

Estándares de Calidad para ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA ADULTOS MAYORES

Protocolos SENAMA 2016



Servicio
Nacional del
Adulto Mayor
Ministerio de
Desarrollo Social

Gobierno de Chile

Estándares de Calidad para
**ESTABLECIMIENTOS
DE LARGA ESTADÍA
PARA ADULTOS MAYORES**
Protocolos SENAMA 2016



Servicio
Nacional del
Adulto Mayor
Ministerio de
Desarrollo Social

Gobierno de Chile

Ediciones: Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
Nueva York 52, piso 7 - Santiago de Chile
www.senama.cl

Autores:

María José Azócar Valenzuela
Claudia Mohor Valentino
Romina Rioja Ponce
Marcela Vargas Leyton

Fotografía: Carlos Araya Peña

Edición Periodística: Unidad de Comunicaciones SENAMA

ISBN Obra Independiente: 978-956-8846-10-7
Registro de Propiedad Intelectual: N° 270640

ÍNDICE

Presentación	6
Prólogo	7
Introducción	8
Protocolos de Atención de los Residentes	19
1. Acogida al Ingreso	20
2. Evaluación y Diagnóstico	29
· Pautas de Evaluación	47
3. Adaptación y Acompañamiento	105
4. Plan de Atención Integral	109
5. Manejo de Dinero	115
6. Salidas Fuera de la Residencia	125
7. Ambientes Facilitadores	129
8. Alimentación y Nutrición	133
9. Cuidados Básicos de Enfermería	151
10. Egreso	164
Protocolos de Cuidados Complejos	167
11. Estimulación Cognitiva	170
12. Prevención y Actuación Frente a Caídas	178
13. Entrenamiento Control de Esfínteres	192
14. Reactivación Física	202
15. Actividad Física y Gerontosicomotricidad	207
16. Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión	222
17. Prevención y Actuación Frente a Situaciones de Agitación del Adulto Mayor	237
18. Cuidados Paliativos	245
Protocolos de Funcionamiento de la Residencia	253
19. Elaboración del Plan de Emergencias	254
20. Emergencias y Urgencias Médicas en el Adulto Mayor	277
21. Extravío de Residentes	287
22. Robo o Hurto	292
23. Donaciones	296
24. Voluntariado	300
25. Gestión de Medicamentos	309
26. Consejo de Residentes	325
27. Visitas	334
28. Fallecimiento	339
29. Aseo y Limpieza de la Residencia	346
30. Capacitación	351
31. Desarrollo Sociocomunitario	376
Colaboradores	387

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

La construcción de los Protocolos para Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA, se nutrió inicialmente de la experiencia y conocimientos de una serie de actores relevantes, entre ellos: operadores de residencias, profesionales de diversas disciplinas, consejos de residentes de ELEAM y adultos mayores, todos, tanto del ámbito público como privado.

Quienes fueron parte

Equipo de profesionales y consejos de residentes de todos los ELEAM SENAMA del país:

- ELEAM Cordillera de los Andes, Puente Alto (Fundación Familia de María)
- ELEAM Carmen Martínez de Vilches. Curicó (Fundación Hogar de Cristo)
- ELEAM Weñuhuen, Licantén. (Municipalidad de Licantén)
- ELEAM Aracauria, Melipeuco (Municipalidad de Melipeuco)
- ELEAM Copihue, Loncoche (Municipalidad de Loncoche)
- ELEAM Krauze, Hualpén (ONG Vitalize)
- ELEAM Olga Ogalde, Coronel (ONG Vitalize)
- ELEAM Mario Muñoz Ángulo, Cauquenes (Municipalidad de Cauquenes)
- ELEAM Residencia Colectiva para Adultos Mayores Alerce, Puerto Montt (Servicio de Salud Reloncaví)
- ELEAM Cristina Calderón Harbas, Punta Arenas (Ministerio de Salud)
- ELEAM Emilio Gutiérrez Bonelli, Arica (Fundación Gente Grande)

Equipo de profesionales que han recibido fondos del Programa Subsidio ELEAM de SENAMA:

- ELEAM Hogar de Cristo, San Bernardo
- Villa Padre Hurtado, Pedro Aguirre Cerda
- ELEAM Fundación Las Rosas, Lampa
- ELEAM Fundación Las Rosas, Isla de Maipo
- ELEAM Hogar de Cristo, Villa Alemana
- ELEAM San Francisco de Asís, Castro
- ELEAM Hogar de Ancianos Hermanitas de Los Pobres, Arica
- ELEAM El Buen Samaritano, San Vicente de Paul, Santiago.

Adultos mayores y equipo de profesionales del Centro Diurno de Recoleta.

Consejo Asesor Regional de Mayores de la Región Metropolitana.

Unidad Profesionales Médicas y Farmacia de Seremi de Salud Región Metropolitana.

Un especial agradecimiento a la Doctora Nélida Redondo, investigadora en Sociología del Envejecimiento. Directora de Investigaciones de la Fundación SIDOM - Investigación y Desarrollo Gerontológica. Profesora e investigadora en la Universidad ISALUD. Quien se desempeñó como experta en la misión realizada por EUROsocial, para asesorar a SENAMA, en la creación de Estándares Mínimos de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía.

PRESENTACIÓN

Chile es hoy un país envejecido. Según CELADE (2015), nos ubicamos como la segunda nación más envejecida de Sudamérica.

Lo que en principio puede identificarse como un éxito de las políticas públicas destinadas a incrementar las condiciones básicas de vida de la población, disminuyendo la mortalidad de enfermedades degenerativas, conlleva también a una transformación en los patrones de salud y enfermedad, aumentando además la prevalencia de males crónicos no transmisibles.

Las personas viven cada vez más, pero en edades extremas se incrementan las discapacidades, la fragilidad o dependencia, afectando tanto al que la sufre, como a sus familiares o personas significativas. Es por esto que se hace urgente generar una oferta dirigida al cuidado sociosanitario de las personas mayores, como también de los estándares que orientan esta atención.

Una de las prioridades de esta administración ha sido la construcción de una base de estándares de calidad para los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA, por medio de un proceso participativo, que consideró a los distintos sectores y disciplinas relacionadas a la prestación de estos servicios, con el fin de escuchar diversas voces que aportaran en la generación de servicios especializados y de calidad.

El resultado de este proceso, se tradujo en los presentes protocolos para los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores de SENAMA, los que establecerán una base estándar para aumentar la calidad de la atención en los ELEAM de SENAMA y también para otros establecimientos que deseen trabajar con ellos como un referente.

Este fue un gran desafío que pudimos cumplir gracias a un trabajo colectivo y participativo que hemos potenciado desde SENAMA y que agradecemos, pues hemos contribuido a fortalecer la corresponsabilidad que entre el Estado y otros actores involucrados en proporcionar una oferta de servicios de calidad para las personas mayores.

Rubén Valenzuela Fuica

Director Nacional
Servicio Nacional del Adulto Mayor

PRÓLOGO

“Por un lado, las experiencias pasadas, sean rutinas inertes o acontecimientos extraordinarios, nos fijan los objetivos que ambicionamos. Por el otro, expuestos a un futuro inédito, somos llevados a buscar en el pasado las lecciones que ayuden a comprenderlo. Y soñamos entonces con estar por encima de esa tensión; no fuera del tiempo, sino pudiendo seleccionar qué pasado asumimos y qué futuro nace de cero. Pero no podemos escapar al fuego cruzado. Lo que puedo llegar a ser, siempre lleva la impronta de lo que he llegado a ser”.

(Lechner, 2002. Las sombras del mañana: la dimensión subjetiva de la política, p 8).

La forma de hacer política pública no es azarosa, pues es el resultado de cómo se concibe a las personas receptoras de ésta y de qué se espera construir.

En este proceso debemos tomar en cuenta el pasado, presente y futuro de nuestra sociedad. La carga de lo recorrido nos dispone frente a nuestras expectativas futuras, se vincula con experiencias sociales, sensaciones y emociones colectivamente vividas e imaginadas. Los ciudadanos son partícipes de las políticas, más allá de la conciencia cotidiana que se pueda tener sobre este hecho. Es por esta razón que es necesario pensar en el diseño de la política pública como una construcción social.

