

SECRETARÍA GENERAL COMANDO METROPOLITANO	RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
	HORA: 10 ABR 2017 11:40
QUITO ALCALDÍA	FORMA RECEPCIÓN: TR
NÚMERO DE HOJA: 991	



Manziana Sabina
10/04/2017

Oficio No. UPMSJ-DET-2017-284
 Quito D.M., 07 de abril del 2017
 Ticket GDOC: 2017-044220
 2017-006344

Señora
 Anabel Hermosa
 Concejala
MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
 Presente

Asunto: *Solicitud de información*

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo, a la vez nos alegramos que se interese por nuestra labor la misma que está enfocada en la ejecución de las políticas de protección social definidas por la municipalidad en favor de niños, niñas y adolescentes, jóvenes, adultos jóvenes, adultos mayores y familias del comercio minorista en el ámbito del Distrito Metropolitano de Quito; y, que toman todo nuestro tiempo debido a cada una de las necesidades que a diario podemos palpar a través de cada atención brindada.

En atención a su oficio No. 150_D-AH-2017 de 26 de marzo de 2017, recibido en este despacho el 30 de marzo de 2017, mediante el cual solicita información específica sobre la Unidad Patronato Municipal San José, me permito remitir los siguientes documentos solicitados:

1.- Protocolos de atención en centros de acogida, en situación ordinaria y de emergencia; y disposiciones de operación y funcionamiento si las hubiere.

Adjunto Protocolo del Centro de Acogida de la Unidad Patronato Municipal San José: Hogar de Vida 1.

Cabe recalcar que la disposición de operación y funcionamiento es garantizar y atender a todos los adultos mayores en situación de vulnerabilidad.

2.- Manual de procedimientos de la Institución vigente en base a la Ordenanza Metropolitana No. 274, disposición general primera.

3.- Distributivo de personal de planta central de la Unidad Patronato Municipal San José con el detalle de cargos, remuneración y funciones específicas

4.- Detalle de Plan Operativo 2017 y PAC 2017 de la Unidad Patronato Municipal San José

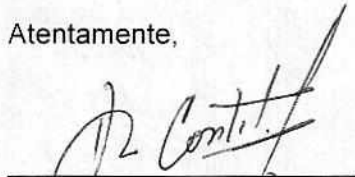
En atención al numeral 5 sobre el manejo comunicacional de la entidad me permito informar que el mismo se basa en el Estatuto Orgánico por Procesos de la Unidad aprobado, y cuya misión institucional es la siguiente:

"Misión: Administrar el proceso de comunicación entre el UEPMSJ y la ciudadanía, que facilite la difusión de sus obligaciones, competencias, metas, objetivos y planes; garantizando una interacción social, libre expresión, intercultural, incluyente, diversa y participativa; entregando a la ciudadanía información transparente, veraz, ágil y responsable".

La misión, sus atribuciones y responsabilidades son ejecutadas por el equipo de Comunicación de la Unidad.

En relación al numeral 6 en el cual solicita el nombre del funcionario a cargo del manejo de redes sociales de la cuenta @PatronatoSJ, del día sábado 07 de enero de 2017, que por tratarse de fin de semana no se delegó el manejo de redes sociales a ningún funcionario de esta Unidad.

Atentamente,



Dr. Francisco Contreras
DIRECTOR DE EJECUCIÓN TÉCNICA (E)
UNIDAD PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ

C.C.: Abg. Diego Cevallos
SECRETARIO
CONCEJO METROPOLITANO DE QUITO

QUITO

UNIDAD PATRONATO MUNICIPAL SAN JOSÉ

**UNIDAD PATRONATO MUNICIPAL SAN
JOSÉ**

PROYECTO HOGAR DE VIDA 1

**PROTOCOLOS DE ATENCIÓN
Y PROCEDIMIENTOS**

QUITO – ECUADOR

2017

J.F.

PROTOCOLO

HOGAR DE VIDA 1

1. DATOS GENERALES

- a) Nombre del Proyecto: HOGAR DE VIDA 1
- b) Entidad Ejecutora: Unidad Patronato Municipal San José
- c) Cobertura: Adultos Mayores en estado de mendicidad, indigencia y abandono del Distrito Metropolitano de Quito.
 - 1.3.1 Localización: El Hogar de Vida 1 está localizado en la parroquia de Conocoto. Av. Jaime Roldos Aguilera, N4-201 y Av. Pichincha.
 - 1.3.2 Ubicación Geográfica: Conocoto. El Alcance es el Distrito Metropolitano de Quito. Adultos Mayores mendigos, indigentes, con experiencia de vida en calle, en estado de vulnerabilidad.
 - 1.3.3 Sujetos de Derechos:
 - a) Directos: Adultos Mayores en situación de riesgo.
 - b) Indirectos: Referentes familiares y comunidad.
- d) Monto Total 2014- 2019: Presupuesto definido por la Dirección de Planificación.
- e) Plazo de ejecución: Indefinido.
- f) Tipo de Proyecto: Acogimiento temporal y permanente de PAM, de acuerdo al caso. Que implica residencia, infraestructura, equipamiento, mantenimiento, alimentación, vestido, medicamentos, recreación e insumos.

2. ENFOQUE CONCEPTUAL Y TEÓRICO DE LA ATENCIÓN

A. Descripción de la situación actual del área de intervención del proyecto:

El Envejecimiento es un proceso que no sólo afecta a las personas, sino que también ocurre en las poblaciones, y es lo que se llama el envejecimiento demográfico. Al ser el envejecimiento un proceso multidimensional- que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad, implica la puesta en marcha de acciones integrales, solidarias, que contribuyan a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad.

El censo poblacional del 2010 da como resultado que el 7% de la población es de personas mayores de 65 años, cifra que se va incrementando y para el 2050, los AM representarán el 18% de la población. El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto de nuestra época lo que ocasiona un aumento de personas de 65 y más años de edad y el aumento de los índices de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades. De acuerdo con los últimos estudios demográficos a escala nacional, en las próximas décadas la pirámide poblacional perderá su forma triangular (con jóvenes en la base) para adquirir rectangular abultado en la cúspide, propio de sociedades envejecidas.

Se invierte recursos para conocer, pensar y proponer acciones tendientes a preparar a la población para llegar a esta edad, incorporar a los adultos mayores a la sociedad y finalmente ofrecer posibilidades de una vejez digna, tranquila y saludable.

El HDV1 es uno de los primeros proyectos implementados por la Unidad Patronato Municipal San José. Inicia su actividad el 30 de abril del 2002. Se encuentra en Conocoto, Av. Jaime

2 f.

Roldós Aguilera N4-201 y Pichincha sector INFA. Es una casa que fue restaurada por el Fondo de Salvamento y la Empresa del Centro Histórico.

B. Identificación, descripción y diagnóstico del problema:

En el DMQ, existe una población de adultos mayores que se encuentran en estado de mendicidad, indigencia o abandono que según datos proyectivos de acuerdo al censo de 2012 y la encuesta SABE, podría ser de alrededor 3500 AM en situación de riesgo.

C. Línea Base del Proyecto:

De acuerdo a la I Encuesta Distrital de Fenómenos de Vida en Calle en el Distrito Metropolitano de Quito, realizada por la Unidad Patronato Municipal San José en el 2012, obtuvimos los siguientes resultados de Habitantes de Calle por Administración Zonal:

Como puede verse en el siguiente gráfico, las Habitantes de Calle se ubican especialmente en el Centro Histórico de Quito (37,1%), seguido por la Zona Eloy Alfaro (17,5%), la Mariscal (12,7%), Eugenio Espejo 10.9% y Delicia 10.9.

