



Protocolo de Atención Clínica: Persona Adulta Mayor en el Domicilio

ATENCION EN RED METROPOLITANA

Código PAC.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	Randall Fernando Angulo Bolaños. Médico de Familia Karla Berrocal Saborío. Trabajadora Social Sofía Blanco Lara. Médico de Familia Yamileth Chaves Cubillo. Enfermera Vilma García Camacho. Geriatra Giancarlo Jiménez Quesada. Enfermero Adelaida Mata Solano. Psicóloga María Jesús Medrano Chavarría. Enfermera Marlene Montoya Ortega. Nutricionista Kathia Mora Segura. Terapeuta de Lenguaje José Ernesto Picado Ovaes. Geriatra y Paliativista Rita María Ramírez Ramírez. Terapista Ocupacional María Paula Ruiz Guarín. Terapeuta del lenguaje Norma Wong Fernández. Odontóloga Abigail Zúñiga Alvarado. Fisioterapeuta.	ASD1 AAIP-PNAPAM HSJD ASMP AAIP-PNAPAM ASMRH AAIP HGGRBC AAIP CENARE HGGRBC CENARE HGGRBC ASD1 HGGRBC
APORTE AL DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES¹	Profesionales en nutrición Yancy Méndez Arce Larisa Muñoz Rivera Ana Victoria Cantillano Flores Carolina Castro Calvo	HSJD HGGRBC ASD3 ASMRH
	Profesionales en Trabajo Social Celenia Corrales Fallas Mayra Pérez Chaves Ana Eugenia Fajardo Espinoza Alejandra Hernández Solano Jeannette Martínez Muñoz Nancy Patricia Navarro Bartels	AR/CTS. AR/CTS. HGGRBC ASMRH HGGRBC ASUM
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. Médico Salubrista María Lidia Montero Jiménez. Enfermera Laura Mora Araya. Médico General José Leonel Morúa Oviedo. Enfermero Alejandra Obando Meza. Enfermera	ASD2 ASA ASPT ASD3 ASD1 ASAI ASA ASD2 DRSSCS ASH HMPJ ASA HWAT DRSSCS ASPT ASD2 HWAT

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.

² Validado por medio de la metodología de Delphi modificado RAN/UCLA, por medio de encuesta electrónica de una ronda.

	<p>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</p>	<p>ASD1 ASAI HWAT DRSSCS ASD3 ASD3 ASH ASH</p>
REVISADO POR	<p><i>Dr. José Miguel Angulo Castro. Jefe Area de Atención Integral a las Personas.</i> Equipo Técnico Atención y Hospitalización Domiciliar. Área de Atención Integral a las Personas Programa de Atención a la Persona Adulta Mayor. Área de Atención Integral a las Personas</p>	
APROBADO POR	<p>Dr. Mario Ruiz Cubillo. Gerencia Médica. Oficio *****PENDIENTE Dr. Mario Mora Ulloa. Enlace Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud-Gerencia Medica</p>	
FECHA DE EMISIÓN	Enero 2021	
PRÓXIMA REVISIÓN	2024	
OBSERVACIONES	<p>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.</p> <p>Se utiliza las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAIP. Área de Atención Integral a las Personas. - AAIP-PNAPAM. Programa de Normalización de la Atención de la Persona Adulta Mayor - AR/CTS. Area de Regulacion. Coordinacion de Trabajo Social. - ASA. Area de Salud Aserrí. - ASAI. Area de Salud Alajuelita. - ASD1. Area de Salud Desamparados 1. - ASD2. Area de Salud Desamparados 2. - ASD3. Area de Salud Desamparados 3. - ASH. Area de Salud Hatillo. - ASMP. Area de Salud Mora Palmichal. - ASMRH. Area de Salud Mata Redonda-Hospital. - ASPT. Area de Salud Puriscal-Turubares. - ASUM. Area de Salud Uruca-Merced - CENARE. Centro Nacional de Rehabilitación. - DRSSCS. Direccion de Red Integrada de Prestación de Servicios de Salud Central Sur. - HGGRBC. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes. - HMPJ. Hospital Max Peralta Jiménez. - HSJD. Hospital Nacional San Juan de Dios. - HWAT. Hospital William Allen Taylor. <p>Las referencias bibliográficas se incluyen como citas al pie de página para facilitar la lectura y correlación de datos con sus respectivas fuentes.</p>	

INDICE

Presentación	6
Introducción	9
Definiciones y abreviaturas	10
Referencias normativas	14
Alcance y campo de aplicación	16
Justificación	16
Objetivos del Protocolo de Atención Clínica	17
Población usuaria	18
Población Meta	18
Metodología	18
Desarrollo del tema	19
1. Enfoques teóricos orientadores para el abordaje de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario	19
2. Atención integral	21
3. Trabajo en red	22
4. Atención y hospitalización domiciliar	24
5. Atención compartida	24
6. Antecedentes de la atención a la persona adulta mayor	28
7. Peculiaridades de las enfermedades geriátricas	32
8. Abordaje de la persona adulta mayor	34
Intervenciones del equipo y los profesionales	37
1. Intervención médica	39
a. Profesional de Medicina en el Equipo Básico	39
b. Profesional de Medicina en el Equipo Ampliado	42
c. Profesional de Medicina en el Equipo Especializado	45
d. Mecanismos de coordinación entre los Equipos de atención y hospitalización domiciliar	52
2. Intervención de enfermería	53
a. Intervención del Equipo para favorecer el autocuidado en la persona adulta mayor y el cuidador	54
b. Intervenciones del profesional de enfermería	55
c. Visitas de enfermería de acuerdo a los procedimientos en el hogar	58
3. Intervención farmacéutica	58
a. Revisión de recetas y medicamentos	59
b. Aplicación de estrategias de apoyo	60
c. Valoración de la comprensión y tolerancia al horario	60

4. Intervención nutricional	63
a. Intervenciones del profesional de nutrición en el Area de Salud (Equipos Básico y Ampliado)	64
b. Intervención del profesional de nutrición en en el Equipo Especializado	69
5. Intervención de odontología	70
a. Intervención del profesional de odontología en el Equipo Básico	70
b. Intervención del profesional de Odontología en el equipo ampliado	71
6. Intervención social	73
a. Intervención del profesional de trabajo social en el Equipo Básico	73
b. Intervenciones del profesional de trabajo social en los Equipos Ampliado y Especializado	76
7. Intervención de terapia física	80
a. Intervencion de terapia física en los diferentes equipos	80
8. Intervención terapia ocupacional	86
9. Intervención de terapia de lenguaje	87
10. Intervención de terapia respiratoria	90
Contacto para consultas	90
Anexos	92
Referencias	154

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 metropolitana** de atención a la persona adulta mayor supone la articulación de los siguientes servicios de salud institucionales:

- Unidad de Hospitalización Domiciliar Hospital San Juan de Dios
- Unidad de Atención Comunitaria Geriátrica. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
- 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
- Area de Salud Desamparados 1
- Área de Salud de Alajuelita
- Área de Salud de Mata Redonda-Hospital
- Área de Salud de Solom 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

Cada uno 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 buenos 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 ya 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		Página N° 10
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

DEFINICIONES⁴ Y ABREVIATURAS

En este apartado se incluyen las definiciones, símbolos y abreviaturas que se indican en el documento, para 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 el adulto 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

⁴ 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. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 11
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

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.
- **Dolores musculares.** Presencia de dolor en un músculo o grupo muscular. El dolor muscular también puede involucrar ligamentos, tendones y fascia, los tejidos blandos que conectan los músculos, huesos y órganos.
- **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.
- **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
- **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 medio⁵.
- **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 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 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,

⁵ República de Costa Rica (2016). Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Ley 9394. p.10.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 12
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

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 vejez⁶.
- **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.
- **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.** En la Ley Integral para la Persona Adulta Mayor se define como “toda persona de sesenta y cinco años o más”⁷.
- **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 humanos⁸.
- **Sarcopenia.** Es la pérdida de masa muscular y su función asociada con la edad.
- **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.

⁶ 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

⁷ Asamblea Legislativa. (1999). Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica. p. 4.

⁸ Asamblea Legislativa. (1999), Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica. p. 5.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 13
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

- **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.
- **Síndromes geriátricos.** Síndromes característicos de la población adulta mayor altamente prevalentes con gran impacto es esta población que para su adecuado abordaje requiere una valoración y manejo multidisciplinario.
- **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 vida⁹.

- **Abreviaturas**

- **ABVD.** Actividades básicas de vida diaria.
- **AINES.** Antiinflamatorios no esteroideos.
- **AIVD.** Actividades instrumentales de vida diaria.
- **APS.** Atención Primaria de la Salud
- **CONAPAM.** Concejo Nacional para el persona adulta mayor.
- **CONUT.** Control Nutricional.
- **GDS.** Global Deterioration Scale.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud
- **OPS.** Organización Panamericana de la Salud
- **RISS.** Red Integrada de Servicios de Salud
- **UPP.** Ulcera por presión
- **UPP GI, GII, GIII, GIV.** Ulcera por presión grado 1, 2, 3 y 4 respectivamente.
- **SIF 1, 2 y 3.** Síndrome de inmovilización grado 1, 2 y 3.
- **VGI.** Valoración Geriátrica Integral

⁹ República de Costa Rica. (2016). Ratificación de la Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. Ley 9394. p.10.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 14
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

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
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
Decreto Ejecutivo 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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 15
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

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 adultas 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
Sesión 8139 Junta Directiva	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	Plan Estratégico Institucional Reajustado Macro-Políticas 2013-2016	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, Seguridad y Sostenibilidad, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud y la Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica.	2014
NA	Plan Estratégico Institucional 2015-2018	2015
NA	Propuesta ajustada a la prueba de campo Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud	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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 16
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este protocolo 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 que se homogenice el manejo de las personas adultas mayores y el proceso de comunicación entre los servicios que les brindan la atención en salud.

JUSTIFICACIÓN

El protocolo describe los criterios básicos que deben considerarse para la atención a la persona adulta mayor en el domicilio, mediante una intervención interniveles e interdisciplinaria articulada, en particular cuando:

- La persona adulta mayor están inmovilizados, en situación de dependencia y en situación de salud crónica estable;
- La persona adulta mayor poseen algún grado de inmovilización con diagnóstico claro de grandes síndromes geriátricos y/o ulcerado que requiere seguimiento de especialista en medicina familiar o geriátrica;
- La persona adulta mayor está inmovilizados con patología que requiera hospitalización y sea posible manejarse en el domicilio;
- La persona adulta mayor con algún grado de inmovilización con enfermedad terminal no oncológica avanzada, policonsultante por pluripatología de manejo complejo.

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 protocolo de atención clínica, 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 debe realizar y la manera en que pueden fortalecer la articulación de la red de servicios para la atención de las personas adultas mayores.

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 17
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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, superando la crisis por enfermedad, disminuyendo los factores de riesgo y fortaleciendo 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, Odontología 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 holista del mundo, donde toda intervención en salud debe ser interdisciplinaria para alcanzar su máximo potencial.

OBJETIVOS DEL PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA

Considerando lo anterior, con la implementación de este protocolo 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, se plantean los siguientes objetivos:

- 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.
- Fortalecer el abordaje en red de las situaciones de salud de la persona adulta mayor en el domicilio, minimizando los efectos de la fragmentación de los servicios, eliminando la duplicidad de acciones para favorecer la maximización de los recursos institucionales.
- 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 18
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Proporcionar orientación al personal de salud sobre el tratamiento y manejo más efectivo de la persona adulta mayor basado en evidencia científica.

POBLACIÓN USUARIA

- Profesionales que integran el equipo Básico
- Profesionales que integran el Equipo Ampliado
- Profesionales que integran el equipo especializado de atención en el domicilio
- Profesionales que integran el equipo especializado de hospitalización en el domicilio.

POBLACIÓN META

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

METODOLOGÍA

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 sindroms, 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 elabora este protocolo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 19
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

DESARROLLO DEL TEMA

El envejecimiento de la población en el territorio nacional implicará entre otras cosas, el aumento considerable de personas mayores dependientes de cuidados y el 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 conforme con sus derechos, libertades fundamentales y dignidad humana. 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 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”¹⁰. 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 en este caso a la Caja Costarricense de Seguro Social, a establecer estrategias a largo plazo para la atención en salud de este grupo poblacional¹¹.

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.

¹⁰ Organización de Naciones Unidas. [ONU]. (1995). Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (A./CONF.166/9), Copenhague.

¹¹ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 20
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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 entorno¹². 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 edades¹³. Desde la visión gerontológica se considera a la persona adulta mayor desde su integralidad como un ser biopsicosocioespiritual. 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 debe contemplar una perspectiva de género, reconociendo las diferencias del proceso de envejecimiento entre hombres y mujeres y las necesidades diferenciadas que emergen. Con la incorporación de este enfoque, 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.

Enfoque 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”¹⁴.

Este trato digno en la atención a las personas adultas 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:

a. el bienestar físico y emocional,

¹² 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.

¹³ Caja Costarricense de Seguro Social. (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.

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. (1° ed.). España: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. p. 21.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 21
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- b. el respeto y apoyo a las propias decisiones y preferencias en relación con la vida cotidiana,
- c. la promoción de la independencia desde la creación de entornos físicos y sociales facilitadores,
- d. la protección y garantía de la intimidad y la privacidad,
- e. la protección de la propia identidad y el cuidado de la imagen personal,
- f. el fomento de la inclusión social o el respeto a la edad adulta¹⁵.

2. Atención Integral¹⁶

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.

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

¹⁵ 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.

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		Página N° 22
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

3. Trabajo en Red¹⁷

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.

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 interniveles 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; lo cual puede ser de distintas

¹⁷ 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		Página N° 23
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

naturalezas —*promoción y prevención individual o colectiva, diagnóstico e intervención, recuperación y rehabilitación*—.

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 las personas usuarias, 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 enfrentar la fragmentación, para asegurar la continuidad de la prestación de los servicios de salud.

4. Atención y hospitalización domiciliar

Hospitalización y Atención Domiciliar¹⁸. 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

¹⁸ 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 GERENCIA MÉDICA		Página N° 24
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

personas adultas mayores ingresan a la modalidad por criterios de inclusión y exclusión claramente definidos, considerando aspectos geográficos, sociales y clínicos.

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 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 domiciliar.

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.

5. 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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 25
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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 habituales¹⁹.

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 especializada²⁰. 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 polifarmacia²¹.

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 específica²².

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 compartida²³:

- 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.

¹⁹ 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.

²⁰ 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.

²¹ Wagner, E.H. y Groves, T. (2002). Care for chronic diseases. *BMJ* 325; pp. 913-914.

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 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		Página N° 26
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- Participación activa de las personas adultas mayores, familias y cuidadores 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 compartidas²⁴.

1. **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.
2. **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. La atención compartida debe facilitar el acceso a 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.
3. **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.
4. **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.

²⁴ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 27
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

5. **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.

6. **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.

Coordinación de la atención compartida en la red de atención y hospitalización domiciliar²⁵

La coordinación para la atención compartida 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).

²⁵ 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		Página N° 28
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- 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/a 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 sociofuncionales más relevantes, se la entrega a la persona adulta mayor o al cuidador/a y toma una foto de la misma para enviarla mediante la herramienta tecnológica que tenga a su alcance, al punto de enlace (secretaria).
 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.
 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.

6. 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,

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 29
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

especialmente de la mortalidad temprana, y a un aumento del número de años de vida de la población.²⁶

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 edad²⁷. 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 comunidades²⁸.

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 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 2050.²⁹

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.³⁰

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 envejecimiento³¹. Según los indicadores

²⁶ 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.

²⁷ 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.

²⁸ 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>

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 [Archivo html] <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

³⁰ 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 [Archivo html] <https://www.un.org/development/desa/es/news/population/world-population-prospects-2019.html>

³¹ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 30
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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 reciente³².

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 por el descenso en la fecundidad, esto hace que la pirámide poblacional cambie hacia una forma más rectangular³³

Según el *Primer informe de estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica*, para la mitad del 2008 existían 278000 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 66000 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.

³² 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.

³³ 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		Página N° 31
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

- 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 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 avanzadas³⁴.

³⁴ 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 32
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

7. Particularidades de las enfermedades geriátricas

De acuerdo con lo establecido en la **Guía Clínica Para Atención Primaria A las Personas Adultas Mayores** producido por la Organización Panamericana de la Salud³⁵ 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.

1. 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; la cual es mayor en las personas adultas mayores con enfermedades crónicas en estadios avanzadas.

2. 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 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.

³⁵ Organización Panamericana de la Salud. (Marzo, 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		Página N° 33
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

3. Causas múltiples de un mismo síntoma

- En la persona adulta mayor varias enfermedades pueden presentarse 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 34
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- 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 domiciliario puede dificultar el abordaje de la persona adulta mayor con dependencia de cuidados.
- 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.

8. 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 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 para 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 buena 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.

No existe una fórmula rígida para la valoración de un adulto mayor; esta debe ser centrada en la persona, reconociendo su individualidad y la heterogeneidad de este grupo de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 35
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

población. Además se debe tomar en cuenta el ámbito en el cual se realiza y la disponibilidad de otros profesionales en el abordaje diagnóstico.

Las valoraciones geriátricas generalmente abordan los persona adulta mayores de forma cuadrifuncional con diferentes instrumentos que permiten identificar las patologías de cada una de las áreas afectadas. Las cuatro esferas son la esfera médica, la esfera funcional, la 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.

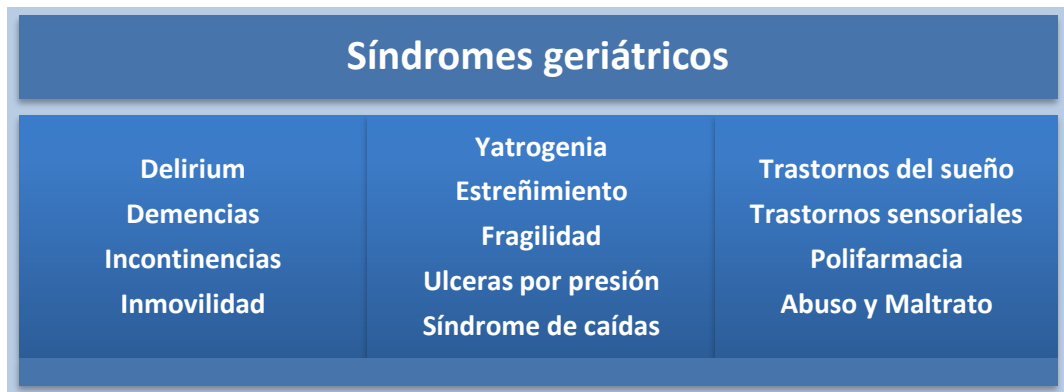
La esfera social. Se anotan diagnósticos relacionados a la dinámica social del adulto mayor y su entorno. Se le presta atención al cuidador pues este forma parte de la unidad a tratar. Además se le presta especial atención a la sospecha de abuso o maltrato en vista de que esta población es vulnerable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

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 mayor 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.
- 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 Geriatría 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 patologías para así minimizar su impacto. Dentro de los síndromes geriátricos se encuentran los siguientes:

Figura 1. Síndromes geriátricos



Fuente: Elaboración propia. 2021

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 37
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

INTERVENCIONES DEL EQUIPO Y LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN Y HOSPITALIZACIÓN EN EL DOMICILIO

El abordaje de la situación de salud de la persona adulta mayor en el domicilio supone una gran organización por parte del equipo a cargo para realizar las intervenciones oportunas, garantizar el seguimiento de la persona adulta mayor y su cuidador/a con la menor cantidad de eventos adversos posibles, al tiempo que se maximiza el uso de los recursos y se evita la duplicidad de funciones entre profesiones y/o entre establecimientos de salud.

De manera que, considerando los cambios demográficos en la población costarricense, las peculiaridades de las enfermedades geriátricas, los síndromes geriátricos y sus características y la necesidad de aplicar un abordaje de la persona adulta mayor desde la perspectiva de la VGI como sistema de evaluación especial, se define el proceso de atención a seguir en el domicilio.

Las personas adultas mayores constituyen un grupo poblacional sumamente heterogéneo. Al utilizar y aplicar la filosofía del abordaje geriátrico mencionado anteriormente, se busca detectar las patologías más prevalentes de la población adulta mayor, y categorizar a partir de la complejidad para así derivarlos a la atención más oportuna.

Para efectos de este documento, la atención domiciliar de la persona adulta mayor será brindada por 3 diferentes equipos los cuales se diferencian principalmente en los profesionales que lo conforman. Los tres equipos son:

▪ **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. Los objetivos principales de la intervención del **Equipo Básico** son:

- La detección de condiciones geriátricas.
- Una adecuada derivación según el caso a los diferentes equipos y/o profesionales.
- El seguimiento de patologías crónicas estables y educación a familiares y cuidadores.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 38
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

▪ **Equipo Ampliado**

Corresponde a las 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. Los objetivos principales de la intervención **del Equipo ampliado** son:

- La realización de una valoración geriátrica integral.
- Detección de condiciones geriátricas que requieran un manejo especializado y su adecuada derivación correspondiente.
- Apoyo a los niveles básicos y especializados según la situación detectada.

▪ **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.

La oferta de servicios del nivel especializado abarca dos modalidades de atención: la **Atención domiciliar** de la persona adulta mayor crónico complejo y la modalidad de **Hospitalización domiciliar**.

Los objetivos principales de la intervención del **Equipo Especializado** son:

- La atención especializada de personas mayores con patologías crónicas complejas.
- La sustitución del ambiente hospitalario por el ámbito domiciliar para el manejo de las personas adultas mayores con patologías específicas.
- Apoyo a los diferentes niveles de atención por medio de la modalidad de la atención compartida.
- Capacitación de los miembros de la red en la atención de la persona adulta mayor en el escenario domiciliar.

A continuación, se especificará la función de los diferentes profesionales en cada uno de los equipos. Se debe recordar que los profesionales pueden no ser parte del equipo que realizan las visitas domiciliarias, pero que eventualmente pueden servir de apoyo en circunstancias específicas que se detallarán a continuación. De cada profesional se definen sus funciones como parte de un **equipo interdisciplinario**, y en los escenarios de la **atención domiciliar** y **consulta externa**.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 39
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

1. Intervención Médica

La atención y seguimiento de la persona adulta mayor por parte del profesional en medicina es fundamental desde la definición del diagnóstico hasta el seguimiento del plan de intervención. En este caso, con mayor énfasis dado que se proyecta el proceso de gestión clínica hacia el domicilio con todas las variables y potenciales factores adversos y positivos que ello implica. Se describe a continuación las actividades sustantivas de este profesional del equipo básico.

Todos estos aspectos pueden tener un mejor seguimiento y control si el proceso de atención a la persona adulta mayor se articula entre los servicios de salud y el escenario domiciliar bajo la responsabilidad de un equipo interdisciplinario de profesionales capacitados en el tema. En el Anexo 2 se ofrece una propuesta de horario de la distribución diaria de las actividades que a continuación se detallan.

a. Profesional de Medicina en el Equipo Básico

1. En el equipo interdisciplinario

- Es un integrante activo del Equipo Interdisciplinario.
- Participa en la valoración de las personas adultas mayores para ser incluidas en el programa de hospitalización o atención en el domicilio.
- Coordina con los miembros del equipo para programación de la atención de la persona adulta mayor en el hogar.
- Coordina, en conjunto con la enfermera, con otros servicios o niveles para la resolución de los problemas de salud identificados durante la visita.
- Atiende y realiza las interconsultas vía telefónica de los equipos ampliados y especializados en caso de requerir de la asistencia de este nivel.
- Participa en **sesiones interdisciplinarias** de análisis de casos. Las sesiones de equipo se recomiendan realizarlas una vez por semana en las tardes. En estas sesiones se analizan los casos de forma interdisciplinaria, las interconsultas recibidas, los ingresos al programa y las situaciones particulares de las personas usuarias visitadas. Además se priorizan y organizan las visitas futuras.
- Realizan actividades de capacitación y salud mental.
- Participa en las sesiones mensuales de la “Red de Atención en el escenario domiciliar del adulto mayor y sus cuidadores”.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 40
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

2. En Atención Domiciliar

- Realiza atención integral con un enfoque cuadridimensional de los casos de la visita al domicilio; valorando tanto las necesidades de la persona adulta mayor como de su cuidador/a, mediante los siguientes pasos:

PASO 0. Valoración preliminar y entrevista inicial en la oficina. A la hora de recibir la solicitud para incluir al usuario al programa de visita domiciliar, el médico realiza una **valoración preliminar** por medio de una entrevista verbal con el cuidador para determinar si la persona adulta mayor está adecuadamente referido y cumple con los criterios de inclusión. Esta **valoración preliminar** se puede hacer en el momento de recibir la referencia o posteriormente de forma presencial o telefónica.

De cumplirse los criterios de inclusión al programa se le asigna a la persona adulta mayor y/o cuidador una cita para una **entrevista inicial**. Se les pide llevar toda la información relacionada a la salud de la persona adulta mayor usuaria (epicrisis, referencias, exámenes etc). Además, la persona adulta mayor, su familia o cuidadores deben traer **TODO** el tratamiento farmacológico que tengan en el hogar para realizar una exhaustiva revisión. Para esta valoración inicial NO es indispensable que la persona adulta mayor acuda a la cita.

En la entrevista inicial se le explica al cuidador o persona adulta mayor acerca de las características del programa y se pide llenar el consentimiento informado. Es importante seguir los encabezados del documento **“Recomendaciones para la Historia clínica en el escenario domiciliar”** relacionados a la ficha de identificación como recomendación a la hora de realizar la historia clínica a la persona (Anexo 3). En este apartado debe constatar claramente la dirección del usuario y, por lo menos, dos números de teléfono. Se completa la información relacionada a las variables demográficas del usuario como son la edad, género, estado civil etc. De igual manera, se debe completar los datos relacionados al cuidador principal e identificar riesgo desgaste de la persona cuidadora con el instrumento respectivo. Posteriormente, se amplía sobre el padecimiento actual y antecedentes de la persona adulta mayor.

Por último, es importante anotar si la persona adulta mayor está recibiendo atención médica por otros equipos de salud para evitar la duplicidad de funciones. La **valoración preliminar** idealmente se debe programar en menos de una semana de recibir la referencia. Esta **valoración preliminar** puede durar de 15 minutos. La **entrevista inicial** idealmente se debe programar en menos de 15 días de recibir la referencia. Esta **entrevista inicial** puede durar de 40-60 minutos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 41
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

PASOS 1. Primera visita. La primera visita idealmente debe realizarse en menos de 30 días desde la recepción de la referencia, idealmente a la semana siguiente. Esta visita tiene un tiempo de 45-60 minutos de duración. Las actividades a realizar por el personal médico del equipo se detallan a continuación:

- El médico corrobora que se encuentra en el domicilio indicado y valora el riesgo para el equipo de realizar la visita.
- Posteriormente se identifica con el usuario y sus familiares. Presenta al Equipo de atención y pide autorización para el ingreso al domicilio.
- Se descartan situaciones que pongan en riesgo la vida de la persona adulta mayor y que ameriten una referencia a urgencias.
- Se completa la información de la historia clínica y el énfasis de la persona adulta mayor en el SIES de ser necesario; y se activan los flujogramas y algoritmos.
- Se realiza un examen físico relacionado con los hallazgos.
- Se valora las condiciones del domicilio donde habita la persona adulta mayor y se identifican barreras de acceso al espacio físico.
- Se revisa el tratamiento farmacológico de la persona adulta mayor, su almacenaje, su fecha de expiración y la adecuada comprensión y cumplimiento del esquema terapéutico.
- Se realiza un análisis multidimensional del caso junto al resto del Equipo.
- Se da educación, recomendaciones y tratamientos específicos de acuerdo a lo encontrado en la visita y algoritmos.
- Se aclaran dudas a la persona usuaria y cuidadores.
- Se realizan las coordinaciones necesarias para las valoraciones por otros profesionales.
- Según el análisis realizado y los hallazgos, se prosigue con la calendarización de la siguiente visita.
- Se programa para valorar el caso en las sesiones de equipo.

PASO 2. Visita subsecuente. La frecuencia de las visitas subsecuentes es de 3 meses.

La duración de la visita subsecuente puede ser de 30 minutos.

- Se cumplen los pasos mencionados en la visita de primera vez.
- Se realiza valoración de la persona adulta mayor para identificar condiciones geriátricas más prevalentes (si previamente no fueron identificadas) (Anexo 4 y 5).
- Se da seguimiento a las intervenciones realizadas en las visitas previas.
- Se realiza el tamizaje del cuidador por sobrecarga, para definir si requiere intervención de trabajo social (Anexo 6).
- Se hace un examen físico dirigido a las condiciones encontradas o mencionadas por los usuarios los cuidadores.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 42
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

PASO 3. Anualmente es el encargado de realizar una evaluación del desempeño del equipo, prioriza y toma las medidas correctivas necesarias.

3. En Consulta Externa:

- Refiere a los cuidadores a las sesiones educativas organizadas por Trabajo social en el equipo ampliado.
- Refiere al cuidador cansado o con riesgo de sobrecarga de trabajo a la consulta de medicina familiar en el equipo ampliado.
- Realiza las labores administrativas.
- Coordina y capacita a los estudiantes, residentes y personal rotante, en el manejo del adulto mayor en el domicilio.
- Participa en las sesiones mensuales (virtuales y presenciales) de la “Red de Atención en el escenario domiciliar del adulto mayor y sus cuidadores”.

b. Profesional de Medicina en el Equipo Ampliado

El **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.

El médico del Equipo Ampliado es un especialista en Geriátrica y/o medicina familiar. Su principal misión es la de realizar una **Valoración Geriátrica Integral (VGI)** para así poder detectar y profundizar en las diferentes condiciones geriátricas encontradas.

1. En el Equipo Interdisciplinario

- Es un integrante activo del Equipo Interdisciplinario.
- Participa en la valoración de los casos para ser incluidos en el programa de atención al domicilio.
- Coordina con los miembros del equipo y con el personal de apoyo la programación de la atención de la persona adulta mayor en el hogar.
- Coordina en conjunto con la enfermera, con otros servicios y niveles para la resolución de los problemas identificados durante la visita.
- Atiende las interconsultas vía telefónica de los equipos básicos en caso de dudas en el manejo de sus persona adulta mayors.
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Las sesiones de equipo se recomiendan realizarlas una vez por semana en las tardes. En estas sesiones se analizan los casos de forma interdisciplinaria, las interconsultas

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 43
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

recibidas, los ingresos al programa y las situaciones particulares de los usuarios visitados. Además se priorizan y organizan las visitas futuras. Por último se realizan actividades de capacitación y salud mental.

- Participa en las sesiones mensuales de la “Red de Atención en el escenario domiciliario del adulto mayor y sus cuidadores”.

2. En Atención Domiciliar.

- Realiza atención integral con un enfoque cuádr dimensional de los casos de la visita al domicilio; valorando tanto las necesidades de la persona adulta mayor como el de su cuidador, mediante los siguientes pasos:

PASO 0. Valoración preliminar y entrevista inicial en la oficina. A la hora de recibir la solicitud para incluir al usuario al programa de visita domiciliar, el médico realiza una **valoración preliminar** por medio de una entrevista verbal con el cuidador para determinar si la persona adulta mayor está adecuadamente referido y cumple con los criterios de inclusión. Esta **valoración preliminar** se puede hacer en el momento de recibir la referencia o posteriormente de forma presencial o telefónica.

De cumplirse los criterios de inclusión al programa se le asigna a la persona adulta mayor y/o cuidador una cita para una **entrevista inicial**. Se les pide llevar toda la información relacionada a la salud del usuario (epicrisis, referencias, exámenes etc). Además, el usuario o cuidadores deben traer TODO el tratamiento farmacológico que el usuario tenga en el hogar para poder realizar una exhaustiva revisión. Para esta valoración inicial NO es indispensable que la persona adulta mayor acuda.

En la entrevista inicial se le explica al cuidador o persona adulta mayor acerca de las características de éste y se pide llenar un consentimiento informado.

Se completan los encabezados de la historia clínica de la visita domiciliar “**Historia clínica en el escenario domiciliario**” relacionados a la ficha de identificación (Anexo 3). En este apartado debe constatar claramente la dirección del usuario y, por lo menos, dos números de teléfono. Se completa la información relacionada a las variables demográficas del usuario como son la edad, género, estado civil etc. De igual manera, se debe completar los datos relacionados al cuidador principal e identificar riesgo de cansancio con el instrumento respectivo. Posteriormente, se amplía sobre el padecimiento actual y antecedentes de la persona adulta mayor.

Por último, es importante anotar si está siendo visto por otros equipos de salud para evitar la duplicidad de funciones. La **valoración preliminar** idealmente se debe programar en menos de una semana de recibir la referencia. Esta valoración puede durar

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 44
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

de 15 minutos. La **entrevista inicial** idealmente se debe programar en menos de 15 días de recibir la referencia. Esta **entrevista inicial** puede durar de 30-60 minutos.

PASOS 1. Primera visita. La primera visita idealmente debe realizarse en menos de 15 días desde la recepción de la referencia, idealmente a la semana siguiente. Esta visita tiene un tiempo de 45-60 de duración. Las actividades a realizar por el personal médico del equipo se detallan a continuación:

- El médico corrobora que se encuentra en el domicilio indicado y valora el riesgo para el equipo de realizar la visita.
- Posteriormente se identifica con el usuario y sus familiares. Presenta al Equipo de atención y pide autorización para el ingreso al domicilio.
- Se descartan situaciones que pongan en riesgo la vida de la persona adulta mayor y que ameriten una referencia a urgencias.
- Se completa la información de la historia clínica faltante de ser necesario y se realiza una Valoración Geriátrica Integral con el instrumento utilizado para este fin.
- Se realiza un examen físico relacionado con los hallazgos.
- Se valora las condiciones del domicilio donde habita la persona adulta mayor y se identifican barreras arquitectónicas.
- Se revisa el tratamiento farmacológico de la persona adulta mayor, su almacenaje, su fecha de expiración y la adecuada compresión y cumplimiento del esquema terapéutico.
- Se realiza un análisis multidimensional del caso junto al resto del Equipo.
- Se da educación, recomendaciones y tratamientos específicos de acuerdo a lo encontrado en la visita y algoritmos.
- Se aclaran dudas al usuario y sus cuidadores.
- Se realizan las coordinaciones necesarias para las valoraciones por otros profesionales.
- Según el análisis realizado y los hallazgos, se prosigue con la calendarización de la siguiente visita.
- Se programa para valorar el caso en las sesiones de equipo.

PASO 2. Visita subsecuente. La frecuencia de las visitas subsecuentes es de 3 meses. La duración de la visita subsecuente puede ser de 30 minutos. Se cumplen los pasos mencionados en la visita de primera vez, además de los siguientes:

- Valoración de la persona adulta mayor para identificar condiciones geriátricas prevalentes (si previamente no fueron identificadas) (Anexo 4 y 5).
- Se da seguimiento a las intervenciones realizadas en las visitas previas.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 45
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- Tamizaje del cuidador por sobrecarga, para definir si requiere intervención de trabajo social (Anexo 6).
- Se hace un examen físico dirigido a las condiciones encontradas o mencionadas por los usuarios los cuidadores.

PASO 3. Anualmente es el encargado de realizar una evaluación del desempeño del equipo, prioriza y toma las medidas correctivas necesarias.

3. En Consulta Externa:

- Refiere al cuidador a las sesiones educativas organizadas por Trabajo social en el equipo ampliado.
- Refiere al cuidador cansado o con riesgo de sobrecarga de trabajo a la consulta de medicina familiar en el equipo ampliado.
- Realiza las labores administrativas.
- Coordina y capacita a los estudiantes, residentes y personal rotante, en el manejo del adulto mayor en el domicilio.
- Participa en las sesiones mensuales (virtuales y presenciales) de la Red de “Atención en el escenario domiciliar del adulto mayor y sus cuidadores.”

c. Profesional de Medicina en el Equipo Especializado

El 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.

La oferta de servicios del nivel especializado abarca dos modalidades de atención, la **Atención domiciliar** de la persona adulta mayor con enfermedad crónica compleja y la modalidad de **Hospitalización domiciliar**.