Esta fue la visión detrás de la construcción de los Protocolos presentados en este libro. De esta manera, la impactante heterogeneidad existente hoy en día de ejecutores o administradores de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), nos llevó a pensar no sólo en la necesidad de generar un estándar que pudiese asegurar calidad, más allá de quién opere, sino también, relevar el trabajo de los distintos actores detrás de su implementación. Así, entendiendo el rol del Estado y particularmente este servicio público, como ente rector del desarrollo de políticas, planes y programas que aumenten la calidad de vida de las personas mayores y resguardar sus derechos, es que se decide iniciar un proceso participativo de construcción de estándares de calidad para los ELEAM, desde el enfoque de derechos.

Reconociendo lo valioso y necesario de abordar la complejidad social, a través de una mirada multidisciplinaria y multisectorial, es también necesario precisar que conlleva obstáculos para llevarla a cabo. En este caso, fue particularmente un desafío, lograr una reflexión que considerara las distintas maneras de concebir la vejez, desde una perspectiva social, de salud y de derechos, y aplicarlo a un instrumento tan práctico como debe ser un Protocolo. Relevar el trabajo práctico y la calidad de vida de las personas mayores dentro de la residencia, es lo que funcionó como eje, para esta construcción de estándares.

Llevar el enfoque de derechos a un tema práctico fue también un objetivo trazado al elaborar los Protocolos, ya que la apuesta es no sólo mantenerlo como un precepto etéreo y deseable socialmente, sino como una orientación que se traduzca efectivamente en el quehacer de cada día.

Es preciso enfatizar que fueron creados transdisciplinariamente, con el fin de ser aplicados de la misma manera, pues sólo serán útiles en la medida en que se logre con su puesta en marcha, un trabajo armónico entre los equipos, relaciones horizontales de trabajo, respeto entre las disciplinas y construcción permanente, teniendo como centro el respeto de los derechos de las personas mayores.

Agradezco a todos quienes participaron, pues demostraron capacidad para dialogar y llevar este largo y extenso trabajo a puerto. Asimismo, los invito a tomar estos contenidos para continuar su construcción como base que guíe su accionar.

Felipe Díaz Rain

Jefe

División de Planificación, Desarrollo y Control
Servicio Nacional del Adulto Mayor

INTRODUCCIÓN

El siguiente documento presenta los Protocolos definidos por SENAMA como básicos para el funcionamiento de sus Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)¹. Estos se enmarcan en la regulación de calidad internacional basada en el enfoque de derechos (Gascón & Redondo, 2014), y tienen el fin de orientar los procedimientos llevados a cabo para el funcionamiento de una Residencia de Adultos Mayores de SENAMA.

Para su construcción, SENAMA en conjunto con la asesoría de Eurosocietal, conoció experiencias internacionales de cuidado de largo plazo en Bélgica, Holanda, Suecia y Luxemburgo para recopilar información sobre prácticas exitosas de cuidado. Al mismo tiempo, se priorizó ajustar estas experiencias a la realidad nacional. Para esto, se visitaron las residencias de SENAMA y también algunas residencias que reciben fondos del programa Subsidio ELEAM de SENAMA. En estas visitas, se entrevistó a los equipos de las residencias, se conversó con adultos mayores, se reunieron buenas prácticas e iniciativas innovadoras realizadas, además de los protocolos utilizados hasta ese momento por las residencias. En una segunda fase, se compiló la evidencia recogida por parte de las residencias visitadas y se analizó el material bibliográfico pertinente, lo que permitió generar un set básico de formalidades, el cual en una tercera fase se puso a revisión, a través de mesas de trabajo constituidas por equipos interdisciplinarios y pertenecientes al sector público y privado.

Es importante destacar que este documento presenta el trabajo en conjunto realizado como primer paso para la utilización efectiva de estos Protocolos en los ELEAM de SENAMA.

A continuación damos a conocer el marco regulatorio base para esta construcción de estándares para ELEAM, luego en un segundo apartado, se expondrán algunas recomendaciones de lectura y uso de estos Protocolos, para en una tercera parte presentar los Protocolos elaborados.

1 El decreto 14, en su artículo 2º, define el Establecimiento de larga Estadía o ELEAM, como "aquel en que residen personas de 60 años o más que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados que allí reciben. Dichos cuidados tienen por objeto la prevención y mantención de su salud, la mantención y estimulación de su funcionalidad y el reforzamiento de sus capacidades remanentes. (Decreto 14, 2010, p.1). Para efectos de este documento se utilizará el concepto de ELEAM y Residencias indistintamente.

MARCO REGULATORIO PARA LA DEFINICIÓN DE ESTÁNDARES DE CALIDAD DE SENAMA

Según Gascón & Redondo (2015), para establecer estándares mínimos fundados en el enfoque de derecho, y poder medirlos, es necesario generar dimensiones objetivas que puedan ser posteriormente evaluadas. En el caso de los servicios de larga duración, organizados según el enfoque de derechos humanos, se deben generar indicadores capaces de captar tanto atributos objetivos que permitan la medición de la eficiencia y eficacia, técnicas como dimensiones intangibles asociadas a la evaluación de la calidad de vida, la promoción de su autonomía, el control sobre las decisiones que afectan su vida y la satisfacción de los usuarios. Para esto, se propone evaluar la calidad de un servicio en base a tres grandes categorías de indicadores: a) de estructura, b) de procesos, y c) de resultados.

Indicadores de estructura

Se dirigen a evaluar las características que son imprescindibles para que cada uno de los servicios funcione de manera correcta. Se incluyen entre ellos, las dimensiones y características de la planta física, sus instalaciones, las facilidades, el equipamiento y la tecnología. También forman parte de estos indicadores, la adecuada formación de la planta de personal, los ratio profesionales/personal-residente/usuario, sus horarios, entre otras dimensiones estructurales.

Indicadores de procesos

Se refieren a los procedimientos que se siguen para el apoyo, la atención o el cuidado de los residentes o usuarios, ajustados al enfoque de derechos humanos. En los casos en que se basen en la evidencia empírica de las mejores prácticas, los procedimientos se formalizan en protocolos o guías de atención o tratamiento.

Indicadores de resultados

Procuran medir la situación final del residente o usuario después de aplicados los procedimientos con los recursos estructurales disponibles. Para mejorar la calidad, en el documento de la OCDE se recomienda ampliar la medición de indicadores de resultados y evitar que los estándares se basen exclusivamente en aspectos de la infraestructura.

Tabla resumen de indicadores: Estructura, procesos y resultados

Considerando los alcances de SENAMA, se decidió en esta primera etapa, abordar el dominio de procesos, estableciendo estándares mínimos de calidad para estos, los cuales se formalizaron en la elaboración de un set de protocolos básicos de procedimientos para las Residencias.

TIPOS DE INDICADORES	CATEGORÍAS	SUB CATEGORÍA	CONTENIDO
I. ESTRUCTURA	Planta física.	Seguridad y confort.	Dimensiones de la estructura edilicia, mantenimiento, equipamiento, entre otras dimensiones, según normas de habilitación y fiscalización vigentes.
		Calidad de vida.	Facilidades de la estructura y el equipamiento para asegurar los derechos de los residentes a la intimidad, la privacidad, la autonomía, la libre circulación, entre otros derechos y dimensiones de la calidad de vida.
	Planta de personal.	Administración.	Planta completa en relación con los usuarios según niveles de dependencia, registros, tipo de contratación, quejas y reclamos, entre otras dimensiones.
		Capacitación y formación.	Formación técnica y profesional de la planta, formación continua, estimulación del compromiso y cuidado de cuidadores, entre otras dimensiones.
II. PROCESOS	Funcionamiento del establecimiento.	Rutinas técnicas y profesionales.	Rutinas del personal técnico y profesional para el funcionamiento del establecimiento y ante emergencias o catástrofes.
		Normas y procedimientos.	Normas de carácter general que pautan la participación de los residentes, los familiares y la comunidad.
	Vida cotidiana y atención de los residentes.	Modo de vida de residentes sin deterioro cognitivo.	Procedimientos que pautan la dinámica y la atención de los residentes.
	Cuidados complejos.	Atención de residentes con deterioro cognitivo o dependencia severa y total.	Procedimientos para la atención de los residentes con dependencia severa y total, incluyendo los cuidados paliativos y atención del final de la vida.
III. RESULTADOS	Mejoras en la calidad de vida.	Más alto es mejor (con ajuste de riesgo).	Porcentaje de residentes que mejoran en dimensiones de calidad de vida.
	Adversos en la calidad de vida.	Más bajo es mejor (con ajuste de riesgo).	Porcentaje de residentes que empeoran en dimensiones de calidad de vida.

