiones.

4. Síndromes geriátricos

Los aspectos característicos del abordaje geriátrico ayudan a detectar entidades de diferente índole que van desde los aspectos relacionados a la prevención hasta los aspectos relacionados al cuidado paliativo. Dentro de las enfermedades detectadas existen, principalmente en persona adulta mayores vulnerables, entidades conocidas en la literatura como “Los Gigantes de la geriatría” o “Síndromes Geriátricos”.

Estos síndromes presentan las siguientes características:

- Altamente prevalentes en la población adulta mayor.
- Generalmente no son considerados o abordados en la práctica médica usual.
- Su etiología es multifactorial.
- Presentan gran impacto a nivel de la funcionalidad, independencia del adulto mayor, calidad de vida y una gran repercusión económica y en el uso de recursos.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 34
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- Para un adecuado manejo se debe tener un abordaje y manejo multidisciplinario desafiando el modelo de atención medica tradicional.

La lista de síndromes geriátricos varía según la evolución de la Geriatria al igual que el objetivo de este abordaje. Inicialmente la geriatría se centraba en detectar los síndromes ya instaurados sin embargo actualmente se busca la prevención de estas patología para así minimizar su impacto. Dentro de los síndromes geriátricos se encuentran los siguientes:

- Delirium.
- Demencias.
- Incontinencias.
- Inmovilidad.
- Yatrogenia.
- Estreñimiento.
- Fragilidad.
- Úlceras por presión.
- Síndrome de caídas.
- Trastornos del sueño.
- Trastornos sensoriales.
- Polifarmacia.
- Abuso y maltrato.

C. Aspectos de gestión y organización de la atención de la persona adulta mayor en el domicilio

En este apartado se incluyen condiciones de gestión que deben considerarse al organizar la atención en el domicilio de la persona adulta mayor.

1. Criterios de ingreso


Pueden ser referidos a la atención y hospitalización domiciliar todas las personas mayores de las diferentes Secciones o Servicios del hospital y/o Área de Salud cuya patología y/o condición de inmovilización amerite tratamiento en el domicilio, para lo cual deben:

- disponer del apoyo de una persona cuidador/a capacitado o dispuesto a capacitarse,
- pertenecer al área de adscripción del establecimiento de salud,
- corresponder al perfil de funcionalidad o estado de salud definido para cada tipo de equipo que hace la intervención (básico, ampliado o especializado).

2. Criterios de egreso o alta

En la modalidad de hospitalización domiciliar (atención de pacientes agudos),

- Cuya patología ya no requiera continuar con la intervención, o bien, cuya intervención aguda se finaliza y es derivado a otra modalidad de atención o servicio.
- Por petición de la persona adulta mayor o su cuidador/a, según sea el caso.
- Persona adulta mayor que se trasladen su domicilio fuera del área de cobertura.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 35
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021

- Visitas domiciliarias que impliquen un riesgo para el Equipo.
- Personas adultas mayores o cuidadores que, pese a la intervención del Equipo, se resistan a seguir las indicaciones.
- La decisión de egreso se toma de manera coordinada entre el equipo y el médico tratante que refirió a la persona adulta mayor o que lo está tratando en ese momento.

En la modalidad de atención domiciliar:

- Persona adulta mayor que mejoren su condición clínica y/o social hasta el punto en el que sean capaces de asistir a un centro de salud para continuar su atención.
- Por petición de la persona adulta mayor o su cuidador/a
- Persona adulta mayor que traslade su domicilio fuera del área de cobertura.
- Visitas domiciliarias que impliquen un riesgo para los miembros del Equipo.
- Personas adultas mayores o cuidadores que, pese a la intervención del Equipo, se resistan a seguir las indicaciones.

3. Criterios de referencia entre niveles


Dado que esta es una experiencia que recién se está organizando formalmente, a medida que la red se consolide los criterios que se describen seguidamente pueden variar y enriquecerse según necesidades, evolución de los equipos en el manejo de las diversas patologías, el perfil de los pacientes atendidos y la modificación en las políticas institucionales.

- **De Nivel Básico a Nivel AMPLIADO**

- UPP GII con caverna o infectadas sin respuesta a antibioticoterapia, evolución tórpida– UPP GIII
- Descompensación subaguda de su patología crónica (Por ejemplo más de 2 consultas al SEM por la misma causa)
- Riesgo alto de enfermedad bucodental con secuelas graves de enfermedad activa sin atención posible en el I Nivel de atención.

- **De Nivel AMPLIADO a Nivel Especializado**

- *Paciente Terminal no oncológico descompensado según los siguientes criterios:*
 - Enfermedad Cardiovascular avanzada NYHA IV sintomática pese tratamiento optimizado.
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.
 - Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- *Enfermedad Pulmonar:*
 - Neumopatía avanzada (según criterios) sintomática pese a tratamiento optimizado.
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 36
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- *Enfermedad Hepática Terminal:*
 - Enfermedad hepática evolucionada sintomática pese a tratamiento óptimo.
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.
 - Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- *Enfermedad Renal Terminal:*
 - Insuficiencia renal crónica Estadio 5 sintomática pese a tratamiento óptimo.
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.
 - Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- *Síndromes Demenciales y ECV terminal:*
 - Paciente demenciado con trastornos severos de conducta pese a tratamiento inicial.
 - Paciente demenciados GDS 7 con úlceras grados 3 o mayor.
 - Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.
- *Enfermedad Arterial Periférica Terminal:*
 - Dolor severo en reposo
 - Isquemia severa o gangrena de un miembro
 - 2 ingresos hospitalarios o consultas a urgencias en los últimos 3 meses por la enfermedad.
 - Cuidadores con Síndrome de cuidador cansado a pesar de intervenciones por el Equipo tratante.

En el caso de la Hospitalización domiciliar se consideran los siguientes criterios de referencia: Persona adulta mayor con patología aguda que requiera hospitalización y sea posible manejarse en el domicilio.

4. Criterios de interconsulta

- En los casos de personas adultas mayores atendidas en el escenario hospitalario por cualquier patología, para quienes se considera adecuado a criterio médico, de enfermería, odontológico, farmacéutico, nutricional, social o terapéutico tratante hacer la interconsulta.
- Aquellas personas adultas mayores que presentan situación de riesgo social y requieran de la intervención social.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 37
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- Procesos de atención compartida en marcha que supone el manejo de paciente por varios equipos a la vez de manera articulada.


5. Criterios de derivación de establecimiento y/o modalidad de atención en la red de servicios

En sesión de análisis del caso, considerando el perfil del paciente, las morbilidades asociadas, la respuesta al tratamiento, las secuelas y las condiciones de acceso a los servicios de salud, el coordinador con el equipo de alta o el médico tratante hace referencia del paciente al equipo de atención u hospitalización domiciliar correspondiente.

La gestión de referencia de cada caso debe hacerse de manera telefónica o electrónica con la unidad a la cual se refiere el paciente, para asegurar la continuidad de la atención. La referencia debe incluir una clara descripción de las intervenciones realizadas por el equipo que refiere y las recomendaciones de seguimiento.

6. Actividades que se realizan

- a) Atender aquellas personas adultas mayores que ya vengan con un tratamiento indicado por su médico tratante y que se considera pueden continuarlo en el domicilio por su situación de inmovilidad o funcionalidad.
- b) En el caso de que La persona mayor no tenga control médico de sus patologías de fondo debe ser referido al servicio respectivo.
- c) Brindar seguimiento oportuno, priorizando a partir de la complejidad de cada caso y su grado de compensación.
- d) Ajustar la dosis de medicamentos o estrategias terapéuticas para la estabilidad del paciente de acuerdo a cada patología.
- e) Hacer referencias y contrarreferencias a los diferentes servicios cuando amerite para seguimiento de los pacientes en forma adecuada.
- f) Dar educación en cuanto a nutrición, riesgos, cuidados del paciente entre otros, de acuerdo con la condición del paciente.
- g) Organizar el paquete de intervenciones para la persona cuidadora incluyendo:
 - Capacitación (autocuidados en salud, entrenamiento para el manejo de la persona adulta mayor) a cargo de equipos interdisciplinarios que permita el abordaje biológico, social, psicológico y espiritual; es decir, con enfoque gerontológico, para fortalecer la atención de la persona adulta mayor y de quien le brinda los cuidados en el domicilio.
 - En caso de documentar personas cuidadoras con sobrecarga de cuidado o desgaste físico y emocional se ofrecerán las siguientes intervenciones:
 - Consulta médica de cuidadores a cargo de personal de medicina de las áreas de salud.
 - Consulta de salud mental individual o grupal.
 - Recepción preferencial de recetas para medicamentos.
 - Grupos de apoyo dirigidos por trabajo social, psicología o salud mental.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 38
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- Referencia a espacios de respiro como estrategia de autocuidado para la persona cuidadora.