PERSONAS CON EXPERIENCIA DE VIDA EN CALLE, POR ADMINISTRACIONES ZONALES, 2012

Tabla 1. PERSONAS CON EVC EN EL DMQ, POR ZONA

ZONA	N	%
Quitumbe	41	1,5
Eloy Alfaro	486	17,5
Centro	1033	37,1
E. Espejo	309	10,9
Mariscal	354	12,7
Delicia	303	10,9
Calderón	143	5,1
Tumbaco	85	3,1
Los Chillos	33	1,2
TOTAL	2781	100,0

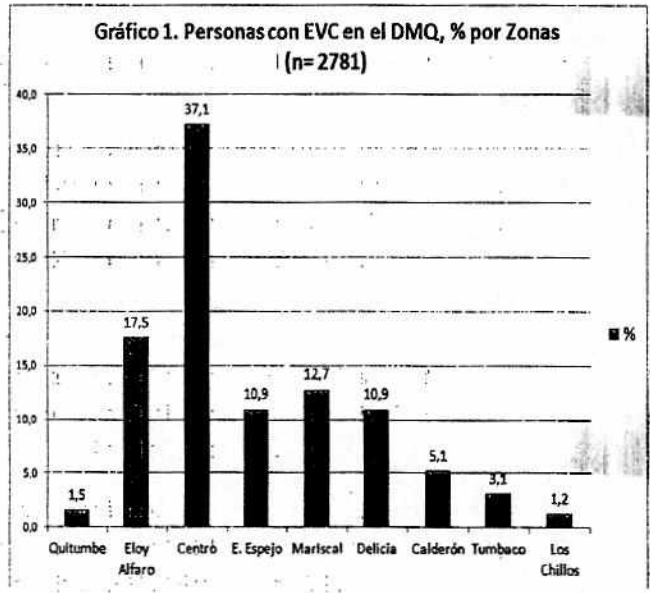
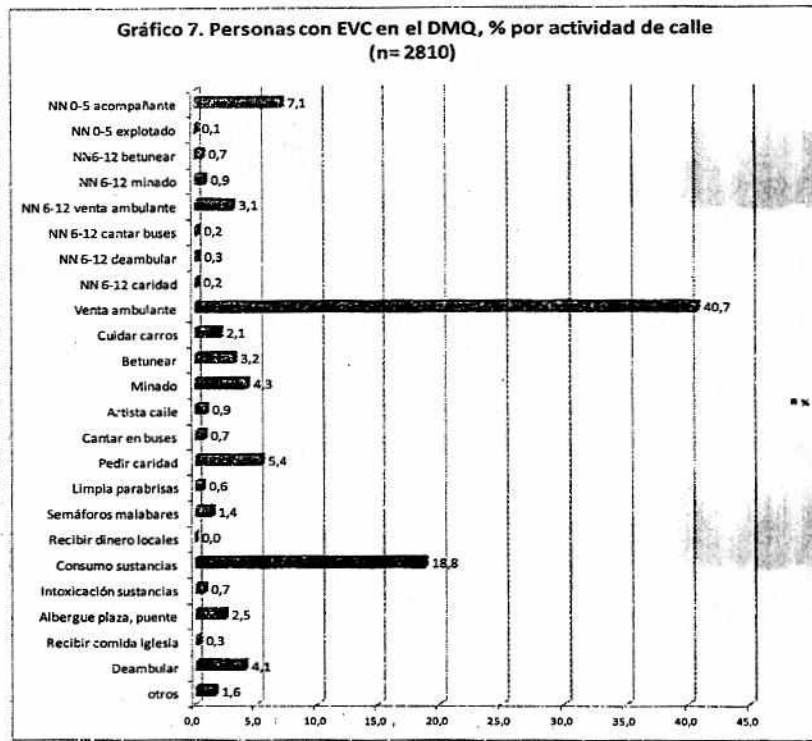


Gráfico 7. Personas con experiencia de vida en calle, por Actividades realizadas en calle, 2012

3 f

TABLA 7. PERSONAS CON EVC EN EL DMQ, POR ACTIVIDAD DE CALLE S/A

ACTIVIDAD EN CALLE	N	%
NN 0-5 acompaña	199	7,1
NN 0-5 utilizado	4	0,1
NN 6-12 betunero	19	0,7
NN 6-12 minado	24	0,9
NN 6-12 venta ambulante	88	3,1
NN 6-12 cantar buses	7	0,2
NN 6-12 deambular	8	0,3
NN 6-12 caridad	6	0,2
venta ambulante	1145	40,7
cuidar carros	59	2,1
betunear	91	3,2
minado	120	4,3
artista calle	25	0,9
cantar buses	21	0,7
caridad	152	5,4
limpia parabrisas	17	0,6
semáforos malabares	39	1,4
recibir dinero locales	0	0,0
consumo sustancias	528	18,8
intoxicación sustancias	21	0,7
albergue plaza, puente	69	2,5
recibir comida iglesia	9	0,3
deambular	114	4,1
otros	45	1,6
TOTAL	2810	100,0

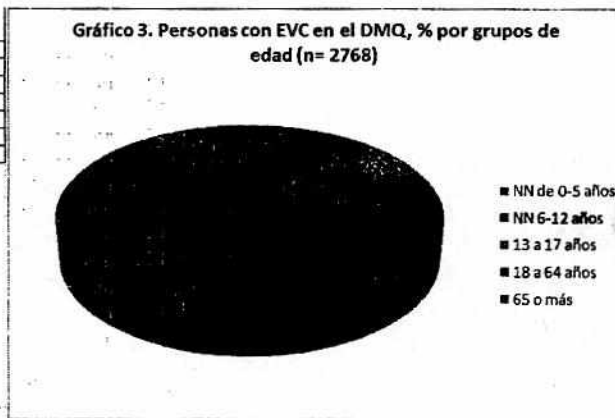


Por grupos de edad: el análisis de la encuesta por grupos de edad confirma la noción de que la mayor parte de personas con experiencia de vida en calle corresponde a población adulta (80,9% de personas mayores de 18 años).

Gráfico 8. Personas con experiencia de vida en calle, por grupos de edad, 2012

TABLA 3. PERSONAS CON EVC EN EL DMQ, POR GRUPO ETAREO

EDAD	N	%
NN de 0-5 años	186	6,7
NN 6-12 años	143	5,2
13 a 17 años	202	7,3
18 a 64 años	1928	69,7
65 o más	309	11,2
TOTAL	2768	100,0



El DMQ, según el censo del 2010, tiene una población de dos millones quinientos mil habitantes, de los cuales el 7% son Adultos Mayores, que corresponde a 175.000 AM; la encuesta SABE 2009, informa que existen dos personas de cada 10 en extrema pobreza.

Aplicando a esta relación a la población de Quito nos da un dato interesante que existen 3500 AM en extrema pobreza. Si relacionamos el impacto que el Hogar de Vida 1, se proyecta una meta de 150 personas, equivaldría a un 4,28% como indicador del impacto social.

3. OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

3.1. Objetivo general

- ✓ Restituir los derechos de las personas Adultas Mayores en situación de mendicidad, indigencia y abandono, brindando una atención integral bio-psico-social a través de actividades que permitan mejorar su estilo de vida, estableciendo una red de atención con instituciones y organizaciones afines con este grupo poblacional del DMQ.

3.2. Objetivos específicos

- ✓ Implementar un espacio de atención residencial para el adulto mayor que proporcione atención integral en un ambiente social satisfactorio
- ✓ Motivar el envejecimiento activo, implementando acciones de prevención de la dependencia con formas de vida saludable
- ✓ Asegurar los apoyos y cuidados necesarios para el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- ✓ Coordinar y establecer acuerdos y procedimientos con los servicios de salud y sociales existentes en la comunidad
- ✓ Brindar atención, información, orientación y asesoramiento legal, social

4. POBLACIÓN OBJETIVA.

4.1. Identificación y caracterización de la población objetiva (Beneficiarios)

El Hogar de Vida 1, es un centro de referencia distrital para acogimiento temporal y permanente de adultos mayores, mendigos, indigentes o en situación de vulnerabilidad.

Adultos Mayores con las siguientes características:

- Desarraigo Familiar
- Experiencia de vida en calle
- Mendicidad
- Indigencia
- Alto grado de vulnerabilidad y fragilidad
- Alto grado de discapacidad física y mental
- Comorbilidad

5. EQUIPO TÉCNICO DEL HDV1

Al momento contamos con 8 profesionales que conforman el equipo técnico: Coordinadora, Administrador, Médico, Trabajadora Social, Psicóloga Clínica, Terapeuta Físico, Terapeuta Ocupacional y Enfermera. Equipo de auxiliares de enfermería conformado por 23 personas. 2 personas auxiliares de servicio, que se encargan del proceso de lavado de ropa. Servicios contratados de alimentación, seguridad y limpieza. Equipo de trabajo que al momento brinda atención a un promedio mensual de 100 personas.

La falta de personal para dar atención en el cuidado diario, de acuerdo a los estándares de atención. Para cubrir este vacío se ha gestionado convenios para que estudiantes de auxiliares

sf.

de enfermería, técnicas de enfermería, estudiantes de enfermería, estudiantes de fisioterapia, voluntariados y labor social realicen sus prácticas en el HDV1.