Fuente: Redondo (2015, p.9)

Esta definición permitió establecer procesos mínimos para resguardar los derechos de las personas mayores en el funcionamiento de la residencia, con el fin de orientar la acción de los profesionales de la atención, normalizando los procedimientos de actuación profesional, evitando así actitudes inadecuadas, improvisaciones y sentimientos de inseguridad que afecten negativamente tanto al personal como a las personas mayores y recoger pactos o consensos implícitos en relación a la práctica cotidiana. (Bizkaia, 2010).

Sobre la base de este modelo teórico, se diseñaron y adecuaron los siguientes Protocolos según las categorías correspondientes.

Tabla de protocolos elaborados, categorizados según modelo teórico de calidad

INDICADOR	ÁREA	CATEGORÍA	SUB CATEGORÍA
PROCESOS	FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA	Mantenimiento de la residencia y servicios básicos.	Elaboración del plan de emergencias.
			Emergencias y urgencias médicas en el adulto mayor.
			Gestión de medicamentos.
			Aseo y limpieza de la residencia.
			Consejo de residentes.
			Extravío de residentes.
			Fallecimiento.
			Robo o hurto.
			Donaciones.
			Voluntariado.
			Visitas.
			Desarrollo sociocomunitario.
			Capacitación.
	ATENCIÓN DE LOS RESIDENTES	Modo de vida.	Acogida al ingreso.
			Evaluación y diagnóstico.
			Adaptación.
			Plan de atención integral.
			Egreso.
			Manejo de dinero.
			Salidas fuera de la residencia ² .
			Cuidados básicos de enfermería.
			Ambientes facilitadores.
			Alimentación y nutrición.
	CUIDADOS COMPLEJOS	Atención a los residentes: dependencia y deterioro cognitivo.	Prevención y actuación frente a agitación del adulto mayor.
			Estimulación cognitiva.
			Prevención y actuación frente a caídas.
			Prevención y tratamiento de úlceras por presión.
			Actividad física y gerontopsicomotricidad.
			Cuidados paliativos.
			Reactivación física.
Entrenamiento para el control de esfínteres.			

Fuente: Tabla elaborada en base a los lineamientos de Redondo (2015)

² El protocolo *Salidas fuera de la residencia* contiene aspectos que podrían vincularse tanto a la dimensión de “funcionamiento de la residencia”, como a “atención de los residentes”. Debido a que en el protocolo se prioriza esta última dimensión, y por efectos de orden, se dejará sólo en ésta.

Recomendaciones de lectura para Protocolos de Establecimientos de Larga Estadía de SENAMA

A modo de facilitar la lectura de los Protocolos que se presentan en este documento y considerando que, cada protocolo tiene por objetivo resguardar el enfoque de derechos en los procedimientos llevados a cabo en un ELEAM, se sugiere reflexionar sobre los **principios básicos** que guían su elaboración:

- Enfoque de derechos
- Cultura de no sujeción física y farmacológica
- La residencia como un hogar
- Protocolos son un apoyo
- Flexibilidad ante la realidad territorial
- Singularidad y autonomía
- Atención integral
- Personas Mayores como protagonistas

Flujo Protocolos³

Siguiendo la argumentación anterior, y para efectos de orientar qué, cómo y cuándo utilizar un determinado protocolo en la residencia, además de entender el total de los protocolos como un flujo, se presentan a continuación divididos por área y temporalidad:

3 Para la utilización de los protocolos, el equipo que conforma la residencia, se debe basar siempre en las características propias de la persona mayor en cuanto a su nivel de dependencia, intereses y necesidades, entre otros factores, lo que surgirá a partir de los resultados que entregue la etapa diagnóstica del adulto mayor. Frente a lo anterior, es importante comenzar con la lectura y/o revisión del Protocolo de Evaluación y Diagnóstico, el cual permitirá orientar los protocolos y servicios dirigidos a la persona mayor al interior de la residencia, además de unificar el quehacer del equipo profesional, administrativo y técnico que compone la residencia, desde un enfoque de derechos.

Protocolos de funcionamiento de la residencia

TRANSVERSAL A LA OPERACIÓN DE LA RESIDENCIA

Elaboración
del Plan de
Emergencias

Emergencias y
Urgencias Médicas
en el Adulto Mayor

Gestión de
Medicamentos

Desarrollo
Socioeconómico

Aseo y Limpieza
de la Residencia

Fallecimiento

Robo o Hurto

Consejo de
Residentes

Visitas

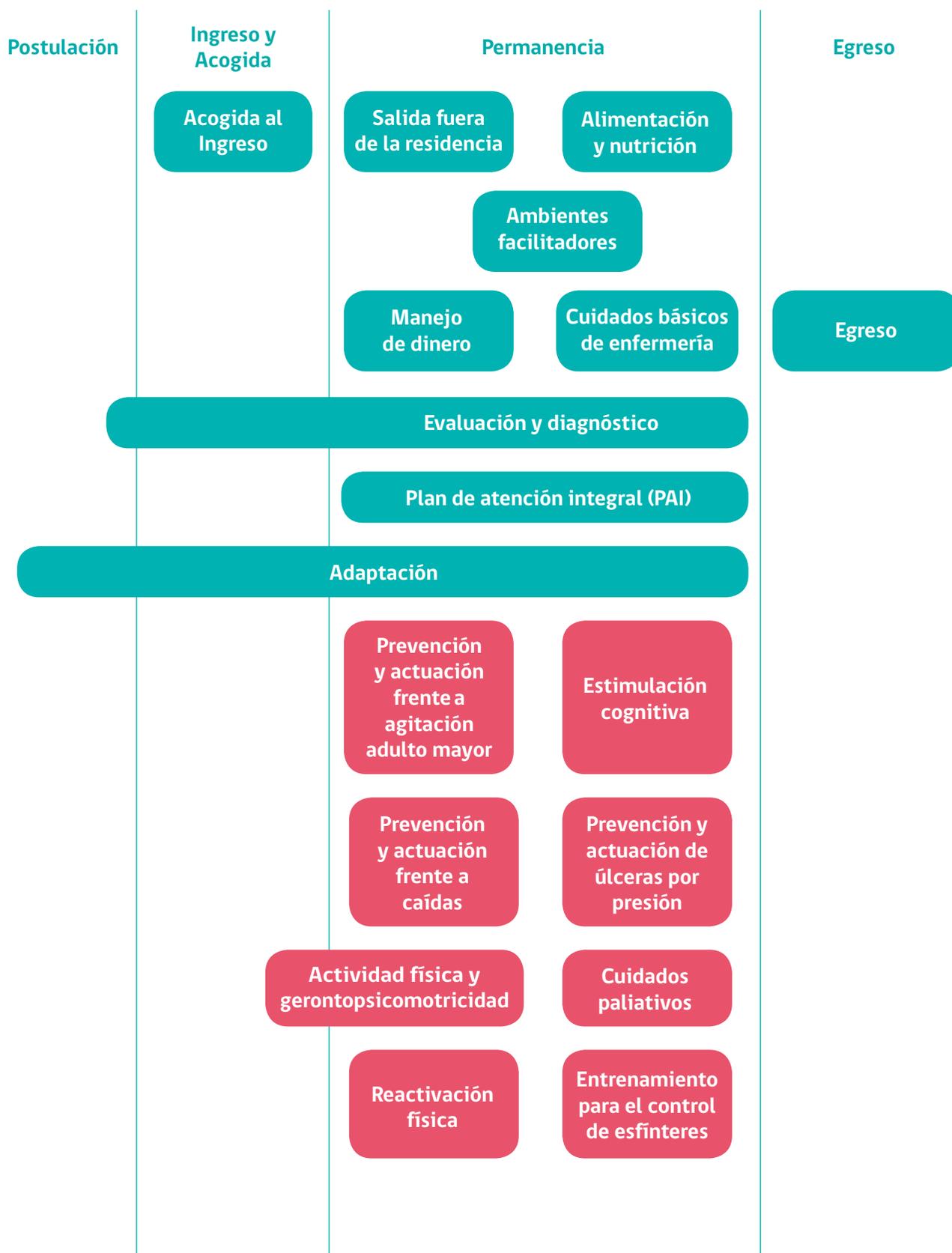
Voluntariado

Donaciones

Extravío de
Residentes

Capacitación

Protocolos de Atención a los Residentes y Cuidados Complejos



CONTENIDOS DE LOS PROTOCOLOS

El contenido que recoge cada protocolo se encuentra definido por una estructura estándar que indica desde la etapa del proceso en la cual se encuentra, hasta los objetivos, consideraciones previas y responsables de cada protocolo. A objeto de facilitar lo que indica cada campo, a continuación se describe cada uno:

Etapa del proceso	Se encuentra compuesta por tres etapas, las cuales se definen en la Guía para la Operación de Residencias Colectivas de SENAMA. Las etapas son: <ul style="list-style-type: none"> • Ingreso y acogida. • Permanencia en la Residencia. • Egreso de una Residencia.
Responsable del cumplimiento	Se define al Director/a Técnico como responsable de todos los protocolos, debido a que es la figura que responde ante los requerimientos de SENAMA.
Responsable de la ejecución	Responsable de llevar a cabo la acción, y responder ante el Director/a Técnico por ésta. Puede existir más de un responsable.
Objetivo	
Se refiere al objetivo de cada protocolo en particular, resguardando el enfoque de derechos.	
Consideraciones Previas	
Se refiere a todas aquellas consideraciones que se deben resguardar para la implementación del protocolo.	
Descripción de las Etapas y/o Procesos	
Se refiere a la descripción de las etapas y/o procesos que contenga cada protocolo. No es condicionante que todos los protocolos contengan ambos.	
Periodicidad	Indica etapa o tiempo de aplicación del protocolo.
Materiales	Indica los materiales a utilizar, en caso que se requieran.
Registro	Indica los sistemas de registro donde se resguardará la información.
Bibliografía	Indica las referencias bibliográficas con las cuales se elaboró cada protocolo.
Flujograma	Indica si contiene flujograma.
Anexos	Indica si contiene anexos.
Glosarios	Indica si contiene glosario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bizkaiko Foru Aldundia-Diputación Foral de Bizkaia (2011) *Protocolos de actuación. Residencias de personas mayores. Servicio foral residencial*. Diputación Foral, Bizkaia.
- Redondo, N. & Gascón, S. (2014) *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia*. Madrid.
- Redondo, N. (2015) Marco regulatorio de la calidad para establecimientos de larga Estadía (ELEAM) del SENAMA (versión borrador). Santiago.
- OECD/EC (Organization for Economic and Cooperation Development/European Commission) (2013), *A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas) (2003), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Nueva York.
- WEDO (For the Wellbeing and Dignity of Older people) (2013), *Marco Europeo de Calidad de los servicios de atención a largo plazo*. Traducción no profesional realizada por FATEC [en línea] www.wedo-partnership.eu
- WHO (World Health Organization) (2002), *Ethical choices in long-term care: what does justice require?* Suiza, WHO Publications.



PROTOCOS DE ATENCIÓN DE LOS RESIDENTES



Protocolo Acogida al Ingreso

Etapas del proceso: Ingreso y acogida

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Según designe el director técnico

OBJETIVO

Facilitar el proceso de ingreso de la persona mayor a la residencia, considerando su bienestar e intereses, informando y resguardando los derechos y deberes, tanto del adulto mayor como de su persona significativa.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- El proceso de acogida al ingreso del residente al establecimiento de larga estadía (ELEAM), se entenderá como el conjunto de actuaciones llevadas a cabo por los profesionales del ELEAM encaminadas a recibir, acoger y presentar la residencia a la persona mayor, sus familiares y/o persona significativa, facilitando una adaptación al nuevo ambiente en el que la persona mayor se desenvolverá.
- Si bien el proceso se inicia formalmente desde la recepción del nuevo residente, y se encuadra al primer día de estancia de la persona mayor en el ELEAM, se deben propiciar los encuentros previos al ingreso, facilitando la visita a la residencia, esto si la dispersión territorial y la situación de salud del adulto mayor lo permiten. En el caso de producirse la visita a la residencia, esta permitirá una aproximación de la persona mayor a la que será su nueva casa y desde ese momento responder dudas respecto a ésta.
- El ELEAM se transformará en el hogar de la persona mayor, con las funciones de seguridad, relación, pertenencia e intimidad que ello implica. Esta etapa en particular es relevante ya que el proceso de adaptación dependerá en gran medida de cómo se vayan dando los primeros encuentros entre el equipo profesional y la persona mayor.
- Es importante que la persona mayor al momento de su ingreso, se sienta acogida por el equipo de la residencia, por los residentes y/o por los representantes del Consejo de Residentes.
- Durante este proceso el equipo de la residencia deberá establecer una adecuada comunicación tanto con el residente como con su persona significativa, estableciendo un vínculo efectivo con ambos desde el inicio, promoviendo un ambiente familiar en la residencia para que el adulto mayor y su persona significativa se sientan cómodos, minimizando los efectos adversos del cambio de domicilio previo a la residencia.
- La inclusión activa de la persona significativa para el residente en el proceso de acogida al ingreso, facilitará la etapa de adaptación del residente. (Ver protocolo de adaptación y acompañamiento).

Para la correcta ejecución de las etapas del presente protocolo, será necesario considerar la información recabada durante el proceso de postulación, de manera de asegurar una acogida que considere las necesidades particulares de cada persona mayor según las condiciones en las que ingresa. Esto con el fin de orientar lo mejor posible su acogida, la disposición del personal y los espacios de la residencia al momento de su ingreso. Ahora bien, debe considerarse que esta información puede variar durante el período de espera de ingreso a la residencia, lo que deberá ser consignada posteriormente en la ficha de ingreso (Ver protocolo de evaluación y diagnóstico).

- La persona mayor tiene derecho a disponer de cuanta información resulte necesaria para hacer un uso adecuado de los servicios y prestaciones de la residencia, primando el principio de autonomía.
- La información que se entregue, debe ser transmitida de forma verbal y/o escrita, plenamente accesible, adecuada, detallada, de fácil comprensión y adaptada a las necesidades tanto del adulto mayor como de la persona significativa que acompañe en este proceso, sin infantilizar el trato. Además, se debe procurar un ambiente agradable y evitar las interrupciones, por ejemplo, llamadas telefónicas, entrevistas u otros.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Recibimiento y acogida:

- El director técnico debe recibir y dar la bienvenida al adulto mayor y a quien lo acompañe en el ingreso, indicándole la persona del equipo que estará a cargo de realizar la acogida del nuevo residente.
- La persona designada por el director técnico deberá atender al adulto mayor y su acompañante, en un espacio privado y acogedor designado para estas funciones, realizando las siguientes acciones:
 - a. Explicar claramente a la persona mayor y a su acompañante los objetivos de este encuentro, aclarar que este puede ser extenso, pero necesario para que esté en conocimiento del funcionamiento de la residencia.
 - b. Procurar observar y conocer el estado de ánimo de la persona mayor, aprehensiones, temores o ansiedades frente al cambio de vivienda. Lo anterior, de manera de transmitir confianza y seguridad en su proceso de cambio e inserción en la residencia.
 - c. Dar a conocer los derechos y deberes de la persona mayor en la residencia, los cuales se encuentran en el Anexo N°1 del presente protocolo. Es necesario que la persona designada aclare las dudas que el adulto mayor o su acompañante puedan tener sobre este documento, dado que será esencial su comprensión para el ejercicio de los derechos de la persona mayor en la residencia.
 - d. Presentar el reglamento interno de la residencia (Ver Anexo N°2). Si bien este reglamento se enseña y explica de manera informal en la etapa de postulación, se debe presentar y aclarar en esta etapa, para que no queden dudas en la persona mayor y quien acompaña. Dicho reglamento es clave para enmarcar las facultades de la residencia y el ejercicio de los derechos de la persona mayor.
 - e. Posterior a revisar, conocer y aclarar dudas sobre los puntos anteriores, la persona mayor deberá firmar el consentimiento voluntario para el ingreso al ELEAM (Ver anexo N°3).
 - f. También, se deberá dar cuenta de sus preferencias y firmar el consentimiento indomado de traslado del adulto mayor a servicio de salud y/o tratamiento vinculado a su atención (Anexo N°4).
 - g. Se deberá transmitir que la residencia priorizará la atención centrada en la persona, con los riesgos propios que implica la autonomía de una persona, priorizando siempre sus intereses y preferencias.
 - h. Se invitará a la persona mayor a conocer los espacios comunes y la habitación que le será otorgada para su estadía en la residencia.