Para todos estos servicios los establecimientos de salud de la red se apoyarán entre sí, de modo que si un área de salud no cuenta con los recursos para ofrecer una atención a la persona usuaria, le ofrezca al usuario el servicio en otro establecimiento y se coordine para que el mismo tenga acceso a lo que necesita.


- h) Organizar la atención compartida considerando los siguientes aspectos.

Entre los principales problemas de las redes como ya se mencionó esta *la fragmentación de los servicios*, es decir, la coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas.³⁶ De manera que el mayor aporte del trabajo en red es la eliminación de la fragmentación en la atención, en caso particular de la red que se describe en este documento, además de la organización ya citada, se proponen dos estrategias funcionales y de gestión, organizadas con el fin de garantizar la atención oportuna, la maximización de los recursos y la eliminación de la fragmentación. Ellas son:

- **Apoyo entre profesionales de diferentes servicios.** Consiste en la posibilidad de que los funcionarios de los establecimientos articulados en la red ofrezcan –en casos necesarios y previamente coordinados- su apoyo para resolver interconsultas presenciales o a distancia. Esta estrategia tiene sentido cuando se aplica para atender usuarios(as) que el equipo tratante por su expertiz o conformación no puede resolver en un momento determinado. Se espera que esta estrategia incluya progresivamente la participación activa, los especialistas del Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, Hospital San Juan de Dios y el Centro Nacional de Rehabilitación; como centros hospitalarios que forman parte de la red. El procedimiento para hacer operativa esta estrategia, forma parte del protocolo de atención que los equipos diseñan en complemento a este documento, en el que se describe el detalle clínico de la atención que cada nivel ofrece a sus usuarios(as).
- **Manejo conjunto de pacientes.** En algunos casos, dada la complejidad del perfil del paciente, cuidador y familia, se hace necesaria la intervención coordinada de varios niveles de manera simultánea. En el funcionamiento de la presente red, este tipo de intervenciones inter niveles conjunta es posible previa coordinación entre los profesionales involucrados.

Los criterios y procedimiento para hacer operativa esta estrategia, forman parte del protocolo de atención que los equipos diseñan en complemento a este documento,

³⁶ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud de las Américas. Volumen 1. Regional. Washington, DC.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 39
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

en el que se describe el detalle clínico de la atención que cada nivel ofrece a sus usuarios(as).

- i) Uso del Carné de Atención en Salud en el Domicilio, considerando los siguientes aspectos:


En el proceso de atención del persona adulta mayor en el domicilio, como estrategia de seguimiento y empoderamiento positivo de la familia, se utilizará el carné de atención en el domicilio, que un formulario disponible en el Almacén de la institución bajo el código N° 470058080. El carné es un documento intransferible y confidencial, de competencia universal (es utilizado por todos los servicios de salud de la CCSS y aplica a todos(as) los asegurados que el personal de salud defina requieren atención en el domicilio) debe ser bien resguardado por el usuario(a) o por la persona responsable o encargado(a) según ordenamiento jurídico costarricense.

Tiene como objetivo general permitir la comunicación entre los servicios de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social que tienen como responsabilidad la atención integral de las personas en el domicilio, así como, servir como documento de identificación del usuario y su historia clínica, lo cual se enmarca en el cumplimiento de sus derechos en salud y estrategias para garantizar la continuidad de la atención. En este sentido este documento le sirve al usuario(a), cuidador y su familia para:

- Enfatizar la importancia del usuario(a) en el Subsistema de Atención, Hospitalización y Apoyo Domiciliario articulado en red de la CCSS.
- Informar acerca de los diagnósticos y/o los tratamientos y atención que necesita.
- Informar acerca de las intervenciones que se le aplican para darles seguimiento y promover el autocuidado.
- Informar al personal de salud acerca de la atención que requiere el usuario(a) y cuál se le aplica en su domicilio.
- Mantener un registro de citas de los servicios de salud.
- Ayudarle al usuario(a) en el camino que debe seguir en los tres niveles de atención de la CCSS para resolver su situación de salud.


En los establecimientos de salud el Carné se entrega a toda persona dada de alta, que se deriva con indicaciones para la atención domiciliar. Dicha entrega supone que:

- Será entregado por el personal del servicio correspondiente.
- Será único y se sustituirá siguiendo las indicaciones descritas en los párrafos siguientes.
- El personal de salud correspondiente debe llenar correcta y totalmente los datos de la sección de identificación, diagnóstico, intervenciones y sugerencias a seguir.
- Se debe corroborar los datos con el expediente clínico, para confirmar la identidad del paciente.
- Debe realizarse explicando al usuario(a) y/o a su cuidador el objetivo que tiene este documento y los cuidados del mismo, utilizando las estrategias educativas que el servicio brinde.

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 40
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

Para la reposición del Carné en caso de pérdida, destrucción u otros motivos, el nuevo Carné será llenado y entregado en el hospital o establecimiento en el que es atendida la persona, de acuerdo a los siguientes requisitos:


- El Carné se repondrá porque se ha llenado en las atenciones brindadas al usuario(a) o por daño parcial que impida su uso o por pérdida del mismo.
 - Los requisitos para reponer el Carné son:
 - Presentación de cédula de identidad del usuario(a) o su cuidador debidamente autorizado.
 - Se debe corroborar la información registrada en el Expediente de Salud.
 - En caso de daño del Carné, en el que sea posible leer la información que contiene, se transcribe la misma. En estos casos el funcionario(a) de salud designado debe pasar la información al Carné nuevo para entregarlo usuario(a) o su cuidador y eliminar el carné dañado.
 - Si ocurre daño total o pérdida del documento, se debe recurrir el expediente de salud correspondiente para buscar la información necesaria.
 - El Carné que sea repuesto por daño o pérdida responsabilidad del usuario(a) tendrá un costo establecido por la institución, no así el primero u original o el repuesto porque se gasta debido al uso en la atención.
- j) Registro de casos atendidos. Inicialmente el registro de información relacionado con el proceso de atención, se hará en una base de datos simple confeccionada en Excel que comparten todos los equipos. La misma incluye los siguientes indicadores:
- i. Área de Salud u Hospital que brinda el servicio
 - ii. Nombre del paciente
 - iii. Apellidos del paciente
 - iv. Fecha de nacimiento
 - v. Edad
 - vi. N° de identificación
 - vii. Nivel de escolaridad
 - viii. Sexo
 - a. Femenino
 - b. Masculino
 - ix. Ocupación
 - x. Dirección exacta
 - a. Provincia
 - b. Cantón
 - c. Distrito
 - d. Barrio
 - e. Otras señas
 - xi. Nombre del cuidador/a
 - xii. Apellidos del cuidador/a
 - xiii. N° Teléfono del cuidador/a

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 41
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

- xiv. Fecha de ingreso a la modalidad (unidad, programa, etc.)
- xv. Fecha de primera visita al domicilio
- xvi. Origen de la referencia
 - a. Primer Nivel Establecimiento
 - b. Segundo Nivel Establecimiento
 - c. Tercer Nivel Establecimiento
 - d. Otro
- xvii. Diagnóstico principal de ingreso a la modalidad
- xviii. Diagnóstico biológico
- xix. Diagnóstico psíquico
- xx. Diagnósticos funcionales
- xxi. Diagnóstico socio-familiar
- xxii. Coordinaciones realizadas para la atención (escribir el tipo de coordinación realizada)
- xxiii. Condición de egreso del paciente
 - a. Traslado saliente
 - b. Re-hospitalizado
 - c. Activo estable
 - d. Falleció en el hogar
 - e. Falleció en el hospital
 - f. Alta de la atención en el domicilio
- xxiv. Fecha de egreso a la modalidad (unidad, programa, etc.)
- xxv. Fecha de última visita realizada
 - a. Día
 - b. Mes
 - c. Año
- xxvi. Fecha de próxima visita por realizar
 - a. Día
 - b. Mes
 - c. Año
- xxvii. Observaciones

Se inician las coordinaciones respectivas para que las intervenciones relacionadas en el domicilio sean incluidas en el sistema de información institucional y se defina el cuadro de reporte de datos adecuado. En este sentido se sugiere el formato descrito en el Anexo 2.