6. DETALLE DE LOS COMPONENTES Y SERVICIOS

Los Adultos Mayores nos refieren de Hospitales, la Policía Nacional, Instituciones Públicas, El Hogar de Vida 2 y Proyecto Habitantes de Vida en Calle.

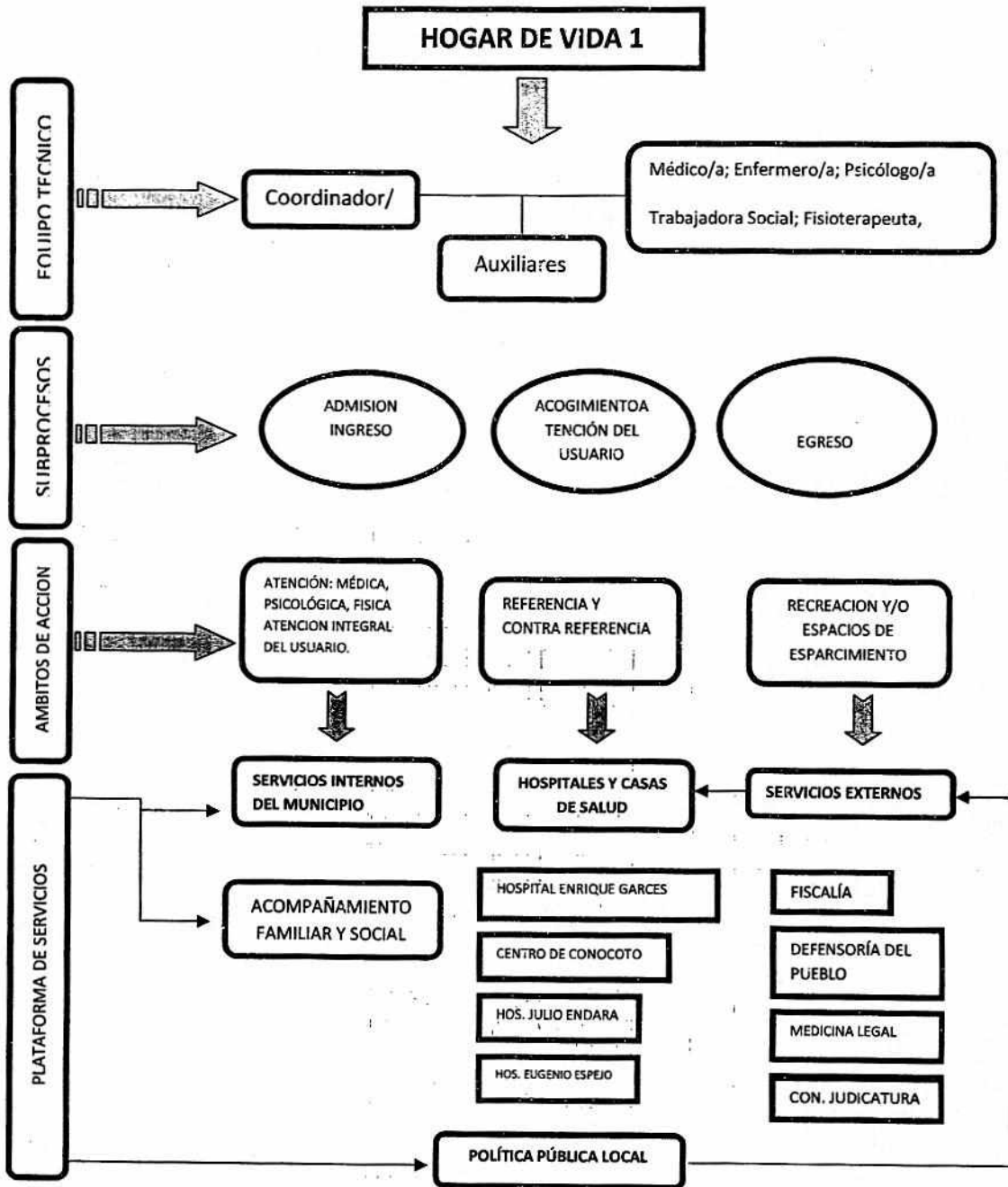
Trabajo Social se encarga de la admisión verificando que se cumpla el perfil de atención. La persona que ingresa, pasa a formar parte del grupo de residentes al cuidado diario. Luego se procede a realizar las evaluaciones médicas, psicológicas, terapia física y ocupacional.

Pasa a formar parte de la asistencia del HDV1 para luego ser reinsertado o se queda permanente. Los Adultos Mayores que nos refieren al momento se atienden a un promedio de 100 personas mensuales.

61.

7. FLUJOGRAMA DE PROCESOS DE ATENCIÓN

7.1 MODELO DE ATENCIÓN



7 f.

8.1. PROCEDIMIENTO DE TRABAJO SOCIAL

1. CRITERIOS BASICOS DE ADMISIÓN:

El ingreso de un usuario, lo determina el equipo técnico, quienes analizan la información preliminar. En caso de no ajustarse al perfil poblacional y/ situación socio familiar, se remitirá a un centro gerontológico.

PERFIL POBLACIONAL:

- Personas mayores de 65 años
- Personas indigentes
- Personas abandonadas, sin referente familiar
- Personas que por su situación familiar, económica no pueden estar con sus familias, por lo tanto no les pueden atender adecuadamente.

SITUACION SOCIO FAMILIAR

- La falta de apoyo familiar y/o social: cuando carezca de apoyo o este exista pero sea insuficiente, es decir que no garantice el cumplimiento de sus derechos y la satisfacción de todas las necesidades derivadas de su estado desde una perspectiva integral

2. ADMISIÓN:

Responsable: Trabajo Social

a. Instituciones públicas, privadas o comunitarias:

- a. Informe social
- b. Documentos de identificación del usuario
- c. Certificado de salud
- d. Ficha psicológica
- e. Visita domiciliaria de trabajo social al lugar donde se encuentra el usuario
- f. En caso de ser una casa de salud, solicitar citas de interconsultas.

b. Personas de la comunidad/ familiares o conocidos:

- a. Toma de datos preliminares de identificación y de situación personal del usuario
- b. Investigación Social preliminar, de la situación socio familiar, a través de la Visita domiciliaria al lugar donde se encuentra el usuario
- c. Solicitan ingreso voluntariamente:
- d. Toma de datos preliminares de identificación y situación personal y familiar del usuario. (Ficha Social)

3. INGRESO:

Cuando un/a usuario/a ha sido admitido en el hogar:

87.

- Recibimiento e información sobre horarios y normas del hogar y presentación a las personas que están a cargo de su cuidado (Coordinación con Psicología)
- Realizar un recorrido por el hogar, indicándole los espacios (dormitorios, comedores, cocina, baños, enfermería y el área médica). (En coordinación con psicología)
- Referencia a enfermería, con el fin de realizar una valoración preliminar de su estado de salud.
- Baño y remisión al médico.
- Designación de dormitorio y cama.
- Trabajo Social:
 - Valoración socio familiar- apertura de expediente: ficha social.
 - Valoración social: inventario de recursos sociales de los usuarios
 - Contacto con referentes familiares, conocidos o vecinos que conozcan al usuario.
 - En caso de existir referentes familiares, trabajar la reinserción familiar.

4. INTERVENCION:

- Intervención social en función del nivel de autonomía y/o dependencia de cada usuario. (Escala de Gijón).
- Información, orientación, derivación y/o tramitación de prestaciones y recursos necesarios.
- Intervención en la dinámica familiar, promoviendo la organización de los cuidados y/o mantener y fortalecer los vínculos familiares.
- Coordinación interna (equipo técnico) para el apoyo emocional a usuarios y familiares, con el fin de realizar la reinserción familiar.
- Coordinación con los servicios socio- sanitarios comunitarios, privados y públicos (atenciones médicas y exámenes médicos)

5. VISITAS A USUARIOS/AS:

- A los usuarios los pueden visitar referentes familiares, vecinos, amigos o la comunidad.
- Antes de la primera visita mantener una entrevista con Trabajo Social y/o psicología.
- Al ingreso al hogar los visitantes deber firmar la hoja de visitas de usuarios (Guardiania)
- Los visitantes pueden traer comida nutritiva acorde a la personas adultas mayores (frutas, galletas, gelatinas, yogurt, etc.)