1. En el Equipo Interdisciplinario

- Es un integrante activo del Equipo Interdisciplinario.
- Valora las interconsultas y referencias de los casos para ser incluidos en el programa de atención al domicilio.
- Coordina con los miembros del equipo para programación de la atención de la persona adulta mayor en el hogar.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 46
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- Coordina, en conjunto con la enfermera, con otros servicios o niveles para la resolución de los problemas identificados durante la visita.
- Refiere y atiende las interconsultas o referencias de la red (equipos básicos, ampliado, especializado).
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Las sesiones de equipo se recomiendan realizarlas una vez por semana en las tardes. En estas sesiones se analizan los casos de forma interdisciplinaria, las interconsultas recibidas, los ingresos al programa y las situaciones particulares de los usuarios visitados. Además se priorizan y organizan las visitas futuras.
- Se realizan actividades de capacitación y salud mental.
- Participa en las sesiones mensuales de la “Red de Atención en el escenario domiciliar del adulto mayor y sus cuidadores”.

2. En Atención Domiciliar

- o **Actividades médicas en el domicilio en la modalidad de “Atención Domiciliar a persona adulta mayor con enfermedades crónicas”:**

PASO 0. Valoración preliminar y entrevista inicial en la oficina. A la hora de recibir la solicitud para incluir al usuario al programa de atención domiciliar, el médico realiza una **valoración preliminar** por medio de una entrevista verbal con el cuidador para determinar si la persona adulta mayor está adecuadamente referido y cumple con los criterios de inclusión. Esta **valoración preliminar** se puede hacer en el momento de recibir la referencia o posteriormente de forma presencial o telefónica.

De cumplirse los criterios de inclusión al programa se le asigna a la persona adulta mayor y/o cuidador una cita para una **entrevista inicial**. Se les pide llevar toda la información relacionada a la salud del usuario (epicrisis, referencias, exámenes etc). Además, el usuario o cuidadores deben traer TODO el tratamiento farmacológico que el usuario tenga en el hogar para poder realizar una exhaustiva revisión. **Para esta valoración inicial es recomendable que la persona adulta mayor acuda a la cita.** A la luz de la situación actual por la Pandemia COVID-19, se deben utilizar las herramientas de comunicación disponibles en la institución para facilitar la atención de las personas. En caso de que se encuentre internado en un salón del Centro hospitalario, el ingreso se realizará en el salón. En la entrevista inicial se le explica al cuidador o persona adulta mayor sobre las características del programa y se pide llenar un consentimiento informado.

Se completan los encabezados de la historia clínica de la visita domiciliar relacionados a la ficha de identificación. En este apartado debe constatar claramente la dirección del usuario

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 47
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

y, por lo menos, dos números de teléfono. Se completa la información relacionada a las variables demográficas del usuario como son la edad, género, estado civil etc. De igual manera, se debe completar los datos relacionados al cuidador principal e identificar riesgo de cansancio con el instrumento respectivo. Posteriormente, se amplía sobre el padecimiento actual y antecedentes de la persona adulta mayor.

Intervenciones adicionales, como pruebas de laboratorio, rayos X, entre otros se deben realizar como parte de la valoración inicial, para evitar traslados innecesarios de la persona adulta mayor y su cuidador. Por último, es importante anotar si está siendo visto por otros equipos de salud para evitar la duplicidad de funciones. La **valoración preliminar** idealmente se debe programar en menos de una semana de recibir la referencia. Esta **valoración inicial** puede durar de 15 minutos. La **entrevista inicial** idealmente se debe programar en menos de 15 días de recibida la referencia. Esta **entrevista inicial** puede durar 60 minutos.

PASOS 1. Primera visita. La primera visita idealmente debe realizarse en menos de 15 días desde la recepción de la referencia, idealmente a la semana siguiente. Esta visita tiene un tiempo de 45-60 de duración. Las actividades a realizar por el personal médico del equipo se detallan a continuación:

- En conjunto con la enfermera se confecciona la lista de personas adultas mayores por visitar y le entregan los kárdex a la secretaria la semana anterior para el trámite de los expedientes, realización de vales y coordinación de la visita.
- El Equipo se encarga de organizar los insumos necesarios para realizar la visita el día anterior y se equipa al vehículo.
- Se organiza la ruta del día junto al resto del Equipo.
- El médico corrobora que se encuentra en el domicilio indicado y valora el riesgo para el equipo de realizar la visita.
- Posteriormente se identifica con el usuario y sus familiares. Presenta al Equipo de atención y pide autorización para el ingreso al domicilio.
- Se descartan situaciones que pongan en riesgo la vida de la persona adulta mayor y que ameriten una referencia a urgencias.
- Se completa la información de la historia clínica faltante de ser necesario y se realiza una Valoración Geriátrica Integral con el instrumento utilizado para este fin.
- Se realiza un examen físico relacionado con los hallazgos.
- Se valora las condiciones del domicilio donde habita la persona adulta mayor y se identifican barreras arquitectónicas.
- Se revisa el tratamiento farmacológico de la persona adulta mayor, su almacenaje, su fecha de expiración y la adecuada comprensión y cumplimiento del esquema terapéutico.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 48
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Se realiza un análisis multidimensional del caso junto al resto del Equipo.
- Se da educación, recomendaciones y tratamientos específicos de acuerdo a lo encontrado en la visita, algoritmos y criterio médico.
- Se aclaran dudas al usuario y sus cuidadores.
- Se realizan las coordinaciones necesarias para las valoraciones por otros profesionales.
- Se confecciona la papelería y recetas en el domicilio y se les entregan a los cuidadores.
- En equipo multidisciplinario discute el caso para coordinar diferentes intervenciones y programar la próxima visita de seguimiento según la necesidad de la persona mayor.
- Según el análisis realizado y los hallazgos, se prosigue con la calendarización de la siguiente visita.
- Se programa a la persona adulta mayor para valorar el caso en las sesiones de equipo.

PASO 2. Visita subsecuente. La frecuencia de las visitas subsecuentes deben ser menores a 3 meses, e idealmente mensuales o en caso necesario. La duración de la visita subsecuente puede ser de 30 minutos.

- Se cumplen los pasos mencionados en la visita de primera vez.
- Se realiza nueva valoración de la persona adulta mayor para identificar condiciones geriátricas más prevalentes (si previamente no fueron identificadas) (Anexos 4 y 5).
- Se da seguimiento a las intervenciones realizadas en las visitas previas.
- Se realiza un tamizaje del cuidador por sobrecarga, para definir si requiere intervención de trabajo social (Anexo 6).
- Se hace un examen físico dirigido a las condiciones encontradas o mencionadas por los usuarios los cuidadores.

PASO 3. Seguimiento. Anualmente es el encargado de realizar una evaluación del desempeño del equipo, prioriza y toma las medidas correctivas necesarias.

○ **Actividades médicas en el domicilio en la modalidad de “Hospitalización Domiciliar”:**

PASO 0. Valoración preliminar y entrevista inicial en la oficina. A la hora de recibir la solicitud para incluir al usuario al programa de atención u hospitalización domiciliar (interconsulta), el médico realiza una valoración preliminar por medio de una entrevista verbal con el cuidador para determinar si este está en condiciones de participar en este tipo de modalidad y una valoración “in situ” con el paciente para valorar si está adecuadamente referido y cumple con los criterios de inclusión.

Esta valoración preliminar se hace en dos escenarios y de manera presencial, una con el cuidador del pacientes en las instalaciones del equipo a cargo del programa dentro de la

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 49
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

institución y con el paciente en el salón del hospital donde se encuentre hospitalizado o en su hogar si paciente no está en el nosocomio. Estas entrevistas se programan en la agenda de los médicos idealmente el mismo día que se recibe la interconsulta o bien en un lapso no mayor a 3 días hábiles. Esta valoración inicial puede durar de 15-30 minutos con el cuidador y otros 15-30 minutos con el paciente internado. Para un total de tiempo máximo por interconsulta de 60 minutos.

- Se realiza en conjunto con enfermería una entrevista con el cuidador para definir si la red de cuidado es adecuada o acorde con la atención que se le pretende brindar en el domicilio y se firma el consentimiento informado.
- Se completan los datos más relevantes con respecto a la patología aguda por lo que se solicitó la intervención domiciliar, las patologías asociadas y los aspectos relacionados a la ficha de identificación. En este apartado se debe constatar claramente la dirección del usuario y, por lo menos, dos números de teléfono. Se completa la información relacionada a las variables demográficas del usuario como son la edad, género, estado civil etc. Así mismo como los datos del cuidador.
- Se valora en conjunto con enfermería al paciente hospitalizado para confirmar los datos de la referencia y corroborar la condición de salud del paciente; si es posible se le explica el programa al paciente para definir su anuencia para ingresar al mismo de manera voluntaria (si su condición de salud se lo permite) y se firma consentimiento informado.
- En algunos casos particulares en que el paciente no se encuentra hospitalizado de manera tradicional, porque se refiera desde la consulta externa o desde otro centro de atención, posterior a la entrevista con el cuidador, una visita de valoración al domicilio del paciente para definir si puede o no ingresar al programa.
- Si la persona adulta mayor ingresa al programa se entregan documentos a la secretaria y se agenda primera visita.
- El médico en conjunto con el equipo realiza el cronograma de las actividades que se van a desarrollar dentro de las visitas domiciliarias, tomando en cuenta, el programa por el que se incluyó en la Unidad y la complejidad de cada caso en particular, con el fin de brindarles a los persona adulta mayores un servicio oportuno y acorde a sus necesidades. Esto para organizar el orden de las personas a visitar, la frecuencia así como el número de persona adulta mayores que se valorarán por día.
- Una vez organizada la visita del día, el médico le solicita a la secretaria: los expedientes provisionales de las personas adultas mayores citadas para ese día, debidamente confeccionados y sellados, la confección de la boleta de transporte con los datos pertinentes, la coordinación con el chofer para notificarle que el equipo está pronto a salir y reportar si los persona adulta mayores por visitar estarán en sus hogares.
- Firma la boleta de transporte.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 50
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Reprograma a los persona adulta mayors que no se encuentren en sus hogares el día de la visita y sustituyéndolos por otros que sí estarán, para aprovechar al máximo el recurso.
- Transporta al vehículo los expedientes, el maletín con la papelería y la boleta de transporte y colabora en conjunto con el resto del equipo en transportar el material necesario para llevar a cabo todas las visitas.
- El médico y el chofer diseñan la mejor ruta para empezar las visitas con el fin de optimizar el recurso y priorizar las necesidades de las personas adultas mayores.

PASO 1. Primera visita. La primera visita idealmente debe realizarse en menos de 3 días hábiles desde la fecha en que el paciente egrese del hospital o bien en su defecto se incluya en el programa si no se encuentra hospitalizado, en algunos casos el plazo se puede extender hasta 5 días hábiles como máximo. Esta visita tiene un tiempo de 45-60 de duración. Las actividades a realizar por el personal médico del equipo se detallan a continuación:

- Previamente coordinada la visita vía telefónica, y una vez en el hogar del paciente, el médico se presenta y presenta al resto del equipo a la familia y al paciente.
- El médico realiza la historia clínica, valora los signos vitales y realiza el examen físico relacionado con los hallazgos, para conocer las patologías del paciente, observar las limitantes de funcionalidad y la terapéutica hasta ahora recibida, con el fin de tener criterios suficientes para el análisis del caso.
- Se descartan situaciones que pongan en riesgo la vida del paciente y que ameriten una referencia a urgencias.
- El médico valora que el tratamiento farmacológico indicado en la epicrisis concuerde con el que está tomando el paciente, su almacenaje, su fecha de expiración y la adecuada compresión y cumplimiento del esquema terapéutico.
- Se identifica si tiene programadas las citas o visitas de seguimiento crónico de sus patologías.
- El médico trabaja en conjunto con los otros miembros del equipo para que todos vayan desarrollando sus intervenciones de manera ordenada.
- Se definen, mediante la atención integral con un enfoque cuadrimensional de los casos, los problemas del paciente (valorando tanto las necesidades del paciente como el de su cuidador) e identifica los posibles riesgos que podrían condicionar la efectividad de las intervenciones del equipo en el domicilio.
- Se define en conjunto con el equipo, el manejo integral inmediato que recibirá el paciente.
- Se negocia el plan de manejo con el paciente y su familia.
- Se da educación, recomendaciones y tratamientos específicos de acuerdo a lo encontrado en la visita, algoritmos y criterio médico, hace la receta correspondiente si amerita.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 51
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Se encarga de explicarle al paciente y su familia/cuidador el plan a seguir.
- Se realizan los procedimientos médicos que correspondan: desbridación, desimpactación, toma de muestras sanguíneas, glicemias por micrométodo, cambios de terapia de VAC, suturas, desbridaciones, actas de defunción, retiro de hilos o drenos, entre otros.
- Se colabora con los procedimientos de los demás integrantes del equipo y asume el papel de los miembros con los que no cuente en el visita: valora las condiciones de la vivienda, el acceso, la red de cuidado del paciente, revisa medicamentos, brinda apoyo emocional y educa en cuanto a la movilización temprana.
- Se capacita al cuidador para cumplir con el tratamiento por el que se envió al programa y evacúa dudas de dichas funciones.
- Se atiende y aclaran las dudas de los usuarios.
- Se realizan las coordinaciones necesarias para las valoraciones por otros profesionales.
- Se confecciona la papelería y recetas en el domicilio y se les da el trámite correspondiente.
- En equipo multidisciplinario discute el caso para coordinar diferentes intervenciones y programar la próxima visita de seguimiento según la necesidad del paciente.
- Según el análisis realizado y los hallazgos, se prosigue con la calendarización de la siguiente visita.
- Se solicita y revisa el expediente anterior de los casos que ameriten.
- Se programa al paciente para valorar el caso en las sesiones de equipo.

PASO 2. Visita subsecuente. La frecuencia de las visitas subsecuentes pueden ser diarias, semanales y en casos particulares quincenales, mensuales o en caso necesario. La duración de la visita subsecuente puede ser de 15 a 30 minutos.

- Se realiza nueva valoración del paciente para identificar condiciones de riesgo si previamente no fueron identificadas o bien si cambiaron las condiciones del paciente.
- Se da seguimiento a las intervenciones realizadas en las visitas previas.
- Se hace un examen físico dirigido a las condiciones encontradas o mencionadas por los usuarios los cuidadores.
- Se valoran exámenes de visitas anteriores o se solicitan y se toman nuevos exámenes de laboratorio.
- Se realizan los procedimientos que correspondan.
- Se insite en la educación y capacitación del cuidador y el paciente
- Se decide en conjunto con el equipo el alta de los pacientes de la Unidad.

PASO 3. Seguimiento. Anualmente es el encargado de realizar una evaluación del desempeño del equipo, prioriza y toma las medidas correctivas necesarias.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 52
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

3. En Consulta Externa

- Refiere a los cuidadores a las sesiones educativas organizadas por Trabajo social.
- Refiere al cuidador cansado o con riesgo de sobrecarga de trabajo a la consulta de medicina familiar en el equipo ampliado.
- Realiza las labores administrativas.
- Atiende consultas indirectas telefónicas o de oficina de los usuarios, persona adulta mayores o los profesionales miembros de la red.
- Coordina y capacita a los estudiantes, residentes y personal rotante, en el manejo del adulto mayor en el domicilio.
- Participa en las sesiones mensuales (virtuales y presenciales) de la Red de Atención en el escenario domiciliar del adulto mayor y sus cuidadores”.

d. Mecanismos de coordinación entre los equipos de atención y hospitalización domiciliar

La persona adulta mayor que se atiende en la red puede ser vista en cualquiera de los niveles según sus necesidades. Esto quiere decir, por ejemplo, que si requiere de antibiótico parenteral domiciliar, debe ser referido del equipo ampliado al nivel especializado para ser atendido por el servicio de hospitalización domiciliar. O bien si la persona adulta mayor requiere que se le hagan cambios de sondas, se debe coordinar directamente con el equipo del nivel básico para su programación.

El mecanismo de coordinación será vía telefónica con el equipo al que considere que puede llevar a cabo la acción. El cuidador debe estar informado del funcionamiento de la red para que sepa a dónde dirigirse y con qué miembro del equipo se coordina cada diligencia. No se debe olvidar describir claramente el motivo puntual por el que se desea la atención. Se deben seguir los protocolos de manejo para referir adecuadamente a las personas adultas mayores.

Es importante recordar que los persona adulta mayores están adscritos a la red, por tanto, siempre deben tener un equipo de salud que de seguimiento de sus patologías crónicas y garantice la continuidad de la atención. Esto quiere decir que si, una persona adulta mayor es atendido regularmente por el nivel básico y su condición evoluciona negativamente, por ejemplo las úlceras por presión evolucionan de G II superficial a G IV, el equipo básico debe coordinar con el equipo especializado para que programe una visita para valorar si aplica manejar la situación mediante una atención compartida o bien si lo asumirá por un periodo para estabilizar y luego, cuando las úlceras hayan mejorado, derivarlo nuevamente al equipo básico.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 53
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

En el escenario donde un equipo de la red requiera una intervención de un profesional con el que no se cuenta, se deben realizar las coordinaciones vía telefónica o electrónico según directorio de contactos establecido (Anexo 7). El Equipo Ampliado y especializado se comprometen a apoyar al resto de la red para ofrecer una respuesta oportuna. Lo mismo aplica en el caso de que se presente la necesidad del apoyo del equipo básico por parte del resto de la red.

2. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

En esta intervención se describen, en primer lugar, las acciones que en términos de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, y la teoría del autocuidado, deben conocer cada uno de los miembros del equipo y, en segundo lugar, algunas recomendaciones referidas al accionar del profesional de Enfermería, tanto en la captación como en la atención de la persona adulta mayor en el escenario domiciliar.

a. Intervencion del equipo para favorecer el autocuido en la persona adulta mayor y el cuidador

El autocuidado es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. El concepto “auto” implica la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto “cuidado” refiere a la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades³⁶:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su

³⁶ Orem, D. (s. f.). El cuidado. En: Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html p. 106.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 54
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

La teoría del autocuidado explica que esta es una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"³⁷. Existen tres requisitos de autocuidado que indican las actividades que debe realizar el individuo para cuidar de sí mismo.

- a. **Requisitos de autocuidado universal.** Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- b. **Requisitos de autocuidado del desarrollo.** Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- c. **Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.** Que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado, por su parte, describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de profesionales de la salud. Considerando lo anterior, todos los miembros del equipo deben tomar en consideración la categorización de la persona adulta mayor a efectos de seleccionar el sistema de enfermería que mejor aplica según condición de la persona adulta mayor.

La teoría de sistemas de enfermería ³⁸ explica los modos en que los profesionales de enfermería pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas.

1. **Sistemas de enfermería totalmente compensadores.** El profesional de Enfermería suplente al individuo. La acción del profesional de enfermería cumple con el autocuidado

³⁷ Orem, D. (s. f.). El cuidado. En: Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html p. 106

³⁸ Fernández, M. L. (2010). Bases históricas y teóricas de la enfermería. En: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 55
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

terapéutico de la persona adulta mayor; compensa la incapacidad de la persona adulta mayor; da apoyo a la persona adulta mayor y le protege.

2. **Sistemas de enfermería parcialmente compensadores.** El personal de enfermería proporciona auto cuidado. El profesional de enfermería desarrolla algunas medidas de autocuidado para el persona adulta mayor; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda a la persona adulta mayor. La persona adulta mayor desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.
3. **Sistemas de enfermería de apoyo-educación.** El profesional de enfermería actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda. El profesional de enfermería regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de auto cuidado. La persona adulta mayor cumple con el autocuidado.

Así, cada persona posee las capacidades, aptitudes y la voluntad de comprometerse y llevar a cabo autocuidados universales, asociados a los procesos de crecimiento y de desarrollo humano y, sexuales. Es papel del equipo de salud promover esta capacidad en las personas.

a. Intervenciones del profesional de Enfermería

El profesional de enfermería forma parte del equipo básico, ampliado y especializado, su intervención refiere a dos grandes áreas promoción del autocuidado de la persona adulta mayor, su cuidador y familia e intervenciones clínico-técnicas propias de su especialidad. En suma, debe ejecutar las labores propias del área de Enfermería según el Manual de Puestos y Manual de Procedimientos de Enfermería de la Caja Costarricense del Seguro Social. En términos generales, el profesional de enfermería de los tres Equipos debe realizar las siguientes actividades:

1. En Equipo Interdisciplinario

- Identifica factores de riesgo según diagnósticos e intervenciones de enfermería (riesgo de presentar úlceras por presión, infecciones, entre otras).
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Coordina con otros servicios o niveles para la resolución de factores de riesgo identificados.
- Brinda seguimiento de casos analizados en sesiones interdisciplinarias.
- Participa en sesiones familiares definidas por el equipo.
- Elabora proyectos y protocolos relacionados con sus competencias.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 56
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Participa como enlace entre el equipo, la persona adulta mayor, su cuidador y familia.
- Participa en la coordinación con los diferentes niveles de atención de acuerdo a las necesidades de la persona adulta mayor.
- Brinda orientación y atención a las denuncias de abuso físico, patrimonial y psicológico hacia la persona adulta mayor.
- Coordina intra y extra institución el traslado de usuarios.
- Coordina con REMES la solicitud de expedientes para las visitas domiciliarias.
- Participa en las sesiones mensuales de la “Red de Atención en el escenario domiciliario del adulto mayor y sus cuidadores”.

2. En Atención Domiciliar y Hospitalización domiciliar

- Participa en la aplicación de tratamientos y pruebas diagnósticas.
- Brinda consulta de enfermería en el domicilio:
 - Promoción de autocuidado.
 - Valoración física, social, mental, afectiva.
 - Valoración del cuidador(a).
 - Historial de Enfermería.
 - Diagnóstico de enfermería.
 - Definición y aplicación de plan de enfermería según condición de la persona usuaria y su entorno.
 - Aplicación de procedimientos según perfil de la persona adulta mayor atendida (uso y manejo del kárdex, toma de signos vitales, administración de medicamentos, curación, retiro de hilos o grapas, colocación de sonda nasogástrica, vesical o suprapúbica, cuidados de ostomías de alimentación entre otros).
 - Registro de información en el expediente de salud.
 - Inducción y educación en salud a grupo familiar según diagnósticos e intervenciones definidas por el equipo de salud (manejo de la medicación, cuidados en el hogar, vías de administración, medidas de confort, entre otras).
- En los casos necesarios participa en la aplicación de instrumentos que orientan la atención en salud, como: Mini Mental State, Escala de Zarit, Tests de Norton, Escala de Tinetti sobre marcha y equilibrio, Escala de Barthel y Escala Lawton y Brody para la valoración de la dependencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Realiza la evaluación del dolor por medio de la Escala Visual Análoga y el concepto de dolor total, identificando posibles causas.
- Aplica los conocimientos y destrezas para la intervención en crisis, desde la escucha activa, la empatía, la relación interpersonal de ayuda y expresión libre de sentimientos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 57
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Es responsable de registro de información en instrumentos correspondientes (notas de enfermería, carnet de atención domiciliar, actas, control de signos vitales, estadística diaria, informes de actividades mensuales y anuales).
- Participa en la elaboración e implementación de programas de capacitación a cuidadores y cuidadoras, personal de enfermería y diversos profesionales.
- Participa en la valoración de las redes de apoyo, posibles síntomas del síndrome del cuidador y conspiración del silencio.
- Colabora con el equipo en la planificación de la ruta diaria de acuerdo al domicilio de los usuarios y usuarias, programación del rol de visitas y las prioridades de intervención.
- Participa de la aplicación de los criterios de selección o inclusión de los usuarios y usuarias que gozarán de los servicios a nivel domicilio.
- Efectúa la observación, registro y comunicación al resto del equipo interdisciplinario sobre los cambios en el estado de la persona, para procurar un control adecuado a través de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.
- Realiza la solicitud de materiales para procedimientos de enfermería, conforme al gasto mensual.
- Proporciona material educativo impreso a los usuarios y familiares atendidos.
- Realiza coordinaciones con servicios de: Transporte, Farmacia, Laboratorio, Trabajo Social, Rayos X, entre otros.

c. Visitas de enfermería de acuerdo a los procedimientos en el hogar

A continuación se muestra una sugerencia de la frecuencia de visitas que el personal de enfermería puede realizar de acuerdo con los diferentes procedimientos por realizar en colaboración con el profesional de medicina para realizar valoración, monitoreo e indicaciones.

Tabla 1. Procedimiento y frecuencia de intervención en Enfermería

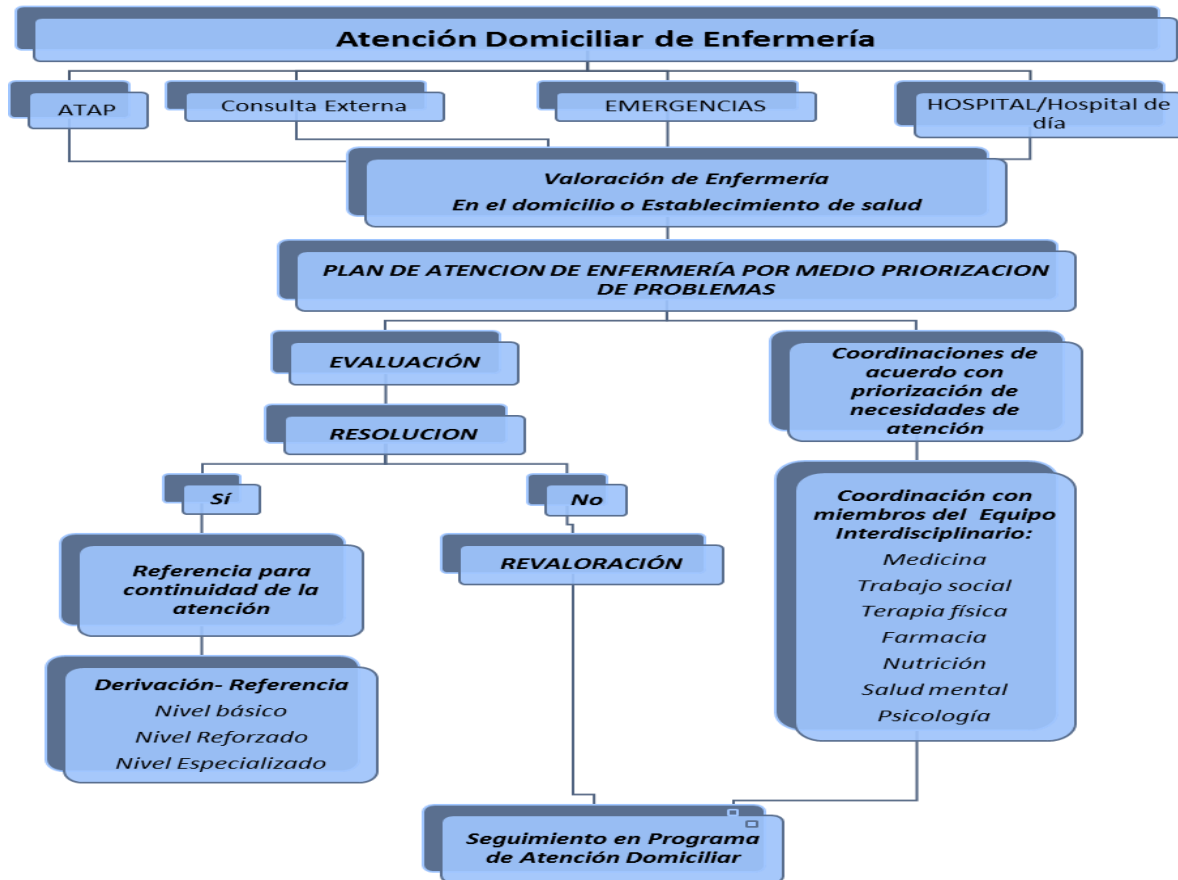
Procedimiento	Frecuencia
SNG de poliuretano	Cambio cada tres meses.
SNG de polivinilo	Cada quince días.
Sonda vesical de látex	Cada mes.
Sonda vesical de silicón	Cada tres meses.
Sonda suprapúbica de látex	Cada mes.
Sonda suprapúbica de silicón	Cada tres meses.
Curación de UPP GRADO I y II limpia	Cada mes con familiar capacitado o de acuerdo a las características propias del usuario y de la UPP.

Fuente: Elaboración propia, 2017.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 58
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

En la Figura 2, se resume la intervención esperada del profesional de enfermería en el escenario domiciliario. Para mayor detalle de las patologías específicas se puede revisar los algoritmos respectivos y el manual que acompaña a este documento.

Figura 2. Intervención del Profesional en Enfermería



Fuente: Elaboración propia, 2017.

3. INTERVENCIÓN FARMACÉUTICA

El profesional de Farmacia es parte del Equipo de apoyo que realiza las visitas domiciliarias del Equipo Ampliado y especializado y sirve de apoyo en casos específicos detectados por el Equipo básico. Además tiene una participación muy activa en el área de consulta externa donde realiza labores de detección, educación y capacitación a familiares y equipo sobre el manejo adecuado del tratamiento farmacológico.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 59
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

A continuación se describen algunas recomendaciones referidas al accionar del profesional en farmacia tanto en la captación como en la atención de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario en los siguientes rubros:

- Revisión de recetas y medicamentos.
- Aplicación de estrategias de apoyo.
- Valoración de la comprensión y tolerancia al horario.

a. Revisión de recetas y medicamentos

Detección de polifarmacia, mal uso y almacenaje del tratamiento farmacológico.

En todos los casos de los persona adulta mayores incluidos en el programa de visita domiciliar, se debe realizar una revisión constante del tratamiento farmacológico. Se debe interrogar sobre la presencia de **polifarmacia** (5 o más medicamentos), revisar todo el tratamiento (prescrito o no), realizar un conteo de medicamentos, revisar el estado de los medicamentos y su óptimo almacenaje.

Esta actividad es realizada por el médico de los diferentes equipos que realizan la visita y por supuesto por el profesional de farmacia si él está participando de dicha visita. En caso de encontrarse evidencia de un mal manejo del tratamiento farmacológico, se dará educación y se valorará la coordinación con Farmacia para un abordaje específico del caso, ya sea en la consulta externa o en el mismo escenario domiciliario.

Además del conteo y revisión de los medicamentos, el profesional de Farmacia deberá revisar las citas médicas y calcular las cantidades de recetas que necesitará hasta la próxima consulta. En caso de que falte alguna receta, se le debe enviar una nota al médico tratante indicando el medicamento, fuerza, cantidad indicada y vía de administración del medicamento faltante para que él confeccione la receta.

Una vez completadas todas las recetas se debe colocar en la parte posterior, la fecha en que le corresponde presentarla en la farmacia correspondiente.

Revisión de los medicamentos (prescripción e interacciones). El farmacéutico revisará los medicamentos indicados por el médico para evitar la polifarmacia, las interacciones medicamentosas y utilizar los criterios de BEERS para el adecuado uso de medicamentos en la persona adulta mayor.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 60
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

b. Aplicación de estrategias de apoyo

Carné de medicamentos. A los persona adulta mayores de atención domiciliar, se les debe confeccionar un carné de medicamentos, según el formulario formulario disponible en la CCSS. El carné es útil para que los persona adulta mayores muestren a los profesionales en salud la medicación actual que están recibiendo y éste sea actualizado en caso de que exista un cambio en la terapia.

Confección de horarios. A toda persona adulta mayor del programa de visita domiciliar que requiere atención farmacéutica más específica se le debe confeccionar un horario de medicamentos. Este tipo de “Guías”, pueden resultar favorables para que la persona adulta mayor maneje de forma correcta las tomas y cantidades de medicamentos que debe tomar o aplicarse día a día.

Para realizar el horario de medicamentos se debe basar en la evaluación de factores predictivos de adherencia y adaptarlo a las necesidades de la persona adulta mayor, por ejemplo, evaluar tamaño de letra, tipo de reloj que la persona adulta mayor reconoce, horarios de alimentación, entre otros. Entre los tipos de horario que se podrían confeccionar están: horarios hechos en computadora, horario manual con el formato que dispone la Caja Costarricense de Seguro Social, horarios con rotulado especial para aquellos persona adulta mayores que no saben leer (cajas, bolsas, pictogramas, otros).

c. Valoración de la comprensión y tolerancia al horario

Comprensión al horario. Una vez entregado el horario de medicamentos se debe citar a la persona adulta mayor o red de apoyo en una semana y evaluar el uso que se le está dando al horario. Para esto se le debe solicitar a la persona adulta mayor que traiga los medicamentos que está tomando y la “guía” que confeccionó el farmacéutico y que explique como se está tomando sus medicamentos. En caso de que la persona adulta mayor o red de apoyo **no** logren explicar de forma correcta el uso de horario de medicamentos, se debe explicar de nuevo o bien buscar otra alternativa de horario. Posteriormente se debe revalorar la adecuada comprensión de las indicaciones dadas. En caso de continuar con la dificultad de comprender el manejo farmacológico, se buscan otras alternativas o se trabaja con la red para que esta sea más efectiva.

Tolerancia. Los persona adulta mayores pueden presentar algún malestar cuando inician un horario estricto de toma de medicamentos y a las dosis correctas, por lo tanto, es importante

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 61
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

valorar estos aspectos, de lo contrario la persona adulta mayor podría abandonar sus tratamientos y repetir acciones que podrían poner en riesgo su vida. En caso de presentar una intolerancia, se debe realizar un análisis de efectos secundarios de cada tratamiento indicado. En la literatura se puede encontrar la frecuencia con que aparece el efecto secundario y se podría asociar para buscar una solución al problema.

Una de las alternativas es confeccionar un nuevo horario de medicamentos y colocar el medicamento que causa el problema a una hora distinta, siempre y cuando este horario no afecte la efectividad máxima del medicamento. Hay otras circunstancias que van a requerir valoración del médico tratante para que analice la posibilidad de suspender o sustituir la terapia que está afectando a la persona adulta mayor. Si se logra encontrar cuál es el medicamento que está ocasionando el efecto secundario, se debe llenar la boleta de “Sospecha de reacción adversa al medicamento” (Anexo 9).

Seguimiento farmacoterapéutico para persona adulta mayor especiales (resistencia a la adherencia)

Esta es una actividad compleja que requiere establecer un compromiso con la persona adulta mayor y tiene como objetivo la detección de problemas relacionados con los medicamentos, para la prevención y resolución de resultados negativos asociados a la medicación. Es importante mencionar que este servicio debe proveerse de forma continuada, sistematizada y documentada, en colaboración con la persona adulta mayor y con los demás profesionales del sistema de salud, con el fin de alcanzar resultados concretos que mejoren la calidad de vida de la persona adulta mayor.

El servicio de “Seguimiento Farmacoterapéutico” que se le ofrece, consiste en explicar de forma clara y concisa, la prestación sanitaria que va recibir: ¿qué es?, ¿qué pretende? y ¿cuáles son sus principales características?; la persona adulta mayor debe de tener un compromiso con el servicio que se brindará para lograr una integración entre la persona adulta mayor y el farmacéutico.

El seguimiento farmacoterapéutico se ejecuta por medio de una comunicación verbal o escrita con el médico tratante, para esto se debe brindar citas de forma continua, comunicación por vía telefónica o por correo electrónico. Entre las actividades que se realizan están las siguientes:

- **Revisión y análisis de tratamientos con indicación reciente, que se hayan suspendido o bien que hayan concluido.** La persona adulta mayor que ingrese al servicio de

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 62
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

seguimiento farmacoterapéutico, deberá informar sobre la instauración, suspensión o conclusión de algún tratamiento, ya sea por vía telefónica o de forma personal. En caso de un inicio, preferiblemente debe consultar antes de iniciarlo ya que esto le podría generar una interacción farmacológica importante.

El farmacéutico tendrá la responsabilidad de analizar el tipo de interacción que se podría manifestar e informar al médico de la situación. Las situaciones que se podrían presentar son las siguientes:

- **Suspensión o conclusión de algún tratamiento.** Muchas veces la persona adulta mayor presenta interacciones con fármacos que tiene indicados para el manejo de sus patologías crónicas o agudas; las dosis se ajustarán para evitar algún problema de salud a causa del medicamento, al suspender o concluir alguna terapia farmacológica existe la posibilidad que haya una alteración. Por lo tanto, se debe realizar una monitorización y en caso de manifestarse la interacción, ajustar la dosis.
- **Instauración de una nueva terapia.** Los persona adulta mayores o sus cuidadores deben informar sobre la instauración de una terapia nueva que ha sido indicada por el médico tratante, ante esta situación el farmacéutico debe realizar una búsqueda sobre las interacciones que se podrían manifestar y analizar la necesidad que tenga la persona adulta mayor de iniciar el tratamiento nuevo.
- **Identificación de reacciones adversas.** Los persona adulta mayores pueden presentar una reacción adversa al medicamento en cualquier momento en el que se está bajo el efecto del tratamiento, por lo tanto siempre se debe interrogar a la persona adulta mayor si ha estado presentando algún problema o si se siente mal luego de tomar el tratamiento. En caso de manifestar algún evento se debe notificar mediante la boleta amarilla o la boleta de notificación de sospecha de reacción adversa al medicamento (Anexo 8).