- k) Capacitación del equipo. Los equipos conformados o designados para la atención y hospitalización en el domicilio deben participar en capacitaciones organizadas en relación con el abordaje clínico de los pacientes, la gestión de red, la gestión de casos, el alta programada, la hospitalización de día, herramientas de calidad, etc. que se organicen. Igualmente en el marco de funcionamiento de la red se deben realizar progresivamente pasantías dentro y fuera del sector geográfico que abarca la red, en temas diversos que les permitan mejorar sus competencias clínicas y de gestión. El

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 42
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

programa de capacitación es continuo y se modificará según se evidencien las necesidades.

En el caso particular de la red que se describe en este documento, la capacitación será organizada por el equipo coordinador del proceso (se describe en párrafos siguientes) con el apoyo del Área de Atención Integral a las Personas de la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y las Direcciones de Gestión y Red de Servicios de Salud Central Norte y Central Sur.


- l) **Gestión en red.** Esta red responde a un modelo de gestión de la atención basado en la necesidad de los usuarios (as) considerando las particularidades del ciclo de la vida (Figura 1). Supone aceptar que el servicio que se brinda no refiere a una oferta organizada de acuerdo a lo que los equipos definen que se debe hacer, sino a la construcción de la modalidad de atención partiendo de lo que las personas adultas mayores requieren para su bienestar.

Se parte entonces, del diagnóstico interdisciplinario que lleva a la maximización de los recursos disponibles, en tanto la gestión desde el inicio de la atención se asume inter niveles e interdisciplinaria. El nivel resolutivo de cada equipo, se complementa con el apoyo recibido como resultado de derivaciones a otros equipos o recursos del sistema. Esto supone la activación de una verdadera atención en red.

Este estilo de gestión y atención clínica no es simple, entre otras razones por carencias en la formación de los profesionales para el trabajo en red, por la estructura centralizada y en ocasiones lineal de los procesos administrativos y por la complejidad de los procesos de comunicación que implica. Aquí es donde el papel facilitador y de coordinación del equipo del nivel central se vuelve importante. Su función es apoyar a los equipos en sus necesidades, abrir espacios de comunicación entre profesionales, favorecer el uso de herramientas de gestión diversas, abrir los espacios de capacitación necesarios, entre otras.

Esta manera de gestionar la atención, hace más accesible establecer el trabajo en red no solo a los interno de los servicios de salud (inter niveles), sino incluir a otros actores sociales también responsables del bienestar de las personas. La intersectorialidad emerge entonces, no como una opción, sino como una característica del modelo que garantiza una oferta de servicios integral, integrada y continuada según las necesidades de cada persona y familia. La intersectorialidad incluye instancias como los centros de educación superior, el Instituto Nacional de Aprendizaje, la Red Nacional de Cuido, la Asociación Gerontológica Costarricense, el Ministerio de Educación Pública, el Ministerio de Salud, entre otras.

Figura 1. Modelo de Gestión en torno al cual se organiza la red de para la persona adulta mayor: experiencia local en la provincia de San José

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p align="right">Página N° 43</p>
<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p align="center">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p align="right"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>




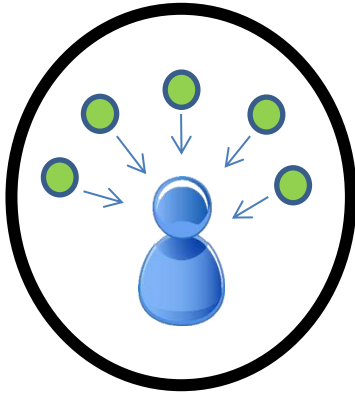
Además de las condiciones y acciones descritas previamente, la gestión de la red supone la conformación de un equipo coordinador del proceso, mismo que debe estar integrado por los coordinadores de cada equipo de los establecimientos miembros de la red. Este equipo de coordinadores se reunirá bimensualmente para definir las acciones necesarias para gestionar de manera adecuada los casos, los insumos, el registro de información, las necesidades de capacitación, entre otros.

Figura 2. Establecimientos de salud que integran la red de para la atención de la persona adulta mayor en el domicilio: experiencia local en la provincia de San José

COORDINADOR DE CADA EQUIPO LOCAL INTEGRA EL EQUIPO QUE COORDINA LA RED


- Unidad de Hospitalización Domiciliar Hospital San Juan de Dios
- Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontologia Dr. Raúl Blanco Cervantes

	<p align="center">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p align="right">Página N° 44</p>
<p align="center">MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p align="center">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p align="right"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>



- Área de Salud de Tibás-Uruca-Merced
- Área de Salud de Tibás
- Área de Salud de Pavas
- Área de Salud La Carpio/León XIII
- Área de Salud Desamparados 3
- Área de Salud Desamparados 2
- Área de Salud Desamparados 1
- Área de Salud de Alajuelita
- Área de Salud de Mata Redonda-Hospital
- Área de Salud de Solón Núñez
- Área de Salud de Aserrí
- Área de Salud de Puriscal-Turubares
- Área de Salud Mora-Palmichal
- Área de Salud de Santa Ana
- Área de Salud Paso Ancho y San Sebastián

**INTERVENCION INTERNIVELES E
INTERDISCIPLINARIA EN EL
DOMICILIO PARA LA PERSONA
ADULTA MAYOR**

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 45
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

7. Personal, equipo y materiales necesarios

La organización del trabajo en el domicilio de esta red, se define considerando el recurso humano disponible en cada equipo de atención u hospitalización domiciliar de los establecimientos participantes, así como, el perfil de los pacientes que se atienden.

En cada caso, el equipo gerencial de cada Área de Salud debe analizar cuál es el tipo de atención que puede y va a ofrecer a los usuarios(as) y comunicarlo a los demás equipos de la red para garantizar la articulación de la oferta, permitir la maximización en el uso de los recursos, al tiempo, que brinda una respuesta de calidad a las personas atendidas. No se debe olvidar que las intervenciones que se describen a continuación son particulares para esta red y su sector geográfico de cobertura, es por ello que haciendo alusión a la relación recurso humano disponible vs tipo de atención que ese personal puede brindar en el domicilio la atención por nivel se denomina:

- **EQUIPO BASICO.** Corresponde a Áreas de Salud que cuentan con un médico general y una enfermera profesional como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.
- **EQUIPO AMPLIADO.** Corresponde a Áreas de Salud que cuentan con un médico de familia o geriatra una enfermera profesional, trabajador social, odontología, nutricionista, terapeuta físico y/o farmacéutico como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.
- **EQUIPO ESPECIALIZADO.** Corresponde a la atención brindada por hospitales que cuentan con un médico de familia y/o geriatra, una enfermera profesional, odontólogo, trabajador social, nutricionista, terapeuta físico, ocupacional, del lenguaje y respiratorio, farmacéutico, entre otros, como equipo asignado para realizar la atención o la hospitalización en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el hospital.

Se organiza en dos modalidades, la atención domiciliar que es aquella que se brinda al paciente en condición crónica que cumple con los requisitos de inclusión al servicio de salud en el domicilio y la hospitalización domiciliar que se brinda a paciente en condición aguda, con situaciones de salud que se resuelven después de un período intenso de intervención. En el caso particular de esta red los dos hospitales integrados son el Hospital Nacional San Juan de Dios y Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.



a. EQUIPO BASICO

EQUIPO BASICO. Corresponde a Áreas de Salud que cuentan con un médico general y una enfermera profesional como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.

PERFIL DE PACIENTE QUE SE ATIENDE. Persona adulta mayor inmovilizada en situación de salud crónica estable que requiere seguimiento (persona con demencia, con úlceras (GI-II), con sonda Foley, SNG o cistostomías, con PEG, cirugía menor, entre otros).