6. PERMISOS A USUARIOS/AS

- El permiso individual (VER PROTOCOLO DE PSICOLOGIA)
- El permiso de salida con familias:
 - Acta de salida (nombre de la persona que lo lleva, fecha y hora de salida y regreso)
 - Notificación a enfermería.
 - Registro en guardianía
 - Seguimiento de Trabajo Social y Psicología

97

7. EGRESOS:

Los egresos de los usuarios se dan por las siguientes causas:

- Por reinserción familiar
 - Por decisión propia del usuario:
 - Su estado es auto- Valente y su decisión en salir del hogar
 - Fugas
 - Por fallecimiento
- a. INTERVENCION DE REINSERCIÓN FAMILIAR:
- Investigación social: búsqueda de familia nuclear y/o referentes familiares.
 - Análisis del sistema familiar (estructura y dinámica familiar- comunicación, roles y normas o reglas del sistema familiar), lo cual permite evidenciar fortalezas y debilidades de la familia. (diagnostico)
 - Plan de intervención familiar (relación familia- institución) En coordinación con psicología.
 - Ejecución del plan de intervención- en coordinación con psicología.
 - Seguimiento social- pos egreso

b. POR DECISIÓN PROPIA DEL USUARIO:

Su estado es auto- valente y su decisión en salir del hogar:

- El usuario solicita a coordinación el egreso.
- Psicología y Trabajo Social emiten un informe
- Equipo técnico toma la decisión.

c. FUGAS:

- Búsqueda del usuario al interior de la institución
- Reporte a coordinación
- A primera hora hábil denunciar en al DINASED.
- En caso de referentes familiares informar
- Seguimiento
- Cierre del proceso de la denuncia

d. INTERVENCION EN CASO DE FALLECIMIENTOS

Fallece en la HDV 1: (Cuando hay medico)

- Notificar inmediatamente al médico. (VER PROTOCOLO MEDICO)
- El médico emite el certificado médico (Nombre, numero de cedula y diagnostico)
- Llenar el formulario de defunción
- Diligencias de Trabajo Social y/o referentes familiar:

10 f

- o Solicitar al INEC, formulario de defunción (oficina de INEC)
- o Realizar Inscripción de defunción (Oficina del Registro Civil)
- o Solicitar a la funeraria, donación de féretro y nicho y retirar el féretro (Funeraria Nacional)
- o Coordinar la inhumación del cadáver, en el cementerio (cementerio de San Diego)

Fallece en la HDV 1: (Cuando no hay medico)

- Reportar al 911

Fallece en el hospital o casa de salud:

- Solicitar a la casa de salud el formulario de defunción (INEC).
- Diligencias de Trabajo Social y/o referente familiar:
 - o Realizar Inscripción de defunción (Oficina del Registro Civil)
 - o Solicitar Féretro y nicho y retirar el féretro (Funeraria Nacional)
 - o Coordinar la inhumación del cadáver, en el cementerio (Cementerio de San Diego)

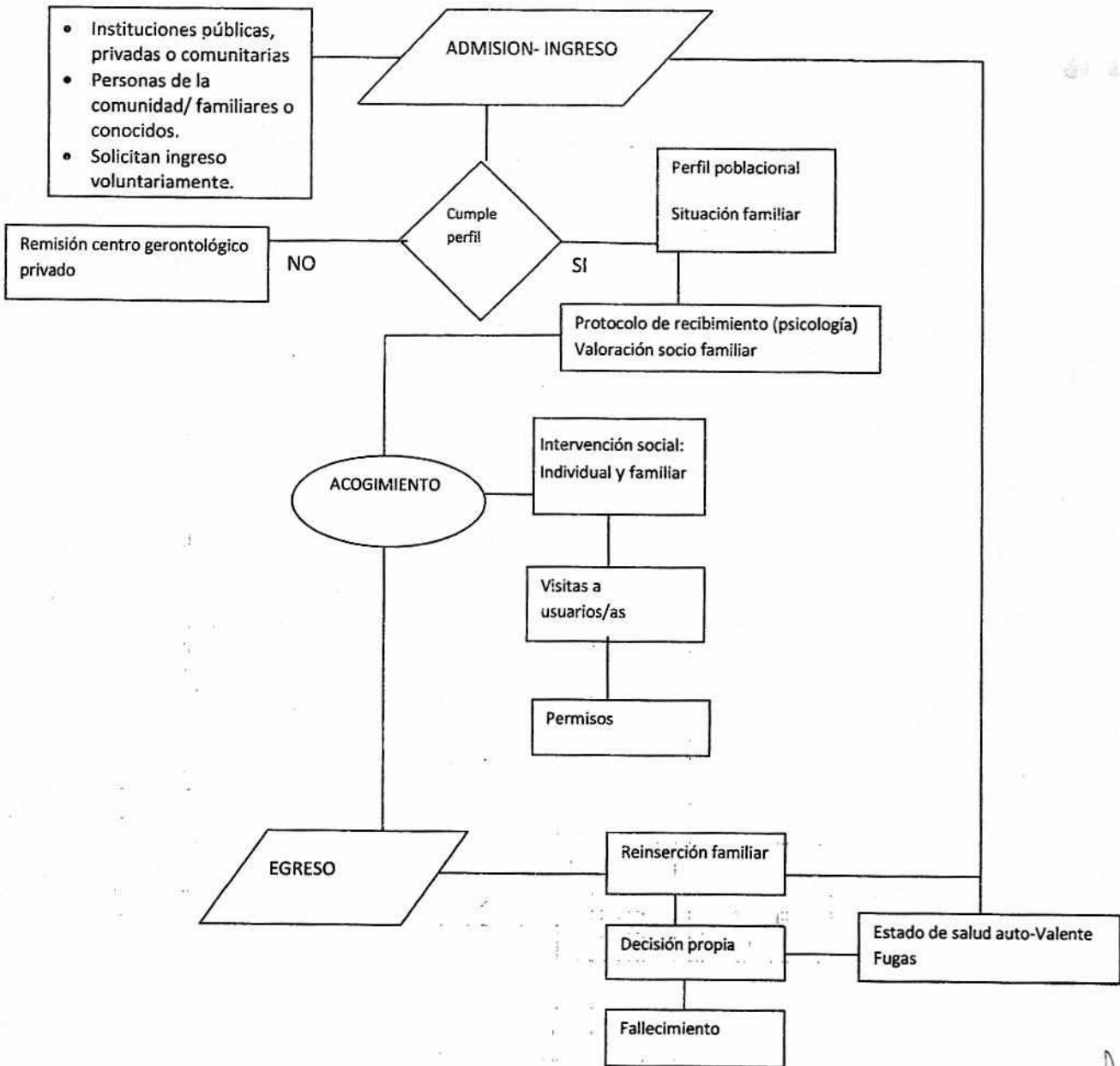
OBSERVACIONES:

Trabajo Social cuenta con formatos de oficios para realizar los trámites descritos.

Fallece un usuario NN (no tiene inscripción en el registro civil)

11 f.

8.2 FLUJOGRAMA DE PROCESOS DE ATENCIÓN TRABAJO SOCIAL



12f

8.3 MEDICO

8.3.1 PROCEDIMIENTO DE FALLECIMIENTO DE SR/AS RESIDENTES

DEFINICION: Conjunto de actuaciones a adoptar ante la muerte de una persona usuaria entre las que se incluyen la tramitacion de la propia defuncion asi como el apoyo necesario a familiares en el caso de que hubiere para afrontar la perdida.

OBJETIVOS:

- Finalizar el proceso de atencion a la persona usuaria.
- Apoyo en el proceso de duelo a la familia en el caso de que lo hubieren.
- Realizar el tramite requerido para la obtencion del certificado de defuncion.
- Garantizar el cumplimiento de voluntades anticipadas del usuario.

MUERTE NATURAL O PATOLOGIA PREEXISTENTE

Si ocurriera este tipo de fallecimiento en la institucion el personal de enfermeria tienen que notificar al medico a cargo para que este ultimo sea el encargado de realizar el tramite requerido para que trabajo social obtenga el certificado de defuncion y de esta manera realizar todos los tramites de ley y dar por finalizado el tramite, una vez hecho lo anterior se comunicara la baja del usuario.

MUERTE ACCIDENTAL O SI ES UN USUARIO NUEVO

En este caso el personal de enfermeria dara aviso de forma directa a la coordinacion de la institucion y al personal del ECU 911 quien verificara la escena y dara aviso al personal de Medicina forense quien hara el levantamiento del cadaver y lo trasladaran a la morgue del servicio de medicina forense y posterior a la autopsia medico legal ellos emitiran el certificado de defuncion correspondiente, durante todo este proceso todo el personal de la institucion no realiza ninguna accion con el usuario fallecido.