Para determinar la causalidad de la reacción adversa, se puede utilizar el algoritmo de Karch Lasagna modificado por Naranjo y col. que data de 1981, es uno de los más frecuentemente utilizados para la evaluación de reacciones adversas a medicamentos. El mismo utiliza diez (10) preguntas que pueden responderse con sí, no, se desconoce; respuestas según las cuales, se asignan puntajes, que finalmente, al sumarse, dan un resultado que se corresponde con el grado de causalidad (Anexo 9).

El resultado del algoritmo define si una reacción adversa es: probada con un puntaje de ≥ 9 , probable con un puntaje entre 5-8, posible entre 1-4 y dudosa con ≤ 0 . El puntaje máximo es de 13 puntos.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 63
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- **Interrogar el manejo del horario de medicamentos.** Esta valoración se debe realizar en cada consulta que la persona adulta mayor tenga en Atención Farmacéutica y para esto se le debe informar a la persona adulta mayor que en todas sus citas lleve el horario de medicamentos que se le había entregado. En caso que la persona adulta mayor no maneje el horario, se debe buscar otra alternativa de “guía” para que pueda manejar los tratamientos.
- **Actualización de carné de medicamentos y del horario farmacológico.** En cada cita que la persona adulta mayor tenga, se le debe actualizar el carné de medicamentos y el horario farmacológico, esto tiene como objetivo que el carné lo porte siempre con la terapéutica que está utilizando y también que tenga la “Guía” de cómo tomar todos los tratamientos que tiene indicado.
- **Revisión SIFA en los diversos centros de salud en los cuales la persona adulta mayor indica que retira medicamentos.** Un método indirecto para valorar la adherencia al tratamiento es realizar una revisión de los retiros de tratamientos en el sistema integrado de farmacia (SIFA) y valorar si ha tenido retiros de medicamentos de forma constante y puntual.
- **Confirmar si está descartando el medicamento sobrante y si lo hace de manera adecuada.** Toda persona adulta mayor debe descartar los sobrantes de manera adecuada. Se debe interrogar sobre los sitios donde está conservando el medicamento (lejos de la luz del sol, la humedad, la suciedad, en lugares donde hayan cambios de temperatura como el baño y la cocina, otros).

4. INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

En esta intervención se describen, algunas recomendaciones referidas al accionar del profesional en nutrición tanto en la captación como en la atención de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario. El nutricionista es parte del Equipo Ampliado y especializado y sirve de apoyo a casos específicos de los tres equipos tanto a nivel domiciliario como en la consulta externa.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 64
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

a. Intervenciones del profesional de Nutrición en el área de salud (equipos básico y ampliado)

Considerando que la malnutrición es un estado patológico caracterizado por un trastorno en la composición corporal, causado por un desbalance nutricional agudo o crónico, producto de una inadecuada ingesta de energía, de macro y micronutrientes y asociado a un aumento en los requerimientos, una absorción inadecuada, un transporte y utilización alterada; existen diversas alteraciones que se presentan en las personas adultas mayores con procesos inflamatorios, hipermetabólicos y/o condiciones hipercatabólicas, entre otras³⁹.

La malnutrición puede tener múltiples manifestaciones de acuerdo al consumo deficiente o excesivo de alimentos. Por ejemplo, dos de las principales formas de deficiencias nutricionales, en la persona adulta mayor son: la desnutrición proteica y proteica-energética. En el otro extremo, está la ingesta persistente de cantidades excesivas de uno o más nutrientes con consecuencias adversas similares. De ahí que las formas de malnutrición que resultan del consumo excesivo incluyen la obesidad, produciéndose a la par carencias de algunos micronutrientes.

Es importante resaltar el riesgo a desarrollar obesidad sarcopénica en las personas adultas mayores con obesidad y con enfermedad crónica, debido a que la desnutrición proteica que se desarrolla, asociada por ejemplo a un desequilibrio en la alimentación, enfermedades e inactividad, conlleva a la disminución de la masa magra con incremento en el tejido adiposo⁴⁰.

La malnutrición es un importante contribuyente al aumento de la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida. Existen una serie de factores de riesgo que contribuyen a esta alteración nutricional en la persona adulta mayor. Entre ellos se pueden anotar: factores alimentarios, nutricionales, fisiológicos, patológicos, funcionales y psicosociales. Por tal motivo, es relevante identificar y abordar oportunamente estos factores de riesgo que condicionan la aparición de déficit nutricionales y que contribuyen a la alteración de la salud, retraso en la cicatrización de heridas, mayor debilidad muscular, mayor riesgo de caídas y de encamamiento, los cuales aceleran el deterioro cognitivo y funcional, empeoran el

³⁹ Pardo, C., Bris, J. y Moreno, S. (2007). El anciano desnutrido: abordaje y prevención en atención primaria. FMC.; 14(4). pp. 87-94

⁴⁰ Secretaría de Salud. (2014). Evaluación y Seguimiento Nutricional Del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaría de Salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 65
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

pronóstico general de las enfermedades y se asocian con una mala calidad de vida y a un aumento de la morbilidad global⁴¹.

Los equipos de salud, deben por lo tanto, identificar a las personas adultas mayores en riesgo de malnutrición y grado de desnutrición, esto permitirá intervenir tempranamente la situación nutricional, prevenir y abordar ese riesgo. Con ello se espera mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los adultos mayores⁴².

Primeramente, como se evidencia en el algoritmo de malnutrición (Anexo 5), se debe identificar la presencia de **factores de riesgo nutricional**. Existe una diversidad de estos asociados a la malnutrición en las personas adultas mayores. Entre ellos se señalan: dependencia para realizar actividades de la vida diaria, presencia de enfermedades crónicas, problemas funcionales como la pérdida del apetito, náuseas, problemas de masticación y deglución, dolor, enfermedad aguda, depresión, psicosociales y polifarmacia⁴³ (Recuadro 1.)

Recuadro 1. Factores asociados a riesgo de malnutrición en la persona adulta mayor

- Depresión
- Problemas para tragar y/o masticar o lesiones orales
- Deterioro cognitivo
- Inadecuado estado de salud bucodental: pérdida de piezas dentales o prótesis desajustadas
- Limitaciones socioeconómicas: inadecuada disponibilidad y acceso a los diferentes grupos de alimentos
- Polifarmacia: toma más de 4 medicamentos por día
- Red de apoyo: inadecuado apoyo familiar, negligencia activa o pasiva por parte del cuidador o la familia
- Presencia de alguna enfermedad asociada: Infecciones, enfermedades crónicas, inflamatorias, cáncer, trastorno gastrointestinal (nauseas, vómitos, diarreas).

Fuente. Tannen A. y Lohrmann C. (2013). Malnutrition in Austrian hospital patients. Prevalence, risk factors, nursing interventions and quality indicators: a descriptive multicentre study. *Journal of Advanced Nursing* 69(8); pp. 1840-1849.

Otros factores de riesgo específicamente alimentarios que se mencionan en la literatura a considerar son: el número de comidas que realiza la persona adulta mayor, por ejemplo, existe un riesgo de malnutrición, cuando se realiza una o dos comidas al día, cuando se da una disminución en el apetito, lo cual ocasiona una disminución en la cantidad y calidad de los alimentos consumidos. Específicamente, el no consumo de alimentos por 3 días o reducido por más de 10 días. La pérdida de peso no deseada también se considera un factor de riesgo. Se ha identificado que incrementa el riesgo de malnutrición, pérdidas de peso de

⁴¹ Álvarez, F. et al. (2007). Riesgo de desnutrición en adultos mayores en México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 22(6).

⁴² Álvarez, F. et al. (2007). Riesgo de desnutrición en adultos mayores en México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 22(6).

⁴³ Tannen, A. y Lohrmann, C. (2013). Malnutrition in Austrian hospital patients. prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre study. *Journal of Advanced Nursing* 69(8), pp. 1840–1849.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 66
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

6 kg en los últimos 6 meses o 3 kg en el último mes⁴⁴ o pérdida de peso igual o mayor que 5% en un mes o mayor que 10% en 6 meses.

En general, entre los métodos utilizados con mayor frecuencia para medir el estado nutricional, se utiliza, el índice de masa corporal, la antropometría como el grosor del pliegue cutáneo del tríceps y la circunferencia de pantorrilla, así como antecedentes de una pérdida de peso recientes.

Considerando las limitaciones para la realización de las mediciones antropométricas de peso y talla en la persona adulta mayor en el domicilio ⁴⁵ se recomienda entre las mediciones antropométricas, la realización en el domicilio de la medición circunferencia de pantorrilla⁴⁶ como indicador para evaluar cambios en la composición nutricional.

Abordaje de la malnutrición en el escenario domiciliar:

Con respecto al abordaje de la malnutrición en el escenario domiciliar el primer paso es la detección de un estado de **riesgo nutricional**. Para efectos de este documento y su suplementación, **la persona adulta mayor se considera en riesgo alimentario nutricional si cumple con uno de los factores de riesgo descritos** en el recuadro 2.

Recuadro 2. Factores de riesgo alimentario nutricional
El paciente realiza menos de tres tiempos de comida al día?
Ha disminuido la cantidad de alimentos que consume en los últimos 10 días?
Considera usted que el paciente ha perdido peso en el último mes?
Consume en su mayoría alimentos líquidos como caldos, sopas, frescos, té o café y agua?
La circunferencia de pantorrilla es menor de 31 cm?

Fuente: Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. (2014). México: Secretaría de Salud y Álvarez, F. et al. (2007). Riesgo de desnutrición en adultos mayores en México. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 22(6).

Una vez identificada a la persona adulta mayor con riesgo de malnutrición, el equipo de salud, debe evaluar en detalle la situación económica y social, además de la información general de salud de la persona y posteriormente la prescripción de los exámenes de laboratorio, que permitirán clasificar el grado de desnutrición y la intervención a seguir.

En relación a los exámenes de laboratorio a realizar, se indica el Control Nutricional (CONUT), el cual es un tamizaje desarrollado en el Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, que

⁴⁴ Tannen A. & Lohrmann C. (2013) Malnutrition in Austrian hospital patients: prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre study. Journal of Advanced Nursing 69(8), 1840–1849.

⁴⁵ Milne, A. et al. (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. <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁴⁶ Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. (2014). México: Secretaría de Salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 67
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

permite valorar la situación nutricional. Requiere de los siguientes exámenes de laboratorio: albúmina, colesterol, linfocitos totales⁴⁷.

El CONUT es un tamizaje eficaz para la detección precoz y el control continuo de la desnutrición, dispone de una sensibilidad del 92,3% y especificidad del 85%, presenta una elevada sensibilidad y especificidad como tamizaje de desnutrición. La puntuación global obtenida a partir de los resultados en cada determinación se correlaciona con estado nutricional normal (0-1 punto), desnutrición leve (2-4 puntos), moderada (5-8 puntos) o desnutrición grave (más de 8 puntos)⁴⁸ (Tabla 2).

Tabla 2. Valoración del grado de desnutrición en la Herramienta CONUT

Parámetro	Grado de desnutrición			
	Normal	Leve	Moderada	Grave
Albúmina (g/dl)	3.5 - 4.5	3.0 - 3.49	2.5 - 2.9	<2,5
Puntuación	0	2	4	6
Linfocitos total /ml	>1600	1200 - 1599	800 - 1200	<800
Puntuación	0	1	2	3
Colesterol (mg/dl)	>180	140-180	100-139	<100
Puntuación	0	1	2	3
Puntuación total del filtro	0-1	2-4	5-8	>8

Fuente. González. A. et al. (2012). Confirming the validity of the CONUT system for early detection and monitoring of clinical undernutrition; comparison with two logistic regression models developed using SGA as the gold standard. *Nutrición Hospitalaria*; 27(2); pp. 564-571.

Ante la presencia o ausencia de desnutrición y el grado de severidad de la misma en la persona adulta mayor, el equipo de salud debe proceder según lo señalado en el algoritmo de malnutrición. En lo que respecta a la ausencia de desnutrición, se brinda inicialmente educación nutricional dirigida al cuidador o familiar, considerando el acceso a los alimentos, preferencias alimentarias y posibilidad de consumo según su patología y consistencia de los alimentos (Anexo 10). Esto con el fin de mejorar el aporte nutricional y recibir una alimentación saludable que responda a sus necesidades.

En caso de que la persona adulta mayor presente desnutrición según los diferentes grados de severidad identificados (leve, moderado y grave), el cuidador o familiar debe recibir atención nutricional por el profesional de Nutrición según Red de servicios, dirigida a evaluar

⁴⁷ Ulibarri, J. et al. (Julio-Agosto, 2009). Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. *Revista Nutrición Hospitalaria*, vol. 24, núm. 4. Madrid, España: Grupo Aula Médica, S. L.; pp. 467-472.

⁴⁸ Pardo, A., Bermudo, S. y Manzano, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a desnutrición entre pacientes ingresados en un hospital de media-larga estancia. *Granada- España: Nutrición Hospitalaria* 26 (2); pp. 369-375.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 68
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

el estado nutricional, mejorar la ingesta de energía, de otros macro y micronutrientes, aumentando según sea el caso, la densidad energética de los alimentos, al mejoramiento de la calidad de la alimentación, modificaciones en consistencia según tolerancia oral u otros trastornos gastrointestinales como diarrea, náuseas y estreñimiento, entre otras intervenciones nutricionales a desarrollar.

Es importante resaltar, como se señaló anteriormente, que las causas de la malnutrición son multifactoriales, por tal motivo, se debe analizar periódicamente de forma interdisciplinaria e intersectorial, la situación de salud, socio-económica y de redes de apoyo, para obtener intervenciones nutricionales tempranas y exitosas⁴⁹.

1. En Equipo Interdisciplinario

- Integrante del Equipo Interdisciplinario.
- Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico como Ampliado, en identificación de factores de riesgo nutricional e intervenciones nutricionales oportunas en el domicilio.
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Coordina con otros servicios o niveles para la resolución de los factores de riesgo nutricional identificados.
- Brinda seguimiento nutricional de casos analizados en sesiones interdisciplinarias.

2. En Atención Domiciliar

- Realiza atención nutricional a la persona adulta mayor que se define en sesión de equipo interdisciplinario, que requiere valoración y atención nutricional en el domicilio.
- Realiza la atención nutricional en el domicilio:
 - Evaluación antropométrica (estimación de peso y talla, cálculo del IMC, circunferencias braquial y de pantorrilla).
 - Análisis de ingesta (consumo usual).
 - Educación nutricional.
 - Seguimiento por parte de Nutrición: Coordinación con Nutricionista de nivel especializado en caso de persona adulta mayor que el equipo identifica con grado de desnutrición grave según herramienta CONUT (Tabla 3).

⁴⁹ Gibbs, M., Baldwin, C. y Weekes, C. (2015). Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults (protocol (Protocol for a Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 5.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 69
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

3. En Consulta Externa

Atención nutricional⁵⁰ en el escenario de servicios de salud a familiares y/o cuidadores de persona adulta mayores identificados con grado de desnutrición leve o moderado, según Herramienta CONUT, atendidos en el domicilio tanto por el Equipo Básico como el Ampliado.

- Consulta Individual al familiar o cuidador de la persona adulta mayor con riesgo de desnutrición moderada según herramienta CONUT, se realiza lo siguiente:
 - Revisión de expediente (análisis clínicos, antropométricos y bioquímicos).
 - Plan nutricional (consumo usual, prescripción, plan de alimentación y recomendaciones nutricionales).
 - Seguimiento si el profesional lo considera necesario.
- Consulta grupal al familiar o cuidador de la persona adulta mayor con riesgo de desnutrición leve según herramienta CONUT, se realiza lo siguiente:
 - Recomendaciones nutricionales.
 - Seguimiento si el profesional lo considera necesario.
- Sesiones educativas interdisciplinarias: Dirigido al familiar o cuidador de la persona adulta mayor identificado como normal según herramienta CONUT para prevenir riesgo de desnutrición y fomentar hábitos alimentarios saludables.

b. Intervención del profesional en Nutrición en el Equipo Especializado

1. En el Equipo Interdisciplinario de Atención Domiciliar

- Es un integrante del Equipo Interdisciplinario.
- Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico, Ampliado o Especializado, en identificación de factores de riesgo nutricional e intervenciones nutricionales oportunas en el domicilio.
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Coordina con otros servicios o niveles para la resolución de factores de riesgo nutricional identificados.
- Brinda seguimiento nutricional de casos analizados en sesiones interdisciplinarias.

⁵⁰ **Atención nutricional:** Brindar una atención nutricional integral 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 70
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

En el Equipo Interdisciplinario de Hospitalización Domiciliar

- Realiza atención nutricional a la persona adulta mayor que se define en sesión de equipo interdisciplinario, que requiere valoración y atención nutricional en el domicilio.
- Realiza la atención nutricional en el domicilio:
 - Evaluación antropométrica (estimación de peso y talla, cálculo del IMC, circunferencias braquial y de pantorrilla).
 - Análisis de ingesta (consumo usual).
 - Educación nutricional.
 - Seguimiento por parte de Nutrición.
- Coordinación con el Profesional en Nutrición o Coordinador de Equipo Básico o Ampliado en caso de alta para el seguimiento nutricional respectivo.

5. INTERVENCIÓN DE ODONTOLOGÍA

El profesional de odontología apoya al equipo básico y Ampliado, a solicitud de acuerdo a perfil de la persona adulta mayores y recursos disponibles en el establecimiento de salud.

a. Intervención del profesional de Odontología en Equipo Básico

El profesional en odontología no pertenece al Equipo Básico. La valoración bucodental inicial la realiza el médico general (previa capacitación) y/o la enfermera profesional. En términos generales debe realizar la valoración bucodental de los persona adulta mayores y responder a las necesidades o patologías encontradas en cada caso (Figura 2). Además se debe activar los algoritmos respectivos (Algoritmo 9 “Esquema de atención odontológica en el domicilio según hallazgos frecuentes, Anexo 5) según los hallazgos iniciales y futuras visitas. Así mismo debe:

- Reforzar o educar a los cuidadores o familiares en la técnica correcta de cepillado para evitar posibles focos infecciosos, así como el aseo en encías y lengua.
- En el caso de uso de prótesis, se indicará el uso de agua y jabón líquido antibacterial para el lavado de las mismas.
- Colocar prótesis en la noche en un recipiente con agua y agua oxigenada para la desinfección de las mismas (un vaso de agua de 250 ml con dos cucharaditas de agua oxigenada).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 71
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

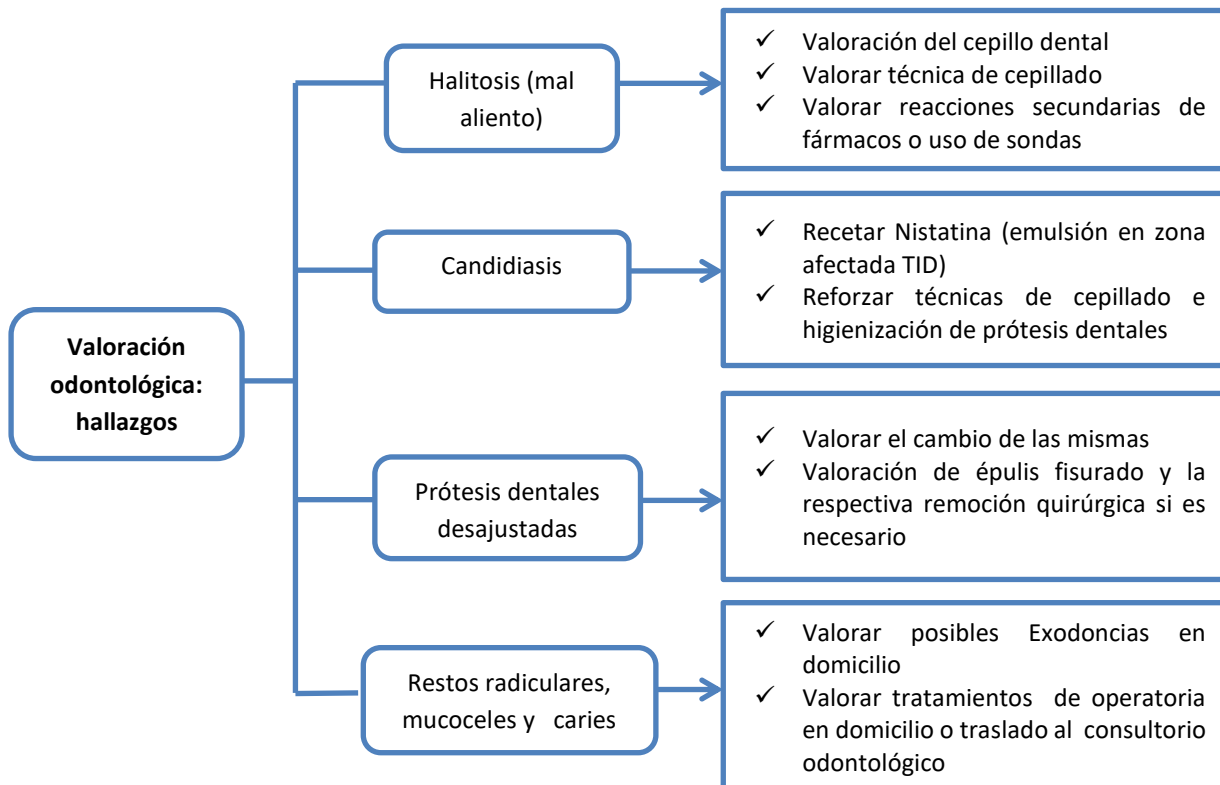
- En el caso que la persona adulta mayor tenga dificultad para la apertura bucal, se enseñará técnica para mantener la boca abierta mientras se realiza el cepillado (montar dibujo demostrativo).
- Además, se educará en el uso de aditamentos en el cepillo dental para un mejor agarre por parte de la persona adulta mayor con dificultad motora o bien uso de cepillo eléctrico.

b. Intervención del profesional en Odontología en Equipo Ampliado

En términos generales se debe realizar la visita en conjunto con el equipo interdisciplinario (médico de familia o geriatra y enfermera), para realizar valoración de los persona adulta mayores. Las visitas del odontólogo al domicilio deben ser programadas y confirmadas el día anterior para evitar fuga de recursos, esto aplica como estrategia de gestión para todo el equipo. En en el domicilio realiza las siguientes acciones:

- Examen clínico odontológico.
- Anamnesis al cuidador o bien a la persona adulta mayor según su condición.

Figura 3. Esquema de Atención odontológica en el domicilio según hallazgos frecuentes



Fuente. Elaboración propia. 2017.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 72
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

- En caso de uso de prótesis dentales se procede a valorarlas y si requieren cambio se coordina cita con el Servicio de Prótesis para el reemplazo adecuado, según red de servicios y condiciones económicas de la familia.
- Aplicación de la modalidad de atención que corresponda según perfil de la persona adulta mayor:
 - **Atención Intradomiciliar.** Se realiza en la primera vez visita a la persona adulta mayor, dado que el profesional de odontología hace uso del kit para Exodoncias simples en el segmento anterior que no requieren mayor complejidad. Luego, brinda educación en salud oral e higienización en prótesis dentales. Se solicita al cuidador traer el cepillo dental y se aprecian los implementos usados, se hace valoración de la capacidad motora de la persona adulta mayor para realizar un correcto cepillado o la higienización de las prótesis. Se establece contrato con persona adulta mayor y cuidador respecto al lavado de dientes o prótesis.
 - **Atención Intraconsultorio.** Se destina un día a la semana en la tarde para esta modalidad debido a que estos persona adulta mayores requieren mayor tiempo para la atención. Se cita la persona adulta mayor previamente y se solicita que sea transportado al establecimiento de salud. Esta modalidad aplica para todas aquellas intervenciones complejas que requieren equipo o recursos que no pueden movilizarse hacia el domicilio. Se procura en dichas intervenciones no dejar ningún foco infeccioso y se coordina con el Servicio de Prótesis (II Nivel) en el caso que requieran restauración protésica.

La persona adulta mayor con alguna indicación médica que requiera sedación, recibe la atención previa coordinación con profesional de medicina y enfermería para el respectivo abordaje interdisciplinario o bien para la colocación de vías y monitoreo constante de signos y oxigenación.

En el caso que la persona usuaria requiera traslado según red de servicios, se coordina con familiares si disponen de vehículo, de lo contrario se solicita el servicio a transportes del establecimiento de salud.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 73
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

6. INTERVENCIÓN SOCIAL

En esta intervención se describen, en primer lugar, las acciones que en términos de atención social debe conocer y aplicar cada uno de los miembros del equipo y, en segundo lugar, algunas recomendaciones referidas al accionar del profesional en trabajo social tanto en la captación como en la atención de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario y en el ambiente comunal.

El profesional en Trabajo Social sirve de apoyo al equipo básico pero no forma parte del equipo de atención domiciliario. En el equipo ampliado y especializado, Trabajo Social forma parte del equipo de atención domiciliario.

a. Intervenciones del profesional de Trabajo Social en el Equipo Básico

Identificación de factores de riesgo social y necesidad de referencia a Trabajo Social:

En el Equipo Básico el profesional de Trabajo Social funciona como apoyo y no forma parte del equipo de atención domiciliario. La intervención se realiza cuando el profesional de medicina o enfermería emite una referencia al Servicio de Trabajo Social al identificar **factores de riesgo social** en la persona adulta mayor atendida o en su entorno familiar.

Respecto a la valoración de redes de apoyo en el entorno domiciliario, el equipo de salud debe identificar los siguientes factores de riesgo social:

- La persona adulta mayor vive sola.
- La persona adulta mayor permanece sola durante el día.
- Ausencia de organización para el cuidado (familiar o comunal).
- Cuidador refiere recargo. (directa o indirecta).
- Síndrome de Desgaste en la persona cuidadora.
- Historia de conflictiva familiar.
- Se observan condiciones socio ambientales que afectan la salud.
- Aspectos que sugieran negligencia en el cuidado (higiene personal, adherencia al tratamiento, curaciones).
- Cuidador o familiar refiere Insuficientes recursos económicos para brindar atención en el hogar (servicios públicos, compra de alimentos, ayudas técnicas, medicamentos).
- Historia de Violencia intrafamiliar.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 74
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

Si se detecta alguno de estos factores de riesgo se debe referir a Trabajo Social.

Si la persona adulta mayor cuenta con redes de apoyo familiar efectivas para suministrarle el cuidado, el equipo de salud brinda recomendaciones para fortalecer el cuidado y atención de la persona adulta mayor. (Ver Anexo 5)

Identificación de situaciones de presunto síndrome de maltrato:

Con respecto a la identificación del síndrome de maltrato, negligencia y abandono a la persona adulta mayor en el escenario domiciliario, durante la visita en el domicilio el equipo básico debe realizar referencia a Trabajo Social cuando se presente alguna de las siguientes situaciones:

1. Detección de los siguientes factores de riesgo:
 - a. Abandono/negligencia: Rechazo familiar, descuido en el aseo personal, inadecuada nutrición, no adherencia al tratamiento.
 - b. Patrimonial: No maneja cuentas de ahorro y/o su pensión, refiere pérdida de bienes y/o dineros en contra de su voluntad.
 - c. Psicológica: Ansiedad, depresión, aislamiento, deterioro cognitivo, amenazas, gritos, conflictiva familiar, lenguaje soez.
 - d. Lo anterior, según criterios de valoración geriátrica cuadrifuncional.

2. Evidencia razonable de maltrato activo. Se debe realizar referencia a Trabajo Social si el equipo detecta **evidencia razonable de maltrato activo** para que realice el estudio de manera prioritaria, el cual se puede manifestar en alguna de estas formas:
 - a. Lesiones evidentes y manifiestas (heridas, moretones).
 - b. Lesiones sexuales: en órganos genitales, compulsividad por el baño, apatía, lenguaje soez.
 - c. Agresión psicológica: regaños, gritos.
 - d. Agresión patrimonial o negligencia.

Si las manifestaciones que se observan ponen en riesgo la vida de la persona adulta mayor o su cuidador/a se debe acompañar la referencia a trabajo social de la denuncia respectiva al Juzgado de Violencia Doméstica, Juzgado de Familia y/o Ministerio Público, para ello el equipo puede apoyarse en la experiencia de Trabajo Social en el tema (Ver Anexo 5).

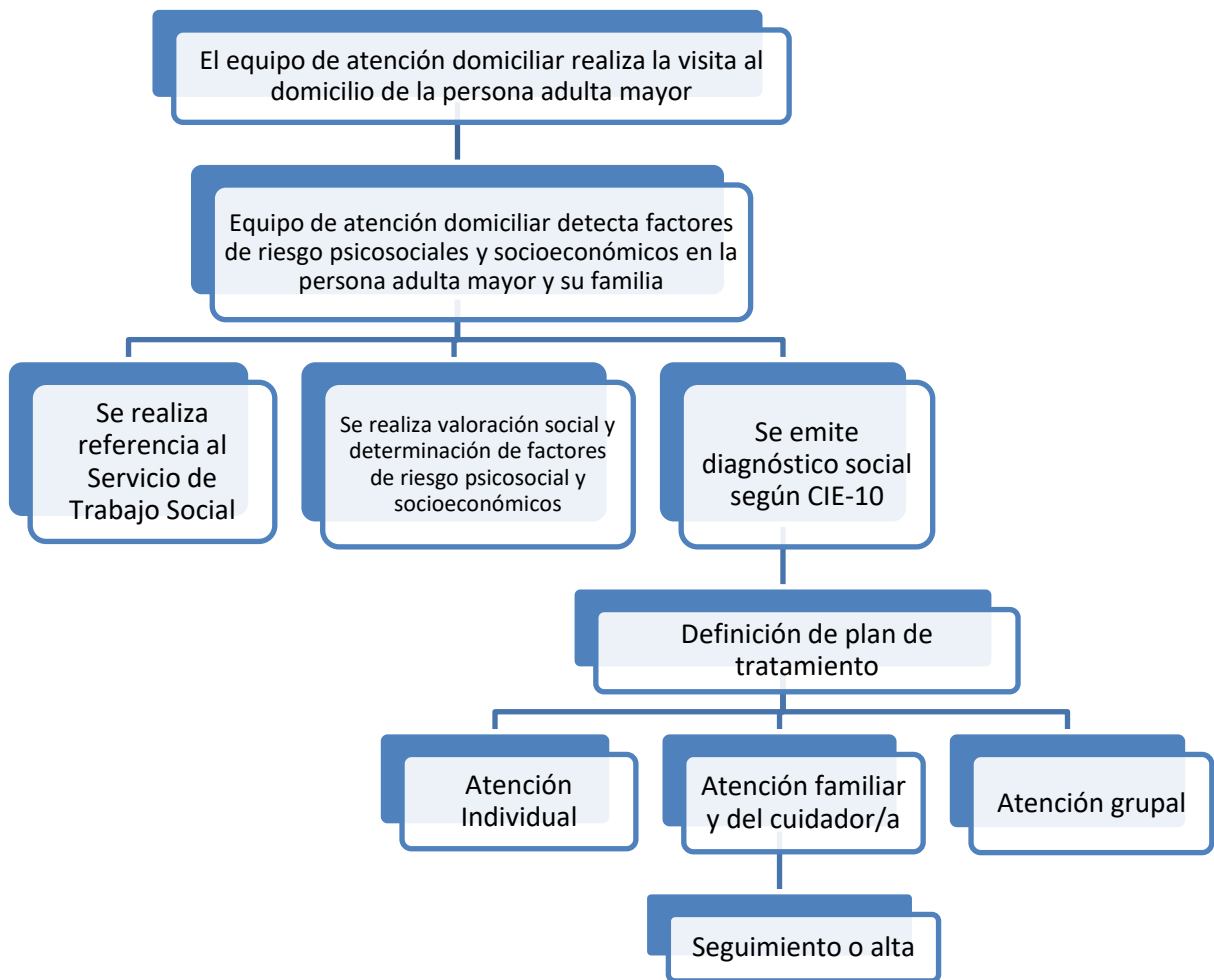
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 75
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Una vez recibida la referencia, el Profesional en Trabajo Social realiza la siguiente intervención:

1. Realiza la valoración social para detectar factores de riesgo en el entorno domiciliario.
2. Define el Diagnóstico social (CIE-10).
3. Define el Plan de Tratamiento, que incluye:
 - Consulta y Atención social individual, familiar y grupal socioeducativa.
 - Referencia y coordinación social con red de servicios de salud y otros actores sociales.
 - Organización y movilización comunitaria: Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad.
 - Educación social en salud de las personas adultas mayores, la familia, y cuidadores según las prioridades identificadas de problemas que están afectando la salud (ASIS).
4. Se brinda el seguimiento social correspondiente mediante la organización y movilización para promover el cuidado y acompañamiento familiar.
5. Se brinda el alta.

En la figura 4, se describe la intervención del profesional en Trabajo Social cuya función apoyar y no forma parte del equipo de atención domiciliar:

Figura 4. Intervención Social en la modalidad de Atención Domiciliar cuando el profesional no forma parte del equipo de atención en el domicilio (Equipo básico)



Fuente. Elaboración propia con información suministrada por Profesionales en Trabajo Social del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2015.

b. Intervenciones del profesional en Trabajo Social en los Equipos Ampliado y Especializado

Debe aclararse que en el equipo ampliado y especializado, en donde el profesional en Trabajo Social integra el equipo interdisciplinario de atención domiciliar, no existe un requisito previo para realizar la intervención de Trabajo Social. **Todas las personas adultas mayores que ingresan a la modalidad de Atención u Hospitalización Domiciliar son valoradas por Trabajo Social.**

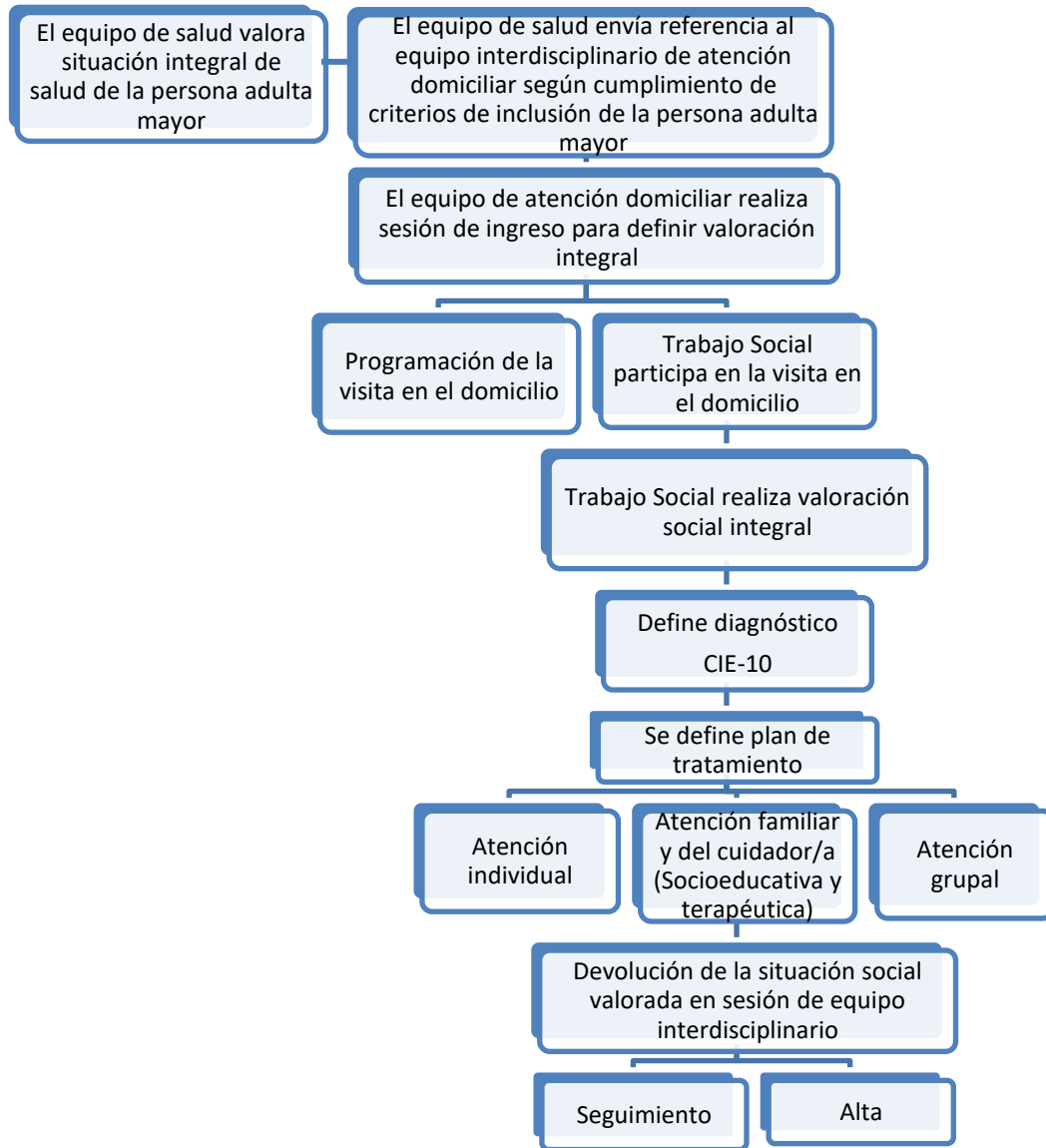
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 77
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

La intervención social que el profesional en Trabajo Social debe realizar como integrante del equipo de Atención u Hospitalización Domiciliar, es la siguiente:

- 1.** El equipo interdisciplinario de atención domiciliar realiza sesión de ingreso para definir valoración integral.
- 2.** Se programa la Visita Domiciliar para la valoración integral del equipo.
- 3.** El profesional Trabajo Social participa en la visita domiciliar del equipo.
- 4.** El Profesional en Trabajo Social realiza valoración social integral para determinar factores de riesgo.
- 5.** Se define el Diagnóstico social (CIE-10).
- 6.** Se define del Plan de Tratamiento, que incluye:
 - a. Consulta y Atención social individual terapéutica, familiar terapéutica y grupal.
 - b. Coordinación y participación en la activación de redes de apoyo institucional e intersectorial.
 - c. Organización y movilización comunitaria: Prevención terciaria de la enfermedad.
 - d. Identificación y movilización de recursos y redes a nivel familiar y comunal.
 - e. Educación en salud con enfoque gerontológico para la persona adulta mayor, familiares y cuidadores en el proceso de atención.
- 7.** Se realiza una devolución de la intervención de Trabajo Social en sesión de equipo interdisciplinario.
- 8.** El profesional en Trabajo Social realiza según criterio técnico el seguimiento social que comprende la intervención en situaciones con presencia de factores alto riesgo y vulnerabilidad social, crisis ante procesos de deterioro funcional, duelo, mediación y negociación para el cuidado de la persona dependiente. El seguimiento social se realiza mediante sesiones de familia y/o clínica de familia.
- 9.** Cuando la intervención social ha concluido se brinda el alta.