		INTERVENCIÓN QUE REALIZA EL EQUIPO	INSUMOS A LOS CUALES TIENE QUE TENER ACCESO EL EQUIPO
NIVEL BÁSICO	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	<ul style="list-style-type: none"> • Curación de úlceras GI-II y heridas superficiales • Cambios de sondas: <ul style="list-style-type: none"> – Foley – SNG – Cistostomías • Revisión del PEG • Retirar hilos o grapas • Tx IM crónicos (vit B12) • Toma de glicemias por micrométodo • Cateterización para toma de muestras de orina • Educación al paciente y su familia en temas de prevención de patologías asociadas a la inmovilización y promoción de estilos saludables de vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de curación: gasas, gasas vaselinadas, aceite mineral, aceite de ricino, óxido de zinc, crema de rosas, sulfadiazina de plata, microporo, transporo, policresuleno, alginato en gel y en mecha o lamina, hidrogel sin alginato, apósitos hidrocoloides transparente extrafino y extrabsorbente, apósito especial, venda kling, para el personal y el cuidador • bota de unna • venda elástica • agua estéril • gel lubricante • Dextrosa al 50% • sonda foley 14, 16, 18, 20, 22, 24 • bolsa recolectora • SNG de polivinil • SNG poliuretano (delgada) • guantes estériles • guantes no estériles para personal y para cuidador para curaciones • campos estériles
		<ul style="list-style-type: none"> • agujas 22, 18, 20 • jeringas de insulina, de tuberculina, de 3cc, 5cc, 10cc, 24cc, asepto • intracarth 18 20 22 24 Pericraneales • filos de bisturí 11 15 • glucómetro con lancetas y cintas • Tijera recta • algodón • alcohol • yodo • clorexidina • Talonera de espuma • termómetro • esfingomanómetro • estetoscopio • riñones • campos estériles • servilletas • toallas húmedas • basurerito y bolsa roja 	



NIVEL BÁSICO	MÉDICINA GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Integral del paciente y su familia • Seguimiento de patologías crónicas de pacientes con inmovilización FII-FIII con diagnóstico claro y plan bien definido de manejo • Procedimientos médicos básicos: <ul style="list-style-type: none"> – Desimpactación – Suturas – Cirugía menor (baja complejidad) – Desbridación mecánica – Lavado de oídos – Toma de PAP – Onicoplastías – Confección de Certificados de defunción para los pacientes del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo diagnóstico • Estetoscopio • cinta métrica • oxímetro de pulso • Hilos de sutura • equipo de cx menor y sutura • hilos de nylon 3-4 • hilos de crómico 3 • equipo de lavado de oídos • equipo quitapuntos • quitagrapas • equipo de PAP • equipo para onicoplastías • Tijeras curvas • lidocaína para infiltrar, en spray y en gel • alcohol gel • baja lengua • aplicadores • lámpara de cabeza • mascarilla facial 	<ul style="list-style-type: none"> • delantal estéril gorro qx • Certificados defunción • Fármacos por liberar: Ciprofloxacina, Fuscidin, Lidocaina en gel, atrovent para nebulizaciones, Lactulosa. • Stock medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> – acetaminofen – clofenhidramina amp – dexametasona amp – tramal amp* – insulina – vacunas – hioscina amp – dimenhidrinato amp – cimetidina amp – Salbutamol nebulizaciones – metoclopramida amp – domeboro – suero VO
	FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del perfil del paciente • Entrevista individual o familiar a nivel domiciliario • Mejorar adherencia • Supervisión de la administración y almacenamiento del tratamiento • Seguimiento farmacoterapéutico • Coordinar entrega de fármacos entre niveles • Agilizar la entrega de fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pictogramas • Etiquetas para rotulado de fármacos • Dispositivos para almacenaje de fármacos 	
	ODONTOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración odontológica domiciliar. • Limpieza dental manual. • Instrucción de fisioterapia oral. • Consejería sobre tipo de alimentación compartida con profesional de nutrición, frecuencia de ingesta y control biofilm dental potencialmente peligrosa. 	Equipo odontológico básico que se utiliza en el consultorio	



NIVEL BÁSICO	TRABAJO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta y Atención social individual, grupal y familiar: <ul style="list-style-type: none"> – Atención de situaciones sociales por referencia institucional- (EBAIS- otros servicios). – Valoración, diagnóstico (CIE-10) y plan de tratamiento. – Seguimiento social: organización y movilización para promover cuidado y acompañamiento familiar. – Atención social individual – Atención social familiar. – Atención social grupal socioeducativo. – Referencia y coordinación social con red de servicios de salud y otros actores sociales. • Organización y Movilización Comunitaria: Promoción Salud y Prevención primaria de la enfermedad • Practicas Activas Saludables sobre envejecimiento y autocuidado. • Movilización de redes de apoyo comunal. • Educación social en salud de los usuarios, la familia, y cuidadores según las prioridades identificadas de problemas que están afectando la salud. (ASIS). 	Equipo básico que se utiliza en el consultorio
	LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar a nivel domiciliario muestras sanguíneas, Traslado de muestras de heces y de orina 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo básico que se utiliza en el consultorio • Tubos y frascos para tomas de muestras de laboratorios • Hielera
	REGISTRO Y APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA GESTION	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar base de datos • Llamar a los pacientes • Confeccionar expedientes para las consultas Llevar control de interconsultas • Coordinadora procesos de referencia y contrarreferencia • Coordinar procesos de interconsulta • Contestar consultas telefónicas y presenciales de las familias y los pacientes • Organizar traslados • Entregar recetas e insumos, según necesidades • Apoyar en el proceso de programación y planificación • Apoyar en el diseño de vales • Apoyar en funciones secretariales • Apoyo en procesos de control interno: informes, estadísticas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de oficina: <ul style="list-style-type: none"> – engrapadora – computadora portátil y de escritorio – escritorio – sillas – mesa de reuniones – archivos – papelería de CCSS – papel carbón – formularios de cada unidad – impresora/fotocopiadora/fax – sellos y tintero – tijeras – goma – bolígrafos – pizarras blancas con sus pilots
	CHOFER	<ul style="list-style-type: none"> • Alistar el vehículo • Ayudar a programar la ruta 	<ul style="list-style-type: none"> • Automóvil que se adapte al terreno y al número de integrantes del equipo de AD



b. EQUIPO AMPLIADO

EQUIPO AMPLIADO. Corresponde a áreas de salud que cuentan con un médico de familia o geriatra, una enfermera profesional, trabajador social, nutricionista, terapeuta físico y farmacéutico como equipo asignado para realizar la atención en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el área de salud.

PERFIL DE PACIENTE QUE SE ATIENDE. Persona adulta mayor con algún grado de inmovilización con diagnóstico claro de grandes síndromes geriátricos (demencia, caídas, fragilidad, incontinencias, delirio) y/o ulcerado que requiere seguimiento de especialista en medicina familiar o geriátrica. Y pacientes con sospecha diagnóstica de síndromes geriátricos detectados por el equipo básico.

		INTERVENCIÓN QUE REALIZA EL EQUIPO	INSUMOS A LOS CUALES TIENE QUE TENER ACCESO EL EQUIPO	
NIVEL AMPLIADO	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	<ul style="list-style-type: none"> • Curación de úlceras GII-III no complicadas. • Realización de los siguientes procedimientos en caso de pacientes con úlceras GII-III no complicadas y presencia de grandes síntomas geriátricos: <ul style="list-style-type: none"> – Cambios de sondas (Foley, SNG y Cistostomías) – Revisión del PEG – Retirar hilos o grapas – Tx IM crónicos (vit B12) – Toma de glicemias por mm – Cateterización para toma de muestras de orina • Educación al paciente y su familia en temas de prevención de patologías asociadas a la inmovilización y promoción de estilos saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> • Material de curación: gasas, gasas vaselinadas, aceite mineral, aceite de ricino, óxido de zinc, crema de rosas, sulfadiazina de plata, microporo, transporo, policresuleno, alginato en gel y en mecha o lamina, hidrogel sin alginato, apósitos hidrocoloides transparente extrafino y extrabsorbente, apósito especial, venda kling, para el personal y el cuidador • bota de unna • venda elástica • agua estéril • gel lubricante • Dextrosa al 50% • sonda foley 14, 16, 18, 20, 22, 24 • bolsa recolectora • SNG de polivinil • SNG poliuretano (delgada) 	<ul style="list-style-type: none"> • agujas 22, 18, 20 • jeringas de insulina, de tuberculina, de 3cc, 5cc, 10cc, 24cc, asepto • intracarth 18 20 22 24 Pericraneales • fillos de bisturí 11 15 • glucómetro con lancetas y cintas • Tijera recta • algodón • alcohol • yodo • clorexidina • Talonera de espuma • termómetro • esfingomanómetro • estetoscopio • riñones