ALCANCE: este protocolo esta dirigido a la persona usuaria fallecida, sus familiares y personas allegadas, al equipo asistencial que lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.3.2 PROCEDIMIENTO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE CAIDAS DE LOS SR/AS RESIDENTES

DEFINICION: Conjunto de actuaciones que se realizan para prevenir las caidas de las personas usuarias, y en su caso, establecer las medidas tecnicas y terapeuticas para prevenir y corregir sus consecuencias una vez producidos.

OBJETIVOS:

- Identificar a las personas usuarias con alto riesgo de caidas.

13 p.

- Prevencion de las caidas de los señores usuarios del centro actuando sobre los factores favorecedores.
- Atencion de forma integral a las personas que han sufrido una caida.
- Establecer las medidas terapeuticas y tecnicas necesarias para evitar nuevas caidas.

Este protocolo esta dirigido a todo el personal de esta unidad con preferencia al personal de salud para evitar las caidas de los usuarios de tal manera que se pueda establecer factores intrinsecos y extrinsecos que sea o puedan ser los responsables de una eventual caida.

Una vez establecido o identificado los factores de riesgo se realizara las medidas preventivas necesarias para evitar una caida de los usuarios.

Si a pesar de las medidas establecidas se presenta una caida se realizara una valoracion general por el personal de salud que se encuentre en ese momento, realizar un seguimiento para mejorar la seguridad ambiental y mejorar conjuntamente con las autoridades de la institucion una adecuacion de la infraestructura dentro de la unidad lograndose de esta manera una mejor ubicacion de los usuarios que se encuentren en riesgo de sufrir caidas.

Luego de la valoracion inicial y una vez informado al medico y revalorado por el mismo se realizara las pautas a seguir como son transferencia a una unidad de mayor complejidad en caso de ser necesario para una nueva baloracion y el tramiento necesario, y posterior al alta de esta unidad seguir el tratamiento en el cdentro de acuerdo a los parametros establecidos por el especialista.

ALCANCE: este protocolo esta dirigido a la persona usuaria con alto riesgo dde caida, sus familiares y personanas allegadas, al equipo asistencialque lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.3.3 PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN ULCERAS POR PRESION (UPP) DE LOS SR/AS RESIDENTE

DEFINICION: Conjunto de actuaciones que son realizados por el personal de salud de la unidad para evitar la formacion de ulceras de presion a las personas usuarias, tratar las lesiones de la piel y de los tejidos subyacentes.

OBJETIVOS:

- Evitar la aparicion de ulceras de presion en las personas usuarias de la residencia.
- Identificar a las personas usuarias con riesgo de presentar ulceras de presion.
- Aplicar las medidas preventivas para evitarlas.
- Tratar las ulceras de presion y sus probables complicaciones.

Se desarrolla este protocolo para que el personal de salud que se encuentra a cargo de los señores usuarios prevean y eviten la formacion de ulceras de presion detectando factores de riesgo como son la edad, inmovilizacion persistente, trastornos hemodinamicos asi como una

inadecuada nutrición, además de evitar la presión directa de los señores usuarios sobre superficies duras, corrugadas, humedad constante o algún tipo de herida en las zonas de fricción (región sacra, talones, codos).

Para evitar aquello el personal de salud de la unidad debe realizar constantemente una vigilancia continua de los señores usuarios para evitar lo anteriormente descrito.

Si a pesar de las medidas preventivas algún usuario presenta una úlcera de presión se realizará el tratamiento que sea necesario para evitar que el mismo se profundice y presente complicaciones como infecciones óseas o de vísceras como es de ser necesario tratamiento antibiótico y de curaciones diarias o si es necesario el traslado a una unidad de salud de mayor complejidad para la respectiva valoración y posterior a eso seguir el tratamiento y seguimiento necesario para cerrar la úlcera de presión.

ALCANCE: este protocolo está dirigido a la persona usuaria con alto riesgo de presentar úlceras de presión, sus familiares y personas allegadas, al equipo asistencial que lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.3.4 PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN TERAPÉUTICA DE LOS SR/AS RESIDENTES

DEFINICIÓN: conjunto de actuaciones estructuradas dirigidas a garantizar el cumplimiento terapéutico, farmacológico o no prescrito a las personas usuarias para de esta manera prevenir, recuperar o mantener un óptimo estado de salud.

FARMACO: - MEDICAMENTO: Cualquier sustancia administrada de forma oral, parenteral o tópica, utilizada para tratar una enfermedad.

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA: se refiere a la realización de otro tipo de administración no farmacológica con son la administración de oxígeno, curaciones, alimentación por sondas gástricas o realización de enemas.

OBJETIVOS:

- Mantener o recuperar el nivel de salud de las personas usuarias.
- Registrar o comunicar al médico/a los signos y síntomas detectados por el personal de enfermería y auxiliares de enfermería responsables de los señores usuarios.
- Asegurar el cumplimiento de las prescripciones indicadas, tanto en lo concerniente en la preparación, administración y seguimiento de los mismos.
- Informar y posibilitar la educación sanitaria necesaria al personal de salud.

Este protocolo está dirigido a todo el personal de salud de esta unidad para realizar una adecuada preparación, administración y seguimiento de las prescripciones médicas indicadas en la historia clínica, con lo cual se logrará una dosificación adecuada para lograr una recuperación pronta y con eficiencia del señor usuario que necesiten de las mismas.

Con una adecuada administracion las personas usuarias con patologias establecidas llevar un adecuado control de los mismos.

ALCANCE: este protocolo esta dirigido a todos los uuarios de esta unidad para llevar un estricto control en la administracion de medicacion farmacologica y no farmacologica, sus familiares y personas allegadas, al equipo asistencial que lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.3.5 PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE LOS SR/AS RESIDENTES

DEFINICION: conjunto de actuaciones tendentes a prevenir y tratar algun proceso infeccioso que se presente en los señores usuarios y de esta manera evitar complicaciones posteriores.

OBJETIVOS:

- Cumplir con las especificaciones tecnicas y cientificas para de esta manera prevenir la formacion de agentes infecciosos.
- Establecer las garantias de asepsia y antisepsia en la manipulacion de los señores usuarios.
- Tratar de una forma oportuna al usuario que presente algun tipo de proceso infeccioso para evitar la propagacion al resto de usuarios.

Este protocolo esta dirigido al personal de salud que labora en la institucion para prevenir la formacion y colonizacion de algun agente infeccioso causante de procesos patologicos.

La prevencion esta en llevar a cabo todos los procesos de asepsia y antisepsia necesarios para la manipulacion de los usuarios.

Una vez establecido el diagnostico hay que valorar cuales fueron los factores de riesgo para el contagio del mismo y una vez identificado el agente infeccioso conjuntamente con el personal medico establecer el diagnostico temprano y el tratamiento especifico para el mismo.

ALCANCE: este protocolo esta dirigido a todos los uuarios de esta unidad para evitar contagio de agentes infecciosos y prevenir el origen de proceso patologico, sus familiares y personas allegadas, al equipo asistencial que lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.2.6 PROCEDIMIENTO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA AGITACION PSICOMOTRIZ

DEFINICION: Conjunto de actuaciones que se realizan tendentes a prevenir y tratar alteraciones del comportamiento de etiologia variable, que se agrupan bajo este termino y que se manifiestan por la presencia de actividad motora excesiva y desmedida que puede ir acompañada de comportamientos agresivos auto o heteroexcesivos.

OBJETIVOS:

16 f.

- Identificar a las personas usuarios propensos para presentar algún tipo de agitación psicomotriz.
- Prevenir la aparición evitando estímulos, controlando los factores desencadenantes y detectando las manifestaciones previas.
- Tratar el brote y evitar posibles complicaciones.

El presente protocolo está dirigido a todo el personal de salud de esta unidad con extensión de el departamento de psicología y con las diferentes dosificaciones de los especialistas de Psiquiatría.

Si a pesar de las diferentes formas de evitar algún tipo de agitación psicomotriz el usuario presenta agresividad el personal a cargo será el responsable de evitar la autoagresión y la agresión a terceros, de ser necesario se solicitará la valoración urgente por médico psiquiatra y si el caso amerita se llevará a cabo su hospitalización hasta que pase el episodio de agitación.

Una vez estable el usuario en la unidad se llevará a cabo el seguimiento del caso hasta obtener respuestas adecuadas.