La intervención del Profesional en Trabajo Social en el equipo ampliado y especializado como integrante del Equipo de Atención Domiciliar, se describe en figura 5:

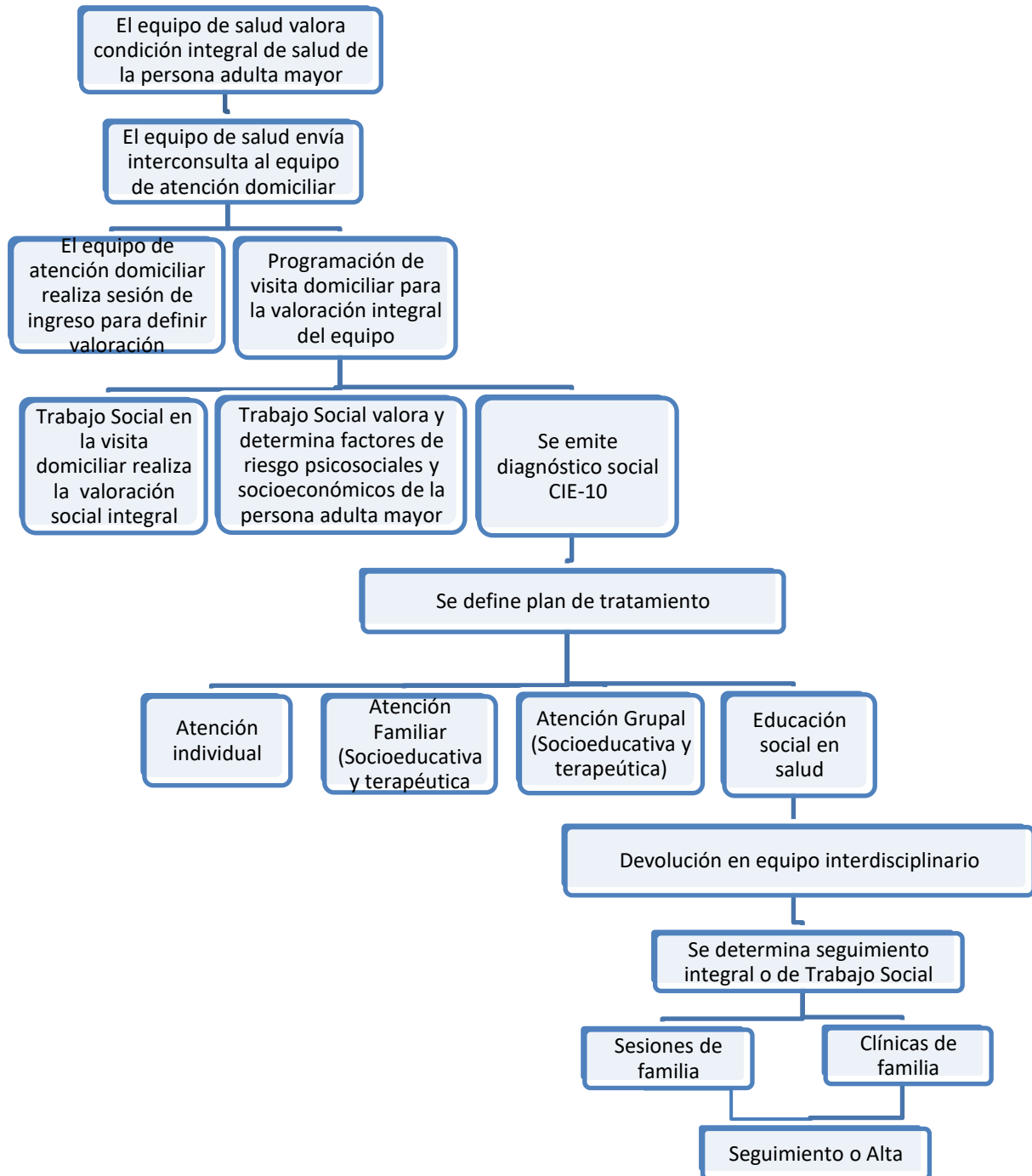
Figura 5. Intervención de Trabajo Social en atención domiciliar en el primer y segundo nivel de atención (Equipo Ampliado)



Fuente. Elaboración propia con información suministrada por Profesionales en Trabajo Social del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2015.

En el equipo especializado, el profesional en Trabajo Social realiza el seguimiento social mediante sesiones de familia y/o clínica de familia.

Figura 6 . Intervención de Trabajo Social en atención domiciliar en el Nivel Especializado



Fuente. Elaboración propia con información suministrada por Profesionales en Trabajo Social del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención. 2015.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 80
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

La Terapia física⁵¹ proporciona servicios a las personas con el fin de desarrollar, mantener y restaurar el máximo movimiento y la habilidad funcional a lo largo de todo el ciclo de la vida. Incluye la provisión de servicios en circunstancias dónde el movimiento y la función son amenazados por el proceso de envejecimiento, por lesión o por enfermedad.

La Terapia física se preocupa por identificar y maximizar el potencial de movimiento dentro de las esferas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Implica la interacción entre el fisioterapeuta, persona adulta mayores, familias y cuidadores, en un proceso de evaluar el movimiento potencial y estableciendo las metas y objetivos usando conocimientos y habilidades de los fisioterapeutas.

A continuación se describen las acciones relacionadas con el área de terapia física, las cuales los miembros del equipo deben conocer, para brindar recomendaciones oportunas, realizar una adecuada captación y referencia de la persona adulta mayor al terapeuta.

a. Intervención de Terapia Física en los diferentes equipos

EQUIPO BÁSICO

El Terapeuta físico no forma parte del equipo básico. La intervención se realizará cuando el equipo emita una referencia al Servicio de Terapia Física, posterior a la valoración realizada a nivel domiciliario y al identificar condiciones rehabilitables en la persona adulta mayor (Anexo 3 Historia Clínica en el escenario domiciliario (primera valoración), apartado Valoración físico- funcional para referir a terapia física).

En la valoración física-funcional en el entorno domiciliario el equipo de salud identifica una o alguna de las siguientes condiciones y valora el potencial de rehabilitación, es decir, si el adulto mayor tiene posibilidad de recuperarse de dicha condición. Con la valoración física-funcional en el entorno domiciliario, el equipo de salud identifica:

- Descondicionamiento físico (historia clínica valoración física-funcional y test de Barthel).
- Limitación y deterioro del movimiento funcional (examen físico y valoración física-funcional).
- Disminución de la fuerza muscular (examen físico y test “levántese y camine”).
- Deterioro del equilibrio (examen físico y test “levántese y camine”).

⁵¹ Confederación Mundial de Terapia Física. (1999). Definición de fisioterapia: 14ª reunión general de la W.C.P.T. En: <https://mundofisioterapia.wordpress.com/2008/12/26/fisioterapia/>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 81
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Trastornos de la marcha (examen físico y test “levántese y camine”).
- Dolor muscular o articular (Historia clínica y valoración física-funcional).
- Otras condiciones físicas con potencial de rehabilitación (historia clínica y examen físico).

La valoración propuesta para identificar la condición física-funcional y el potencial de rehabilitación del adulto mayor a nivel domiciliario, se realiza a través de las Pruebas de Barthel, Levantese y Camine, movilidad general, valoración del dolor muscular o articular y las observaciones del Equipo Básico.

A continuación se explica en detalle las pruebas propuestas para la valoración funcional inicial, los cuales serán administrados por el personal del Equipo Básico.

Realización del Test de Barthel⁵²

Medida genérica que valora el nivel de independencia de la persona adulta mayor con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades. (Ver Anexo 3)

Mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Un persona adulta mayor que obtiene 100 puntos en el test mantiene control de heces y orina, se alimenta por sí mismo, se viste, se levanta de la cama y/o de la silla, se baña por sí mismo, camina al menos una cuadra, y puede ascender y descender por las escaleras. Esto no significa que él puede vivir solo; puede no ser capaz de cocinar o mantener la casa, pero es capaz de sobrellevarla sin un asistente de salud.

El rango de posibles valores está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca está de 0, la persona adulta mayor presenta más dependencia, por el contrario cuanto más cerca está de 100, es indicativo de independencia.

⁵² Barrero, C; García, S. y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, pp. 81-85.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 82
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

<20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia severa
40 – 55	Dependencia moderada
60 – 95	Dependencia leve
100	Independencia

Realización del test levántese y camine cronometrado⁵³

El Test “Timed Up & Go” fue publicada en 1986 por Mathias et al., y su objetivo es evaluar de forma rápida si existían alteraciones en la marcha o equilibrio de los adultos mayores y su correlación con el riesgo de caídas (Ver anexo 3).

Con esta prueba se evalúa:

- Alteraciones en el equilibrio sentado.
- El cambio de sentado a de pie.
- El ritmo y la estabilidad al caminar.
- La capacidad de girar sin perder el equilibrio.

La prueba consiste en medir el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente. Si la persona adulta mayor realiza esta actividad en un tiempo igual o menor a 20 segundos se considera normal, si tarda más en ello, requerirá de evaluación de la alteración detectada. Un tiempo superior a 20 segundos sugiere alto riesgo de caídas. La ventaja de esta prueba, es su rapidez y facilidad para realizarla en cualquier lugar, además de la importante información que nos brindan los movimientos desarrollados sobre la fuerza de las piernas, la capacidad de balance y de las estrategias de que se vale el adulto mayor para desarrollarlas, aspectos determinantes para la realización adecuada de las actividades de la vida diaria⁵⁴.

Durante la realización de la prueba levántese y camine se deben de anotar observaciones importantes tales como:

- Persona adulta mayor no logra realizar el test por lesión o por condición médica aguda o crónica.

⁵³ Gutiérrez, L. et al. (2012). Geriatría para el Médico Familiar. México: Editorial El Manual Moderno.

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial 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. Parte III. Caídas Guía De Diagnóstico y Manejo. En: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf>

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 83
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Persona adulta mayor inicia el test pero no logra completar por alguna razón.
- Utiliza bastón, andadera de cuatro puntos, andadera de rodines u otra ayuda biomecánica.
- Presenta dificultad al levantarse y sentarse de la silla.
- Presenta dificultad al caminar (Ritmo y estabilidad al caminar).
- Persona adulta mayor pierde el equilibrio al intentar levantarse de la silla, al caminar o al girar.
- Cualquier otra consideración importante.

Además de las pruebas se debe valorar la necesidad de referir al profesional en Terapia Física los adultos mayores con:

- Lesión de tejidos blandos de menos de un año de evolución. (bursitis, tendinitis, esguince, desgarro, entre otros)
- Dolor muscular o articular de más de dos semanas de evolución y menos de un año.
- Dolor muscular o articular de más de un año de evolución, ya tratado con fármacos, el cual por lesión reciente se ha reagudizado.
- Fracturas recientes en las que aun no se puede intervenir, pero que los otros segmentos del cuerpo son rehabilitables o se necesita mantener la funcionalidad del adulto mayor.

Con los resultados de estas pruebas y valoraciones anteriores se determina la intervención a seguir, los cuales se explican en el Anexo 3 y 4.

EQUIPOS AMPLIADO Y ESPECIALIZADO

El terapeuta físico es parte del Equipo Especializado o el Equipo ampliado, inicia su intervención, luego de detectar condiciones que lo ameriten por referencia del profesional de medicina. El abordaje es similar al propuesto para los Equipos Básicos y Ampliado.

En el caso del programa de Hospitalización Domiciliar el terapeuta físico valora junto al médico geriatra a la persona adulta mayor, se estudia el caso en sesión de equipo y se determina si requiere terapia a domicilio, educación individual o grupal, terapia con el programa de Hospital de Día, internamiento para el Programa de recuperación funcional o referencia al médico fisiatra.

En este nivel el terapeuta físico debe ser un integrante activo del equipo interdisciplinario, tener conocimiento y experiencia en el manejo y tratamiento de las condiciones físicas y

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 84
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

funcionales de la población adulta mayor, tener conocimiento y experiencia en el manejo y tratamiento de los síndromes geriátricos, tener la habilidad de capacitar al personal de salud en el manejo fisioterapéutico de condiciones físico- funcionales específicas y tener la capacidad de evaluar, dar tratamiento fisioterapéutico y educar al adulto mayor y su familia y/o cuidador.

Terapia Física en atención domiciliar

A nivel domiciliar el terapeuta físico interviene en diversas patologías y trastornos del adulto mayor con la finalidad de mejorar su condición físico- funcional en el entorno en el que se desenvuelve de forma cotidiana.

Funciones del TF en el domicilio:

- Realiza la valoración físico- funcional especializada de terapia física
- Aplica el plan de tratamiento en el domicilio del adulto mayor
- 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.

Funciones del TF en el equipo:

- 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.
- Informa al equipo de hallazgos relevantes encontrados durante las sesiones de terapia domiciliar.
- Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico, ampliado o Especializado, sobre las funciones de terapia física, los pacientes que podrían verse beneficiados de la intervención fisioterapéutica, prescripción de ejercicios y recomendaciones en condiciones físicas- funcionales específicas.
- Organiza la visita para terapia domiciliar, en los casos que el médico le refiere.
- Coordina con otras terapias (T.O./T.L.) 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 85
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

El tiempo de evaluación y las sesiones subsecuentes para intervención de terapia física en una visita domiciliar será aproximadamente de una hora, la educación al familiar y/o cuidador en el hospital aproximadamente 40 minutos y las educaciones grupales de familiares y/o cuidadores de una a dos horas, dependiendo del número de participantes y los temas a tratar.

Tabla 3. Intervención del terapeuta físico del equipo especializado en el domicilio según hallazgos frecuentes

Hallazgo físico- funcional	Intervención del Terapeuta Físico
Deterioro funcional y síndrome de inmovilización (Por diversas causas)	-Valoración fisioterapéutica de la funcionalidad. -Prescripción de ejercicios. -Educación a la familia y/o cuidador.
Deterioro del equilibrio	-Valoración fisioterapéutica. -Reentrenamiento del equilibrio. -Educación a la familia y/o cuidador.
Trastorno de la marcha	-Valoración fisioterapéutica. -Reentrenamiento de la marcha -Valoración de ayudas biomecánicas.
Fracturas recientes (Tanto de miembros superiores como inferiores)	-Valoración fisioterapéutica. -Con la autorización del médico especialista se inicia proceso de rehabilitación. -Aplicación de medios fisioterapéuticos para analgesia, desinflamar, potenciación muscular, reparación tisular, entre otros. -Prescripción de ejercicios.
Lesión de tejidos blandos (Tendinitis, bursitis, desgarro muscular, ruptura de ligamentos...)	-Valoración fisioterapéutica. -Con la autorización del médico especialista se inicia proceso de rehabilitación. -Aplicación de medios fisioterapéuticos para analgesia, desinflamar, potenciación muscular, reparación tisular, entre otros. -Prescripción de ejercicios.
Dolor muscular o articular	-Valoración fisioterapéutica. -Aplicación de medios fisioterapéuticos para analgesia, desinflamar, potenciación muscular, reparación tisular, entre otros.
Síndrome de caídas	-Valoración fisioterapéutica. -Prescripción de ejercicios. -Reentrenamiento del equilibrio.

Fuente. Elaboración propia con información suministrada por profesionales en terapia física del HNGG, 2016.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 86
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

8. INTERVENCIÓN TERAPIA OCUPACIONAL⁵⁵

Cabe señalar que las intervenciones del terapeuta ocupacional corresponden únicamente al nivel especializado, equipo del cual forma parte, su intervención se organiza en dos grandes áreas: **capacitación** a funcionarios, personas adultas mayores, cuidadores y familias, así como **intervenciones directas en el domicilio** para analizar la accesibilidad del entorno y la necesidad de implementos de asistencia para facilitar el desempeño en la vida cotidianas de la persona adulta mayor.

Sus aportes a los equipos básicos y ampliados se coordina mediante la atención compartida. En términos generales todos los cuidadores y familias deben participar en cursos de capacitación para recibir recomendaciones generales respecto a adaptaciones del entorno que se requieren para favorecer la atención de la persona adulta mayor beneficiarias de la atención domiciliar. En aquellos casos que los Equipos Básicos y Ampliados identifiquen personas con resultados de la Prueba Barthel mayor de 35 se realiza referencia a terapia ocupacional del Equipo Especializado.

Como parte del Equipo Especializado, el Terapeuta Ocupacional realiza intervención y seguimiento, evalúa el proceso y analiza con especificidad los progresos y las estrategias de intervención. Identifica criterios de exclusión, egreso y la necesidad de una adaptación de planes. Considerando lo anterior, pueden señalarse como las acciones sustantivas del Terapeuta Ocupacional las siguientes:

- **Evaluación del entorno domiciliar.** Es una evaluación de las capacidades individuales para realizar las actividades de la vida diaria en su hogar. Puede incluir autocuidado (vestirse, bañarse, moverse alrededor/en la casa) y el entorno en dónde vive, siempre teniendo presente deseos y metas de la persona adulta mayor atendida. En función a los hallazgos se le recomiendan maneras de mejorar su seguridad y ser más eficaz en las tareas diarias, las sugerencias pueden incluir equipamiento especial, adaptación en la manera de realizar las tareas o cambios en su entorno. Generando como principales beneficios:
 - Mejorar la seguridad en su hogar, minimizando el riesgo de caídas.
 - Mejorar la capacidad de completar las tareas diarias con facilidad y eficacia.
 - Mejorar la seguridad personal y de sus cuidadores.
 - Aumentar la capacidad de participar en actividades elegidas.

⁵⁵ Ospina, J. E. (s.f.). Área de Fomento y Protección de la Salud. Unidad de Servicios de Salud – Unisalud. Universidad Nacional de Colombia.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 87
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

- **Tratamiento rehabilitador de las actividades de la vida diaria.** Tras la evaluación de sus capacidades para realizar las actividades de la vida diaria, se organiza un plan de tratamiento para aumentar independencia en estas actividades. Se utilizan ejercicios para aumentar capacidades físicas y/o ayudas técnicas que compensen deficiencias. Algunas veces las ayudas técnicas se utilizan temporalmente hasta que haya adquirido las capacidades necesarias para realizar la actividad de forma segura y eficientemente. Un ejemplo, es la utilización temporal de un calzamedias tras una operación de prótesis de cadera, que evita que haga una hiperflexión de la cadera, hasta que el período de laxitud musculotendinosa ha acabado y resulta seguro realizar dicha flexión.
- **Educación del cuidador o familiar.** Cuidar a alguien cuando no se tiene conocimiento suficiente puede resultar frustrante y contraproducente. La buena voluntad no es suficiente para dar la atención adecuada. La tendencia del cuidador no profesional es dar más ayuda de la necesaria, haciendo a la persona más dependiente, más rápidamente. Es importante promover que la persona adulta mayor atendida sea capaz de hacer actividad con seguridad y pueda identificar cuando y dónde requiere que se le ayude. El terapeuta ocupacional enseña cómo y cuándo ayudar. El Terapeuta ocupacional recomienda equipo especial y/o ayudas técnicas que le facilitan tanto a la persona adulta mayor como a quien le cuida, a atenderle de forma más segura y eficiente.

El terapeuta ocupacional además:

- Capacita al Equipo que realiza la atención en domicilio.
- Participa en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Coordina con diferentes profesionales.
- Brinda seguimiento de casos analizados en sesiones interdisciplinarias.

9. INTERVENCIÓN DE TERAPIA DE LENGUAJE

La terapia del lenguaje es la disciplina encargada de la promoción, prevención, detección, evaluación y rehabilitación de los trastornos de lenguaje (oral y escrito), habla, voz, comunicación y deglución. La comunicación humana abarca desde comportamientos tempranos comunicativos hasta el uso de símbolos abstractos como la comprensión y expresión del lenguaje; las interacciones entre cognición y lenguaje permiten generar,

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 88
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

asimilar, retener, recordar, organizar, controlar, responder y aprender de nuestro entorno, sin embargo durante el período del envejecimiento la eficacia del procesamiento y la efectividad de la coordinación, organización y control del lenguaje se pueden ver afectadas. Las alteraciones del lenguaje relacionadas con el declive intelectual en las personas adultas mayores producen un deterioro del rendimiento lingüístico general que afecta a los diferentes niveles (fonético, morfológico, sintáctico, semántico) y procesos lingüísticos (comprensión, repetición, acceso al léxico y construcción de frases). En ocasiones este proceso puede verse interrumpido de manera abrupta como consecuencia de un daño a nivel del sistema nervioso central o periférico. Las patologías lingüísticas más comunes evidenciadas en la población adulta mayor son:

Disartria: Es considerada como un trastorno del habla de carácter neurológico que afecta la articulación, la respiración, la voz, el ritmo y la fluidez, todo lo cual tiene como base la alteración de la realización de los movimientos⁵⁶. En ocasiones puede causar ininteligibilidad del habla y en su etapa más severa se presenta como anartria (ausencia total del habla). Clasificada en el CIE 10 como R47.1

Afasia: Es la alteración del lenguaje una vez que ha sido adquirido, produciendo alteración en la expresión, en la comprensión o ambas; en ciertas ocasiones se pueden comprometer otras áreas como la repetición, el lenguaje automático, la denominación visuoverbal o verboverbal, el cálculo, la estructura gramatical y la lectoescritura. La principal característica de este trastorno es la anomia. Clasificada en el CIE 10 como R47.0

Apraxia: Trastorno motor de nivel superior que afecta a la programación de los componentes motores que se necesitan para ejecutar un acto motor complejo. Las apraxias pueden afectar de manera directa a los programas motores de los músculos del habla. Algunos tipos de apraxia coexisten con la afasia y otros trastornos del lenguaje en el área de asociación motoras corticales y las vías de asociación del cerebro. Clasificada en el CIE 10 como R48.2

Disfonía: Se define como toda alteración en la función vocal de una persona, que limita su comunicación interindividual, con expresión clínica subjetiva y/o alteraciones objetivas o ambas, de una o varias de las características acústicas de la voz⁵⁷. Clasificada en el CIE 10 como R49.

⁵⁶ León, J. y Viñales, F. (2001). Disartria Espástica: rehabilitación de la fonación de un paciente con traumatismo craneoencefálico. Revista española de la neuropsicología; 3,4; pp. 34-45.

⁵⁷ Puyuelo, M. y Rondal, J. (2003). Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje: Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto. Barcelona: Masson.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 89
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Dentro del campo de acción del terapeuta del lenguaje se encuentra la disfagia, considerada como un problema en cualquiera de las fases de la deglución, que afecta la ingesta de líquidos o sólidos, es una patología de alta incidencia, que no es exclusiva de los usuarios con secuelas de ictus, pues puede presentarse por diversas etiologías; provocando mayor número de infecciones respiratorias, desnutrición, deshidratación que aumenta la comorbilidad y la mortalidad del adulto, incrementando su fragilidad y dependencia funcional. La disfagia es clasificada en el CIE 10 como R13.

En todos los trastornos mencionados anteriormente no se alteran únicamente uno o varios módulos lingüísticos, motores o funcionales, sino que afectan a la totalidad de la persona, a su entorno y a la relación entre ellos. Por eso, es indispensable el abordaje interdisciplinario y especializado, de la mano con el medio familiar y social del usuario, optimizando la calidad de vida del adulto.

En este sentido cabe señalar que las intervenciones del terapeuta de lenguaje corresponde únicamente al nivel especializado, equipo del cual forma parte. Su aportes a los equipos básicos y Ampliados se coordina mediante la atención compartida. La detección de los persona adulta mayores que se beneficiarían de este tipo de atención se haría a través de la valoración clínica en el hogar y mediante el adecuado llenado de la “Ficha de Valoración de la persona adulta mayor para identificar las condiciones geriátricas prevalentes”.

Pueden señalarse como acciones sustantivas del terapeuta de lenguaje las siguientes:

- Capacitar al Equipo que realiza la atención en domicilio, tanto si es un equipo Básico, Ampliado o Especializado, en la identificación de factores de riesgo e intervenciones oportunas en el domicilio propias de su campo de acción.
- Participar en sesiones interdisciplinarias de análisis de casos.
- Coordinar con otros servicios o niveles para la resolución de factores de riesgo identificados.
- Brindar seguimiento de casos analizados en sesiones interdisciplinarias.
- Realizar atención a la persona adulta mayor en el domicilio, según criterios de referencia establecidos.
- Coordinar con otros profesionales de Equipo Básico o Ampliado en caso de alta para el seguimiento respectivo de la persona adulta mayor.

Aunado a estas funciones, dentro del equipo especializado el terapeuta del lenguaje realiza la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de comunicación y lenguaje. Este

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 90
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

procedimiento consiste en un barrido de diversas áreas del lenguaje, según amerite cada caso. Asimismo, se realiza la valoración de la capacidad y la función deglutoria, iniciando con el examen físico de órganos fonoarticuladores, incluyendo reflejos orales y sensibilidad oral interna y externa; una vez valorado el mecanismo orofaríngeo se evalúa la fase oral y faríngea con el fin de detectar la presencia de signos clínicos de broncoaspiración.

El terapeuta realiza los cambios de posicionamiento o maniobras compensatorias necesarias durante la prueba deglutoria. En caso de los usuarios con traqueostomía, se realiza la prueba con tinción de los alimentos suministrados y posteriormente se procede a aspirar la vía aérea. El tiempo de evaluación e intervención en una visita domiciliar será aproximadamente de 45 minutos y en el centro hospitalario el tiempo estimado es de una hora .

10. INTERVENCIÓN DE TERAPIA RESPIRATORIA

Las intervenciones del terapeuta respiratorio corresponden únicamente al nivel especializado, equipo del cual forma parte, su intervención se organiza en torno al adulto mayor policonsultante con enfermedad pulmonar aguda y/o crónica o persona adulta mayor que por alguna condición presenta mal manejo de secreciones. En este sentido las acciones que realiza a nivel domiciliar son:

- Seguimiento de persona adulta mayor oxígeno dependiente atendida en el domicilio.
- Educación respecto al uso y manejo de inhaladores dosis medida (MDI) y el espaciador.
- Educación en técnicas de conservación de energía y uso de técnicas no instrumentales de reeducación ventilatoria, que ayuden a disminuir la sensación de disnea.
- Educación y control con mecanismos instrumentales como parte de la rehabilitación pulmonar enfocada a mejorar la movilización de secreciones, terapia de expansión pulmonar y fortalecimiento de musculatura ventilatoria; utilizando dispositivos vibratorios y sistemas de presión espiratoria positiva.
- Mediciones de mecánica pulmonar por medio de espirometría forzada.
- Educación y control a los persona adulta mayor incluidos en Programa de Sueño, que requieran equipos de Bipap y/o CPAP.
- En la modalidad de Hospitalización domiciliar, se da un seguimiento a persona adulta mayores con mal manejo de secreciones, que requieran aspiración nasotraqueal.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 91
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 92
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

ANEXOS

Anexo 1

Aval de Gerencia Médica del Protocolo de Atención Clínica

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 93
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Anexo 2

Sugerencia de organización de un día de trabajo del Equipo de Atención Domiciliar que puede adaptarse a las particularidades de cada establecimiento de salud

Horario	Actividad	Consideraciones importantes
7am-7:30am	Revisar los laboratorios del día anterior, realizar los ajustes correspondientes, anotarlos en los expedientes y reportarlos a la persona adulta mayor o cuidador vía telefónica.	
7:30am -8 am	Corroborar que se lleve todo el material necesario para la visita según lo programado y que la persona adulta mayor esté en sus hogares.	
8 am-1pm	Visitas en el domicilio, incluye traslados y tiempo de la visita propiamente (programar 5 visitas).	Calcular el tiempo de acuerdo a la intervención que se pretende realizar 1 hora por persona adulta mayor primera visita o aquellos que tengan muchas curaciones y 30 minutos los subsecuentes.
1pm-1:30pm	Almuerzo	
1:30pm-4pm	<p>Programar valoraciones y entrevistas iniciales de persona adulta mayor que va a ingresar a la modalidad (una hora por persona adulta mayor y su familia).</p> <p>Revisar los expedientes anteriores, coordinar con los otros niveles o servicios según corresponda y atender las consultas vía telefónica de los persona adulta mayores que llamaron durante el día y hacer las recetas y notas que quedaron pendientes durante las visitas.</p> <p>Valorar interconsultas, referencias, programar entrevistas y realizar entrevistas citadas.</p> <p>Realizar otras labores administrativas.</p>	Organizar Sesión de equipo una vez por semana.

Fuente. Diseño propio del equipo ejecutor.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 94
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Anexo 3

Recomendaciones para la Historia clínica en el escenario domiciliario (Primera valoración)

Fecha de valoración:

Nombre y Apellidos	
Edad:	Femenino () Masculino ()
Nacionalidad	Costarricense () Otro:
Estado Civil	Soltero () Casado () Viudo () Unión libre () Separado () Otro ()
Escolaridad	Analfabeta () Primaria () Secundaria () Universitaria ()
Profesión	
Pensión	RNC () IVM () Otra : Ninguna () Monto aproximado:
Religión	Católica () Cristiana () Testigo de Jehová () Ateo () Otra ()
Teléfonos	
Clínica que le corresponde	
() Marcial Fallas 1 () Marcial Fallas 2 () Marcial Fallas 3 () Clínica de Aserrí () Clorito Picado () Integrada de Tibás () Clínica de Pavas () Clínica de Alajuelita () Clínica de Santa Ana () Clínica Moreno Cañas, () Solom Núñez () Carpio /León XIII () Carlos Durán () Clínica de Ciudad Colon (Mora/Palmichal) () Otra (¿Cuál?)	
Dirección exacta:	
¿Recibe visita domiciliar de algún otro centro? () no () sí (Anotar nombre del centro)	

INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUIDADORA PRINCIPAL

Edad	Nombre y apellidos
Relación con el persona adulta mayor	Hija (o) () Compañera sentimental () Sobrino () Nieto () Otra ()
Tipo de cuidador	Familiar () Contratado ()
Tiempo de brindar servicio	
Horario del cuidado	Tiempo libre del cuidador: () Sí (anotar cuánto) () No (Valorar IC a TS)
¿Cuenta con algún tipo de ayuda y quién la ofrece? (Familiares, ONG's, Iglesia, vecinos, red de cuidado, etc)	
<input type="checkbox"/> Económica, material, especie (comida, artículos personales de la persona adulta mayor, etc): _____.	
<input type="checkbox"/> Cuidado directo de la persona adulta mayor: _____.	
<input type="checkbox"/> Ayuda a realizar mandados, recoger recetas etc: _____.	
<input type="checkbox"/> Ninguna	

FAMILIOGRAMA

Simbología:
 Usuario  Femenina  Masculino

Relaciones interpersonales



INFORMACIÓN DEL HOGAR

Propia () Prestada ()	Alquilada ()	Tipo: Casa () Cuarto () Precario ()
Hacinamiento: Sí () No ()	Iluminación adecuada: Sí () No ()	Infraestructura: buen estado () regular estado () mal estado ()
Barreras Arquitectónicas: () Ninguna () Gradadas fuera de la casa. () Gradadas adentro de la casa. () Pasillos angostos. () Objetos bloqueando los pasillos. () Entradas estrechas a las habitaciones. () Entradas estrechas a los baños. () División entre el baño y la ducha. () Otras		Acceso: () Fácil () Difícil por aspectos geográficos () Difícil por peligrosidad () Otros (anotar):
		Servicios () Luz eléctrica () Agua potable () Teléfono () Transporte público () Servicio de taxi () Cruz Roja () Servicio sanitario (de cloaca /tanque séptico)

PADECIMIENTO ACTUAL (CUADRIFUNCIONAL) QUE MOTIVA LA INCLUSIÓN AL PROGRAMA

<p>Procedencia de la referencia:</p> <p>Equipo básico ()</p> <p>Equipo Ampliado ()</p> <p>Equipo especializado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención domiciliar () - Hospital domiciliar () <p>Consulta Externa ()</p> <p>Servicio de emergencias ()</p> <p>Hospital Nacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> - México () - HSJD () - HCG () - HNNG () - Otros (anotar cual) () - EBAIS () - Clínica Periférica (anotar cual) () 	<p>Principal diagnóstico de referencia al programa de visita domiciliar</p> <p><input type="checkbox"/> Inmovilización. .</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad terminal no oncológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demencia () - Neumopatía () - Cardiopatía () - Nefropatía () - Hepatopatía () <p><input type="checkbox"/> Situación social</p> <p><input type="checkbox"/> Otro:</p>
---	--

Antecedentes personales patológicos

Patología	Tiempo Evolución	Estudios diagnósticos recientes
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos:

Patología (incluye fracturas)	Intervención	Fecha

Hospitalizaciones anteriores:

Lugar	Fecha	Diagnóstico principal de egreso

Tratamiento farmacológico actual

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 97
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Medicamento	Dosis (según el persona adulto mayor)	Medicamento	Dosis (según el persona adulto mayor)
1		6	
2		7	
3		8	
4		9	
5		10	

¿Se percibe dificultad para el cumplimiento del tratamiento por parte de los cuidadores?

- () No o no aplica (persona adulta mayor internada a la hora de la valoración).
 () **Si, por polifarmacia (4 o más medicamentos).**
 () **Si, desconocimiento.**
 () **Si, Incapacidad para administrarlos por parte de cuidador (déficit visual, analfabetismo etc).**
 () **Otro (¿Cuál?)**

(Enviar a la consulta farmacéutica si la respuesta es afirmativa y/o ver el algoritmo de polimedición).

Hábitos	Si	No	Cant. Por día	Activo	Tiempo
Tabaquismo					
Alcoholismo					
Alergias			Cuál		

Antecedentes genitourinarios:

Gesta: _____ Para: _____ Abortos: _____ Hijos vivos: _____ FUR: _____

Ultima citología: _____

- () Sangrado posmenopáusico () Prurito vulgar () Flujo vaginal.