NIVEL AMPLIADO			<ul style="list-style-type: none"> • guantes estériles • guantes no estériles para personal y para cuidador/a para curaciones • campos estériles 	<ul style="list-style-type: none"> • campos estériles • servilletas • toallas húmedas • basurerito y bolsa roja
	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA O GERIATRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Integral del paciente y su familia • Seguimiento de patologías crónicas de pacientes con inmovilización FII-FIII con diagnóstico claro y plan bien definido que son referidos por el primer nivel o tercer nivel por complejidad. • Abordaje integral de los grandes síndromes geriátricos (multimorbilidad, Polifarmacia, Demencia, Caídas, Fragilidad, Incontinencia, Delirio, riesgo sociales, etc.). • Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red. • Educación y entrenamiento del paciente y/o familia en procedimientos específicos complejos. • Confección de actas de defunción para los pacientes del programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de VGI • Clorpromacina, bromocriptina, coreg , plavix. Fluconazol. 	
	FARMACIA	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión del perfil del paciente • Entrevista individual o familiar a nivel domiciliario • Mejorar adherencia • Supervisión de la administración y almacenamiento del tratamiento • Seguimiento farmacoterapéutico • Coordinar entrega de fármacos entre niveles • Agilizar la entrega de fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> • Pictogramas • Etiquetas para rotulado de fármacos • Dispositivos para almacenaje de fármacos 	
	ODONTOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> • Impresión definitiva de prótesis • Control de prótesis • Extracciones de piezas dentales, según condición del hogar, clasificación de riesgo y perfil de complejidad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo odontológico • Equipo de rayos x portátil (según disponibilidad en el establecimiento de salud) 	
	TRABAJO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Integrante del equipo interdisciplinario de atención domiciliar en aquellos establecimientos de salud que cuenten con esta modalidad: <ol style="list-style-type: none"> 1. Organización funcional del equipo interdisciplinario. 2. Sesiones del equipo interdisciplinario para ingreso, valoración y seguimiento domiciliario del usuario. 3. Plan de atención integral 4. Realización de visita domiciliar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo básico que se utiliza en el consultorio 	



		<p>5. Aporte en los procesos de docencia a nivel interdisciplinario.</p> <ul style="list-style-type: none">• Consulta y Atención social individual, grupal y familiar (desde el escenario domiciliario).<ol style="list-style-type: none">1. Atención de situaciones sociales por inter consulta.2. Valoración Social diagnostico (CIE-10) y plan de tratamiento.3. Seguimiento social: intervención en crisis ante procesos de deterioro funcional, duelo, mediación y negociación familiar para el cuidado de la persona dependiente.4. Atención social individual5. Atención social familiar (unidisciplinaria e interdisciplinaria)6. Presentación al equipo interdisciplinario de los principales hallazgos de la valoración social.7. Atención social grupal socioeducativo y/o socio terapéutica.8. Referencia y coordinación social con red de servicios de salud y otros actores sociales.• Organización y Movilización Comunitaria: Promoción Salud y Prevención primaria de la enfermedad<ol style="list-style-type: none">1. Identificación y movilización de recursos y redes a nivel familiar y comunal• Educación social en salud<ol style="list-style-type: none">1. Educación social en salud para persona, familiares y cuidadores en los procesos de atención, con enfoque gerontológico.	
NIVEL AMPLIADO	LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">• Tomar a nivel domiciliario muestras sanguíneas, Traslado de muestras de heces y de orina• Integrante del Equipo Interdisciplinario• Capacita al Equipo Interdisciplinario básico y AMPLIADO, en identificación de factores de riesgo nutricional e intervenciones nutricionales oportunas en el domicilio.• Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.•	<ul style="list-style-type: none">• Tubos y frascos para tomas de muestras de laboratorios• Hielera




NVEL AMPLIADO	NUTRICION	<ul style="list-style-type: none"> • Brinda atención Nutricional³⁷ en el Escenario de Servicios de Salud a familiares y/o cuidadores del paciente atendido en el domicilio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Atención a referencias por alta programada o interconsultas ○ Evaluación nutricional (antropometría, bioquímica y clínica) ○ Definición del Plan de Acción nutricional. • Seguimiento y evaluación de avances • Coordinación con otros Servicios o niveles para la resolución de factores de riesgo nutricional identificados. • Seguimiento de casos analizados en sesiones interdisciplinarias. • Coordinación con Nutricionista de Nivel Especializado en caso de desnutrición severa según Herramienta CONUT 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartabón o escuadra antropométrica • Lápiz dermatográfico • Cinta métrica flexible, no extensible de fibra de vidrio, menos de un centímetro de ancho (ideal 0,7mm) con espacio de arranque antes del cero (no con platina al primer milímetro y graduada en centímetros. • Antropómetro o calíper de altura de rodilla, de madera, plástico o metal o Cinta métrica metálica de color claro • Equipo que se utiliza en el consultorio • Material para educación nutricional
	TERAPIA FISICA	<p><u>En el domicilio:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza la valoración físico- funcional especializada • Aplica el plan de tratamiento • Da educación al familiar o cuidador a cargo del adulto mayor en el domicilio, de ejercicios y/o recomendaciones que se deben realizar como parte del proceso de rehabilitación. • Revalora al adulto mayor según condición y presenta la evolución para la toma de decisiones en equipo. <p><u>En el equipo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Participa en las sesiones interdisciplinarias de análisis de casos. • Presenta los hallazgos encontrados en la valoración físico- funcional de terapia física, para la planificación en equipo de la intervención de rehabilitación. • Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico, ampliado o Especializado. • Coordina con otras terapias la visita conjunta para una mejor optimización de los recursos • Cita a familiares o cuidadores para que se presente en el hospital, en los casos que se decide en sesión interdisciplinarias, que la intervención a realizar es la capacitación de los encargados del adulto mayor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Goniómetro • Equipo de electroterapia con ultrasonido portátil • Electrodo de carbono • Esponjas para electrodos • Electrodo adhesivos • Gel para ultrasonido • Compresa caliente eléctrica o equivalente • Compresa fría • Hielera para transportar las compresas frías • Paños

³⁷ **Atención Nutricional:** Brindar una atención nutricional tanto individual como grupal, mediante la evaluación nutricional y la definición del plan nutricional adecuado según las necesidades de los usuarios. **Fuente:** Organización Funcional de Nutrición.



NIVEL AMPLIADO	TERAPIA OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Definir metas para el paciente y la responsabilidad de la familia en el proceso. Las metas se replantean según avance. • Asegurar entrenamiento de destrezas en el escenario hospitalario previo al egreso. • Establecer recomendaciones de adaptaciones previas al egreso según información aportada por la familia y el paciente. • Visita de seguimiento domiciliario: manejo social de la discapacidad, solo en casos muy particulares. <ul style="list-style-type: none"> – Enfoque centrado en la autonomía del paciente. – Educación a la familia y la comunidad (centrado en la independencia), la cual se modifica según avance del paciente. – Análisis de entorno de la vivienda: accesibilidad del entorno intra y extrafamiliar. – Revisión de productos de apoyo según necesidad (apoyos que faciliten autonomía) para definir de adaptaciones al entorno (trabajando con recursos disponibles). • Apoyo al trabajo del equipo básico en el seguimiento a pacientes particulares. • Apoyo a las familias para reinserción social. <p>Visita de seguimiento comunitaria: manejo social de la discapacidad, análisis de entorno más amplio, establecimiento de alianzas con organizaciones comunales en equipo con trabajo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> •
	REGISTRO Y APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA GESTION	<ul style="list-style-type: none"> • Llevar base de datos • Llamar a los pacientes • Confeccionar expedientes para las consultas • Llevar control de interconsultas • Coordinadora procesos de referencia y contrarreferencia • Coordinar procesos de interconsulta • Contestar consultas telefónicas y presenciales de las familias y los pacientes • Organizar traslados • Entregar recetas e insumos, según necesidades • Apoyar en el proceso de programación y planificación • Apoyar en el diseño de vales • Apoyar en funciones secretariales • Apoyo en procesos de control interno: informes, estadísticas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de oficina: <ul style="list-style-type: none"> – engrapadora – computadora portátil y de escritorio – escritorio – sillas – mesa de reuniones – archivos – papelería de CCSS – papel carbón – formularios de cada unidad – impresora/fotocopiadora/ fax – sellos y tintero – tijeras – goma – bolígrafos – pizarras blancas con sus marcadores
	CHOFER	<ul style="list-style-type: none"> • Alistar el vehículo • Ayudar a programar la ruta 	<ul style="list-style-type: none"> • Automóvil que se adapte al terreno y al número de integrantes del equipo de AD