II. Presentación de espacios comunes y habitación de la persona mayor:

- Se sugiere comenzar con la presentación del espacio personal del residente, es decir dormitorio y baño. Si lo desea, podrá dejar de inmediato sus pertenencias en el dormitorio, las que luego deberán ser registradas en un inventario y en su ficha individual.
- Se presentará a sus compañeros de dormitorios y a quienes se encuentren en él.
- Se presentará al asistente de trato directo designado como referente para acompañar el proceso de adaptación y acompañamiento (Ver Protocolo de Adaptación y Acompañamiento) y se señalará algunas de sus principales funciones. Se le explicará que ante cualquier inquietud, se dirija a él/ella.

Una vez finalizada la presentación de su espacio personal, se le mostrará a la persona mayor las instalaciones de la residencia (salas de estar, comedor, cocina, salas de terapias, jardines, etc.), presentando a los residentes que se encuentren en los espacios visitados.

- Será necesario que la persona designada genere un espacio de despedida entre la persona mayor y su acompañante, otorgándoles los tiempos necesarios para ello.
- Al cierre de la acogida al ingreso en la residencia, se deberá verificar el estado anímico de la persona mayor y si es necesario poder extender la estadía del acompañante.

PERIODICIDAD

- Sólo al ingreso a la residencia.

MATERIALES

- Contar con oficina para la recepción de la persona mayor
- Documentos anexos.

REGISTRO

- Ficha Individual del Adulto Mayor
- Cuaderno de novedades.

BIBLIOGRAFÍA

- Perez C. V; Japón B. Ma.: Musitu O.G: *La humanización comienza con el ingreso.*
- Martinez E. I; Casas J. Ma (2010): *Pre ingreso, ingreso y adaptación en Residencias. Asociación Edad Dorada Mensajeros de la Paz. Murcia. España.*
- Bizkaiko Foru Aldundia. *Manual de buena práctica, Residencias en personas Mayores.*

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO No

ANEXO N° 1

CARTA DERECHOS Y DEBERES DEL RESIDENTE

Derechos de los Adultos Mayores

La persona mayor tiene los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que otras personas. En la medida que envejece, debe seguir disfrutando de una vida plena, independiente y autónoma, con salud, seguridad, integración y participación activa en las esferas económica, social, cultural y política de sus sociedades.

La persona mayor que vive en una residencia tiene especialmente los siguientes derechos:

DIGNIDAD: Reconocimiento del valor intrínseco de las personas, en toda circunstancia, con pleno respeto de su individualidad y de sus necesidades personales.

- a. Ser atendidas con respeto, corrección y comprensión en relaciones verbales y físicas.
- b. Ser atendidas de forma individualizada y personalizada.
- c. Ser atendidas con respeto a sus necesidades, si es posible sus preferencias, atendiendo a factores culturales y religiosos y no ser objeto de discriminación por razón de sexo, orientación sexual, estado civil, edad u otra condición.
- d. Ser atendidas en las debidas condiciones de seguridad e higiene.
- e. Ser atendidas en plazos de tiempo razonables.

PRIVACIDAD: Derecho a preservar su intimidad personal en los actos de higiene o en las actividades que desarrolle, independientemente del ámbito en el que se desenvuelva.

CONFIDENCIALIDAD: de los datos e información de la persona mayor con las que cuenta la Residencia.

AUTONOMÍA: Las personas mayores tienen derecho a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a pensar y actuar de forma independiente, conforme a sus tradiciones y creencias.

- a. A elegir su propio estilo de vida, a adoptar sus decisiones y ser respetadas en sus opciones.
- b. A acceder a información completa comprensible y adaptada a sus especiales necesidades.
- c. A rechazar la participación en actividades, servicios o tratamientos.
- d. A acceder a los cauces de presentación de sugerencias y quejas o cualquier otra vía de recurso administrativo o judicial prevista en la normativa vigente.
- e. A egresar de la residencia, si así lo desea.

ACCESO A INFORMACIÓN: Derecho a disponer de los antecedentes que resulten necesarios para acceder a los servicios y prestaciones.

EVALUACIÓN DE NECESIDADES: Con el fin de garantizar el acceso a servicios y prestaciones más adecuadas para los residentes, se debe tener en consideración lo siguiente:

- a. La opinión de las propias personas usuarias.
- b. La apreciación de las personas cuidadoras.
- c. Las ayudas del apoyo informal y su capacidad de hacerlas.
- d. Información, de otros servicios públicos, si corresponde.
- e. Información de los resultados.

A UN PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL: Ajustado a las necesidades detectadas mediante la evaluación y con el consentimiento de la persona mayor, que contenga:

- a. Un plan escrito, comprensible y adaptado a las necesidades.
- b. Una copia entregada a la persona y familiares (si así lo quisiese el adulto mayor).
- c. La descripción de servicios, prestaciones y personas que los dan.
- d. Designar profesional referente.
- e. La indicación de la fecha de revisión del plan.
- f. Firma del usuario (en casos explícitamente necesarios, firma de persona significativa).

A DISPONER DE CALIDAD DE SERVICIO: esto es, al cumplimiento de los requisitos materiales, funcionales y de personal previsto en la normativa.

- a. Que cuente con resolución sanitaria.
- b. Que se promueva la calidad mediante evaluaciones internas y externas.
- c. Que se publiquen resultados de las inspecciones y evaluaciones.
- d. Que las decisiones correspondan con necesidades y atiendan a sus preferencias.
- e. Que exista un proceso de mejora continua sobre las áreas de atención biopsicosocial.

PARTICIPACIÓN: Tomar parte activa de todas las decisiones que le afecten de forma directa o indirecta, individual o colectiva, en la organización y funcionamiento de los servicios sociales de las que son usuarias.

- a. Ser parte de su proceso de evaluación y diagnóstico.
- b. Participar en la elaboración de su Plan de Atención Integral (PAI).
- c. Intervenir por medio del consejo de residentes.
- d. Intervenir mediante el procedimiento de sugerencias y quejas.
- e. Presentar denuncias relativas al funcionamiento del centro y los servicios.

CONOCIMIENTO Y DEFENSA DE SUS DERECHOS: Derecho a acceder a los cauces de información, participación, sugerencias y quejas que permitan el ejercicio efectivo de los derechos.

- a. Ser informadas efectivamente de sus derechos.
- b. Disponer por escrito del PAI.
- c. Estar acompañadas si lo desean en las entrevistas para evaluar necesidades y elaborar el PAI.
- d. Ser informadas y facilitar acceso a sugerencias y quejas, así como a recursos previstos en la normativa.
- e. Derecho a designar por escrito a una persona de confianza o representante.

Obligaciones del Adulto Mayor

FACILITAR INFORMACIÓN: Transmitir información necesaria y veraz para proceder a la evaluación de las necesidades y elaboración del PAI.

CUMPLIR NORMAS DE REGIMEN INTERNO: Conocer y cumplir la normas reguladoras de la organización y del funcionamiento de los servicios y centros de servicios sociales de los que son usuarios.

CUMPLIR NORMAS DE CONVIVENCIA: Respetar las normas de convivencia y respeto mutuo en los servicios y centros de servicios sociales.

RESPECTO AL RESTO DE RESIDENTES Y PERSONAL: Respetar todos los derechos, en particular los de dignidad y privacidad de todas las demás personas usuarias y profesionales de los servicios, así como el derecho de confidencialidad de la información de la que, por cualquier razón, tuvieran conocimiento. Mantener un comportamiento de no discriminación por razón de sexo, orientación sexual, estado civil, edad, creencia, ideología, pertenencia a pueblos originarios, nacional lingüística, nivel económico, discapacidad física, psíquica o sensorial, o por cualquier razón personal o social.

RESPECTO A INSTALACIONES: Respetar y utilizar correctamente los bienes inmuebles y las instalaciones de los centros de servicios sociales.