VALORACIÓN DE LA ESFERA MÉDICA Y SÍNDROMES GERIÁTRICOS

Ha sufrido 1 caída en el último año? No () Sí (): **(Ver algoritmo de caídas)**

Describir las caídas:

¿Presenta dolor o “desconsuelo” (para persona adulta mayor con demencia severa llenar escala PAINAD)?:

- () No presenta dolor
 () Si, () poco () moderado () severo () muy severo () insoportable

VALORACIÓN POR DOLOR EN LA PERSONA ADULTA MAYOR DEMENCIADO SEVERO (PAINAD)

Actividad	0	1	2	Total
Respiración Independ. de la vocalización	Normal	Respiración dificultosa intermitente Cortos períodos de hiperventilación	Ruidosa difícil respiración Largos períodos de hiperventilación Respiración de Cheyne-Stokes	
Vocalización negativa	Ninguna	Gemido o lamento ocasional Bajo nivel verbal con una mala calidad de comunicación	Llamado repetitivo y complicado Gemido ruidoso o lamento Llanto	
Expresión facial	Risueño o inexpresivo	Triste Atemorizado Ceño	Muecas faciales	
Lenguaje corporal	Relajado	Tenso Apenado Inquieto	Rígido Puños apretados Rodillas flectadas Empujando lejos Golpeando	
Consolabilidad	No necesita ser consolado	Distraído o tranquilizado por la voz tacto	Imposible de ser distraído o tranquilizado	
RESULTADO FINAL				

Puntaje e interpretación: Entre más alto es el puntaje mayor la probabilidad de dolor. Su interpretación se realiza con los siguientes valores: Dolor leve de 1-3. Dolor moderado 4-6 y dolor severo: 7 o mayor.

Localización más importante del dolor:

(En caso de presentar dolor aplicar algoritmo respectivo .)

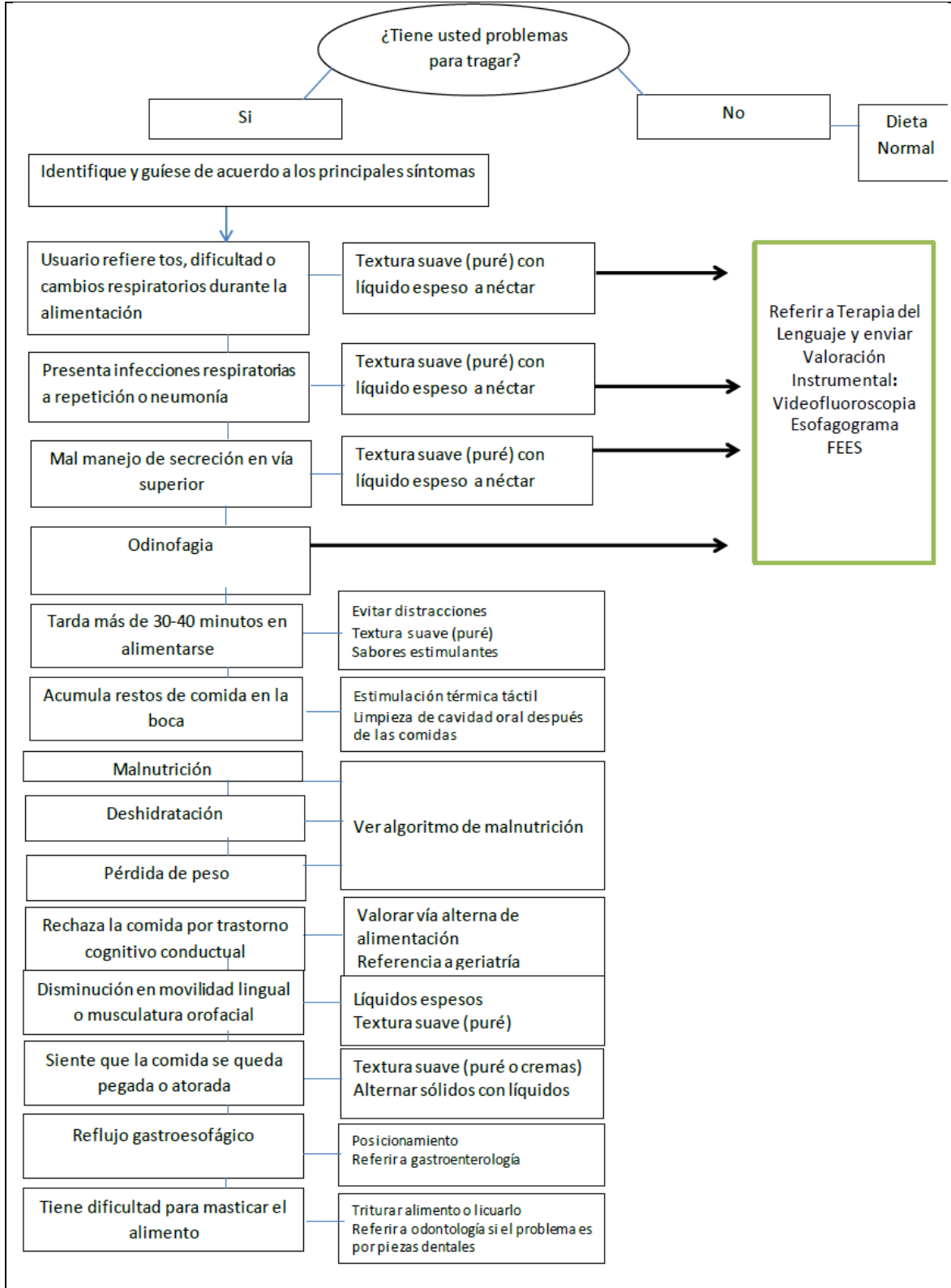
HÁBITOS DEL SUEÑO USUALES

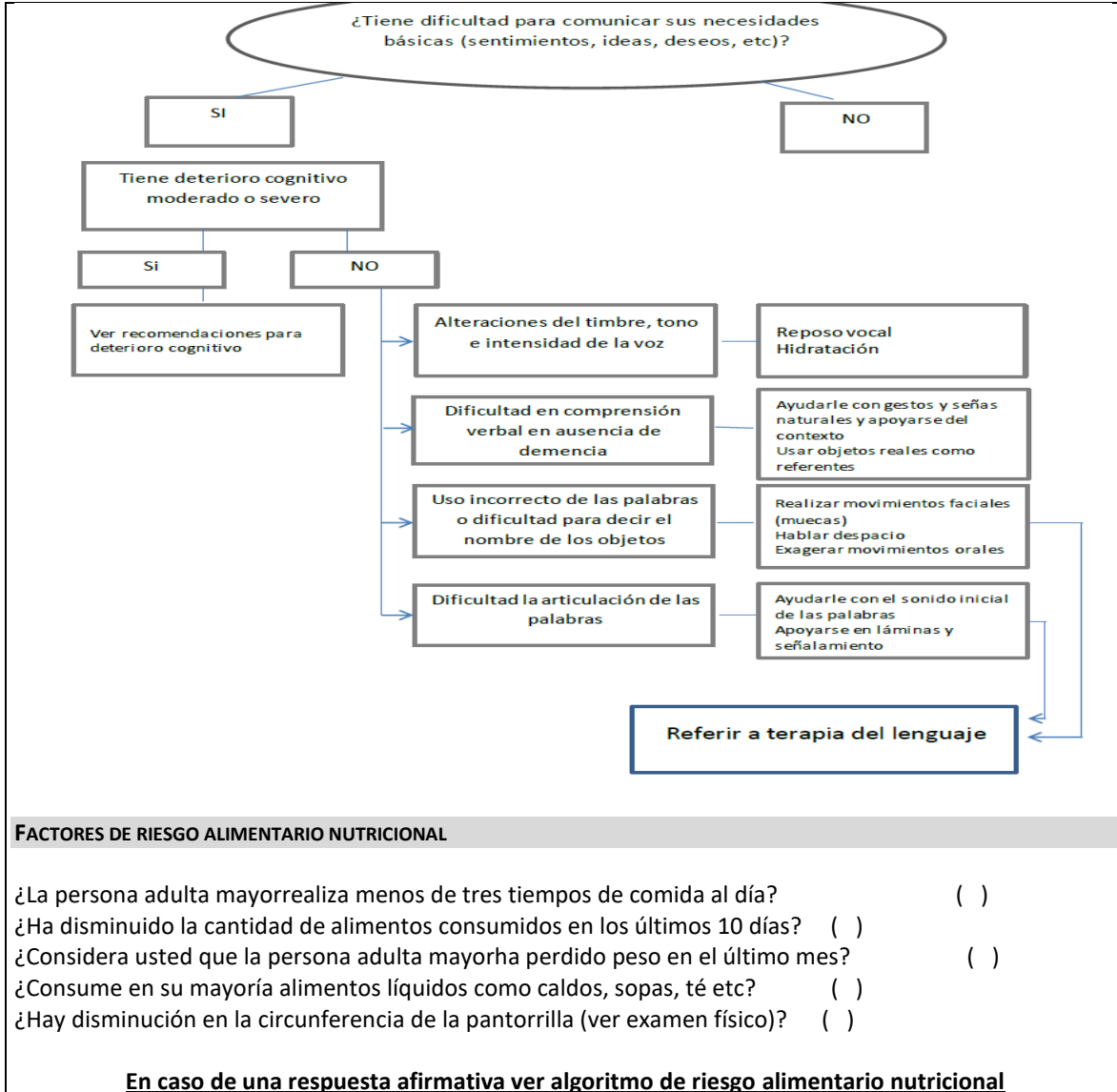
- () La persona adulta mayor duerme bien. () Duerme "siestas".
 () Duerme poco tiempo en la noche. () **Insomnio (ver algoritmo respectivo)**
 () Patrón de sueño invertido. () Otros (¿Cuál?)

¿Conductas afectan el sueño de la familia? No () Sí () *(Dar educación)*

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 99
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

VALORACIÓN POR DISFAGIA Y TRASTORNOS EN LA COMUNICACIÓN
--





¿Presenta incontinencia urinaria? () No Si () (Ver algoritmo de incontinencia urinaria)

¿Cuál es el hábito defecatorio de la persona adulta mayor?

() Hábito normal () Pseudodiarrea () Diarrea ***(Investigar y dar tratamiento)***

Tiene problemas para defecar? No () Si () (ver el algoritmo de constipación)

Valoración de la esfera psíquica (alteraciones del ánimo y demencias):

¿La persona adulta mayor dice sentirse triste o deprimido?

() No () SI ***(Ver algoritmo de depresión)***

¿La persona adulta mayor refiere tener problemas de memoria?

() No () SI ***(Ver algoritmo de deterioro cognitivo)***

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 102
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

VALORACIÓN DE LA ESFERA SOCIAL (CANSANCIO DEL CUIDADOR, REDES DE APOYO Y SÍNDROME DE MALTRATO)

Todo cuidador se debe referir a las charlas educativas sobre el manejo del adulto mayor en el domicilio.

Tamizaje por sobrecarga en el cuidador	SI	NO
1. Sentimiento de tristeza o de mal humor.		
2. Problemas para comer o come mucho.		
3. Llanto fácil o con mayor frecuencia .		
4. Poca energía.		
5. Sensación de que ya no tiene tiempo para sí mismo.		
6. Problemas para dormir o para levantarse en la mañana.		
7. Visita menos que antes a sus amigos y parientes.		
8. Perdió interés en sus pasatiempos o en las cosas que acostumbra hacer con sus amigos o familia.		
9. Enojo con la persona que cuida u otras personas o situaciones .		
<i>(En caso de puntaje mayor o igual 7 referir a cuidador a Trabajo social)</i>	TOTAL: ☐	

Factores de riesgo social: (En caso de presentarse alguno referir a trabajo social si la red NO es efectiva).

- () El adulto mayor vive solo o permanece solo durante el día.
- () Historia de conflictiva familiar.
- () Síndrome de Desgaste en la persona cuidadora.
- () Ausencia de organización para el cuidado (familiar o comunal).
- () Cuidador refiere recargo. (directa o indirecta).

Observación por sospecha razonable de maltrato	No	Si
➤ Descuido en el aseo (negligencia)		
➤ Moretones, heridas sospechosas (física)		
➤ Regaños, gritos, baja autoestima		
➤ Lesiones órganos genitales (compulsividad por aseo corporal,		
➤ Posible abuso patrimonial		

(En caso de hallazgo positivo enviar a Trabajo social y realizar denuncia al Juzgado de Violencia respectivo).

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 103
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	Código PAC.GM.DDSS.27012021

VALORACIÓN FÍSICO-FUNCIONAL PARA REFERIR A TERAPIA FÍSICA

- **Movilidad de los segmentos corporales. Pedirle al adulto mayor que movilice el segmento a valorar en diferentes direcciones, imitando el movimiento que realiza el evaluador.**

Segmento Corporal	No Moviliza Activo	Si Moviliza Activo
Miembro Superior Derecho		
Miembro Superior Izquierdo		
Miembro Inferior Derecho		
Miembro Inferior Izquierdo		

- **Dolor Muscular o Articular**

Zona de dolor	Tiempo de Evolución	Escala Verbal de Dolor (EVA: 0 a 10)	Causa (Fractura, artrosis, tendinitis, bursitis...)

- **Test Levántese y Camine**

La prueba consiste en medir el tiempo que tarda el adulto mayor en levantarse de una silla, caminar 3 metros, girar, regresar a la silla y sentarse nuevamente

Deterioro funcional y riesgo de caídas		
No logra realizar el test	Duración mayor a 20 seg	Duración menor a 20 seg
Fuerza muscular		
¿Logra levantarse de la silla?		
Si lo logra	Logra con dificultad	No lo logra
Equilibrio		
¿Observa que el paciente pierde el equilibrio en una o más de las siguientes partes del test?		
Al estar sentado		Al pasar de sedente a bípedo
Al caminar		Al dar la vuelta para regresar
Marcha		
¿Presenta alguna dificultad para caminar?		
No logra caminar		Logra caminar con ayuda de otras persona
Logra caminar con ayudas biomecánicas		Logra caminar sin ayudas biomecánicas
Presenta trastorno de la marcha		Inestabilidad durante la marcha

- **Anotar Observaciones:** _____

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 104
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

EXAMEN FÍSICO

Signos vitales y estado de consciencia:

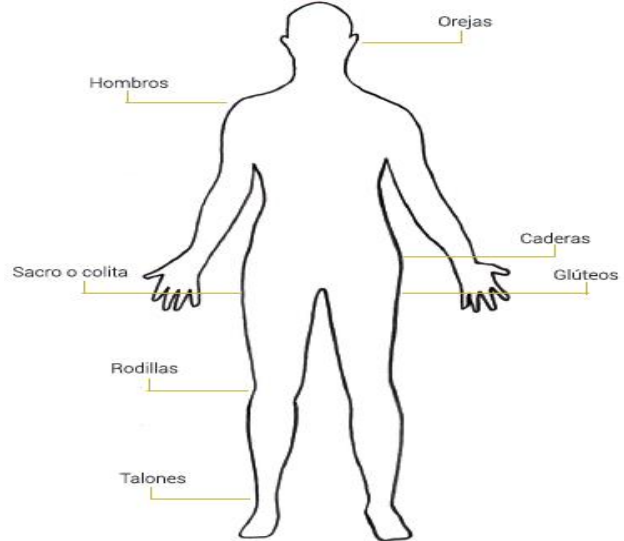
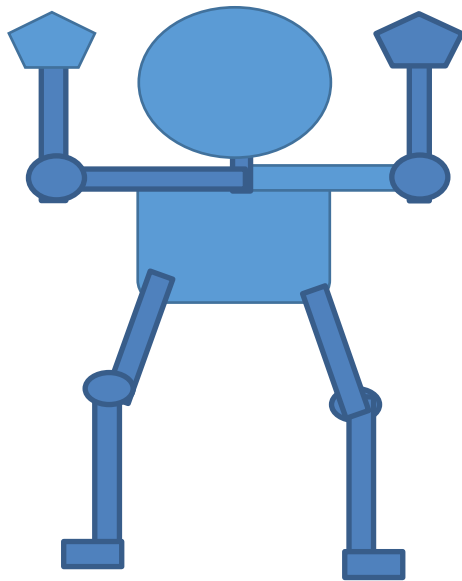
Peso: Pliegue de pantorrilla: PA: Pulso: Frec resp:
 Consciente somnoliento obnubilado estuporoso coma

Inmovilización y apariencia general:

Fase 3 Fase 2 Fase 1 No inmovilización
 BEG Crónicamente enfermo Agudamente enfermo (valorar referencia a urgencias)
 Hidratado Deshidratado

CABEZA	
Exploración ocular	<input type="checkbox"/> No valorable <input type="checkbox"/> PICNRs <input type="checkbox"/> MEOS nl <input type="checkbox"/> Conjuntivas nls
¿Tiene problemas de la vista? (problemas para leer, ver TV etc) sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (Aplicar algoritmo de déficit visual si la respuesta es afirmativa)	Anotar otros hallazgos patológicos <input type="checkbox"/> Midriasis o Miosis <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Lesión del III o VII par <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Otros
Nariz (Anote hallazgos patológicos)	<input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> Anl (desv tabique, lesión en piel, otros)
Exploración oral	Estado de dentadura:
La persona adulta mayor presenta: <input type="checkbox"/> Halitosis. <input type="checkbox"/> Candidiasis. <input type="checkbox"/> Prótesis desajustadas. <input type="checkbox"/> Resto radiculares. (Aplicar algoritmos de "Atención odontológica")	<input type="checkbox"/> Edéntulo total <input type="checkbox"/> Edéntulo parcial <input type="checkbox"/> Sepsis oral <input type="checkbox"/> Prótesis inferior y/o superior <input type="checkbox"/> Prótesis en mal estado Reflejo nauseoso: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No valorable
ORL (Anote hallazgos patológicos) <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> Anl (Tapón de cerumen, lesiones, otros)	Logra contesta la pregunta susurrada en ambos oídos "¿Me escucha usted?" sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> (En caso negativo aplicar algoritmo de déficit auditivo)
CUELLO	
Anote hallazgos patológicos	Tiroides: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> Bocio Pulso carotídeos: <input type="checkbox"/> nl <input type="checkbox"/> Disminuido o ausente Adenopatías: <input type="checkbox"/> ausentes <input type="checkbox"/> presentes
TORAX y MAMAS	
Anote hallazgos patológicos	Exploración cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Auscultación nl <input type="checkbox"/> Anormal: Anotar localización de hallazgos: <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Crépitos <input type="checkbox"/> Roncus <input type="checkbox"/> Disminución del MV <input type="checkbox"/> RscsRsSs <input type="checkbox"/> Arritmias <input type="checkbox"/> Soplos() (describirlo)
ABDOMEN	

Anote hallazgos patológicos	() Hepatomegalia () Esplenomegalia () Masas Peristalsis: () nl () aumentada () disminuida ¿Irritación peritoneal? () No () Sí Otros:
SISTEMA UROGENITAL	
Anote hallazgos patológicos	Organos genitales: () nl () No valorables () anl Tacto rectal: () nl () no valorables () Impactación fecal () Masas () Melena () Sangrado () HPB
SISTEMA NEUROLÓGICO/LOCOMOTOR y PIEL (Anote hallazgos en el diagrama siguiente)	
Fuerza muscular (0 a 5) ROTs (0, +, ++, +++) tono nl, (aumentado) (disminuido) ↓	
Presencia de: deformidades, osteoartritis, edema, contracturas, tremor, asterixis, otros	



Tiempo del Test de levántese y camine cronometrado: _____ (en caso de durar más de 20 segundos aplicar algoritmo de desempeño funcional):

Pida a la persona adulta mayor que se levante de la silla, camine 3 metros gire y regresar a la silla y sentarse nuevamente.

Utiliza productos de apoyo:

- () Cama adecuada
- () Silla de ruedas

Usa algún tipo de férula, prótesis o dispositivo órtésico:

- () Cuello
- () Brazo

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 106
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Mano |
| <input type="checkbox"/> Bastón | <input type="checkbox"/> Silla de baño |
| <input type="checkbox"/> Muletas | <input type="checkbox"/> Pierna |
| <input type="checkbox"/> Tabla p/traslados | <input type="checkbox"/> Pie |
| <input type="checkbox"/> Colchón de aire | <input type="checkbox"/> Otros |

RIESGO DE ULCERAS DE PRESION. (Escala de Norton)

Estado físico		Estado mental		Actividad		Movilidad		Incontinencias	
Muy malo	1	Estuporoso	1	Inmóvil	1	Encamado	1	Doble	1
Pobre	2	Confuso	2	Muy limitada	2	Sentado	2	Urinaria o fecal	2
Regular	3	Apática	3	Disminuida	3	Camina ayudado	3	Ocasional	3
Bueno	4	Alerta	4	Ambulatorio	4	Total	4	Ninguna	4

Puntaje: _____ 5-9 riesgo muy alto 10 a 12 riesgo alto 13-14 riesgo intermedio

ESCALA DE BARTHEL PARA VALORACIÓN FUNCIONAL

(En caso de Barthel mayor a 55 valorar algoritmo de desempeño funcional TF)

<p>ALIMENTACIÓN: 10 Comer solo en un tiempo razonable 5 Necesita ayuda para corta pan o carne. 0 Necesita ser alimentado por otra persona.</p> <p>LAVARSE: 5 Entra bañarse y salir solo del baño. 0 Dependiente.</p> <p>VESTIRSE: 10 Puede quitarse y ponerse la ropa solo (a). 5 Realiza la mitad del vestido. 0 Dependiente</p> <p>ASEO PERSONAL: 5 Puede lavarse la cara, peinarse y afeitarse etc. 0 Dependiente.</p> <p>IR AL SERVICIO SANITARIO: 10 Independiente. 5 Se maneja con poca ayuda, puede limpiarse solo. 0 Dependiente.</p> <p>ESCALONES: 10 Capaz de subir o bajar gradas. 5 Necesita ayuda. 0 Dependiente (Incapaz de usar escalones).</p>	<p>CONTINENCIA URINARIA: 10 Capaz de usar cualquier dispositivo solo. 5 Necesita ayuda o presenta incontinencia. 0 Incontinente y/o dependiente.</p> <p>CONTINENCIA FECAL: 10 Ningún episodio de incontinencia. 5 Necesita ayuda o incontinencia 1 vez/sem. 0 Incontinente.</p> <p>TRASLADO CAMA / SILLON 15 No precisa ayuda. 10 Supervisión verbal o ayuda física mínima. 5 Necesita gran asistencia física. 0 Dependiente (necesita grúa o al menos 2 personas).</p> <p>DEAMBULACION: 15 Puede caminar al menos 50 metros sin ayuda. 10 Necesita ayuda o supervisión para deambular al menos 50 metros. 5 Independiente en silla de ruedas o camina menos de 50 metros con ayuda. 0 Inmóvil y/o dependiente.</p> <p>PUNTUACIÓN TOTAL:</p>
--	---

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 108
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

¿La persona adulta mayor presenta **trastornos neuroconductuales** que ponga en riesgo su integridad física o emocional o la de los cuidadores?

() No (Si) (Referir a psiquiatría del nivel especializado previa coordinación).

DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

1)	5)
2)	6)
3)	7)
4)	8)

DIAGNÓSTICOS FUNCIONALES

1)	5)
2)	6)
3)	7)
4)	8)

DIAGNÓSTICOS PSÍQUICOS

1)	3)
2)	4)

SOCIALES

1)	3)
2)	4)

Algoritmos aplicados	Ingreso	En 6 meses	En un año
Fechas	/ /	/ /	/ /
Visual			
Auditivo			
Desempeño funcional			
Condición física- funcional			
Caídas			
Incontinencia urinaria			
Constipación			
Malnutrición			
Atención odontológica			
Deglución			
Comunicación			
Úlceras			
Alteraciones del ánimo			
Dolor			
Insomnio			
Redes de apoyo			
Maltrato			
Polifarmacia			
Deterioro cognitivo			

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 109
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Anexo 4

Paso 2. Intervencion profesional de medicina

Areas de valoración clínica de la persona adulta mayor en el escenario domiciliario (si previamente no fueron identificadas) (Visitas de Seguimiento)

Problema que se detecta	Preguntas asociadas a condiciones geriátricas	Sí	No	En caso de respuesta afirmativa aplicar el algoritmo correspondiente.
Visual	¿Tiene problemas de la vista? (leer, ver TV, reconocer a la gente, caminar)			Algoritmo de valoración visual
Auditivo	Susurre al oído “¿Me escucha Ud.?” En ambos lados.			Algoritmo de valoración audición
Desempeño psicomotor	¿Necesita usted ayuda para alguna de estas acciones: alimentarse, asearse, vestirse, moverse, trasladarse o cambiar de posición?			-Algoritmo de valoración de desempeño psicomotor -Algoritmo de condición física- funcional
Caídas	¿Ha sufrido una caída en el último año?			Algoritmo de caídas
Incontinencia urinaria	¿En el último año se ha orinado involuntariamente?			Algoritmo de incontinencia urinaria
Constipación	¿Tiene Ud. problemas para defecar?			Algoritmo de constipación
Malnutrición	¿Tiene la persona riesgo de malnutrición alimentaria?			Algoritmo de malnutrición
Atención odontológica	¿Presenta la persona halitosis, candidiasis, prótesis desajustadas, mucocelos, restos radiculares?			Esquema de atención odontológica
Deglución	¿Tiene usted problemas para tragar?			Algoritmo de deglución
Deterioro cognitivo	¿Presenta usted un problema de memoria?			Algoritmo de deterioro cognitivo
Úlceras	¿Tiene usted úlceras (llagas) en la piel?			Algoritmo de úlceras
Alteraciones del ánimo	¿Se siente Ud. triste o deprimido?			Algoritmo de depresión
Dolor	¿Siente algún dolor o “molestia o desconsuelo”?			Algoritmo de dolor
Insomnio	¿Tiene problemas para dormir?			Algoritmo de insomnio
Red de apoyo	¿Cuenta ud. con un cuidador o encargado que le ayuda a realizar sus tareas?			Algoritmo de riesgo social
Maltrato	¿Existe sospecha razonable de maltrato?			Algoritmo de maltrato
Polifarmacia	¿Toma 5 o más medicamentos al día?*			Valorar consulta de atención farmacéutica
Comunicación	¿Tiene dificultades para comunicar sus necesidades básicas? (sentimientos, deseos, ideas, etc)			Algoritmo de comunicación

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 110
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Anexo 5

Paso 2. Intervencion profesional de medicina

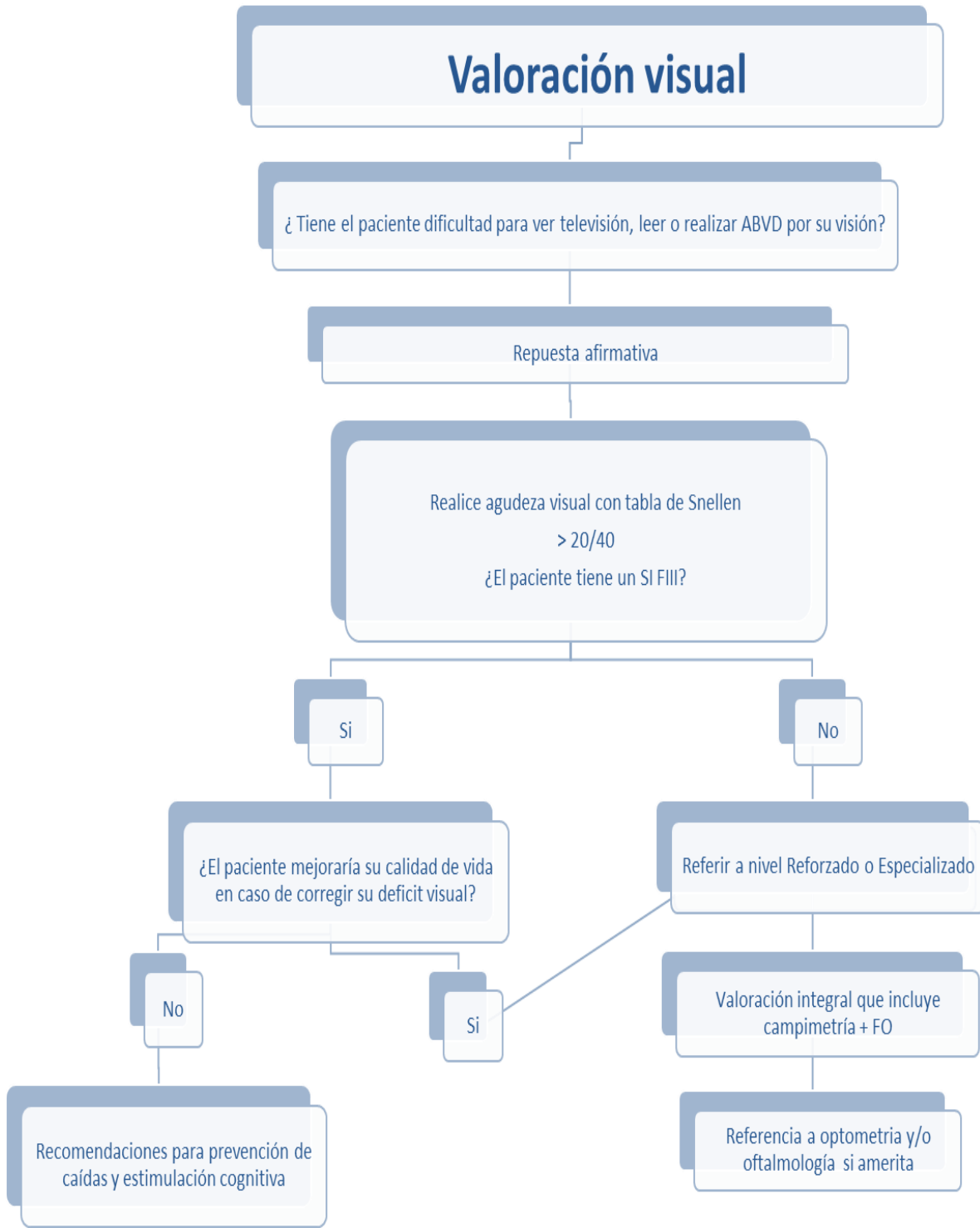
Algoritmos de atención a la personal adulta mayor en el domicilio según problema detectado

LISTA DE ALGORITMOS

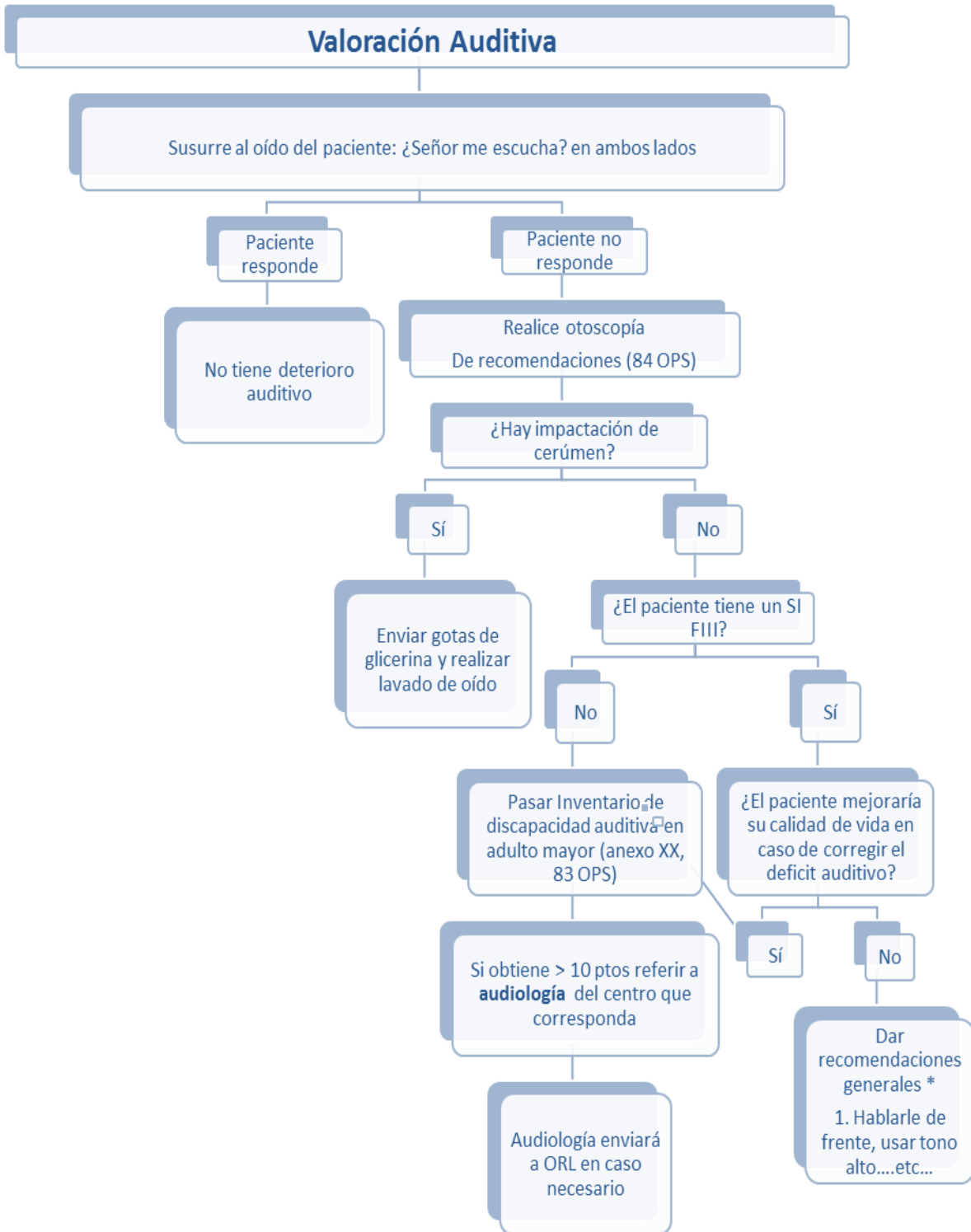
1. Algoritmo de valoración visual
2. Algoritmo de valoración audición
3. Algoritmo de valoración de desempeño funcional
4. Algoritmo de condición física- funcional para referir a terapia física
5. Algoritmo de caídas
6. Algoritmo de incontinencia urinaria
7. Algoritmo de constipación
8. Algoritmo de malnutrición
9. Esquema de Atención de odontología en el domicilio según hallazgos frecuentes
10. Algoritmo de deglución
11. Algoritmo de deterioro cognitivo
12. Algoritmo de úlceras
13. Algoritmo de depresión
14. Algoritmo de dolor
15. Algoritmo de insomnio
16. Algoritmo de riesgo social
17. Algoritmo de maltrato
18. Algoritmo de comunicación