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Página N° 54
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código MP.GM. DDSS. 27012021

c. EQUIPO ESPECIALIZADO (HOSPITALES DE LA RED)

EQUIPO ESPECIALIZADO. Corresponde a la atención brindada por hospitales que cuentan con un equipo de salud conformado por un profesional en medicina familiar y/o geriatría, enfermería, trabajo social, nutrición, odontología, terapia física, ocupacional, del lenguaje y respiratoria, farmacia, entre otros. Este equipo realiza la atención o la hospitalización en el domicilio. Este equipo cuenta con el apoyo de los demás servicios disponibles en el hospital. En el caso del nivel especializado se organiza en dos modalidades, la atención domiciliar que es aquella que se brinda al paciente en condición crónica que cumple con los requisitos de inclusión al servicio de salud en el domicilio y la hospitalización domiciliar que se brinda a paciente en condición aguda, con situaciones de salud que se resuelven después de un periodo intenso de intervención. En el caso particular de esta red los dos hospitales integrados son el Hospital Nacional San Juan de Dios y Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes.

PERFIL DE PACIENTE QUE SE ATIENDE.

- Persona adulta mayor con patología aguda que requiera hospitalización y sea posible manejarse en el domicilio.
- Persona adulta mayor con algún grado de inmovilización con enfermedad terminal no oncológica avanzada, policonsultante por pluripatología de manejo complejo.

		INTERVENCIÓN QUE REALIZA EL EQUIPO	INSUMOS A LOS CUALES TIENE QUE TENER ACCESO EL EQUIPO
NIVEL ESPECIALIZADO	PROFESIONAL DE ENFERMERIA	<p>HOSPITALIZACION DOMICILIAR: ATENCION ESPECIALIZADA A PACIENTE EN CONDICION AGUDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de úlceras GIII-IV y heridas complejas o casos especiales • Tx IV • Irrigaciones tanto vesical como de úlceras • Cateterismos • Enema • Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red • Educación y entrenamiento de la familia en procedimientos específicos y de cierta complejidad. • Realización de los siguientes procedimientos en caso de pacientes patología aguda que requiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Sonda de 3 vías • Suero fisiológico • Suero glucosado • Equipo de venoclisis • Conexión para suero corriente • Equipo de cateterismo • Ácido acético al 6% • Equipo de enema • Maltodextrina en polvo • Pasta de relleno • Intracarth 20, 22, 24, 18



NIVEL ESPECIALIZADO

hospitalización y sea posible manejarse en el domicilio:

Cambios de sondas (Foley, SNG y Cistostomías)

- Revisión del PEG
- Retirar hilos o grapas
- Tx IM crónicos (vit B12)
- Toma de glicemias por mm
- Cateterización para toma de muestras de orina

- Sellos de heparina
- Aplicadores estériles
- Stock medicamentos: lásix
- Frasco recolección orina ,heces y cultivo de secreciones
- Aspirador
- Trampa de luke
- Nasocánula

ATENCION ESPECIALIZADA PACIENTE PORTADOR DE SITUACION DE SALUD CRONICA

- Curación de úlceras GIII complejas Capacitación de enfermeras de otros niveles de atención
- Educación y entrenamiento de la familia
- Organización de grupo de apoyo para cuidadores
- Realización de los siguientes procedimientos en caso de pacientes con algún grado de inmovilización con enfermedad terminal no oncológica avanzada, policonsultante por pluripatología de manejo complejo:

- Cambios de sondas (Foley, SNG y Cistostomías)
- Revisión del PEG
- Retirar hilos o grapas
- Tx IM crónicos (vit B12)
- Toma de glicemias por mm
- Cateterización para toma de muestras de orina



NIVEL ESPECIALIZADO	MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Y/O GERIATRIA	<p>HOSPITALIZACION DOMICILIAR: ATENCION ESPECIALIZADA A PACIENTE EN CONDICION AGUDA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiótico Parenteral Domiciliar • Traslape de anticoagulación • Seguimiento POP: Cx cardiaca, PEG Fractura de cadera, • Visita post egreso • Manejo de úlceras o heridas complejas. • Terapia VAC • Rehabilitación en el escenario domiciliar. • Toma de muestras sanguíneas, orina o heces • Toma de cultivos de secreciones • Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red • Educación y entrenamiento del paciente y/o familia en procedimientos específicos complejos 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de gases aa (prn) • Equipo de VAC • Tubos de laboratorio • Hielera para transporte de muestras • Equipo de laboratorio para toma de muestras sanguíneas • mango de bisturí • pinza mosquitos • pinza hemostática • porta agujas • pinza adson
		<p>ATENCION ESPECIALIZADA PACIENTE PORTADOR DE SITUACION DE SALUD CRONICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de paciente con enfermedad terminal no oncológica según criterios establecidos: <ul style="list-style-type: none"> – Neumopatías avanzadas según criterios establecidos – Cardiopatías avanzadas según criterios establecidos – Hepatopatía avanzadas según criterios establecidos – Insuficiencia renal avanzada según criterios establecidos – Enfermedad arterial periférica según criterios establecidos – Síndromes demenciales según criterios establecidos. • Atención con pluripatología, policonsultante y polifarmacia con algún grado de inmovilización • Paciente con demencia con trastorno de la conducta (agresividad) y algún grado de inmovilización • Paciente con algún grado de inmovilización con patología oncológica terminal” • Rehabilitación en el domicilio Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red • Educación y entrenamiento del paciente y/o familia 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo de gases aa (prn) • Equipo de VAC • Tubos de laboratorio • Hielera para transporte de muestras • Equipo de laboratorio para toma de muestras sanguíneas • Mango de bisturí • Pinza mosquitos • Pinza hemostática • Porta agujas • Pinza adson



	FARMACIA	<ul style="list-style-type: none">• Revisión del perfil del paciente• Entrevista individual o familiar a nivel domiciliario• Mejorar adherencia• Supervisión de la administración y almacenamiento del tratamiento• Seguimiento farmacoterapéutico• Coordinar entrega de fármacos entre niveles• Agilizar la entrega de fármacos	<ul style="list-style-type: none">• Pictogramas• Etiquetas para rotulado de fármacos• Dispositivos para almacenaje de fármacos• Hielera
	ODONTOLOGIA	<ul style="list-style-type: none">• Atención de casos complejos (patologías sistémicas) por referencia médica según perfil de usuarios propios de este nivel• Intervención bajo sedación en articulación con el médico tratante• Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red	<ul style="list-style-type: none">• Equipo que se utiliza en el consultorio