ALCANCE: este protocolo está dirigido a todos los usuarios de esta unidad para evitar la presencia de algún cuadro de agitación psicomotriz y de esta manera evitar la agresión y la autoagresión, sus familiares y personas allegadas, al equipo asistencial que lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno.

8.2.7 PROCEDIMIENTO DE HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL DE LOS SR/AS USUARIOS

DEFINICIÓN: Conjunto de actividades que se realizan dentro de los parámetros y estándares de higiene, aseo y cuidado personal, para conseguir las mejores condiciones de salud, imagen y defensa de la piel de las personas usuarias y por lo tanto para aumentar su calidad de vida, autoestima, y mejorar sus relaciones sociales.

OBJETIVOS:

- Mantener el buen estado de salud de las personas usuarias
- Garantizar la higiene y el aseo personal de todas las personas usuarias.
- Contribuir con la preservación de la piel de las personas usuarias.
- Mantener la imagen personal y el aspecto favorable de acuerdo a las características y gustos de los señores usuarios.

Este protocolo está dirigido al personal de salud para mantener una adecuada higiene tanto personal como de los señores usuarios para de esta manera evitar procesos patológicos de foco infeccioso originado en la piel.

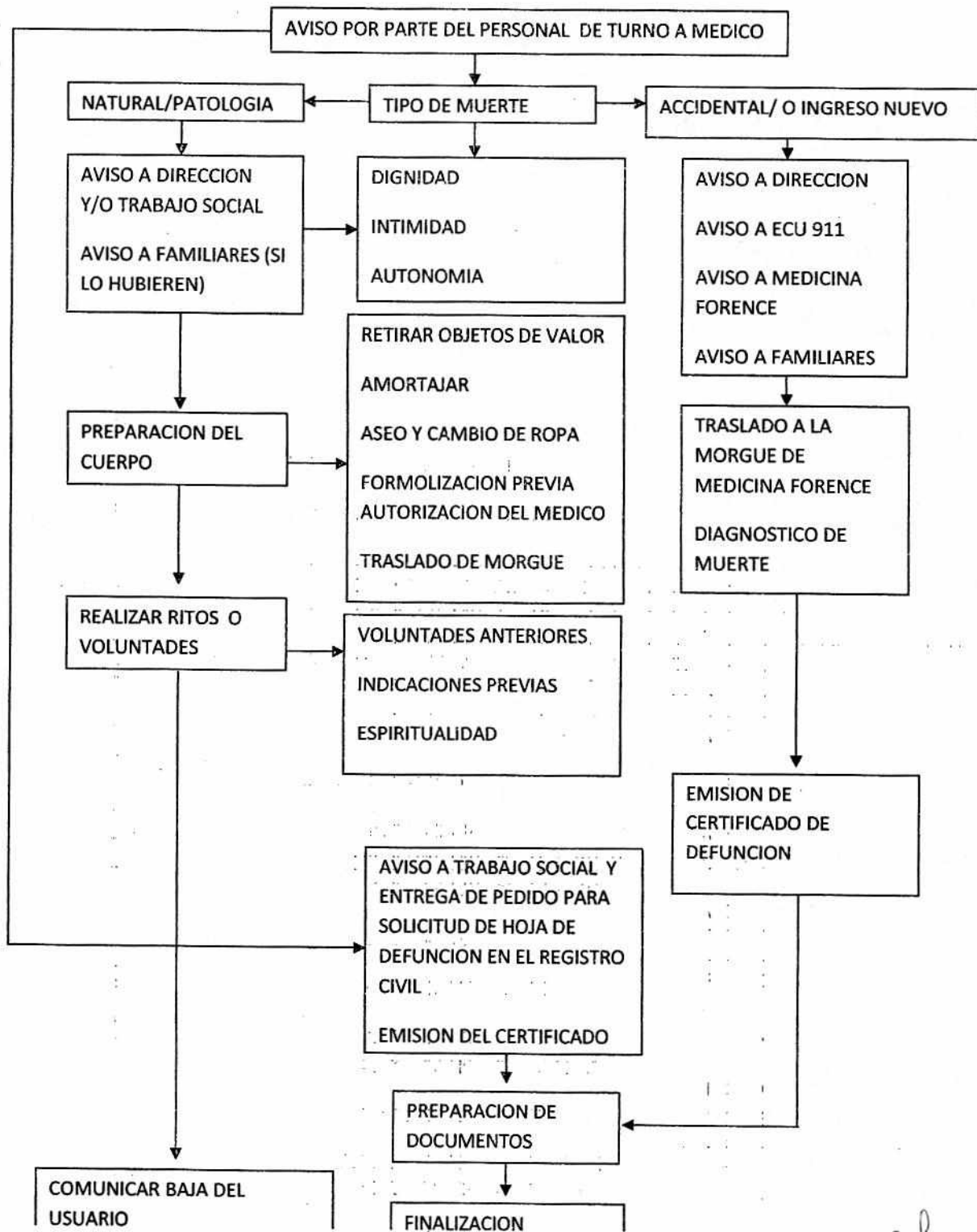
17/1

ALCANCE: este protocolo esta dirigido a todos los uuarios de esta unidad para mantener una adecuada higiene personal de los señores usuarios, sus familiares y personanas allegadas, al equipo asistencialque lo atiende y a las personas usuarias alrededor de su entorno

10f

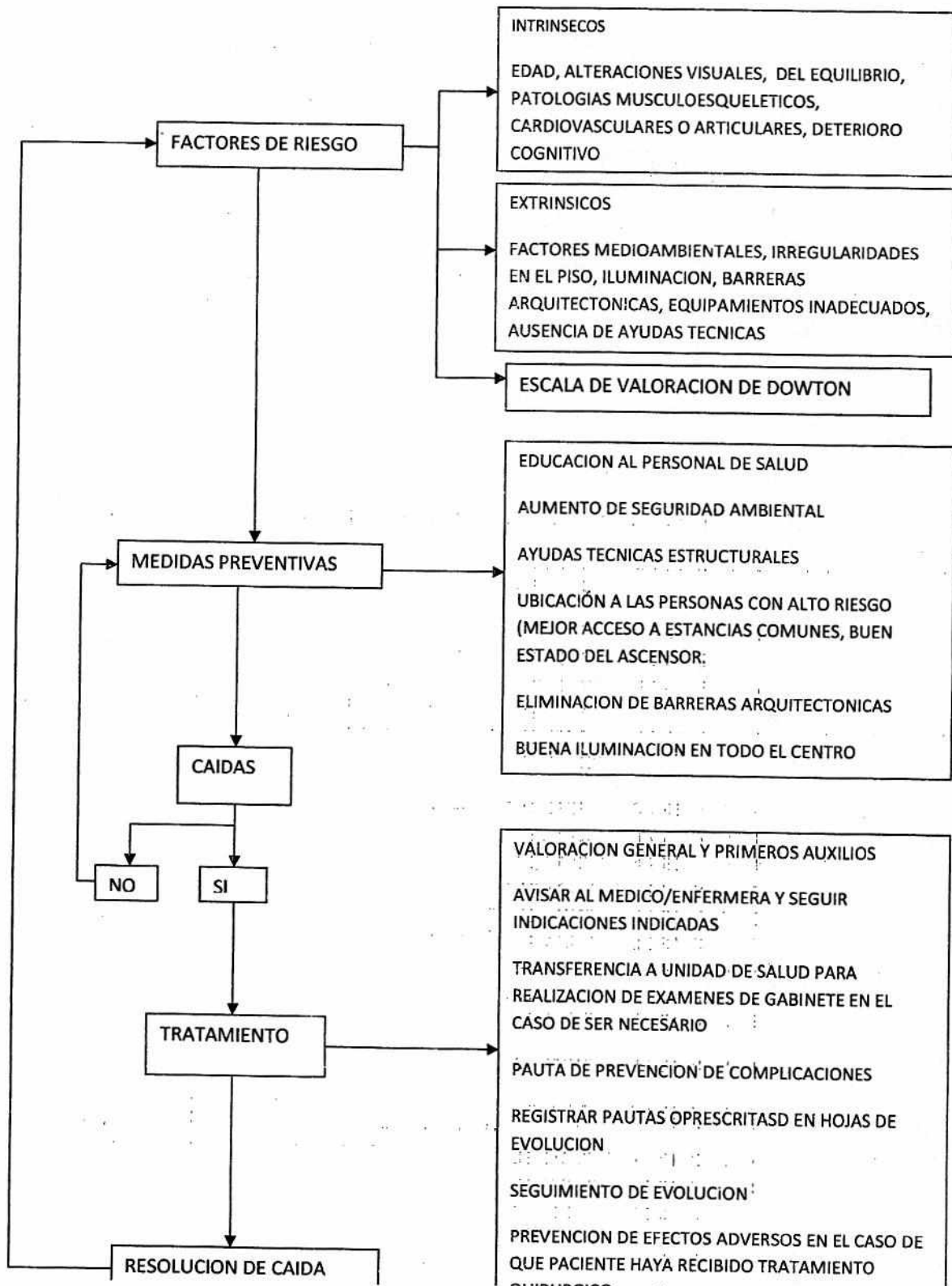
8.4 FLUJograma DE PROCESOS DE ATENCIÓN MÉDICA