A continuación se presentan los algoritmos realizados

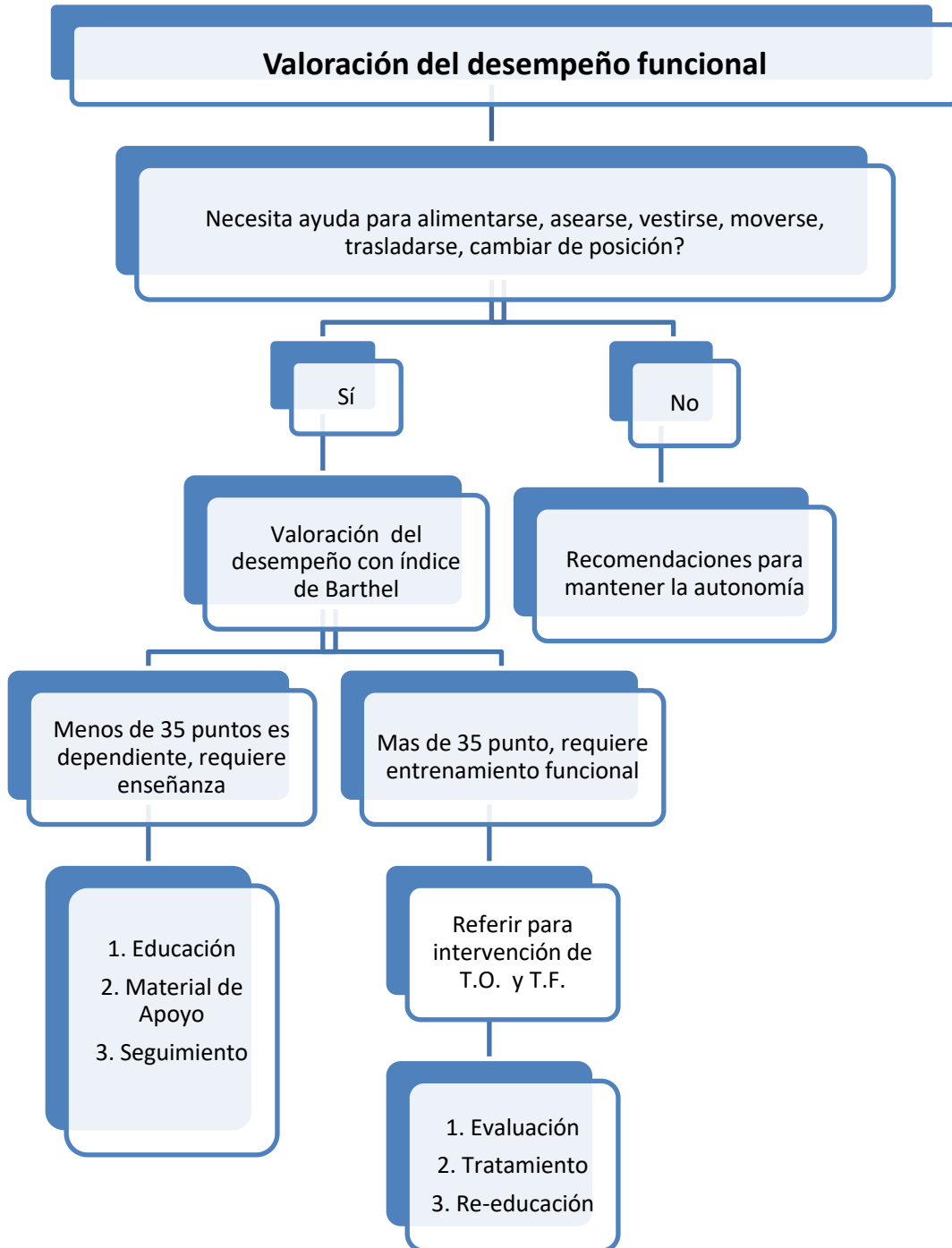
1. Algoritmo de valoración visual



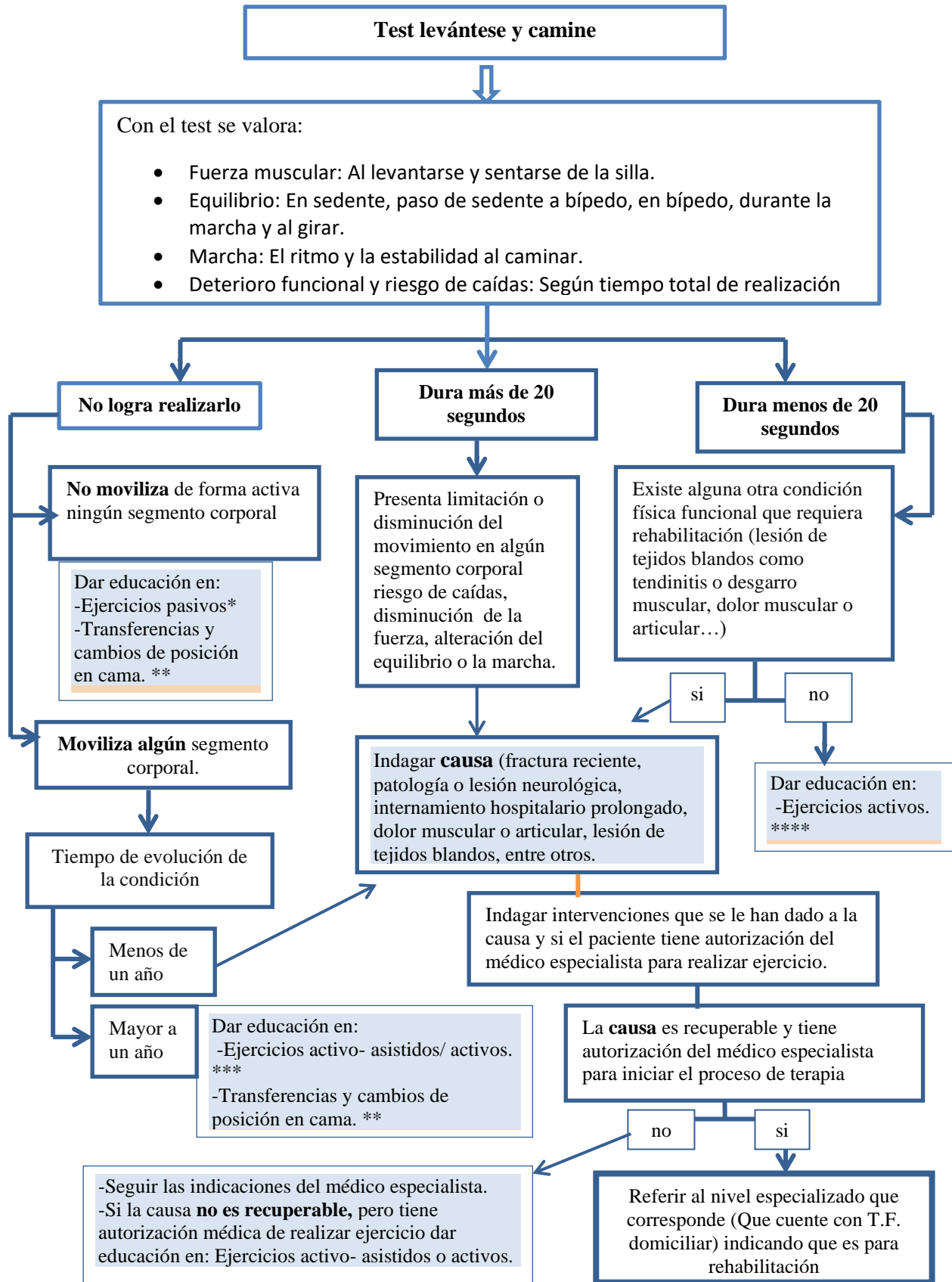
2. Algoritmo de valoración audición



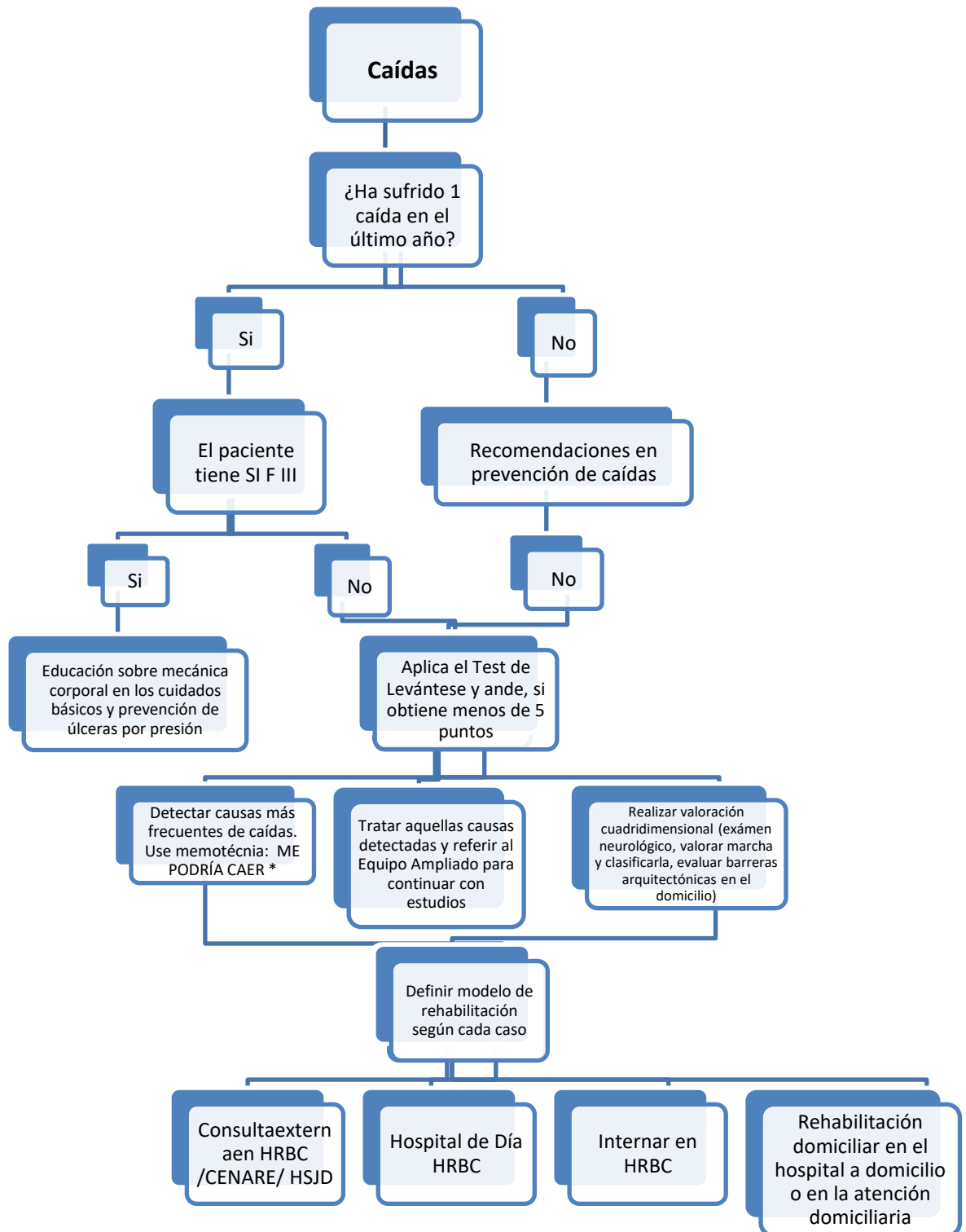
3. Algoritmo de valoración de desempeño funcional



4. Algoritmo de condición física- funcional para referir a terapia física



5. Algoritmo de caídas



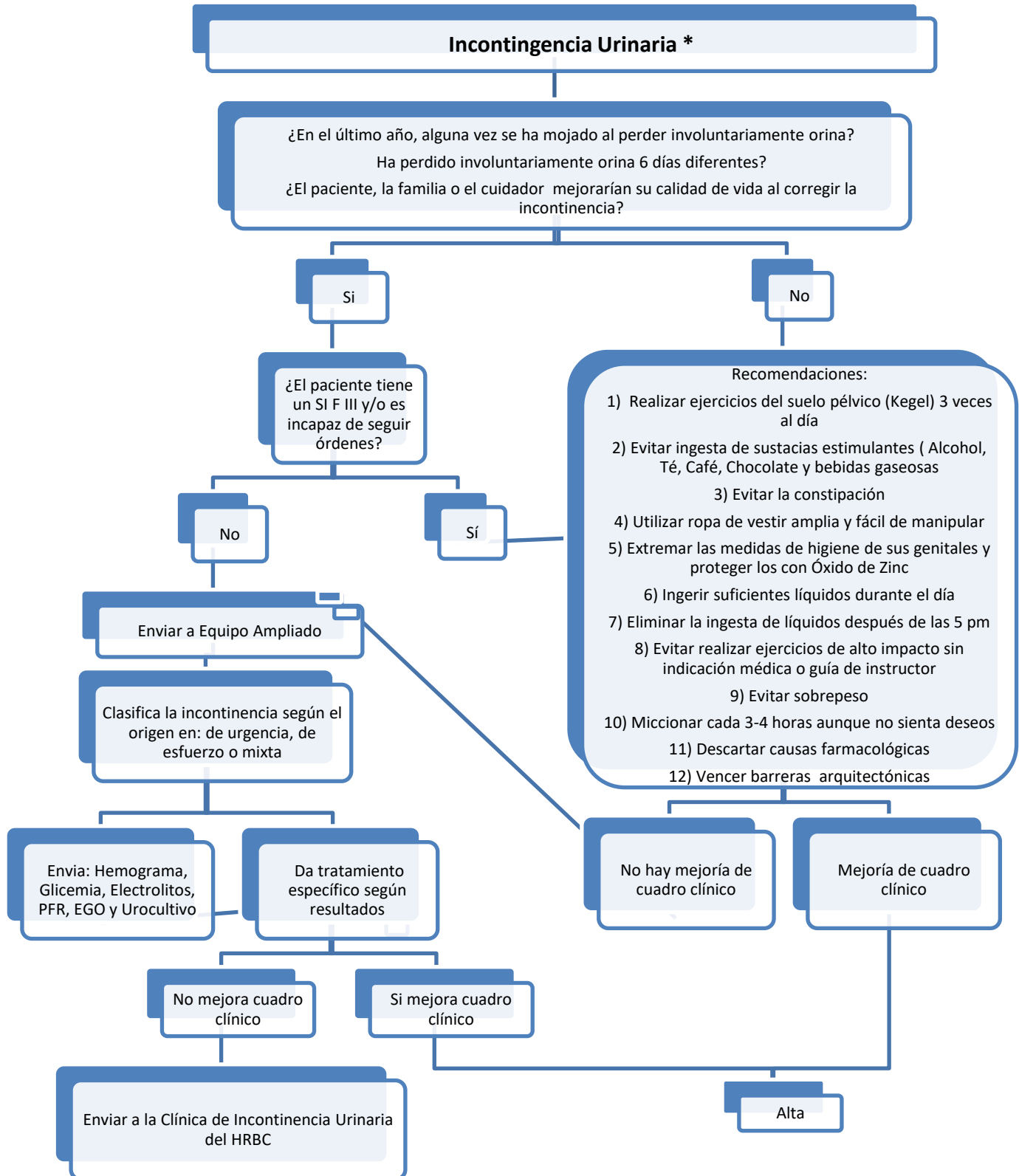
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 116
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Memotécnia *	
M	Medicación
E	enfermedad aguda
P	pérdida de peso
O	Ortostatismo
D	Dolor
R	rigidez (parkinsonismo)
I	Iluminación
A	Arritmia
C	casa (barreras arquitectónicas)
A	alteraciones visuales y auditivas
E	enfermedades articulares
R	riesgo social

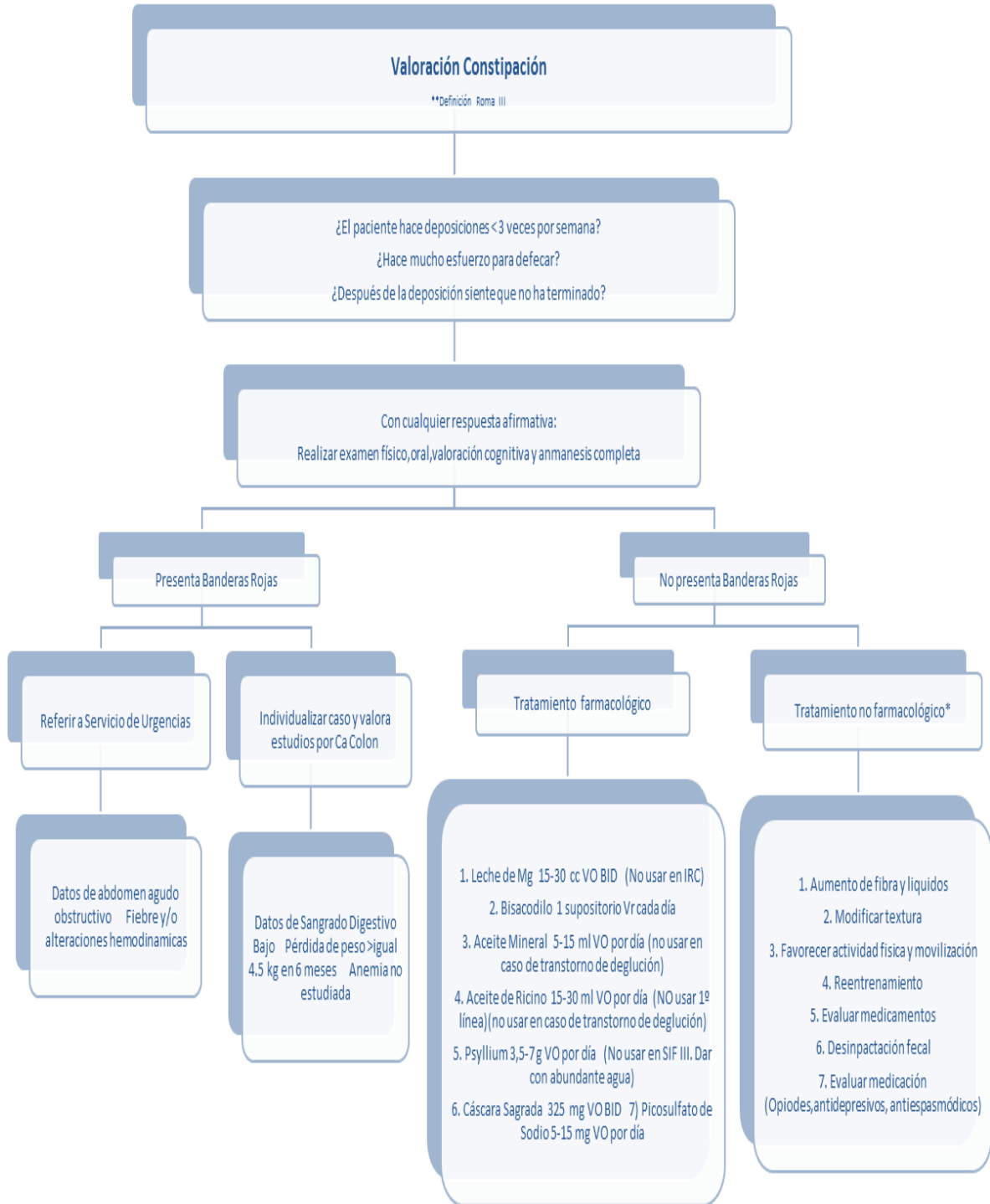
Recomendaciones para el AM:
1. Esperarse antes de incorporarse (antes de sentarse o ponerse de pie)
2. Usar lentes si los ocupa
3. Usar un tipo de calzado adecuado para deambular (evitar chancletas, tacones o pantuflas)
4. Usar los aparatos de descarga y de seguridad
5. Usar cacho o bidé
6. Vigilar y acompañar al AM para evitar caídas

Recomendaciones para la familia:
1. Evite el uso de productos de brillo para el piso
2. Usar luces guías o dejarlas encendidas durante la noche
3. Evitar obstáculos en el piso: alfombras, juguetes, desniveles, etc
4. Colocar agarraderas si es posible
5. Evitar distractores

6. Algoritmo de incontinencia urinaria



7. Algoritmo de constipación



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 119
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

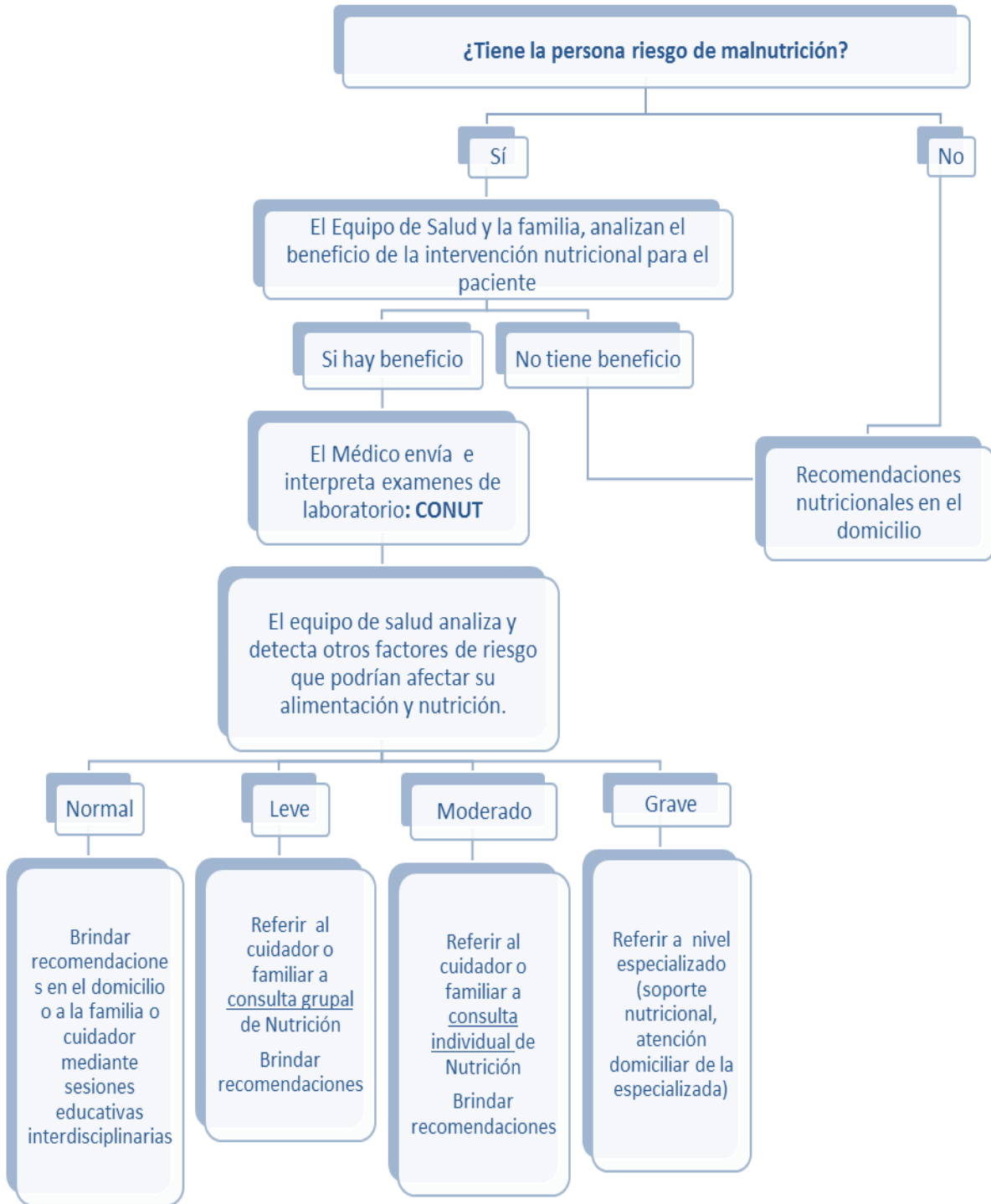
Recomendaciones tratamientos no farmacológicos*

1. Aumento de fibra y líquidos :Usar frutas y vegetales de temporada para líquidos y purés (papa, chayote, camote y zanahoria, agregar 2 cdas de aceite vegetal, avena en leche y yogurt
2. Modificar texturas: Dar dieta con texturas suaves (triturar en trozos o en puré)
3. Favorecer actividad Física :
 - a. Movilidad dentro lo posible
 - b. Movilizaciones pasivas si es SIF II o III
 - c. Masaje colónico (PREGUNTAR a Terapia Física)
4. Re-entrenamiento Colónico
 - a. Durante el desayuno tomar líquidos calientes
 - b. Pujar 30 min después de desayunar
 - c. No aguantar ganas de defecar
5. Evaluar medicamentos
 - a. Más comunes :analgésicos opioides, antidepresivos, anticolinérgicos, hierro, calcio bloqueadores, antihistamínicos, antiácidos con calcio
6. Desimantación fecal
 - a. Educación al cuidador respecto de la técnica para aplicar en caso necesario

Causas más frecuentes en constipación

- a. Malnutrición
- b. Deshidratación
- c. Patología Oral
- d. Trastorno de deglución
- e. Alteraciones cognitivas
- f. Trastornos depresivos
- g. Inmovilización
- h. Medicación
- i. Diabetes mellitus tipo II
- j. Hipotiroidismo
- k. Alteraciones metabólicas

8. Algoritmo de malnutrición



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 121
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Riesgo nutricional

El paciente realiza menos de tres tiempos de comida al día?
 Ha disminuido la cantidad de alimentos que consume en los últimos 10 días?
 Considera usted que el paciente ha perdido peso en el último mes?
 Consume en su mayoría alimentos líquidos como caldos, sopas, frescos, té o café y agua?
 La circunferencia de pantorrilla es menor de 31 cm?

Depresión

Problemas para tragar y/o masticar o lesiones orales
 Deterioro cognitivo
 Inadecuado estado de salud bucodental: falta de dientes o prótesis que no se ajustan
 Limitaciones socioeconómicas: inadecuada disponibilidad y acceso a los diferentes grupos de alimentos
 Polifarmacia: toma más de 4 medicamentos por día
 Red de apoyo: inadecuado apoyo familiar, negligencia activa o pasiva por parte del cuidador o la familia
 Presencia de alguna enfermedad asociada: Infecciones, enfermedades crónicas, inflamatorias, cáncer, trastorno gastrointestinal (nauseas, vómitos, diarreas)

Valoración del grado de desnutrición en la Herramienta

CONUT				
Parámetro	Grado de desnutrición			
	Normal	Leve	Moderada	Grave
Albúmina (g/dl)	3.5 - 4.5	3.0 - 3.49	2.5 - 2.9	<2,5
Puntuación	0	2	4	6
Linfocitos total /ml	<1600	1200 - 1599	800 – 1200	<800
Puntuación	0	1	2	3
Colesterol (mg/dl)	<180	140-180	100-139	>100
Puntuación	0	1	2	3
PUNTUACION				
TOTAL DEL FILTRO	0-1	(2-4)	(5-8)	<8

9. Esquema de Atención de odontológica en el domicilio según hallazgos frecuentes



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 123
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Posibles consejos al cuidador o familiares de la persona adulta mayor

- Reforzar o educar a los cuidadores o familiares en como deben de cepillar las piezas dentales para evitar posibles focos infecciosos, así como el aseo en encías y lengua
- En el caso de uso de prótesis, se indicará el uso de agua y jabón líquido antibacterial para el lavado de las mismas
- Colocar prótesis en la noche en un recipiente con agua y agua oxigenada en relación de 1 a 1 para la desinfección de las mismas
- En el caso que el paciente tenga dificultad para la apertura bucal , se enseñará técnica para poder mantener la boca abierta mientras se realiza el cepillado (montar dibujo demostrativo)
- Uso de aditamentos en el cepillo dental para un mejor agarre por parte del paciente con dificultad motora en manos o bien uso de cepillo eléctrico.

I Equipo ampliado en Odontología

Se realiza visita un día a la semana de 8 am a 12 md en conjunto con el equipo interdisciplinario (medico de familia y enfermera) , se valoran los pacientes ya citados por el servicio de REDES y que son confirmados un día antes por la compañera de enfermería.

Una vez llegados al domicilio el Doctor realiza la presentación del equipo y sus respectivas disciplinas ,se procede a la toma de signos y posteriormente odontología realiza el examen clínico, así como la anamnesis al cuidador o bien al paciente si presenta condiciones para responder, en el caso de uso de prótesis dentales se procede a valorarlas y si es del caso y requieren cambio se coordina cita con el Servicio de Prótesis para el reemplazo de las mismas , en lo que respecta al pago de las mismas nuestro servicio cuenta con contrato a terceros en laboratorio dental y tienen un costo de materiales los cuales se establecen a nivel central por la Dirección Financiera, en el caso de pacientes que reciben pensión por el Estado son sujetos a subvención de las mismas. Se pueden dar dos opciones de atención las cuales se explicaran a continuación :

- a. Atención intradomiciliar :Se realiza la primera vez en que Odontología visita el paciente, la odontóloga anda un kit para Exodoncias simples en el segmento anterior que no requieran mayor complejidad ,se da educación en salud oral e higienización en prótesis dentales , se solicita al cuidador traer el cepillo dental y se aprecian los implementos usados , así como la valoración de la capacidad motora que tenga el paciente para realizar un correcto cepillado o bien la higienización de las prótesis, debemos entender la parte de pudor de los pacientes que aun están en sus cinco sentidos con respecto a que otra persona les lave los dientes o bien las prótesis, es por esto que se llega a una negociación con ellos (as) para que les colaboren aunque sea en la noche para que de esta manera no se les cohíba en sus acciones y para también asegurarnos que durante el periodo nocturno donde se da una mayor proliferación de bacterias orales.

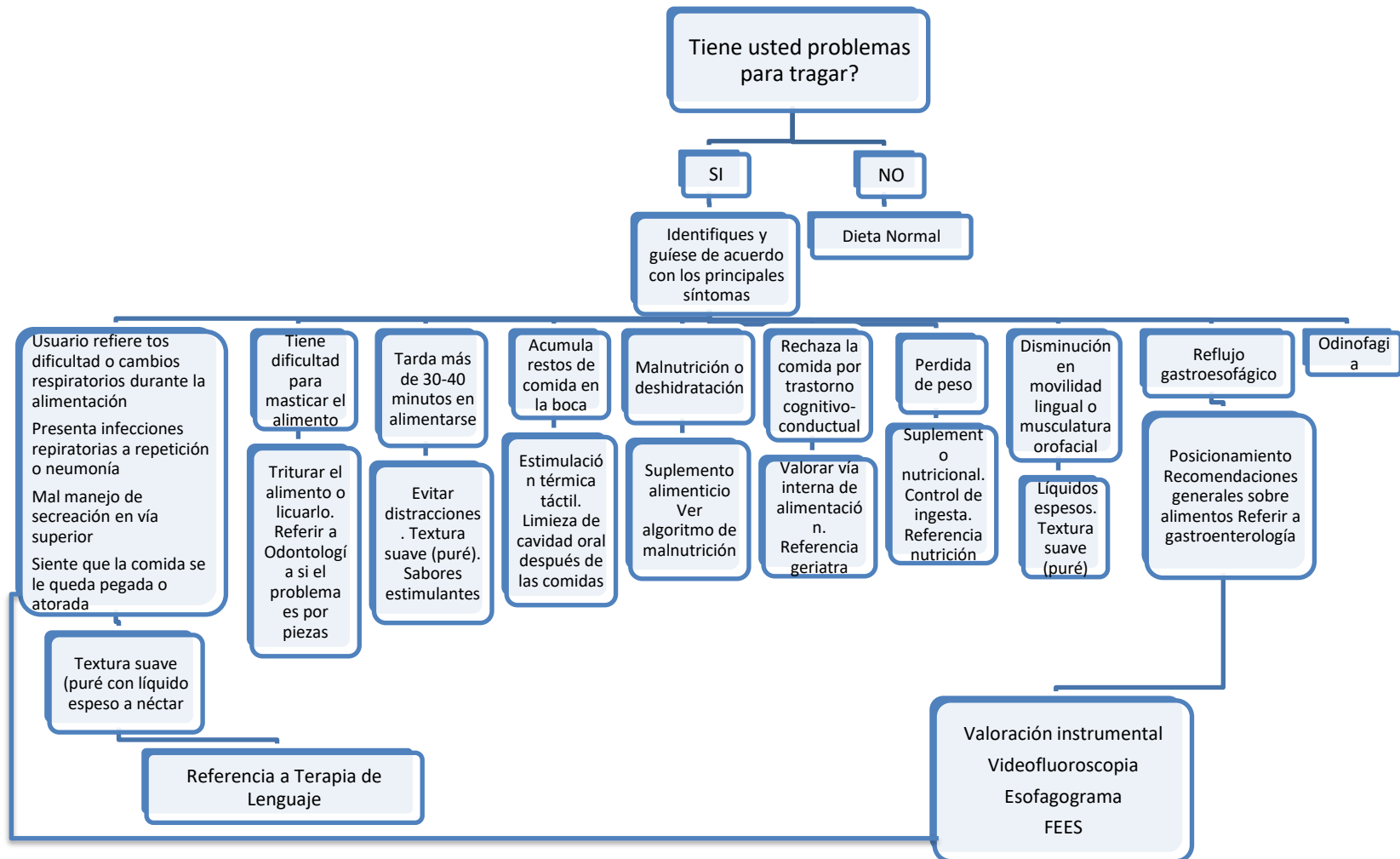
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 124
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- b. Atención intraconsultorio. Se destina un día a la semana en la tarde de 1pm a 3pm para esta modalidad debido a que estos pacientes requieren mayor tiempo para la atención , se procura dejar en esta cita sin ningún foco infeccioso y se coordina con el Servicio de Prótesis (II Nivel) en el caso que requieran restauración protésica. Por otra parte si el paciente esta con alguna indicación medica la cual requiera una sedación para la mejor atención odontológica se coordina con el Doctor y enfermera para el respectivo abordaje interdisciplinario o bien para la colocación de vías y monitoreo constante de signos y oxigenación.

En el caso que el paciente requiera traslado se coordina en primera instancia con familiares, cuidadores , transportes de la clínica o ambulancia, lo anterior es coordinado por la odontóloga.

En algunos casos se ha requerido trabajo en Red Articulada como por ejemplo con el CENARE y el Hospital Raúl Blanco Cervantes , lo anterior debido a que ya el paciente era atendido en el centro anterior citado y por que en el CENARE en pacientes sistémicamente comprometidos con mayor complejidad los sedan de manera total y se ven en sala.

10. Algoritmo de deglución

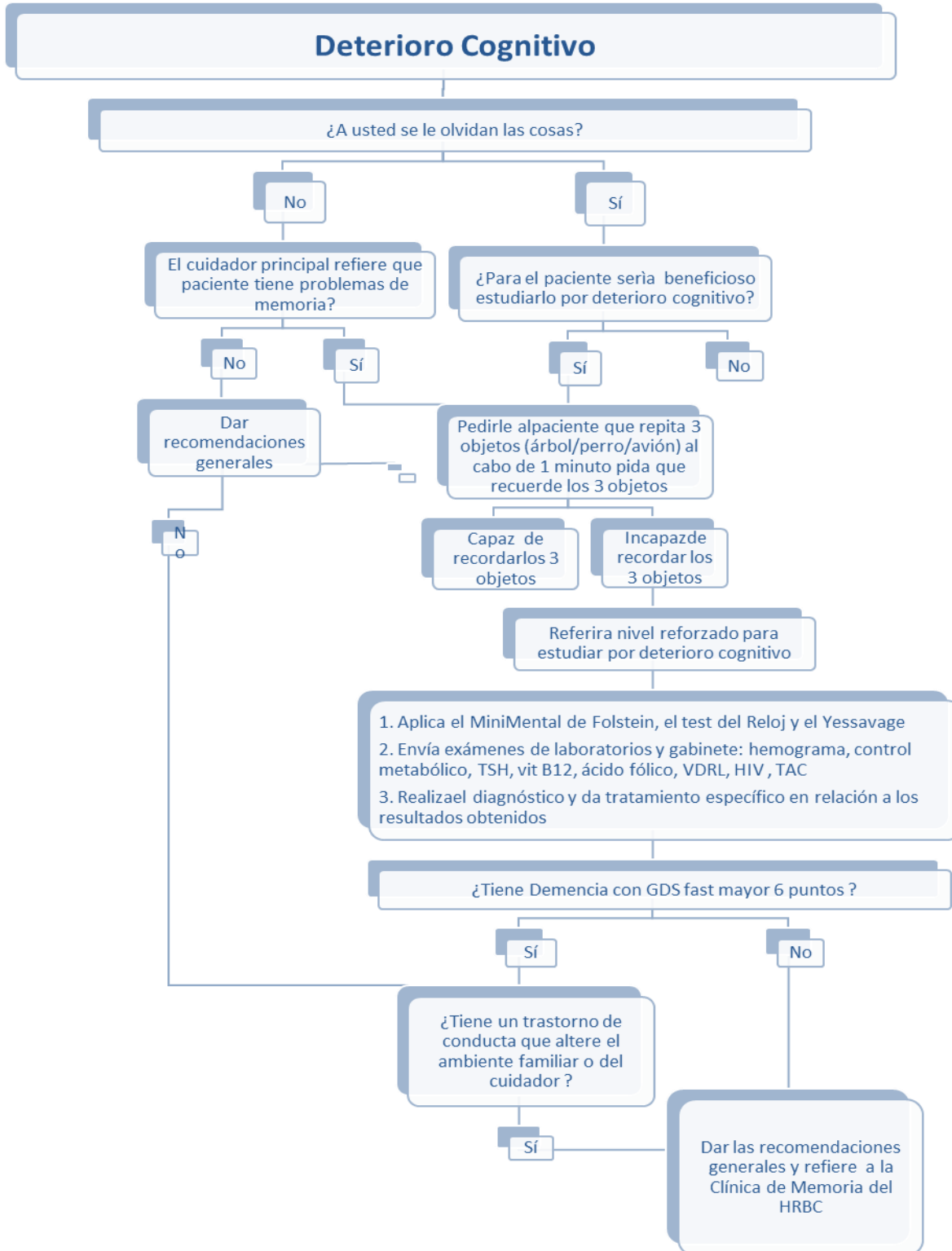


CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 126
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Recomendaciones

- Procurar un adecuado posicionamiento durante la alimentación, de ser posible sentado, o en su defecto para el usuario en cama: Elevar la cabeza y espalda superior lo más que se pueda (semisentado), colocar cuña en la espalda o almohadas, poner rollo o dona a nivel de la cabeza, mantener la cara del usuario de frente, trate de alinear correctamente cabeza, tronco, cadera y evitar que se incline a los lados. Mantener la postura hasta pasados 20 minutos tras la ingesta.
- Evitar distracciones y mantener el usuario alerta
- Dar pequeñas cantidades o utilizar una cuchara pequeña, permitir oler y probar
- No se debe mezclar consistencias líquidas con sólidas (como cereales y sopas), en lugar de esto alterne sólido-líquido, puede ayudarse con cremas o salsas homogéneas.
- Verifique que las prótesis dentales estén ajustadas y bien colocadas.
- Siempre se debe supervisar o asistir el proceso de alimentación
- Evitar los alimentos tostados, granos pequeños, duros, pegagosos, secos y de difícil masticación.
- Puede dar los medicamentos machacados o con líquido espeso.
- El valor nutricional de toda dieta modificada debe ser cuidadosamente monitorizado.
- Asegúrese que el paciente haya tragado el bocado que tiene en la boca antes de pasar al otro, No lo apure pero no permita que detenga la masticación o el tragado
- Si no hay cambios positivos y los signos de broncoaspiración persisten referir al nivel especializado.
- Para espesar los líquidos puede utilizar espesantes comerciales o productos como las féculas o gelatinas sin sabor.
- Para realizar el suave (puré) triture los alimentos con un procesador o tenedor hasta eliminar los grumos.
- Para realizar la estimulación térmica táctil utilice diferentes sabores (ácido, dulce, salado, amargo) temperaturas frías, tibias, calientes y diversas texturas (áspero, suave, rugosa, lisa, etc.) haciendo masajes por fuera y dentro de la boca.