	TRABAJO SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">• Integrante del equipo interdisciplinario de atención domiciliar en aquellos establecimientos de salud que cuenten con esta modalidad:<ol style="list-style-type: none">1. Organización funcional del equipo interdisciplinario.2. Sesiones del equipo interdisciplinario para ingreso, valoración y seguimiento domiciliar del usuario.3. Plan de atención integral4. Realización de visita domiciliar.5. Aporte en los procesos de docencia a nivel interdisciplinario.6. Educación en salud.• Consulta y Atención social individual, grupal y familiar (desde el escenario domiciliar).<ol style="list-style-type: none">1. Valoración Social diagnóstico (CIE-10) y plan de tratamiento.2. Seguimiento social: intervención en situaciones con presencia de factores alto riesgo y vulnerabilidad social, crisis ante procesos de deterioro funcional, duelo, mediación y negociación familiar para el cuidado de la persona dependiente.3. Atención social individual4. Atención social familiar (unidisciplinaria e interdisciplinaria)5. Presentación al equipo interdisciplinario de los principales hallazgos de la valoración social.6. Formación de grupos socio terapéuticos dirigidos a personas cuidadoras con síndrome Burn-out. Identificados desde la Valoración Social.• Referencia y coordinación social con red de servicios de salud y otros actores sociales.• Organización y Movilización Comunitaria: Prevención terciaria de la enfermedad<ol style="list-style-type: none">1. Identificación y movilización de recursos y redes a nivel familiar y comunal• Educación social en salud con enfoque gerontológico.<ol style="list-style-type: none">1. Educación social en salud para persona, familiares y cuidadores en los procesos de atención, con enfoque gerontológico.• Docencia e investigación social.<ol style="list-style-type: none">1. Asesoría especializada en materia social a profesionales en Trabajo Social de la institución2. Aportes especializados en procesos de docencia multidisciplinarios.	Equipo que se utiliza en el consultorio
	LABORATORIO	<ul style="list-style-type: none">• Tomar a nivel domiciliar muestras sanguíneas, Traslado de muestras de heces y de orina.	<ul style="list-style-type: none">• Tubos y frascos para tomas de muestras de laboratorios• Hielera



NIVEL ESPECIALIZADO	NUTRICION	<ul style="list-style-type: none">• Integrante del Equipo Interdisciplinario• Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos• Brinda atención nutricional del paciente que se define en sesión de Equipo Interdisciplinario requiere valoración, atención y seguimiento en el domicilio:<ul style="list-style-type: none">○ Revisión del expediente del paciente○ Evaluación antropométrica (estimación de peso y talla, cálculo del IMC, circunferencias de brazo y pantorrilla).○ Interpretación de los exámenes de laboratorio○ Evaluación clínica del paciente○ Análisis de ingesta (consumo usual)○ Determinación del estado nutricional○ Prescripción dietoterapéutica○ Educación nutricional a familiar y/o cuidador• Seguimiento de estado nutricional del paciente• A nivel domiciliar: seguimiento de adherencia a recomendaciones nutricionales brindadas al familiar y/o cuidador.• Hospitalización: capacitación a familiar y/o cuidador previo al egreso.<ul style="list-style-type: none">○ Coordinación con el Profesional en Nutrición o Coordinador de Equipo Básico o AMPLIADO en caso de alta para el seguimiento nutricional respectivo.	<ul style="list-style-type: none">• Cartabón o escuadra antropométrica• Lápiz dermatográfico• Cinta métrica flexible, no extensible de fibra de vidrio, menos de un centímetro de ancho (ideal 0,7mm) con espacio de arranque antes del cero (no con platina al primer milímetro y graduada en centímetros).• Antropómetro o calíper de altura de rodilla, de madera, plástico o metal oCinta métrica metálica de color claro• Equipo que se utiliza en el consultorio• Material para educación nutricional
---------------------	-----------	---	--




TERAPIA FISICA	<p><u>En el domicilio:</u></p> <ul style="list-style-type: none">Realiza la valoración físico- funcional especializadaAplica el plan de tratamientoDa educación al familiar o cuidador a cargo del adulto mayor en el domicilio, de ejercicios y/o recomendaciones que se deben realizar como parte del proceso de rehabilitación.Revalora al adulto mayor según condición y presenta la evolución para la toma de decisiones en equipo. <p><u>En el equipo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">Participa en las sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.Presenta los hallazgos encontrados en la valoración físico- funcional de terapia física, para la planificación en equipo de la intervención de rehabilitación.Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico, ampliado o Especializado.Coordina con otras terapias la visita conjunta para una mejor optimización de los recursosCita a familiares o cuidadores para que se presente en el hospital, en los casos que se decide en sesión interdisciplinarias, que la intervención a realizar es la capacitación de los encargados del adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none">GoniómetroEquipo de electroterapia con ultrasonido portátilElectrodos de carbonoEsponjas para electrodosElectrodos adhesivosGel para ultrasonidoCompresa caliente eléctrica o equivalenteCompresa fríaHielera para transportar las compresas fríasPañosOxímetro de pulsoAceite mineralVendas elásticasBalones de diversos tamaños para ejerciciosBandas de theraband para ejerciciosPesas de tobillo de diferentes pesosPicas para ejercicios de miembro superioresGuantesMaleta con rodines para trasladar los insumos
TERAPIA OCUPACIONAL	<ul style="list-style-type: none">Visita de seguimiento domiciliario: manejo social de la discapacidad, solo en casos muy particulares.<ul style="list-style-type: none">Enfoque centrado en la autonomía del pacienteEducación a la familia y la comunidad (centrado en la independencia), la cual se modifica según avance del paciente.Análisis de entorno de la vivienda: accesibilidad del entorno intra y extrafamiliarRevisión de productos de apoyo según necesidad (apoyos que faciliten autonomía) según recursos disponibles.Apoyo al trabajo del equipo básico en el seguimiento a pacientes particulares.Apoyo a las familias para reinserción social.Visita de seguimiento comunitaria: manejo social de la discapacidad, análisis de entorno más amplio, establecimiento de alianzas con organizaciones comunales en equipo con trabajo social.Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red.	



NIVEL ESPECIALIZADO	TERAPIA LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo en manejo de disfagias, comunicación y deterioro cognitiva (procesos cognitivos básicos). • Educación a la familia, la cual se modifica según avance del paciente. • Estimulación cognitiva, según patología del paciente en articulación en equipo. • Visita de seguimiento domiciliario según perfil del paciente: <ul style="list-style-type: none"> – Apoyo en deglución: busca de signos clínicos, texturas, modificación de posturas, etc. Determina recomendaciones en articulación con nutrición. – Apoyo en procesos de comunicación: herramientas y recomendaciones a las familias. – Recomendaciones básicas para mejorar comprensión: sugerencia de herramientas y adaptaciones para la familia. • Visita de seguimiento en casos particulares (cada tres o seis meses) en apoyo al nivel AMPLIADO: <ul style="list-style-type: none"> – Aplicación de técnicas compensatorias de alimentación. – Monitoreo de procesos. • Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red. • Apoyo al trabajo del equipo básico en el seguimiento a pacientes particulares. 	<p>Oxímetro de pulso Estetoscopio Depresor lingual Guantes</p>
	TERAPIA RESPIRATORIA	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de programas por mes según perfil del paciente. • Educación a la familia: instrumental (para uso de dispositivos) y no instrumental (técnicas para realizar ejercicios respiratorios). • Educación en técnicas de conservación de energía. • Ejercicios de fortalecimiento de musculatura respiratoria. • Ejercicio de acondicionamiento físico. • Apoyo a pacientes oxígeno dependientes: entrenamientos y recomendaciones en el uso de equipos. • Apoyo por interconsultas a demás equipos de la red. • Visita de seguimiento según perfil del paciente y programa establecido: <ul style="list-style-type: none"> – Terapias de expansión pulmonar física para pacientes pulmonares crónicos (rehabilitación pulmonar). – Manejo de secreciones: realización de aspiraciones. Explicación de técnicas de percusión o uso de dispositivo respectivo. – Establecimiento de programa de actividad física que puede ser monitoreado por el equipo. • Capacitación del personal de los equipos de otros niveles acerca del manejo clínico y la derivación del paciente en la red. • Apoyo el trabajo del equipo básico en el seguimiento a pacientes particulares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Equipo ezipap • Tersolpep • Espirómetro de incentivo para paciente pulmonar crónico • IMP • Fluter



NIVEL ESPECIALIZADO	REGISTRO Y APOYO EN LA ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN	<ul style="list-style-type: none">Llevar base de datosLlamar a los pacientesConfeccionar expedientes para las consultasManejar expedientes para el seguimiento de pacientesVerificar ingresos al programa, provenientes de hospitalizaciónLlevar control de interconsultasApoyar el seguimiento del paciente de consulta externaCoordinadora procesos de referencia y contrarreferenciaCoordinar procesos de interconsultaContestar consultas telefónicas y presenciales de las familias y los pacientesOrganizar trasladosEntregar recetas e insumos, según necesidadesApoyar en el proceso de programación y planificaciónApoyar en la confección de vales de transporteApoyar en funciones secretarialesApoyo en procesos de control interno: informes, estadísticas, etc.	<ul style="list-style-type: none">Equipo de oficina:<ul style="list-style-type: none">computadora portátil y de escritorioescritoriosillasmesa de reunionesarchivospapelería de CCSSpapel carbónengrapadoraformularios de cada unidadimpresora/fotocopiadora/ faxsellos y tinterotijerasgomabolígrafospizarras blancas con sus pilots
	CHOFER	<ul style="list-style-type: none">Alistar el vehículoAyudar a programar la ruta	<ul style="list-style-type: none">Automóvil que se adapte al terreno y al número de integrantes del equipo de AD

	<p>CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p>Código MP.GM. DDSS. 27012021</p>
<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p>ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p>Página N° 63</p>

8. Infraestructura mínima necesaria

- Área física adecuada
 - o Sala de sesiones para el equipo interdisciplinario
 - o Consultorio con mobiliario e Instrumentación básica para uso de los profesionales del equipo en atención al paciente.
 - o Acceso a espacios para sesiones educativas.
 - o Servicio sanitario y lavamanos.