8.4.1. FLUJograma DE FALLECIMIENTO DE SR/AS RESIDENTES

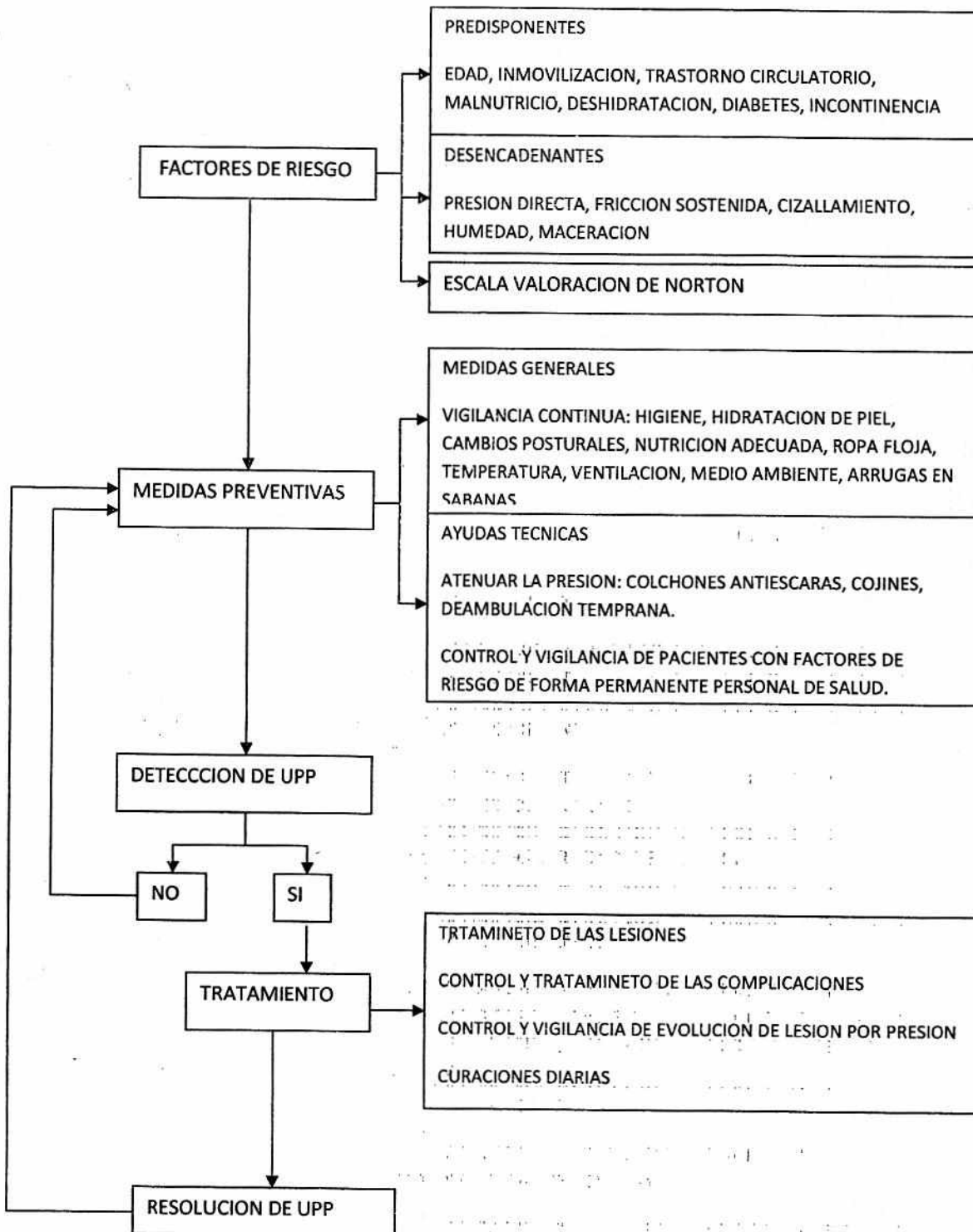


198

8.4.2 PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE CAÍDAS DE LOS SR/AS RESIDENTES

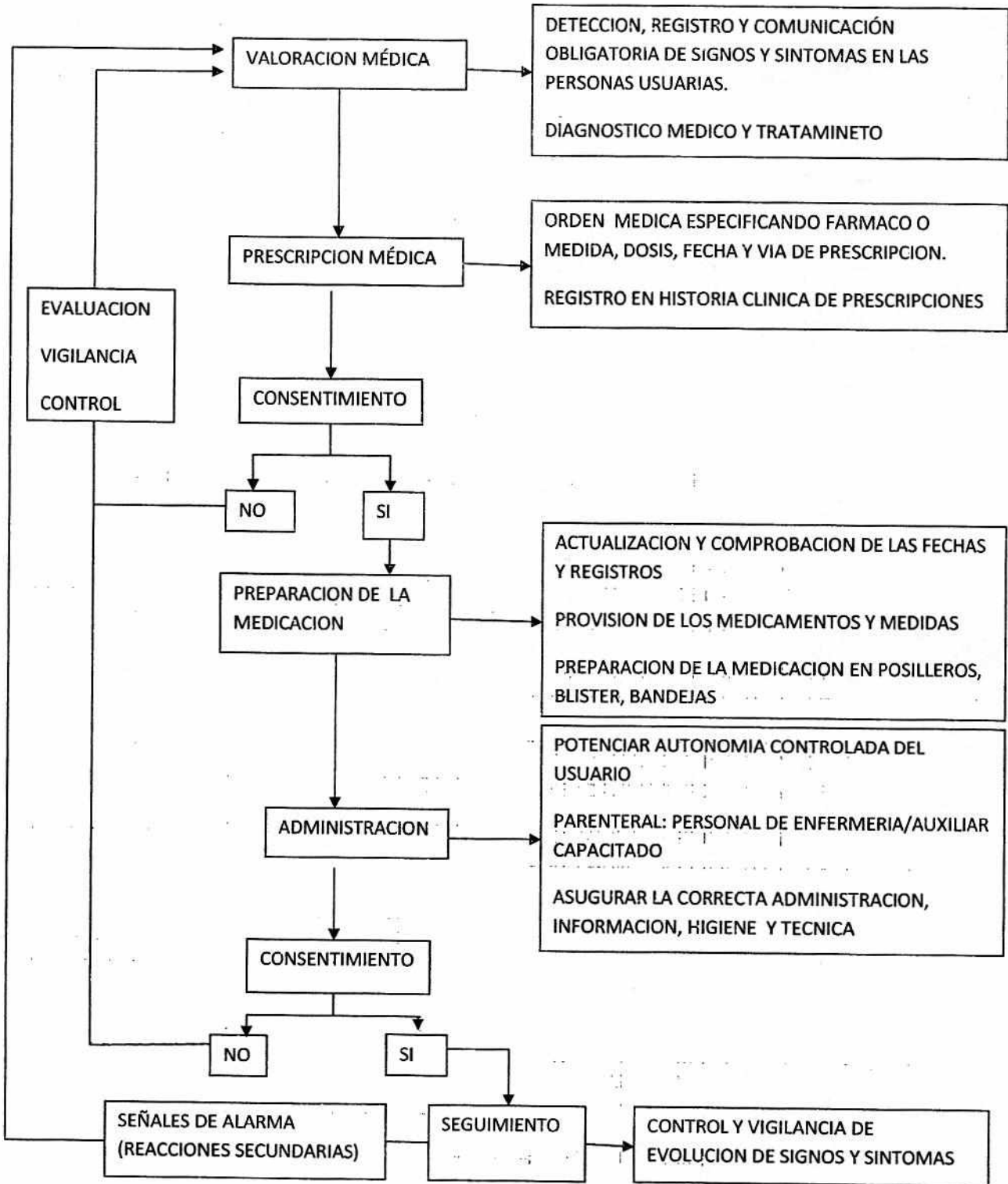


8.4.3. PROTOCOLO DE ACTUACION EN ULCERAS POR PRESION (UPP) DE LOS SR/AS RESIDENTES

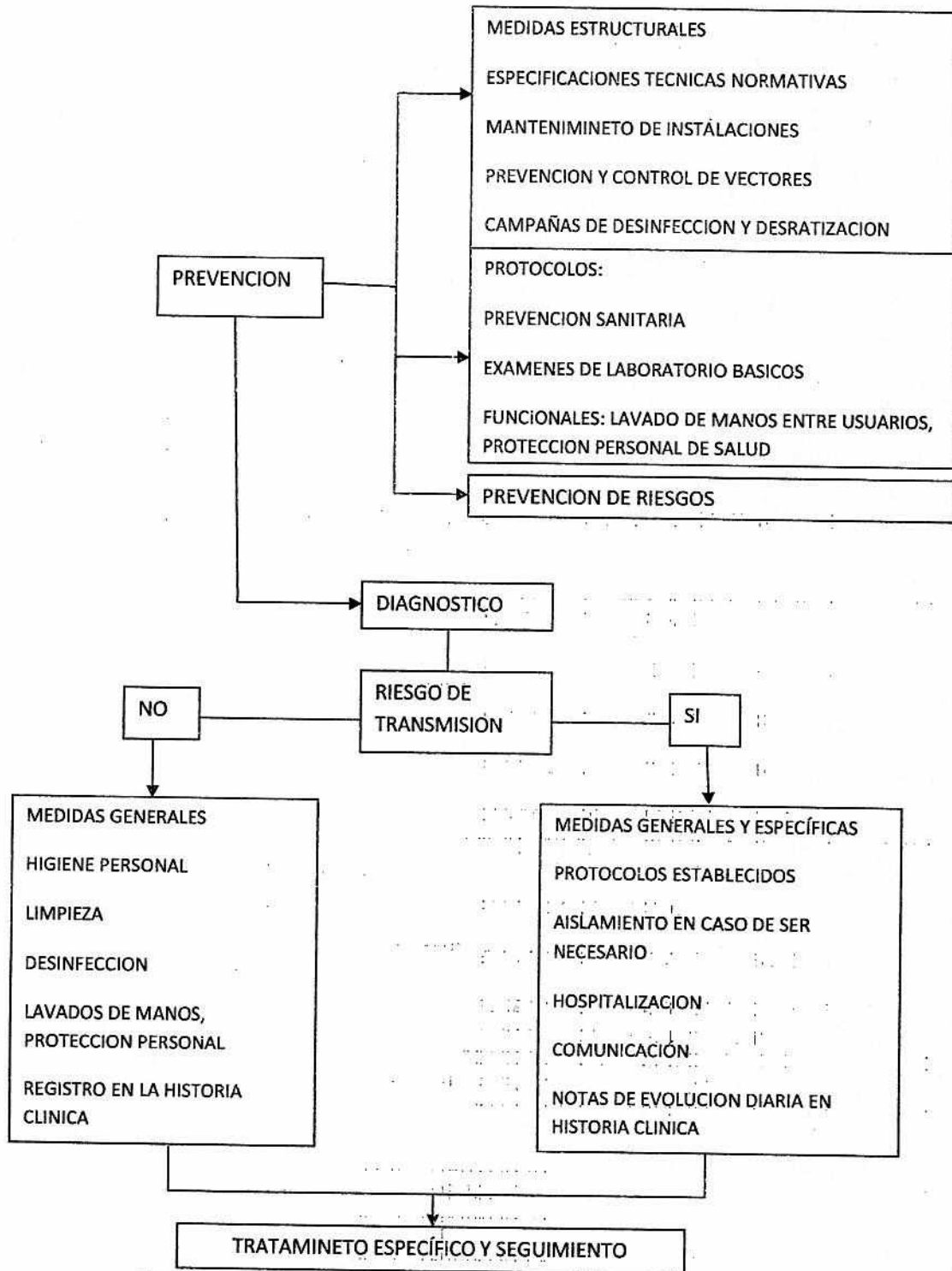


21 f