11. Algoritmo de deterioro cognitivo



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 128
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Recomendaciones generales AM:

Recomendaciones generales AM:

1. Mantener al AM en un ambiente familiar y con una rutina bien establecida.
2. Incluya al AM en todas las actividades cotidianas familiares
3. Dedique tiempo para realizar las actividades diarias con el AM
4. Fomente en el AM seguir haciendo las actividades que usualmente realiza y facilite esta acción mediante la imitación (que se abotónela camisa,)
5. Establezca horarios para ir al baño o entrenar para el control de esfínteres
6. Favorezca las actividades recreativas como: manualidades, pasatiempos, juegos de mesa, lanzar una bola, oír música, sensaciones con olores, texturas (harina, plastilina), recordar el pasado con fotos o presentar láminas de lugares y que cuente una historia; manteniéndolo activo al AM durante el día para que duerma mejor de noche,
7. Estimule al AM haciendo actividades como: reconocer arriba-abajo, derecha-izquierda, encontrar semejanzas y diferencias, encontrar objetos perdidos en una imagen, analogías, presentar objetos y pedir que haga una frase de lo que vio, leer el periódico, ver TV y comentar las noticias, con un almanaque pedir al adulto que señale el día, mes, año y hora (mañana, tarde o noche), reconocer en que mes se celebra cada festividad, reconocer donde vive, frente al espejo pregunte cosas sobre su aspecto
8. Realizar ejercicios físico de relajación diariamente

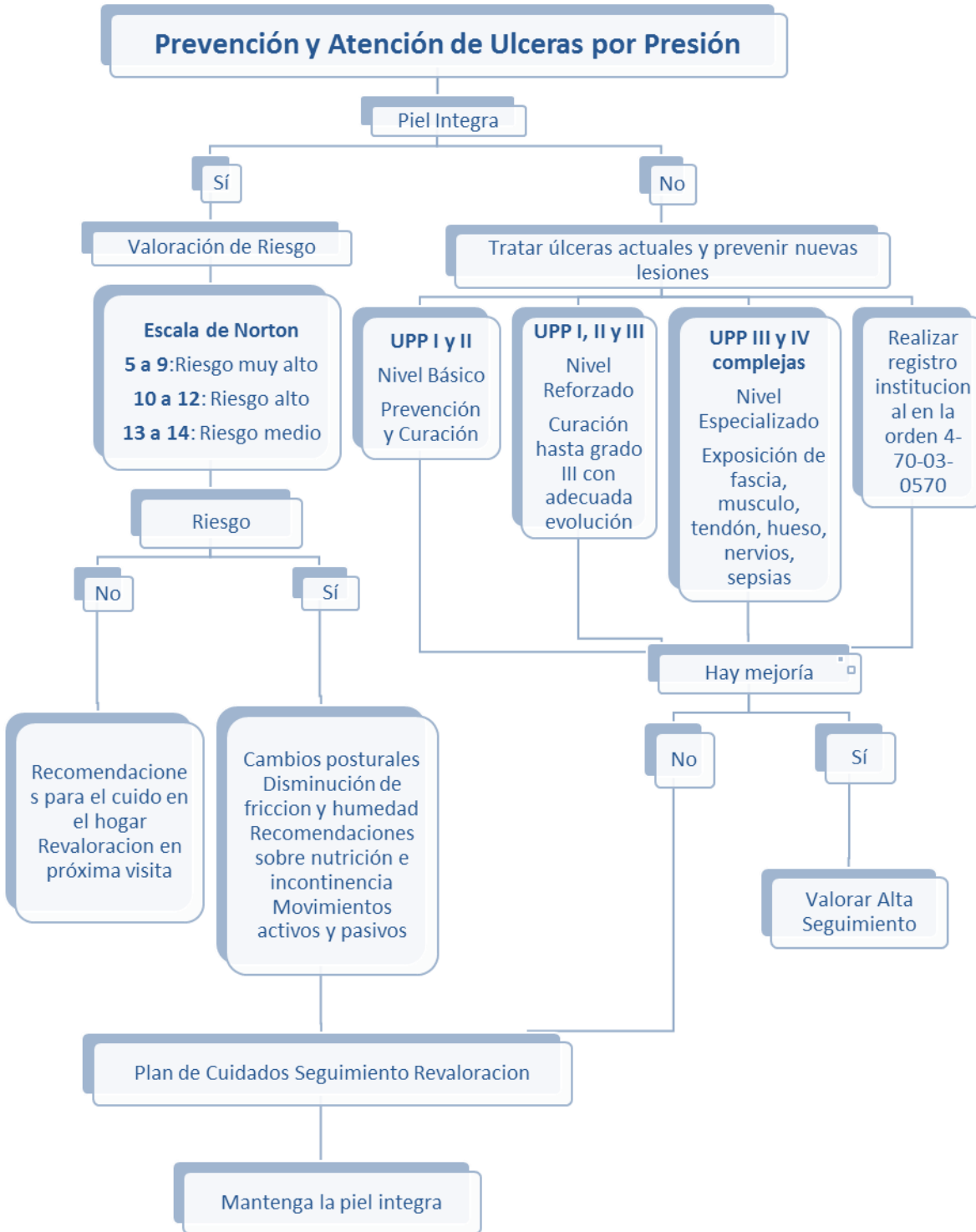
Recomendaciones generales cuidador :

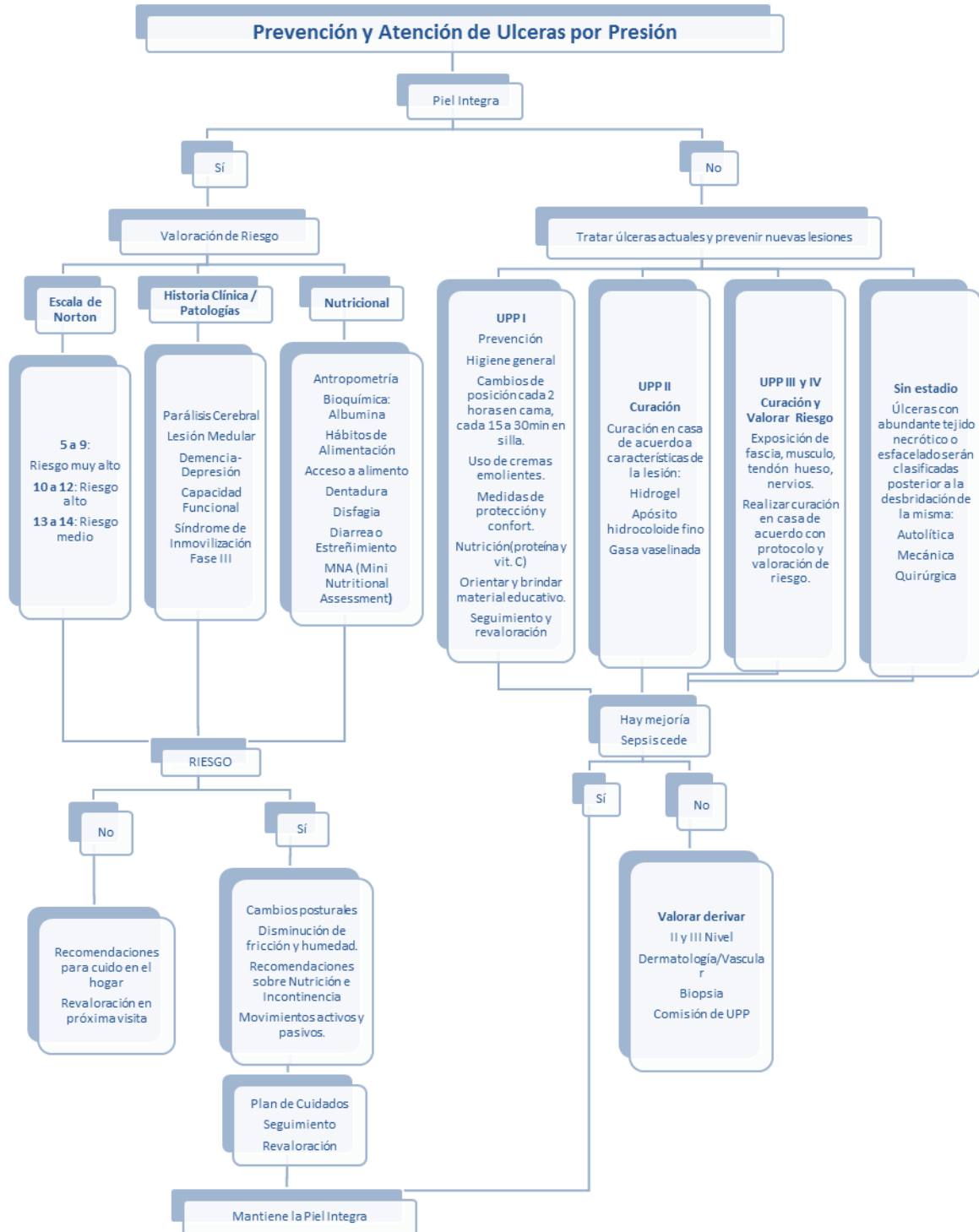
1. Debe tomar descansos regularmente y haga actividades placenteras
2. Debe buscar un grupo de apoyo
3. Conozca la enfermedad
4. Reconozca las señales de alerta de tensión

Recomendaciones generales para la familia:

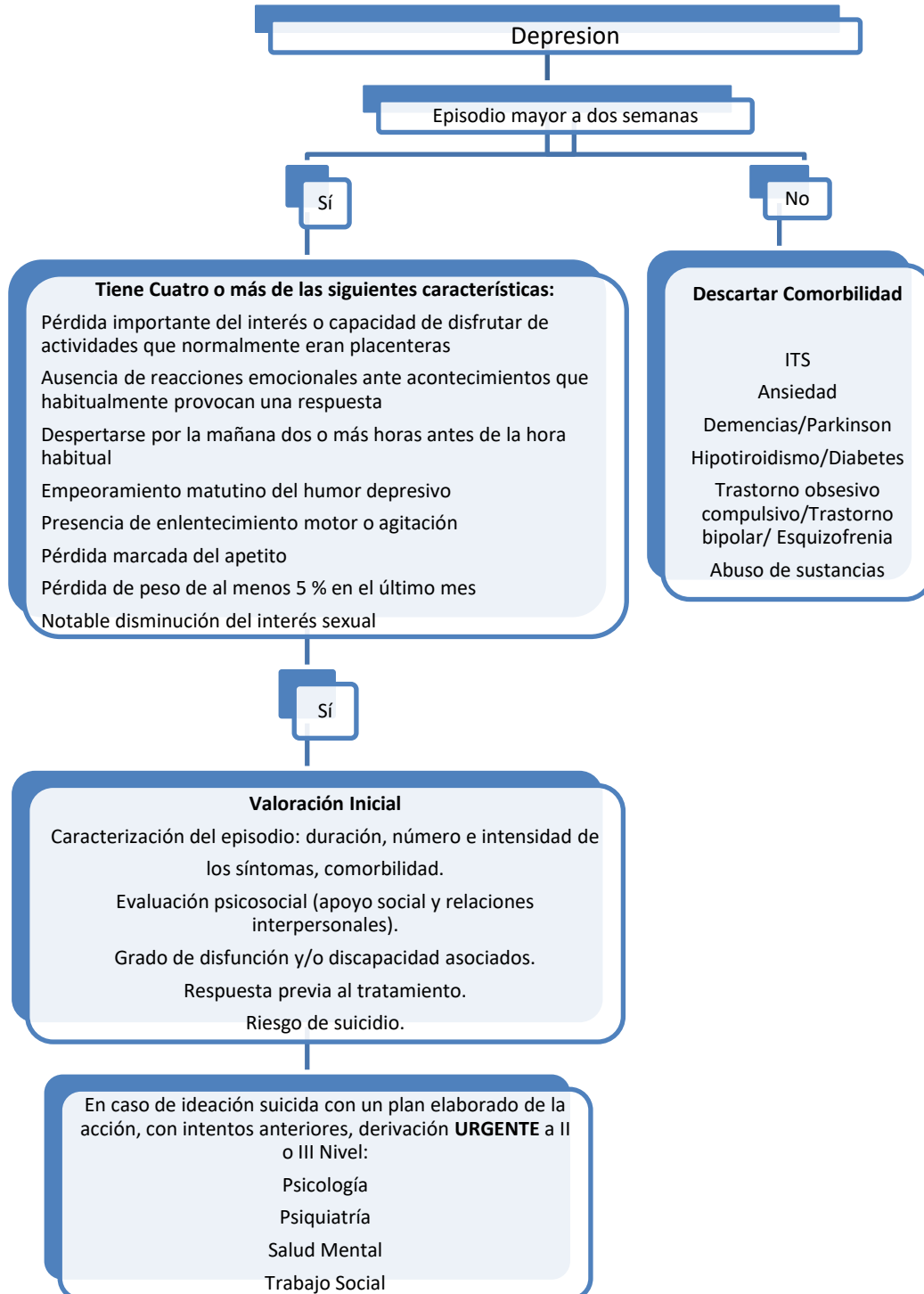
1. Organice a la familia para compartir el cuidado del AM (utilice relevos)
2. Los participantes del cuidado del AM debe estar informado de la rutina y del tratamiento médico del AM
3. Asesórese sobre las implicaciones legales y económicas de un eventual diagnóstico de demencia, para evitar abuso patrimonial

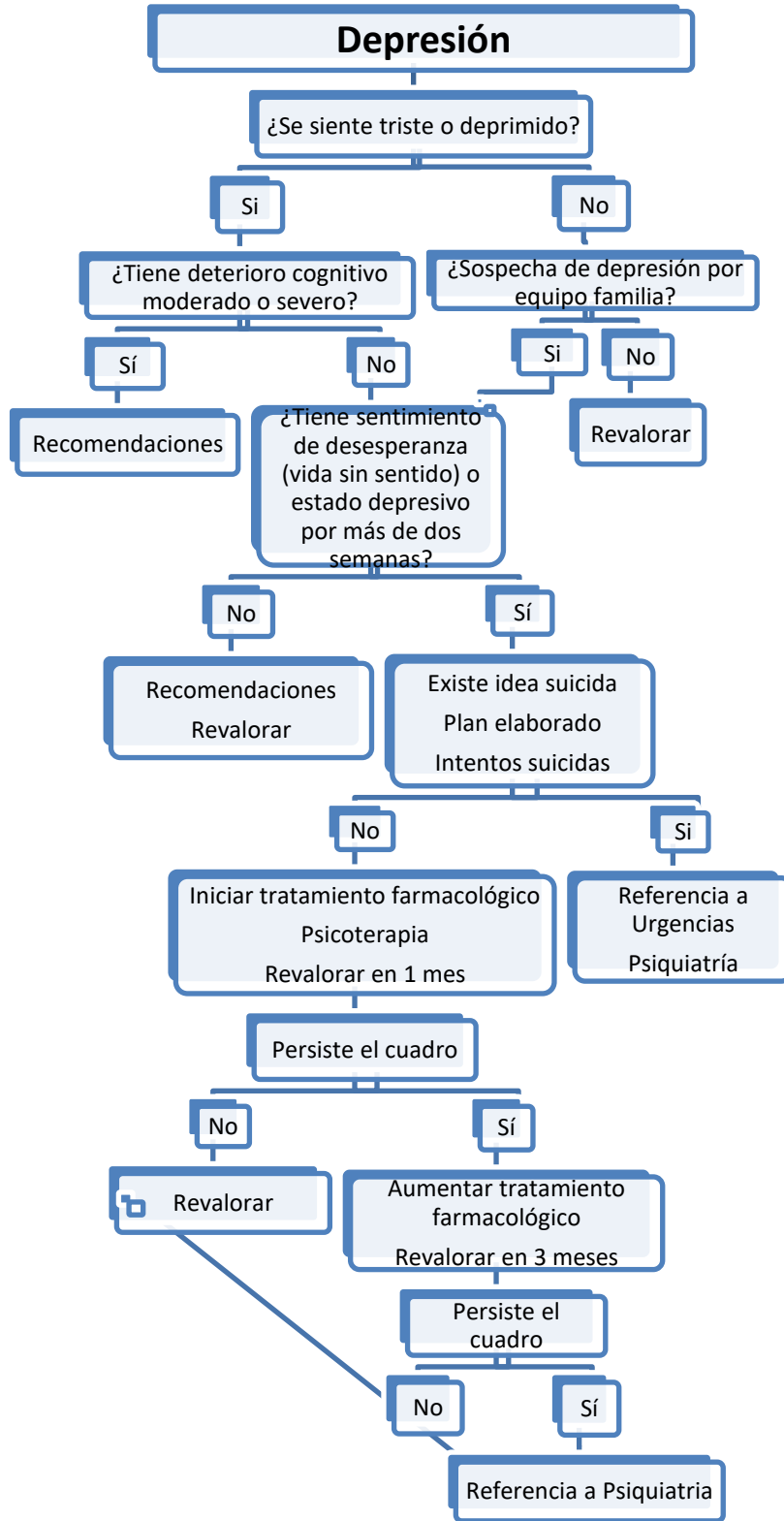
12. Algoritmo de úlceras



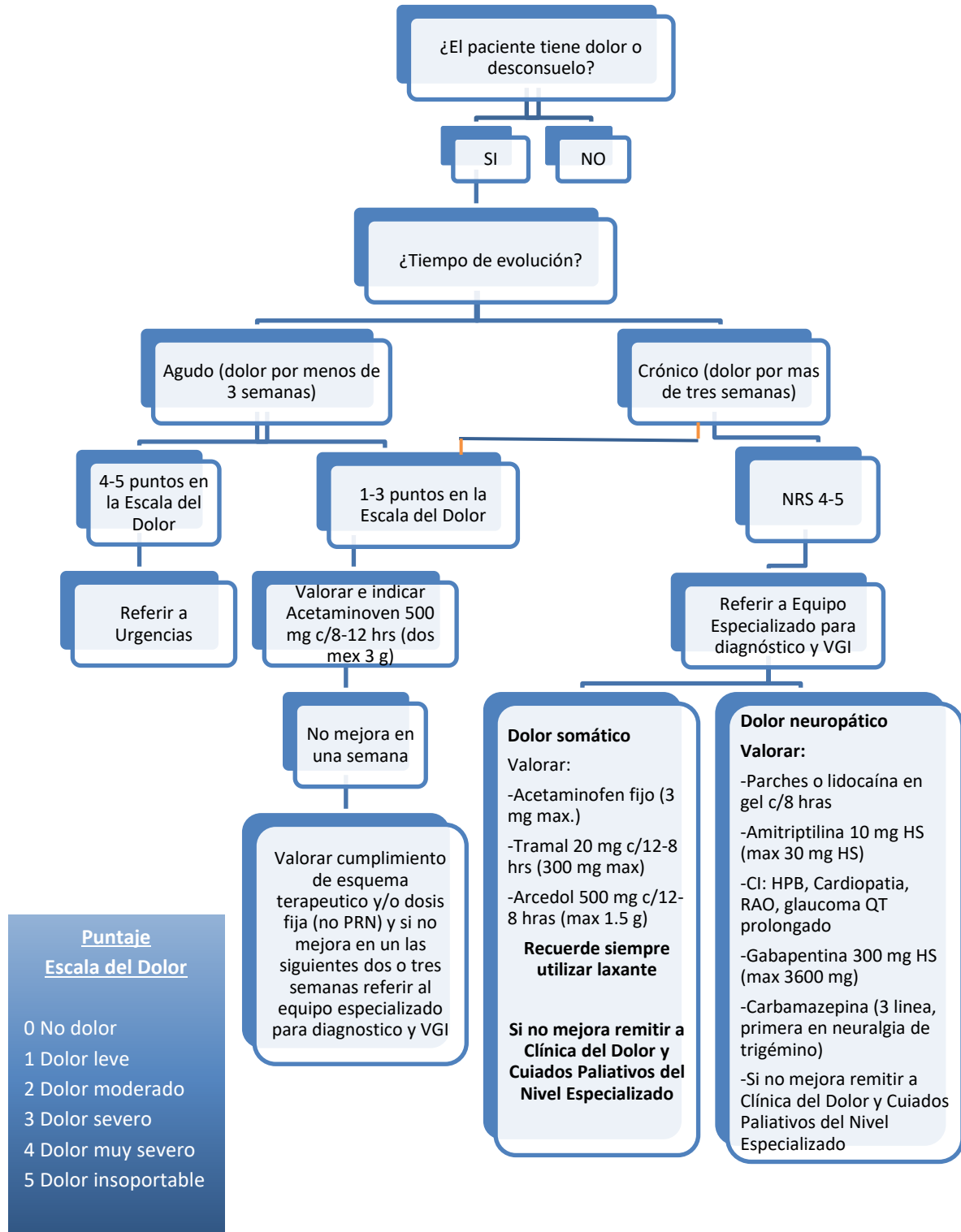


13. Algoritmo de depresión

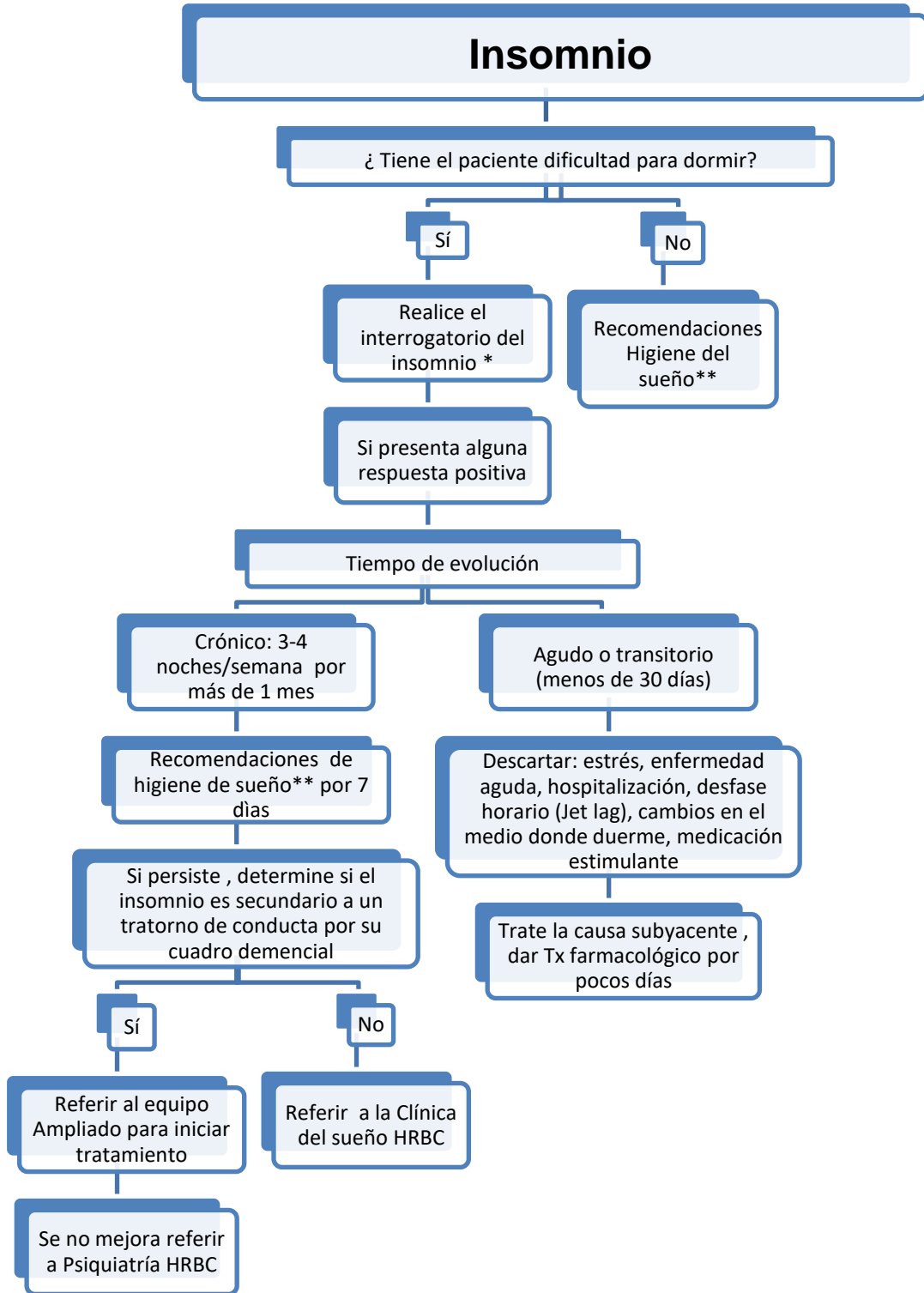




14. Algoritmo de dolor



15. Algoritmo de insomnio



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 135
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Interrogatorio Insomnio*:

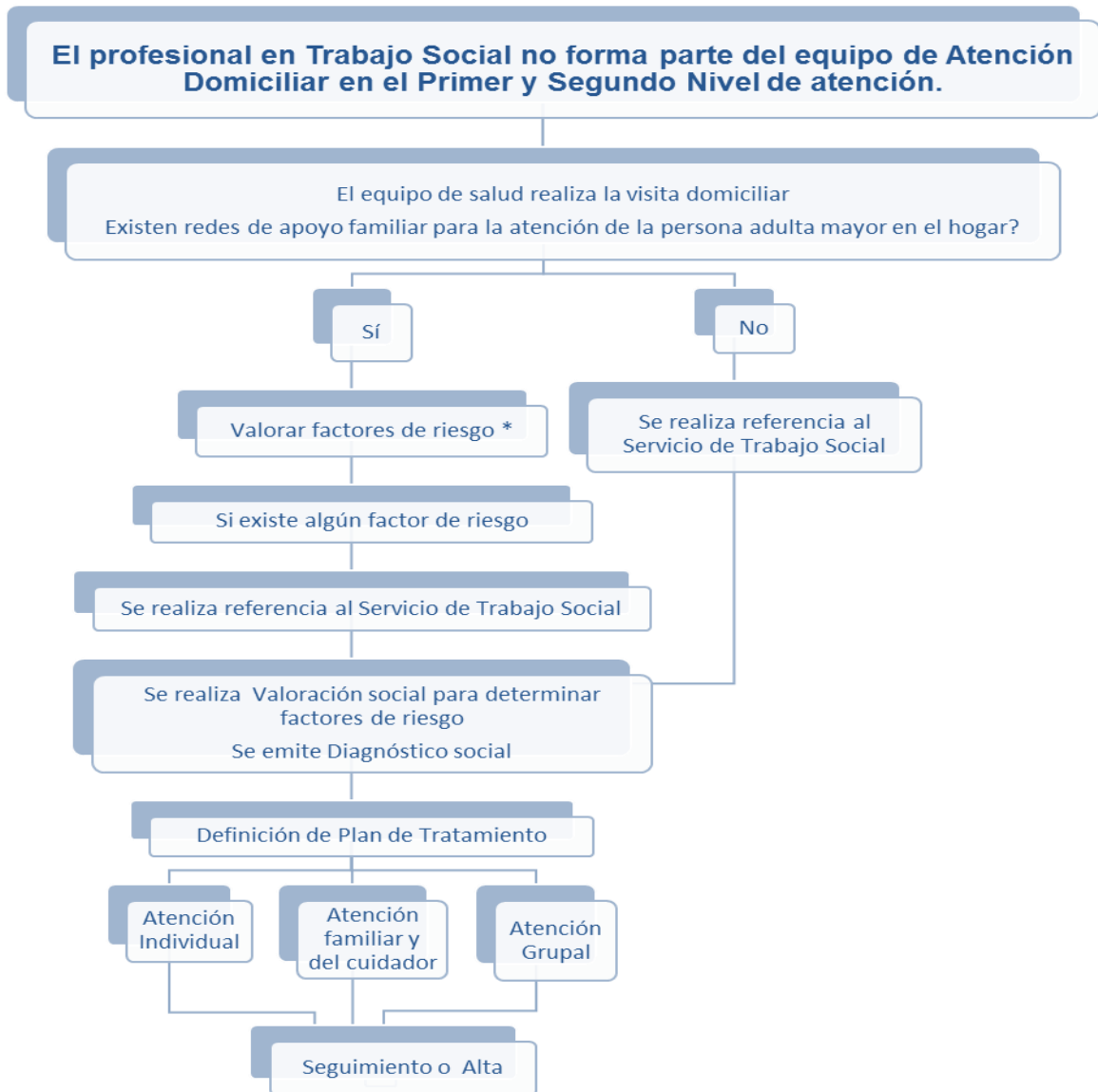
1. Obtenga una historia detallada del patrón de sueño , defina si el insomnio aparece al iniciar el sueño o luego de haber dormido algunas horas
2. Determinar si aparecen otros síntomas como: parestesias o movimientos incontrolables de los miembros inferiores, despertares frecuentes, ronquidos, apneas
3. Evalúe factores relacionados con el estilo de vida: consumo de alcohol, tabaco, café, actividad física, intelectual, social y medidas de higiene de sueño

Recomendaciones - Higiene del sueño**:

1. Mantener un horario regular para levantarse en la mañana.
2. Mantener un tiempo de sueño regular.
3. No ir a la cama a menos que tenga sueño.
4. Disminuir las siestas a menos de 30 minutos o eliminarlas.
5. Realizar ejercicios durante el día, pero no cerca del horario de dormir.
6. No usar la cama para leer o mirar televisión.
7. Realizar ejercicios de relajación antes de acostarse.
8. Si tiene hambre comer algo liviano (excepto síntomas de reflujo gastroesofágico o contraindicación médica), pero evitar comidas pesadas en horario de dormir.
9. Limitar o eliminar el consumo de alcohol, cafeína y nicotina especialmente antes de acostarse.
10. Mantener una rutina de preparación para ir a la cama.
11. Controlar el ambiente donde duerme con temperatura confortable, silencio, oscuridad.
12. Usar ropa confortable para dormir.
13. Si el paciente no puede dormirse después de 30 minutos, salir de la cama, realizar alguna actividad relajante (escuchar música suave o leer con luz tenue), pero evitar exposición a la luz brillante.

16. Algoritmo de riesgo social

Intervención del Equipo de Salud en la Atención a factores de riesgo social relacionados con las redes de apoyo de la persona adulta mayor

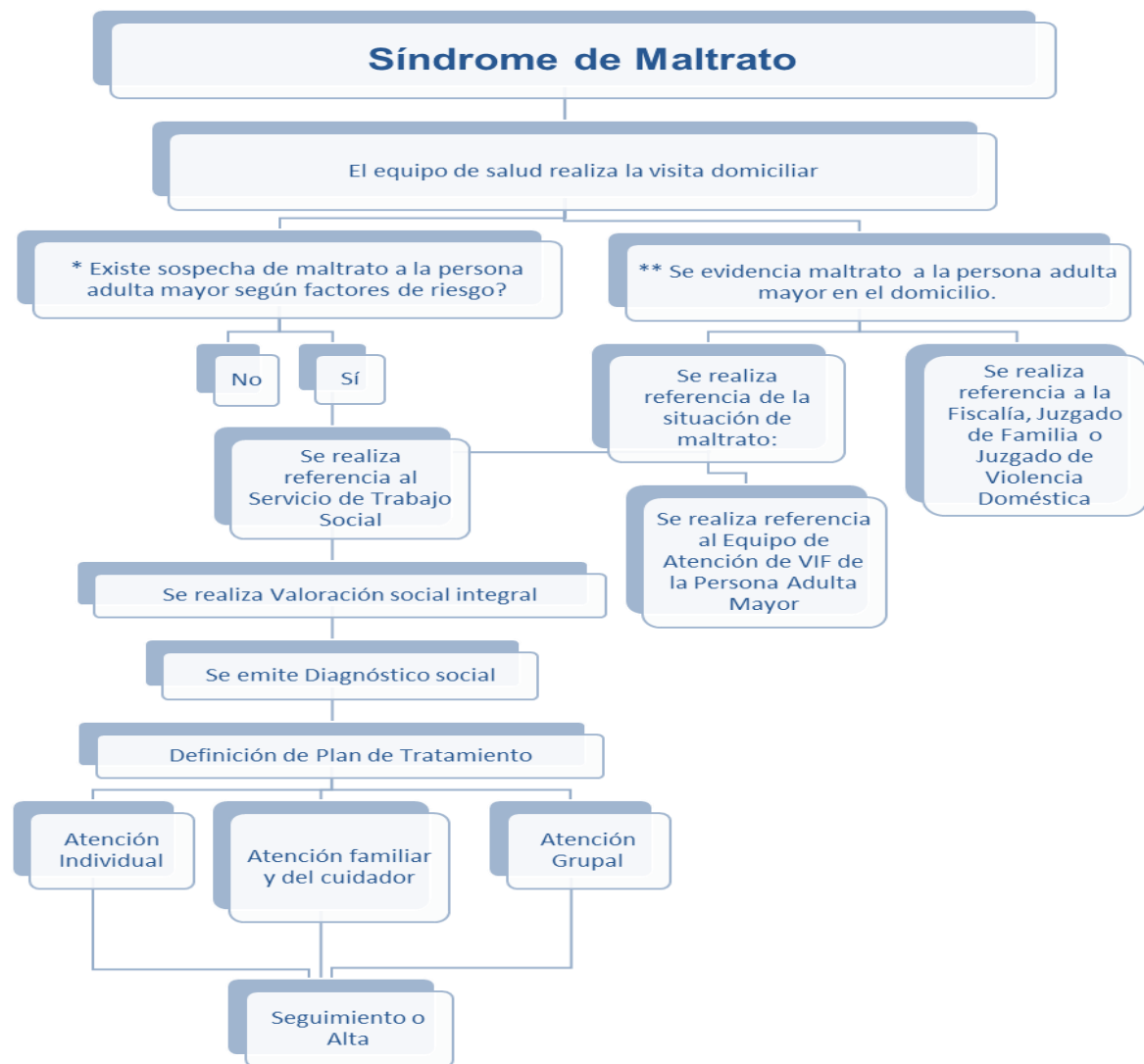


* Valoración de factores de Riesgo:

- Organización para el cuidado (familiar o comunal)
- Recargo en el cuidador/a (directa o indirecta)
- Síndrome de desgaste en la persona cuidadora.
- Conflictiva familiar.
- Condiciones ambientales
- Como se ejerce el cuidado? (higiene personal, adherencia al tratamiento, curaciones).

Fuente. Elaboración propia con información suministrada por Profesionales en Trabajo Social del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención, 2015.