11.CONTACTO PARA CONSULTAS


Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Área de Atención Integral a las Personas.

Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor

Correo electrónico: pnapam@ccss.sa.cr

Tel. 2223-8948


Horario Lunes a jueves 7 am a 4 pm, viernes 7 am a 3 pm

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Código MP.GM. DDSS. 27012021
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Página N° 64


12. ANEXOS

Anexo 1

Aval de Gerencia Médica del Manual de Procedimientos


	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Código MP.GM. DDSS. 27012021
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Página N° 65

Anexo 2. Cuadro de reporte de actividades interdisciplinarias: consultas domiciliarias en equipo			
Establecimiento de Salud:			
PACIENTES ATENDIDOS		ACTIVIDADES DE GESTION	
Total de pacientes en el programa		Horas de educación en salud a familias	
Total de visitas realizadas en el mes		Horas de educación continua al personal	
N° de pacientes ingresados en el mes		Programación de pacientes	
Pacientes de seguimiento vistos por primera vez en el año		Reprogramación de citas	
Pacientes subsecuentes		Seguimiento telefónico al paciente	
Reingresos		Atención de consulta telefónica y de oficina	
Fallecidos		Elaboración de informes	
Altas		Reunión de equipo	
PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR LOS PROFESIONALES		Coordinaciones	
Curaciones		Entrevista a casos nuevos	
Cambios de membranas		Asistencia a reuniones administrativas	
Cambios de sondas SNG			
Cambio de sondas FOLEY			
Control de signos vitales			
Inyectables/venoclisis			
Retiro de puntos de suturas			
Glicemia por micro método			
Debridaciones			
Des impactación fecal/tacto rectal			
Tacto vaginal			
Interconsultas recibidas			
Teleasistencia a la familia			
Consultas de la familia en el establecimiento de salud			
Sesión de familia			
Consulta telefonía administrativa			
Consulta administrativa en el establecimiento de salud			
ACTIVIDADES DE LA SECRETARIA O			
Atención de familias en la oficina			
Atención de familias vía telefónica y com. Citas			
Toma de datos de ingresos e información de la modalidad			
PERSONAL	TOTAL DE FUNCIONARIOS	HORAS	OBSERVACIONES
MEDICO (General/Especialista)		PROGRAMADAS	UTILIZADAS
PROF. ENFERMERIA			
PESONAL DE APOYO			
TOTALES			

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Código MP.GM. DDSS. 27012021
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Página N° 66

13.REFERENCIAS

- Arcand, M. y Williamson, J.(1981). An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. Br Med J;283. pp. 718-20.
- Asamblea Legislativa. (1999). Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. Ley N° 7935. San José, Costa Rica.
- Bolaños, S., Arreola, L. y Mata, A. (2010). Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo Domiciliar de la CCSS articulado en red para la persona y su sistema familiar. San José, Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2019). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. Documento técnico. Área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). Política Institucional para la Atención Integral a la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica.
- Fabacher, D., Josephson, K. y Pietruszka, F. (1994). An in-home preventive assessment program for independent older adults: a randomized controlled trial. J Am Geriatr Soc.;42. pp. 630-638.
- Fernández, X. y Robles, A. (2008). Primer Informe de Situación de la Persona Adulta Mayor. Centro Centroamericano de Población. Universidad de Costa Rica, CONAPAM. San José, Costa Rica.
- Fries, J.F. et al. (1980). Aging, natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 303; pp. 130-135.
- HelpAGE International. (2002). HelpAge International's submission for the Consultation on the Human Rights of Older Persons Follow-up to the Second World Assembly on Ageing.
En:<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/Submissions/HelpAgeInternational.pdf>
- Hickman, M., Drummond, N. y Grimshaw, J. (1994). A taxonomy of shared care of chronic disease. Journal of Public Health Medicine;16(4). pp. 447-454.
- Hsia Der, J. (Feb. 01, 1997). Am Geriatr Soc-;45(2). pp. 211-214.
- Huenchan, S. (2011). Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División

	<p style="text-align: center;">CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;"><i>Código</i> MP.GM. DDSS. 27012021</p>
<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS</p>	<p style="text-align: center;">ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA</p>	<p style="text-align: center;">Página N° 67</p>

de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Naciones Unidas. Santiago de Chile.

Hughes, S. L. et al. (1997). Impact of home care on hospital days: a metanalysis. Health Services Research; 32(4). pp. 415-432.

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2011). Resultados Censo Nacional 2011. [Archivo html] Recuperado de www.inec.go.cr

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2007). Panorama Demográfico. Boletín Anual. Año 1, Vol. 1. San José, Costa Rica.

Malafarina, V. et al. (2013) Review Effectiveness of Nutritional Supplementation on Muscle Mass in Treatment of Sarcopenia in Old Age: A Systematic Review. JAMDA 14: 10-17.

Martínez, T. (2011). La Atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. Documentos de Bienestar Social. (1ª ed.). España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

Mata, A. et al. (2013). Atención Integral y Desarrollo: Fortalecimiento Intersectorial. San José: Caja Costarricense de Seguro Social.


Milne, A., Potter, J., Vivanti, A., Avenell, A. (2009). Suplementos energéticos y proteicos para personas de edad avanzada en riesgo de desnutrición (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Recuperado de <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Naciones Unidas. (2019). La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. Noticias del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. (2007). Salud de las Américas. Volumen 1. Regional. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud. (2004). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores Promoción de la Salud y Envejecimiento Activo. Serie Materiales de Capacitación Número 1. (4ª ed.). División Promoción y Protección de

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD	Código MP.GM. DDSS. 27012021
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Página N° 68

la Salud., Programa de Salud de la Familia y Población Unidad de Envejecimiento y Salud. Washington, D.C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2002). Guía Clínica Para Atención Primaria A las Personas Adultas Mayores promoción de salud y envejecimiento activo serie materiales de capacitación. Número 1. División Promoción y Protección de la Salud Programa de Salud de la Familia y Población Unidad de Envejecimiento y Salud. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Ramsdell, S.W. et al. (1989). The yield of a home visit in the assessment of geriatric patients. *J Am Geriatr Soc*;37. pp. 17-20.

República de Costa Rica. (2016). Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. San José, Costa Rica.

Sánchez, D. (2010). Compromiso social de la gerontología con el envejecimiento de las personas. En: *Gerontología y Desarrollo Humano en el siglo XXI: Persona Adulta Mayor, Experiencia y Desarrollo Sostenible*. Ponencia presentada en el III Congreso Internacional de Gerontología. San José, Costa Rica.

Secretaría de Salud de México. (2014). Evaluación y Seguimiento Nutricional Del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. México, D. F.: Secretaria de Salud.

Smith, S.M., Allwright, S. y O'Dowd, T. (2007). Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. En: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 20 de junio de 2006, Fecha de la modificación significativa más reciente: 28 de marzo de 2007.

Stuck, A.E., et al. (1995). A trial of annual in-home comprehensive geriatric assesment for elderly people living in the community. *N Engl J Med*;333. pp. 1184-1189.

Suter, E., Oelke, N. D., Adair, C. E. y Armitage, G. D. (2009). Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 13(Spec No); pp. 16–23.

Tinneti, M.E. et al. (1994). A multifactorial intervention to reduce risk of falling among elderly people living in the community. *N Engl J Med*;333. pp. 821-827.

Wagner, E.H. y Groves, T. (2002). Care for chronic diseases. *BMJ* 325; pp. 913-914.