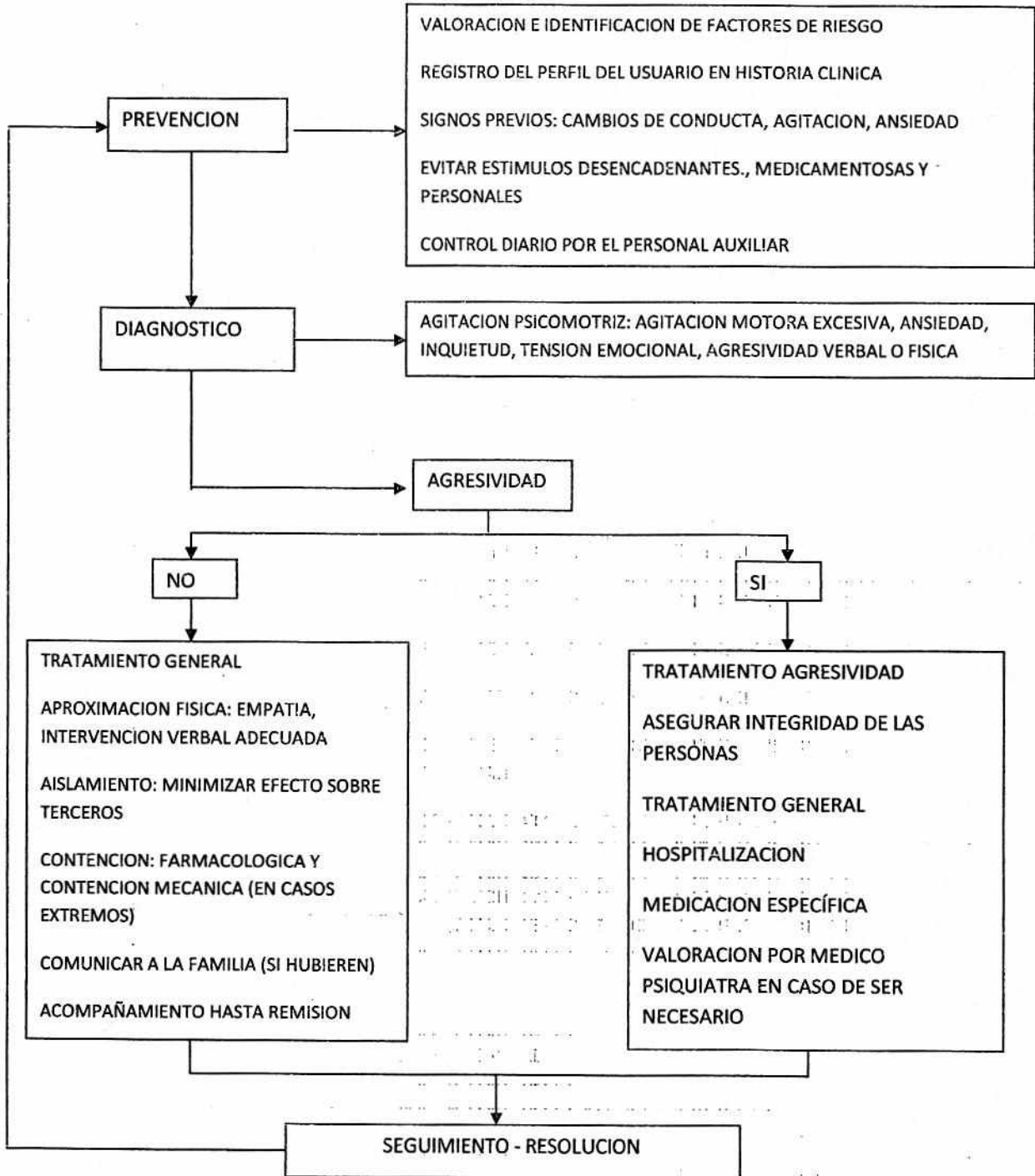
8.4.4. PROTOCOLO DE ACTUACION TERAPEUTICA DE LOS SR/AS RESIDENTES



8.4.5. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES DE LOS SR/AS RESIDENTES



8.4.6. PROTOCOLO DE PREVENCION Y TRATAMIENTO DE LA AGITACION PSICOMOTRIZ



24f

8.4.7. POTOLO DE HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL DE LOS SR/AS USUARIOS