RESPECTO A FECHAS: Respetar las fechas y horas establecidas o acordadas para las prestaciones de servicios. **(Excluye las situaciones que se contrapongan con el derecho de AUTONOMÍA).**

ANEXO N° 2

REGLAMENTO INTERNO DE LA RESIDENCIA

De acuerdo al DS N° 14/2010, del Ministerio de Salud, art. 27: *“Los establecimientos regidos por este reglamento deberán contar con un **reglamento interno** en que se regule la convivencia en su interior y se **salvaguarde el respeto irrestricto de los derechos y del ejercicio de la autonomía de los residentes**”... “Con todo... **el reglamento en caso alguno podrá contener disposiciones que atenten contra los derechos fundamentales del residente...**”.*

Es así como cada Residencia tendrá la tarea de elaborar de manera colaborativa entre el equipo de trabajadores del ELEAM y el consejo de residente su propio reglamento interno. Sus contenidos deberán estar en concordancia con lo dispuesto en el DS N° 14/2010 del Ministerio de Salud y la carta de derechos y deberes de los residentes.

A continuación, se detallan a modo de ejemplo, algunas de las áreas a abordar, como también aquellos campos que se encuentran pre-establecidos a través de los protocolos de los ELEAM SENAMA.

Áreas protocolizadas

ÁREA	PROTOCOLO
Recepción de visitas.	Protocolo de visitas.
Procedimientos de salida.	Protocolo de salidas fuera de la residencia.
Procedimiento para prevención de accidentes y catástrofes.	Protocolo para elaboración del plan de emergencia.
Procedimiento de pago de pensiones.	Protocolo manejo de dinero.
Encargos y resguardo de pertenencias y dinero.	Protocolo manejo de dinero.
Procedimiento en caso de robo.	Protocolo de robo y hurto.
Manejo de dinero.	Protocolo manejo de dinero.

Áreas a definir en conjunto

Debe establecerse una pauta consensuada por los adultos mayores para cada Residencia, que considere las necesidades particulares de éstos y que al mismo tiempo, respete los horarios de descanso establecidos por la mayoría.

Se sugiere, que se llegue a consenso en actividades cotidianas, tales como:

- Horarios de rutina
- Consumo de alcohol
- Uso de aparatos de radio, televisión y música particulares
- Celebración de cumpleaños
- Acceso a bienes de consumo al interior de la residencia
- Otros

Procedimiento de reclamos y sugerencias

La residencia deberá contar con un libro de reclamos y sugerencias, siempre a disposición de los residentes y de sus visitas.

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA INGRESO AL ELEM

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO
 PARA INGRESO A ESTABLECIMIENTO DE LARGA ESTADIA
 PARA ADULTOS MAYORES UBICADO
 EN LA COMUNA DE..... REGION DE.....

Fecha.....

Yo,, Rut N° expreso mi voluntad de ingresar al Establecimiento de Larga Estadía "", de la comuna de....., teniendo conocimiento de los derechos y deberes; y del Reglamento interno de la residencia.

Nombre:
Rut:
Firma adulto mayor:

Nombre:
Rut:
Firma persona significativa:

Nombre:
Rut:
Firma director técnico:

ANEXO N° 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Traslado del adulto mayor a un servicio de salud y/o tratamiento vinculado a su atención

Desea ser trasladado a un servicio de salud frente a emergencias y/o urgencias médicas:

Si

No

En caso de marcar no, la persona mayor deberá firmar que se encuentra en conocimiento de los riesgos asociados a no ser trasladado desde la Residencia a un servicio de salud frente a una emergencia y/o urgencia médica.

.....
Firma

En caso de alguna emergencia y/o urgencia médica acontecida por el adulto mayor, desea someterse a los tratamientos y/o procedimientos vinculados a su atención de salud

Si

No

En caso de marcar no, la persona mayor deberá firmar que se encuentra en conocimiento de los riesgos asociados a no someterse a cualquier tratamiento o procedimiento vinculado a su atención de salud y recomendado por

.....
Firma

Protocolo Evaluación y Diagnóstico

Etapas del Proceso: Ingreso y Acogida; Permanencia

Responsable del Cumplimiento: Director/a Técnico

Responsable de la Ejecución: Director/a Técnico

OBJETIVO

Orientar respecto al proceso de evaluación integral y centrada en la persona que se realiza durante el ingreso y estadía de la persona mayor a la residencia, en función a la elaboración posterior del Plan de Atención Integral (PAI).

CONSIDERACIONES PREVIAS

La evaluación integral se inicia desde el ingreso del adulto mayor y comprende la valoración geriátrica integral (VGI) que aborda las siguientes dimensiones: biomédica, funcional, mental-afectivo, y social. Sumándose además, la experiencia de los equipos, lo que nos refiere la persona mayor, la persona significativa y el contexto en el que se desarrolla la evaluación.

Los instrumentos de evaluación son sólo un medio para llegar al Plan de Atención Integral (PAI), siendo la evaluación Integral la piedra angular para la definición de éste.

Se debe informar al adulto mayor sobre el proceso que la evaluación involucra, considerando su participación activa y la construcción del proceso poniendo a la persona al centro de la atención, sus expectativas, necesidades, temores, etc. Además, se debe otorgar toda la información que la persona mayor solicite, particularmente de los resultados obtenidos de las evaluaciones.

Será esencial la participación continua del asistente de trato directo del adulto mayor, durante todo este proceso.

No se deben repetir evaluaciones. Se debe intencionar que la persona mayor no tenga que responder varias veces a las mismas preguntas.

Para la evaluación se debe contar con un equipo transdisciplinario, centrado en los servicios que requiere el adulto mayor y no en las disciplinas. El director técnico es el responsable de promover y liderar el proceso de evaluación. Debe además, facilitar la interacción permanente y oportuna del equipo.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

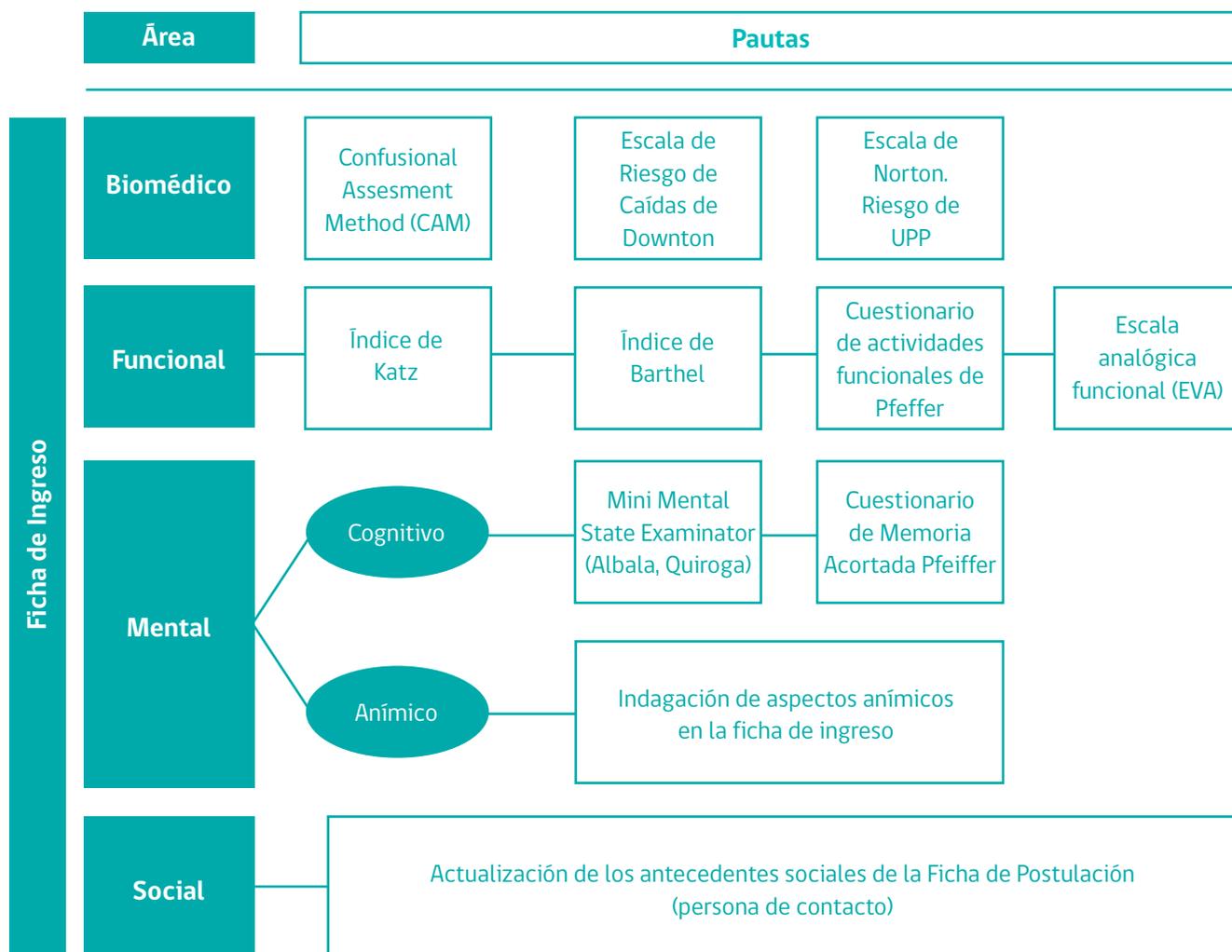
I. Realizar Evaluación de ingreso:

La primera evaluación, tiene como objetivo pesquisar los aspectos críticos que el equipo debe conocer para el ingreso de la persona mayor. Para facilitar esta evaluación, la enfermera deberá llenar la ficha de ingreso (Anexo N°1), utilizando como referencia la ficha postulación del adulto mayor al ELEAM. Debe ser completada durante las primeras 24 horas de permanencia del adulto mayor a la residencia, para guiar al equipo en las primeras acciones que merezcan urgencia.

Las pautas de evaluación de los aspectos críticos serán aplicadas por el profesional más idóneo en el ámbito a evaluar, incluyendo las observaciones que pudiesen aportar los técnicos y los asistentes de trato directo del adulto mayor. Asimismo, se debe informar permanentemente a la persona mayor de las acciones y procesos en que se encuentran, en forma clara, sencilla y de acuerdo a las características de cada uno, respondiendo además, a las dudas que la persona mayor pudiese presentar.

Es importante destacar que esta evaluación corresponde al inicio de la valoración geriátrica integral (VGI), la cual será completada durante las siguientes dos semanas desde el ingreso de la persona mayor a la residencia. Anexo N°2

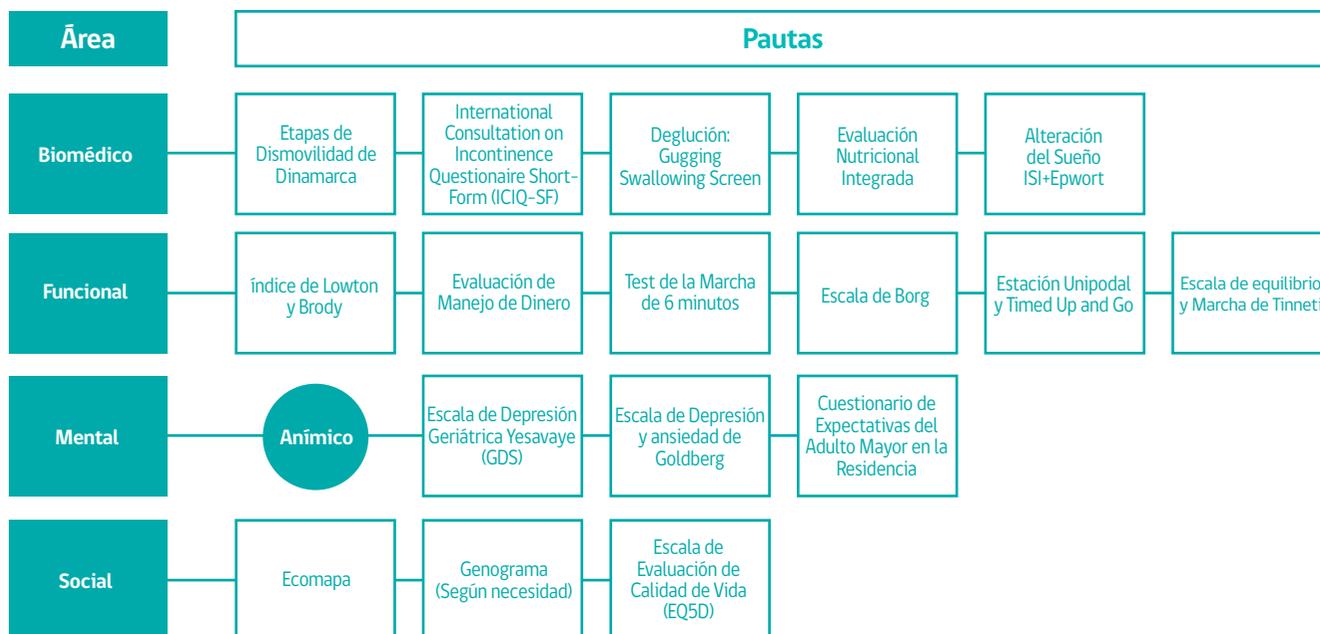
Esquema resumen de evaluación de ingreso



II. Completar Valoración Geriátrica Integral (VGI):

Dentro de las primeras dos semanas se deben realizar y completar las evaluaciones que permitan profundizar las dimensiones que considera la VGI, las que fueron iniciadas en la evaluación de ingreso.

Esquema resumen para completar evaluación¹



III. Reunión de equipo transdisciplinario:

La evaluación integral finaliza con una reunión del equipo transdisciplinario, la cual debe realizarse al término de la segunda semana o inicio de la tercera, desde el ingreso de la persona mayor.

El objetivo de la reunión es analizar la valoración geriátrica integral, las observaciones realizadas por el equipo, lo que nos refiere la persona mayor y su persona significativa y así, con estos insumos, definir objetivos individuales y el plan de intervención integral (PAI) (Ver protocolo PAI). Será esencial que la asistente del adulto mayor participe de esta reunión.

Es importante considerar que gran parte de las evaluaciones aplicadas en la evaluación integral, se articulan directamente con otros protocolos que guiarán la acción y las intervenciones correspondientes según el resultado obtenido. Este aspecto debe tenerse en consideración a la hora de elaborar el PAI.

Por último, se considerarán esenciales las respuestas entregadas por la persona mayor respecto a sus expectativas en la residencia (pauta de evaluación de expectativas del adulto mayor en la residencia, Anexo N°5) para orientar la elaboración del PAI, priorizando los aspectos relevados por la persona para ser trabajados durante su estadía.

La evaluación integral de cada usuario, se debe realizar anualmente, o en caso de cambios en la situación del adulto mayor. (Ej. Enfermedad aguda, petición por parte del adulto mayor de cambiar PAI, entre otros).

¹ Todas las pautas de evaluación mencionadas se encuentran en el anexo N°4.

PERIODICIDAD

- **Evaluación de ingreso:** Primeras 24 hrs. desde el ingreso a la residencia
- **Completar VGI:** primeras 2 semanas posterior al ingreso.
- Además, se reaplica la VGI completa anualmente o según cambios en el adulto mayor.

MATERIALES

- Ficha de postulación del adulto mayor al ELEAM.
- Anexos del protocolo

REGISTRO

- Ficha Individual del Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Ciclo Vital. División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. (2013). Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Santiago, Chile: MINSAL.
- P. Quiroga, C. Albala, G. Klaasen. (2004). Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. Revista Médica de Chile, 132, 467-478
- Unidad de Salud Respiratoria. (2013). Programa de rehabilitación pulmonar para la atención primaria de salud. Santiago, Chile: MINSAL
- Dinamarca M, José Luis. (2012). Dismovilidad en Geriátría: Una década definiendo un concepto clínico. Boletín Hospital Viña del Mar, 68 (2), 15-19.
- Programa Geriátría. (2015). Test Memoria Acortado -SPMSQ-
- E. PFEIFER, 1975. junio 2016, de Facultad de Medicina. PUC Sitio web: <http://medicina.uc.cl/programa-geriatria/test- memoria>
- R. López, E. Mancilla, A Villalobos, P Herrera (s/f). Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. Santiago, Chile: MINSAL.
- Gobierno de Chile. (s.f). Procedimiento de construcción de genograma. Consultado el 30 de agosto 2015, de Mediación Chile Sitio web: <http://www.mediacionchile.cl/me- dia/2015/11/procedimiento-de-construccion-de-genogra- ma.pdf>