17. Algoritmo de maltrato



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 138
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

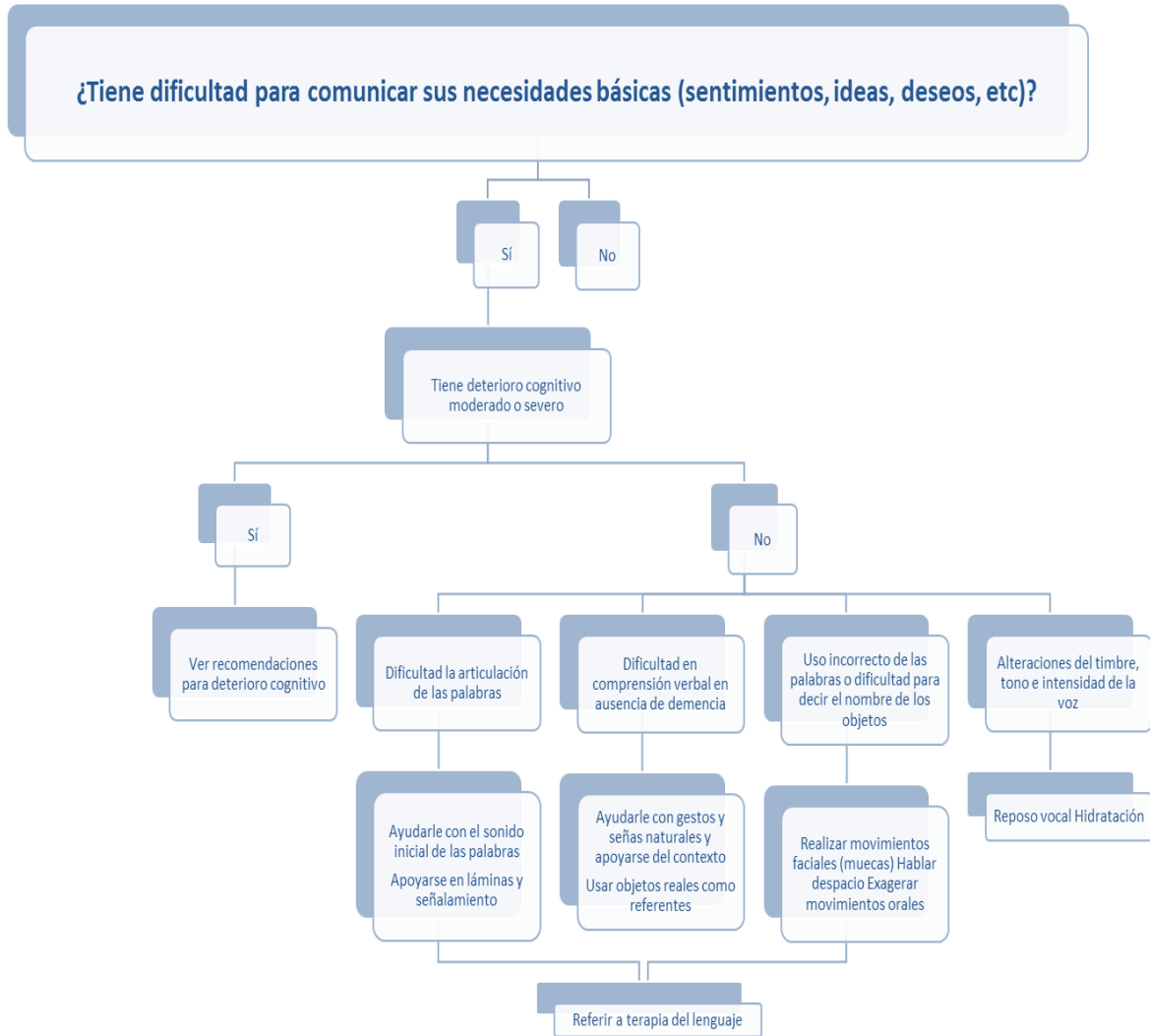
*** Valoración Factores de Riesgo:**

- Abandono/negligencia: Rechazo Familia, descuido en el aseo personal, mala nutrición, no adherencia al tratamiento.
- Patrimonial: No maneja cuentas de ahorro, pensión, refiere que le quitaron su propiedad o la obligaron a firmar documentos.
- Se siente a gusto en su casa con la compañía con quien vive.
- Psicológica: Ansiedad, depresión, aislamiento, deterioro cognitivo, amenazas, gritos, conflictiva familiar.
- Lo anterior, según criterios de valoración geriátrica Cuadrifuncional.

**** Evidencia de maltrato:**

- Lesiones evidentes y manifiestas (heridas, moretones)
- Sexuales: Lesiones en órganos genitales, compulsividad por el baño.

18. Algoritmo de comunicación



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 140
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Recomendaciones

- El reposo vocal consiste en mantener periodos de silencio absoluto, 3 veces al día, por 30 minutos aproximadamente, no se puede susurrar y no cuentan las horas de sueño.
- El plan de hidratación vocal consiste en tomar agua (cuando no existan contraindicaciones médicas) 8 vasos al día, y realizar inhalaciones de vapor de agua 1 vez al día, durante 5-10 minutos, preferiblemente por las noches.
- Minimizar el ruido ambiental y colóquese de frente al usuario con los labios alineados a los de ellos.
- Ponga atención a la estructuras de sus frases cuando habla y expresa algo importante.
- Use ayudas visuales como imágenes y palabras, para ayudar a reforzar la información.
- Haga preguntas abiertas y escuche con atención.
- Incluya al adulto mayor en las conversaciones.
- Use lenguaje directo, concreto y sencillo, evite hablar rápido.
- Verifique que le entiende durante la conversación
- Mantenga una comunicación positiva y un tono adecuado.
- Use señas o su cuerpo para comunicarse

Anexo 6

Paso 2. Intervención profesional de medicina

Propuesta de Ficha de Tamizaje al Cuidador para identificar Síndrome Burnout

Nombre de la persona adulta mayor		
Nombre del cuidador		
Tamizaje por sobrecarga en el cuidador	SI	NO
1. Sentimiento de tristeza o de mal humor		
2. Problemas para comer o come mucho		
3. Llanto fácil o con mayor frecuencia		
4. Poca energía		
5. Sensación de que ya no tiene tiempo para sí mismo		
6. Problemas para dormir o para levantarse en la mañana		
7. Visita menos que antes a sus amigos y parientes		
8. Perdió interés en sus pasatiempos o en las cosas que acostumbra hacer con sus		
9. Enojo con la persona que cuida u otras personas o situaciones		
Necesidad de tamizar en próxima cita por S. de "Burnout" del cuidador	TOTAL \geq 7 PTS	

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 141
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>


Anexo 7

Directorio de contactos para coordinar apoyo a equipos básicos y Ampliados de profesionales como terapeuta físico, odontólogo, terapeuta de lenguaje u otros según perfil de persona adulta mayor atendidos

Tipo de Equipo	Establecimiento de Salud	Contacto	Teléfono
Especializado	Unidad de Geriatría Comunitaria. Hospital Nacional de Geriatría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes		
	Unidad de Hospitalización Domiciliar Hospital San Juan de Dios		
Ampliado	Área de Salud de Tibas-Uruca-Merced		
	Área de Salud de Tibás		
	Área de Salud de Pavas		
	CAIS/Area de Salud Desamparados 1		
	Área de Salud de Puriscal-Turubares		
	Área de Salud de Hatillo (Dr. Solom Núñez)		
	Área de Salud de Mata Redonda-Hospital		
Básico	Área de Salud La Carpio/León XIII		
	Área de Salud Desamparados 3		
	Área de Salud Desamparados 2		
	Área de Salud de Alajuelita		
	Área de Salud de Aserrí		
	Área de Salud Mora-Palmichal		
	Área de Salud Paso Ancho y San Sebastián		

Anexo 8

Boleta de notificación sospecha de reacción adversa a un medicamento.



CONFIDENCIAL

NOTIFICACION DE SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A UN MEDICAMENTO

CNFV ID N°

Nombre paciente:

Cédula:

Género: Masculino Femenino Peso (kg): Edad:

MEDICAMENTO (S)*			Dosis diaria	Via de adm.	Fecha de tratamiento		Motivo de la prescripción
Nombre	Laboratorio	N° de Lote			Inicio	Final	

<p>Tipo de notificación <input type="radio"/> Reacción adversa</p> <p> <input type="radio"/> Falla terapéutica</p> <p>Reacción adversa (describa el evento)</p>	<p>Fecha del evento</p> <p>Inicio Final</p>	<p>Desenlace</p> <p><input type="checkbox"/> Persiste</p> <p><input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas</p> <p><input type="checkbox"/> Recuperado sin secuelas</p> <p><input type="checkbox"/> Mortal</p> <p><input type="checkbox"/> Otros (describa)</p>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<input style="width: 90%;" type="text"/>	<input style="width: 40%;" type="text"/> <input style="width: 40%;" type="text"/>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

<p>1) La reacción mejoró al retirar el medicamento:</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido</p>	<p>3) Se presentó de nuevo la reacción (en reexpo):</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>
<p>2) Hubo reexposición al medicamento:</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Desconocido</p>	<p>4) Requirió ingreso hospitalario:</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No</p>

OBSERVACIONES ADICIONALES:
(Emplee hojas adicionales si lo requiere)

NOTIFICADOR:

Nombre: _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Lugar de trabajo: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de reporte: _____

Firma y sello

Código:

Contáctenos: www.ministeriodesalud.go.cr

Anexo 9

Algoritmo Karch y Lasagna modificado por Naranjo y colaboradores (OPS).

Algoritmo	Si	No	Se desconoce	Puntuación
1. ¿Existen evidencias previas o concluyentes sobre la reacción?	+1	0	0	
2. ¿La RAM apareció después de administrar el medicamento sospechoso?	+2	-1	0	
3. ¿La RAM mejoró al suspender el medicamento o al administrar un antagonista específico?	+1	0	0	
4. ¿La RAM reapareció al readministrar el medicamento?	+2	-1	0	
5. ¿Existen causas alternativas, diferentes del medicamento, que puedan explicar la RAM?	-1	+2	0	
6. ¿Se presentó la RAM después de administrar un placebo?	-1	+1	0	
7. ¿Se determinó la presencia del fármaco en sangre u otros líquidos biológicos en concentraciones tóxicas?	+1	0	0	
8. ¿La RAM fue más intensa al aumentar la dosis o menos intensa al disminuir la dosis?	+1	0	0	
9. ¿El paciente ha tenido reacciones similares al medicamento sospechoso o a medicamentos similares?	+1	0	0	
10. ¿Se confirmó la RAM mediante alguna evidencia objetiva?	+1	0	0	
PUNTAJE TOTAL				

Puntaje total y resultados de la asociación. Se suman los puntos obtenidos y se clasifica la RAM:

PROBADA: Puntaje ≥ 9

PROBABLE: Puntaje 5 - 8

POSIBLE: Puntaje 1 - 4

DUDOSA: Puntaje ≤ 0

Puntaje máximo posible: 13

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 144
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Anexo 10

Recomendaciones para el educación nutricional al cuidador o familiar de la persona adulta mayor atendida en el domicilio.

Las personas adultas mayores deben tener una alimentación variada como prevención y tratamiento, porque los alimentos le dan al cuerpo las sustancias nutritivas que necesita para funcionar adecuadamente. La familia debe identificar situaciones que puedan ocasionar alteraciones nutricionales y pérdida de peso en estas personas, preguntándose:

1. ¿Deja más de la mitad de los alimentos que se le sirven?
2. ¿Realiza menos de tres comidas al día?
3. ¿Prefiere consumir alimentos líquidos que sólidos?
4. ¿Presenta vómitos, diarrea, náuseas, que hace que disminuya el consumo de alimentos?
5. ¿Ha disminuido el consumo de alimentos de origen animal?
6. ¿Ha cambiado la textura de la comida por alguna situación especial?

Si se identifica uno o varios de los aspectos señalados anteriormente, quiere decir que debemos mejorar la alimentación. Para ello recordemos:

- Realice seis tiempos de comida al día (desayuno, merienda, almuerzo, merienda, cena y merienda nocturna).
- Mantenga los mismos horarios de comida y no se salte ninguno.
- Mantenga un ambiente familiar tranquilo, agradable, para que la persona se sienta a gusto y especialmente en los momentos de comer.
- Hasta donde sea posible, consulte a la persona adulta mayor lo que desea comer.
- Recuerde que los alimentos deben ser servidos en forma agradable, apetitosa y a la temperatura adecuada según el gusto de la persona.
- Ofrezca una alimentación balanceada, es decir que consuma diariamente todos los grupos de alimentos en los diferentes tiempos de alimentación:
 - Cereales, leguminosas y verduras harinosas
 - Vegetales y frutas
 - Productos de origen animal
 - Grasas y azúcares
- Evite utilizar condimentos artificiales. Prefiera condimentos naturales, como ajo, cebolla, chile dulce, culantro, apio, orégano, entre otros.

Ejemplo de menú

Desayuno

Café con ½ taza de leche
 Gallo pinto ½ taza
 Tortilla comercial 2 unidades
 Queso tierno 1 tajada o 1 huevo

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 145
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Fruta picada 1 taza

Merienda de la mañana

Banano 1 unidad

Almuerzo

Picadillo de vegetal ½ taza

Arroz ½ taza

Frijoles ¼ taza

Pollo desmenuzado 4 cucharadas

Fresco natural

Media tarde

Café con ½ taza de leche

Galleta María 1 paquete

Cena

Sopa con ½ taza de vegetales, 1 unidad de papa y 4 cucharadas de carne

Arroz ½ taza

Fresco natural

Merienda nocturna

Atol (1 taza de leche, 2 cucharadas de avena)

Higiene y manipulación de los alimentos.

- Prepare los alimentos en lugares limpios.
- Lave sus manos y utensilios con agua y jabón antes de preparar los alimentos.
- Ofrezca en la medida de lo posible alimentos recién preparados.
- Si va a consumir comidas preparadas que se han guardado en la refrigeradora debe recalentarlas bien antes de consumirlas.
- Los sobrantes de comida limpios deben almacenarse en recipientes herméticamente cerrados y en refrigeración. En la refrigeradora no deben estar por más de dos días. No debe guardar alimentos que han sobrado del plato donde ha comido.
- No deben descongelarse las carnes u otros alimentos directamente en el chorro de agua o en recipientes con agua a temperatura ambiente. Debe descongelarse en refrigeración.
- Nunca congelar alimentos que ya fueron descongelados.

Persona adulta mayor con problemas de masticación

- Ofrezca alimentos de textura suave que le permitan masticar con mayor facilidad. Los alimentos recomendados son:
 - Carne de res, pollo o pescado desmenuzada o molida preferiblemente en salsa o licuada en cremas o sopas.
 - Huevo picado o licuado en cremas.
 - Queso tierno.
 - Purés por ejemplo: papa, camote, tiquizque, ñampí, yuca, ayote sazón.
 - Sopas o cremas de vegetales cocidos por ejemplo: zanahoria, ayote sazón, espinacas, brócoli, tomate.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 146
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> <i>PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Frutas suaves, picada finamente, en puré, cocida o licuada (por ejemplo: manzana, pera, banano, papaya, melón, mango, sandía).
- Panes y galletas suaves. Remojarlas en la bebida caliente al consumirlas.
- Pastas en salsa o licuadas en la sopa o crema.
- Frijoles, garbanzos o lentejas majados o licuados en sopas o en cremas. Los garbanzos se pueden combinar con papa para elaborar puré.
- Arroz tipo guacho (reventado) o licuado en cremas.
- Postres de textura suave: gelatina, colados de frutas, flan, helados.
- Leche, atoles o cremas en leche y yogurt.

Asegure una adecuada postura y que no estén expuestos a distractores en el momento de la alimentación.

Ejemplo de menu

Desayuno

Café con ½ taza de leche
Pan (remojar en el café) 2 bollos
Queso tierno 2 tajadas
Fruta licuada ½ taza

Merienda de la mañana

Banano majado (tipo puré) 1 unidad

Almuerzo

Crema de vegetales ½ taza
Arroz guacho ½ taza
Frijoles majados ¼ taza
Pollo desmenuzado en salsa 4 cucharadas
Fresco natural

Media tarde

Café con ½ taza de leche Galleta María (remojar en el café) 1 paquete

Cena

Sopa con ½ taza de vegetales, 1 unidad de papa y 4 cucharadas de carne
Arroz remojado en la sopa ½ taza
Fresco natural

Merienda nocturna

Atol (1 taza de leche, 2 cucharadas de avena)

Persona adulta mayor con problemas de deglución

- Todas las preparaciones se deben **licuar, colar y espesar**. Deben quedar sin grumos.
- Los licuados de vegetales deben ser preparados utilizando la sustancia de la cocción de las carnes.
- Ofrezca los alimentos que pueda tragar adecuadamente. Los recomendados son:

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 147
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Cremas de vegetales y verduras harinosas, como por ejemplo: zanahoria, chayote, camote, papa, tiquizque, ñampí, zapallo, se debe incluir además carne de res o pollo o pescado o huevo.
Purés de papa, camote, tiquizque, ñampí, plátano maduro, ayote sazón o combinaciones.
 - Frutas en puré o licuadas y colados de frutas.
 - Panes y galletas suaves, remojadas en la bebida caliente antes de consumirlas.
 - Pastas o arroz licuados en cremas.
 - Frijoles, garbanzos o lentejas licuados en consistencia de cremas.
 - Postres de textura suave: colados de frutas, flan, helados cremosos (**consumo inmediato**).
 - Licuados de frutas en leche (**consumo inmediato**), atol o cremas con leche.
 - Yogurt cremoso sin trozos de fruta.
- Todo líquido incluyendo el agua puede espesarse con:
 - Espesante comercial.
 - Avena molida o galleta soda (licuados de frutas)
 - Avena molida, maicena, vitamaíz (atoles en agua o leche).
 - Arroz, pastas o vegetales harinosos como papa, camote, ayote sazón, etc (las sopas licuadas).
 - Procure una adecuada postura al momento de la alimentación. Siempre que coma debe estar sentado, y mantenerse sentado al menos 40 minutos después de comer.
 - Vigile que la persona no almacene residuos de alimentos en la boca. Brinde bocados pequeños.

Ejemplo de menu

Desayuno

Café con ½ taza de leche. Utilizar espesante (consultar al profesional en nutrición)

Pan dulce suave no boronoso (remojar en el café) 1 unidad

Fruta licuada ½ taza. Agregar 2 cucharadas de avena molida para espesar el licuado. Licuar y colar.

Merienda de la mañana

Compota de papaya y banano 1 taza. Utilizar por ejemplo, 2 cucharadas de maicena para espesar. Colar.

Almuerzo

Crema de verduras: ½ taza de zanahoria y chayote, 1 papa mediana, 2 cucharadas de pollo desmenuzado, caldo natural de pollo. Agregar sal y olores naturales (apio, cebolla, chile dulce, culantro). Licuar y colar. Debe quedar espesa y sin grumos.

Puré de papa con zanahoria ½ taza (agregar 1 cucharadita de margarina). Colar.

Fresco natural. Utilizar espesante (consultar al profesional en nutrición)

Media tarde

Café con ½ taza de leche. Utilizar espesante (consultar al profesional en nutrición).

Galleta María (remojar en el café) 1 paquete

Cena

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 148
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Crema de verduras: ½ taza de tomate, vainica y zanahoria, 1 papa mediana, 1/3 taza de pasta, 2 cucharadas de carne desmenuzada, caldo natural de carne. Agregar sal y olores naturales (ajo, apio, cebolla, chile dulce, culantro). Licuar y colar. Debe quedar espesa y sin grumos.

Fresco natural. Utilizar espesante (consultar al profesional en nutrición)

Merienda nocturna

Atol: 1 taza de leche, 2 cucharadas de vitamaíz, 1 unidad de huevo (revolver hasta disolver) y 1 cucharadita de azúcar. De ser necesario utilizar espesante (consultar al profesional en nutrición) cuando el atol ya esté preparado.

Recuerde que todos los alimentos que se ofrezcan deben ser licuado y colados. Sin grumos.

Persona adulta mayor con diarrea

- Brinde líquidos abundantes (según recomendación médica) en tomas pequeñas y frecuentes, aunque no se sienta sed.
- Use bebidas como suero oral, agua de arroz, fresco de avena, jugo de manzana o de zanahoria sin azúcar.
- Prepare los alimentos a la plancha, hervidos, al horno, sudados, en guisos o picadillo. Nunca fritos.
- No consuma leche, café o té negro.
- No consuma alimentos con alta cantidad de azúcar, como bebidas gaseosas, jugos comerciales, confites.
- Evite el consumo de alimentos grasosos como natilla.
- Evite los alimentos que pueden producir cólicos como brócoli, repollo, sandía, melón, pepino, coliflor, frijoles, lentejas, garbanzos.

Recuerde: POR NINGUN MOTIVO SUSPENDA SU ALIMENTACION

Persona adulta mayor con constipación

- Consuma las frutas con cáscara, según capacidad de masticación y deglución.
- Consuma banano, papaya o ciruela diariamente.
- Consuma vegetales como el brócoli, la lechuga, la espinaca y el repollo, entre otros.
- Consuma leguminosas (frijol negro, frijol rojo, frijol blanco, garbanzos, lentejas).
- Incluya alimentos integrales según tolerancia y capacidad de masticación. Ejemplo: pan y galletas integrales.
- El consumo de alimentos con fibra debe ir acompañado del consumo de líquidos.

Persona adulta mayor con úlceras

- Si su capacidad masticatoria se lo permite, consuma siempre un cereal con una leguminosa, por ejemplo: arroz y frijoles, pasta y frijoles, porque proporcionan proteína de buena calidad.
- Incluya leguminosas (frijoles, garbanzos, lentejas, alverjas) en diferentes preparaciones como en empanadas, tortillas con frijol, tamales.
- Consuma frutas y vegetales frescos de temporada.
- Puede consumir lácteos en atoles, guisos de vegetales preparados con leche, tortillas con queso, yogurt con frutas, arroz con leche, entre otros.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 149
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Consuma todos los tipos de carne que pueda en picadillos, en guisos, en pastas o en salsas naturales.
- Incluya en su alimentación huevos, por ejemplo en tortas, picados o mezclados con vegetales.

Ejemplo de menu

Desayuno

Gallo pinto ½ taza
Huevo revuelto 1 unidad
Pan 1 bollito
Bebida caliente con ½ taza de leche
Frutas picadas 1 taza

Media mañana

Fruta (1 unidad por ejemplo una mandarina dulce)

Almuerzo

Picadillo de chayote con carne molida (1 taza)
Arroz (1/2 taza)
Frijoles (1/2 taza)
Bebida natural recién preparada

Media tarde

Bebida caliente con ½ taza de leche
Tortillas pequeñas (2 unidades) con queso blanco

Cena

Lentejas con pollo y zanahoria (1 taza)
Bebida natural recién preparada

Colación nocturna

Atol de avena (1 vaso)

Alimentación con sonda o PEG

- Utilice un envase con medidas para medir los líquidos líquidos y así brindar el volumen establecido en cada tiempo de comida.
- Suministre los licuados a la persona adulta mayor cada 3 horas.
- Si la preparación después de colarse queda muy espesa, agregue caldo colado y desgrasado, leche o jugo según corresponda para diluir el licuado y no perder valor calórico.
- Recuerde pasar 30 ml de agua por la sonda antes y después de cada comida, para lubricar y enjuagar la sonda. Puede alternarlo con suero o té de manzanilla.
- Suspenda la leche, si la persona adulta mayor presenta diarrea, en su lugar prepare agua de arroz, además, suspenda los complementos como aceite o azúcar mientras esté presente el cuadro diarreico.

Ejemplo de menu

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 150
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Desayuno

Atol en leche: 250cc

1 porción de leche: 1 taza de leche

1 porción de cereal: 3 cucharadas de maicena

Licuar todo, luego colar, medir 250cc y pasar por la sonda. La temperatura debe ser tibia.

Media mañana y media tarde

Licuada de frutas: 250cc

1 porción de fruta: ½ taza de jugo natural de fruta (Puede licuar 2 o más de estas frutas para preparar el jugo: manzana, melón, sandía, mango, fresas, papaya, banano)

1 porción de cereal: 1 paquete de galletas soda o maría

Licuar todo, luego colar, medir 250cc y pasar. Revisar que el licuado tenga una consistencia que pueda pasar por la sonda, de lo contrario diluirla con jugo.

Almuerzo y cena

Licuada de Vegetales: 250 cc

1 porción de vegetales: ½ taza de vegetales cocinados (Puede ser ½ taza de un solo vegetal o varios como: zanahoria, chayote, espinacas, zapallo)

1½ porción de cereales: 1½ taza de camote y papa bien cocinados

2½ porción de carne: 2½ porción de pollo o pescado o carne molida.

Cocinar todo junto como una sopa. Puede agregar poquita sal y olores naturales como cebolla, culantro y chile dulce cuando esté cocinado:

Colar la sustancia y agregar a la licuadora 250cc, añadir, los vegetales, los cereales y la carne.

Licuar todo y luego VOLVER A COLAR. Si la consistencia es muy espesa se diluye con la sustancia colada y medir 250 cc para pasar por la sonda. La temperatura debe ser tibia.

Colación nocturna

Atol en leche: 250cc

1 porción de leche: 1 taza de leche

1 porción de cereal: 3 cucharadas de avena en polvo

Licuar todo, luego colar, medir 250cc y pasar por la sonda. La temperatura debe ser tibia.

Persona adulta mayor con pérdida de peso o sarcopenia

- Consuma pequeñas comidas frecuentemente (cada 2-3 horas).
- Incluya siempre alimentos fuentes de proteína como frijoles molidos, huevo picado o queso blanco tierno en el desayuno; yogurt o leche en las meriendas; y carne de res, pollo, atún, pescado o huevo, en el almuerzo y cena.
- Incluya frutas con yogurt o licuados con fruta y leche (según tolerancia) en la merienda de la mañana.
- Incluya atol en leche (según tolerancia) de maicena, avena o vitamaíz en la merienda de la noche.
- Incluya frutas y vegetales frescos en su alimentación diariamente.
- Incluir 1-2 veces al día licuado de frutas en leche (según tolerancia).

Persona adulta mayor con náuseas y vómitos

- Coma despacio, masticando muy bien los alimentos (si le es posible) y en un ambiente tranquilo.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 151
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

- Consuma líquidos en pequeñas cantidades frecuentemente.
- Evite bebidas gaseosas, irritantes (alcohol, café, té negro, bebidas ácidas) y muy azucaradas.
- Al inicio de los síntomas, consuma alimentos secos como galleta soda, galleta salada o pan tostado.
- Evite el consumo de alimentos grasosos, condimentados (artificiales), picantes, ácidos y de olor fuerte.
- Prefiera consumir alimentos a temperatura ambiente o fríos.

Persona adulta mayor con reflujo gastroesofágico

- Aumente el número de tiempos de comida disminuyendo los tamaños de porción.
- Beba los líquidos antes o después de las comidas, no durante las mismas.
- Consumir la bebida aproximadamente 40 minutos después del consumo de los alimentos sólidos.
- No acostarse inmediatamente después de consumir los alimentos.
- De acuerdo a los síntomas evite el consumo de alimentos en la noche.
- Evite el consumo de alimentos grasosos, condimentados (artificiales), picantes y ácidos.
- No consuma bebidas gaseosas.
- Evite el uso de pajillas al consumir líquidos.

Preguntas frecuentes

1. ¿Cómo aumentar el valor calórico de la dieta?

Para este propósito se deberían hacer los siguientes cambios a la dieta:

- Agregar una cucharadita de azúcar a todas las bebidas.
- Agregar una porción de harina y carne en el almuerzo y la cena.
- Adicionar una harina (ejemplo galleta) en la merienda de la mañana.

Además puede seguir las siguientes recomendaciones:

- Adicionar leche en polvo a las frutas.
- Agregar huevo al atol.
- Preparar licuados de fruta en leche con avena molida o galleta soda.
- Si consume pan, agréguele margarina, frijoles molidos, queso o jalea.
- Agregar leche a las bebidas: café, té, aguadulce.
- Preparar frescos en leche.
- Adicionar margarina y queso a los purés.

2. ¿Cómo modificar la textura de los alimentos? (por ejemplo cómo quitar los grumos).

Con el fin de procurar una consistencia homogénea y fina, evitando grumos, semillas, cáscaras, hebras y espinas, se aconseja utilizar una licuadora o procesador de alimentos y un colador.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 152
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código</i> PAC.GM.DDSS.27012021

El uso de caldos o sustancia de pollo o carne, ayuda a dar la consistencia deseada, además ayudan a mantener el valor calórico de las preparaciones. La leche también ayuda en este propósito dando sabor, color y textura, y se puede usar en preparaciones dulces y saladas.

Se pueden agregar condimentos naturales como cebolla, chile dulce y hierbas para dar mayor sabor.

Es preferible licuar la carne por aparte y luego mezclarla con el resto de los alimentos como un puré de verduras, para que la misma no le quede fibras.

Se puede utilizar algún módulo espesante con sabor neutro que ayude a mejorar la textura de sopas, purés, leche y otros alimentos. Para evitar la formación de grumos, se debe diluir primero la harina o la fécula de maíz en agua o leche fría antes de agregarla a la preparación, diluirla bien y luego agregarla al alimento que se desee espesar.

Los purés deben prepararse y comerse inmediatamente para evitar que la textura no cambie.

Dahl, W.J. (2008). Modified Texture Food Production: A Manual for Patient Care Facilities, 2nd Edition. Dietitians of Canada.

3. ¿Cuáles alimentos no se recomiendan para personas anticoaguladas con warfarina?

Las personas adultas mayores no deben eliminar el consumo de ciertos alimentos cuando tienen tratamiento por anticoagulación con warfarina, como por ejemplo kale, espinacas, hojas de mostaza, hojas de remolacha y hojas de rábano cocinadas **si estas forman parte de su alimentación usual**. Por el contrario, si usualmente no se consumen, si se deben eliminar de su alimentación. Cuando se van a consumir vegetales de hojas verdes como por ejemplo:

- Brócoli cocinada
- Repollitos cocinados
- Cebollinos
- Repollo cocinado
- Espinacas crudas
- Lechuga cruda

Se recomienda seleccionar sólo una opción de todas ellas y consumir aproximadamente ½ taza, acompañado con el resto de alimentos de consumo usual.

Recuerde: no se deben eliminar de la alimentación otros alimentos no señalados.

4. ¿Cómo readecuar la dieta a 6 tiempos de comida?

Con el fin de cubrir las necesidades calóricas y de nutrientes de la persona, así como evitar la posibilidad de aparición de cansancio al comer, se aconseja realizar pequeñas comidas distribuidas durante el día.

Es importante cumplir con los tiempos de comida, a pesar de que no se tenga mucho apetito, haciendo tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) y otras tres comidas complementarias (media mañana, media tarde y merienda de la noche), entre una comida y otra debe haber un intervalo aproximado de 2 a 3 horas.

5. ¿Cómo aumentar el consumo de proteínas y por qué es importante?

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 153
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

La proteína es necesaria para renovar y reparar los tejidos del cuerpo, por esto su consumo diario es importante. Además, algunos alimentos fuentes de proteína también van acompañados de minerales como el hierro y el zinc.

La proteína se encuentra en alimentos de origen animal, como las carnes rojas, pollo, pescado, vísceras (como el hígado), huevo, leche, queso y yogurt. También hay proteínas de origen vegetal, que juntas hacen una proteína similar a la de origen animal. Para esto se debe consumir una leguminosa (garbanzos, lentejas, alverjas) y un cereal (arroz, maíz, galletas o pan).

6. Sustituciones de alimentos en casos de alergias o intolerancias alimentarias.

Si presenta alergia (brote en la piel) a algún alimento, debe dejar de consumirlo y sustituirlo por otro alimento. Por ejemplo en el caso de alergia al pescado, puede consumir pollo, huevo o carne de res en su lugar.

Si presenta intolerancia (cólico, gases, dolor y/o diarrea) a algún alimento debe probar cuánta cantidad del alimento tolera y cuánta no. Por ejemplo puede que 1 taza de frijoles negros le produzcan gases, pero ½ taza la tolere bien. Si no tolera el alimento del todo, sustitúyalo por otro:

- La leche puede sustituirla por leche deslactosada o leche de soya.
- El queso por queso deslactosado. En los desayunos puede consumir en su lugar frijoles o huevo.
- El yogurt por yogurt deslactosado.
- El repollo, brócoli y coliflor por zanahoria, zapallo, chayote, tomate, lechuga, etc.
- Las leguminosas (frijoles de todo tipo, garbanzos y lentejas): dejarlas en remojo un día, retirar el líquido y cocinar en agua.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 154
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

REFERENCIAS

- Álvarez, F. et al. (2007). Riesgo de desnutrición en adultos mayores en México. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 22(6).
- Arcand, M. y Williamson, J. (1981). An evaluation of home visiting of patients by physicians in geriatric medicine. *Br Med J*;283. pp. 718-720.
- Asamblea Legislativa. (1999). Ley N° 7935. Ley Integral para la Persona Adulta Mayor. San José, Costa Rica.
- Barrero, C; García, S. y Ojeda, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, pp. 81-85.
- 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. (2016). Programa de Normalización de la Atención a la Persona Adulta Mayor. área de Atención Integral a las Personas, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, Gerencia Médica. San José, Costa Rica.
- Confederación Mundial de Terapia Física. (1999). Definición de fisioterapia: 14ª reunión general de la W.C.P.T. En: <https://mundofisioterapia.wordpress.com/2008/12/26/fisioterapia/>
- Dahl, W.J. (2008). *Modified Texture Food Production: A Manual for Patient Care Facilities*, 2nd Edition. Dietitians of Canada.
- 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.
- Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el Primer Nivel de Atención. (2014). México: Secretaría de Salud
- 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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 155
PROTOCOLO DE ATENCIÓN CLÍNICA	ATENCIÓN DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCIÓN EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

Fernández, M. L. (2010). Bases históricas y teóricas de la enfermería. En: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria>

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.

Gibbs, M., Baldwin, C. y Weekes, C. (2015). Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults (protocol (Protocol for a Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 5.

González. A. et al. (2012). Confirming the validity of the CONUT system for early detection and monitoring of clinical undernutrition; comparison with two logistic regression models developed using SGA as the gold standard. *Nutrición Hospitalaria*; 27(2); pp. 564-571.

Guell, A., Calvo, L., Palacios, M., López, M., Corrales, C., Quesada, I. (2013). Organización Funcional de los Servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención. Sub Area de Gestión Técnica de Servicios de Trabajo Social. Area de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Gerencia Médica. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Gutiérrez, L. et al. (2012). *Geriatría para el Médico Familiar*. México: Editorial El Manual Moderno.

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

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 156
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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

Langer G, Schloemer G, Knerr A, Kuss O, Behrens J. Intervenciones nutricionales para la prevención y el tratamiento de úlceras por presión (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

León, J. y Viñales, F. (2001). Disartria Espástica: rehabilitación de la fonación de un paciente con traumatismo craneoencefálico. Revista española de la neuropsicología; 3,4; pp. 34-45.

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; pp. 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. p. 21.

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

Menchú, M., Torún. B. Elías L. G. Recomendaciones dietéticas diarias del INCAP. Guatemala: INCAP, 2012. Segunda Edición

Ministerio de Salud. Comisión Intersectorial de Guías alimentarias para Costa Rica. Guías alimentarias para Costa Rica. San José. 2010

Milne, A. et al. (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. <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2009 Issue 2 Art no. CD003288. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Orem, D. (s. f.). El cuidado. En: Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 157
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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

Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud. (Marzo, 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).

Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial 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. Parte III. Caídas Guía De Diagnóstico y Manejo. En: <http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/GuiaClinicaAPS2004.pdf>

Ospina, J. E. (s.f.). Área de Fomento y Protección de la Salud. Unidad de Servicios de Salud – Unisalud. Universidad Nacional de Colombia.

Pardo, A., Bermudo, S. y Manzano, M. (2011). Prevalencia y factores asociados a desnutrición entre pacientes ingresados en un hospital de media-larga estancia. Granada- España: Nutrición Hospitalaria 26 (2); pp. 369-375.

Pardo, C., Bris, J. y Moreno, S. (2007). El anciano desnutrido: abordaje y prevención en atención primaria. FMC.; 14(4). pp. 87-94.

Puyuelo, M. y Rondal, J. (2003). Manual de desarrollo y alteraciones del lenguaje: Aspectos evolutivos y patología en el niño y el adulto. Barcelona: Masson.

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.

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.

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página N° 158
PROTOCOLO DE ATENCION CLINICA	ATENCION DE LA PERSONA ADULTA MAYOR EN EL DOMICILIO/ATENCION EN RED METROPOLITANA	<i>Código PAC.GM.DDSS.27012021</i>

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

Serrano, R., Cervera, R., López, N., Ribera, C y Sastre, G. (2010). Guía de alimentación para personas mayores. ERGON.

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.

Tannen, A. y Lohrmann, C. (2013). Malnutrition in Austrian hospital patients. prevalence, risk factors, nursing interventions, and quality indicators: a descriptive multicentre study. Journal of Advanced Nursing 69(8), pp. 1840–1849.

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.

Ulibarri, J. et al. (Julio-Agosto, 2009). Recomendaciones sobre la evaluación del riesgo de desnutrición en los pacientes hospitalizados. Revista Nutrición Hospitalaria,. vol. 24, núm. 4. Madrid, España: Grupo Aula Médica, S. L.; pp. 467-472.

Verdú, J., Perdomo E. Nutrición y heridas crónicas. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP No. 12. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas crónicas. Logroño. 2011

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