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

**EVALUACIÓN DE INGRESO
FICHA DE INGRESO ELEM²**

FECHA	/ /
REGIÓN	
NOMBRE DEL ELEM	

A. DATOS PERSONALES						
Rut				-	Sexo	MASCULINO
						FEMENINO
Nombres						
Apellidos						
Fecha de nacimiento	DÍA	MES	AÑO	Estado Civil	Soltero/a	
					Acuerdo Unión Civil	
Lugar de nacimiento					Casado/a	
					Divorciado/a	
Edad				Viudo/a		
				Situación de Pareja	Separado/a Conviviente/Pareja	
Escolaridad	Lectoescritura	SI		Analfabeto		
		NO		Por desuso		
Creencia religiosa				Evangélico		
				Católico		
				Testigo de Jehová		
				Otra		
Dirección actual						
Población						
Comuna						
Teléfono de contacto						
Ingresa desde				Hospital		
				Casa		
				Otro (especificar)		

2 Actualizar datos desde la Ficha de Postulación, cuando corresponda.

IDENTIFICACIÓN PERSONA REFERENTE RESPONSABLE (persona significativa)			
Rut		Sexo	MASCULINO
			FEMENINO
Nombres			
Apellidos			
Dirección actual			
Población			
Comuna			
Teléfono de contacto			
Correo electrónico			
Relación con la persona mayor			

CONDICIONES DE INGRESO			
Diagnósticos médicos (enfermedades agudas y crónicas)	Agudas	Neumonía	
		Fractura de cadera	
		Fractura de muñeca	
		Fractura de columna	
		IAM ³	
		ACV ⁴	
		Otras	
	Crónicas	Hipertensión	
		DM tipo1	
		DM tipo 2	
		Epiléptico	
		EPOC	
		LCFA	
		Dislipidemia	
		Obesidad	
		Artritis Reumatoide	
		Artrosis	
		Cardiopatía Coronaria	
		Secuela ACV	

3 IAM: Infarto Agudo al Miocardio.

4 ACV: Accidente Cerebro Vascular.

		Parkinson	
		Asma	
		Enfermedad Renal Crónica	
		Daño Hepático Crónico	
		Cáncer	
		Otro	
Medio de evidencia del diagnóstico	Documento		Fecha
	Certificado médico		
	Carnet de control del Adulto Mayor		
	Otro		

TRATAMIENTO (MEDICAMENTOS U OTROS)			
Medicamento	Dosis		Horario
Cirugías	NO		SÍ
	Cuáles		
Alergias	NO		SÍ
	Cuáles		
Trae exámenes y/o radiografías	NO		SÍ
	Exámenes		Fecha

Inmunizaciones	NO		SÍ	
	Cuáles		Fecha	
Hábitos	Tabaco	NO		SÍ
	Drogas	NO		SÍ
	Alcohol	NO		SÍ
	Otros			
Presencia lesiones en la piel	NO		SÍ	
	Localización y motivos de las lesiones			
	Heridas	SÍ		NO
	Localización			
	UPP	SÍ		NO
	Localización			
	Cicatrices	SÍ		NO
Localización				

NECESIDADES BÁSICAS ⁵				
Alimentación	Independiente	Con ayuda técnica		
		Sin ayuda técnica		
	Dependiente	Gastroclisis		
		Vaso		
		Vaso con bombilla		
		Otro		
		Vía de acceso nutrición enteral	Gastrostomía	
	Sonda nasogástrica			
	Sonda nasoyeyunal			
	Sonda orogástrica			
	Otro			

5 Complementar información con la aplicación índice de barthel

	Consistencia de los alimentos	Entero			
		Papilla			
		Líquido			
		Molido			
	Alimentos	Come de todo			
		Régimen especial			
		Alergia Alimenticia			
		Observaciones			
	Dentadura	Completa			
		Adentado parcial			
		Adentado total			
	Prótesis dental	No			
		Total			
		Parcial			
Condiciones de la prótesis	Buena				
	Defectuosa				
	No la trajo				
Eliminación	Continente				
	Incontinente	Urinario		Pañal	
		Fecal		Protectores	
		Ambos		Sonda Foley	
	Uso de	Taza WC			
		Chata			
		Pato			
		Baño portátil			
Estreñimiento	SÍ		NO		
Indicar frecuencia de deposiciones					
Higiene	Estado higiénico al ingreso	Aparentemente bueno			
		Regular			
		Deficiente			
	Apoyos para realizar higiene	Independiente			
		Requiere de apoyo parcial			
		Dependiente			

Vestuario	Independiente						
	Requiere de apoyo parcial						
	Dependiente						
Visión Audición	Ve bien	SÍ			NO		
	Escucha bien	SÍ			NO		
	Usa lentes	SÍ		NO		LOS TRAE	
	Usa audífonos	SÍ		NO		LOS TRAE	
Respiración	Independiente						
	Dependiente					Oxigenoterapia*	
						Inhaladores*	
*Indicar frecuencia de uso:							
Reposo y sueño	Sin Alteraciones		Insomnio				
	Horas de sueño diurno						
	Horas de sueño nocturno						
	Rutina para conciliar el sueño						
Movilidad	Deambulación	NO			SÍ		
	Ayudas Técnicas						Estado ⁶
		Silla de ruedas					
		Bastón					
		Andador					
	Otra:						
	Extremidades Superiores	Derecha					
		Izquierda					
	Extremidades Inferiores	Derecha					
		Izquierda					
	Rutina de ejercicios	NO					SÍ
		Caminata					
Rutina de ejercicios							
Otra							

CONTROL DE SIGNOS VITALES

	Registro	Hora	Fecha
PA			
FC			
FR			
Sat. O2			

6 B: Buena, R: Regular, M: Mala

DOLOR			
SI		NO	
ZONAS	Localización	EVA ⁷	Observaciones
Manejo del Dolor	Farmacológico		
	Medidas Físicas		
	Reposo		
	Otro		

OBSERVACIONES O SÍNTESIS DEL PROFESIONAL EVALUADOR

Nombre Evaluador	
Firma Evaluador	

ANEXO N° 2

REGISTRO DE EVALUACIONES: EVALUACIÓN DE INGRESO

Además de la Ficha de Ingreso, se deberán aplicar y registrar durante las primeras 24 horas las siguientes evaluaciones.⁸

Nombre Adulto Mayor					
Área	Pauta	Puntaje y/o nivel	Categoría	Evaluador	Fecha
BIOMÉDICO	Confusional Aseessment Method (CAM).				
	Escala de Riesgo de Caídas Downton.				
	Escala de Norton. Riesgo de UPP.				
FUNCIONAL	Índice de Katz.				
	Índice de Barthel (MINSAL).				
	Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (MINSAL).				
MENTAL	Minimental State Examiner (Albala, Quiroga).				
	Cuestionario de Memoria Acortada de Pfeiffer (SPMSQ).				

⁸ Las pautas de evaluación se encuentran en el anexo 4 de este protocolo.

REGISTRO DE EVALUACIONES PRIMERAS 2 SEMANAS

A continuación se presentan las evaluaciones que deberán aplicarse y registrarse durante las primeras dos semanas desde el ingreso del residente. Esta etapa completa la VGI que se inicia con las evaluaciones realizadas en las primeras 24 horas desde el ingreso. (Anexo N°1)⁹

Nombre Adulto Mayor					
Área	Pauta	Puntaje y/o nivel	Categoría	Evaluador	Fecha
BIOMÉDICO	Etapas de Dismovilidad de Dinamarca.				
	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF).				
	Gugging Swallowing screen screening de deglución directa e indirecta.				
	Evaluación Nutricional Integrada.				
	Alteración del Sueño (ISI + Epwort).				
FUNCIONAL	Índice de Lowton y Brody.				
	Evaluación de Manejo de Dinero.				
	Test de la Marcha de 6 minutos.				
	Escala de Borg.				
	Estación Unipodal.				
	Timed Up and Go (Minsal).				
	Escala de equilibrio de Tinetti.				
Escala de marcha de Tinetti.					

⁹ Las pautas de evaluación se encuentran en el anexo N°4.

MENTAL	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) (Minsal).				
	Escala de depresión y ansiedad de Golberg.				
	Cuestionario de expectativas del adulto mayor en la residencia.				
SOCIAL	Ecomapa.				
	Genograma.				
	Escala Evaluación de Calidad de Vida (EQ5D).				

ANEXO N°3

SEGUIMIENTO DE REGISTRO DE EVALUACIONES

La VGI deberá aplicarse de manera anual o según cambio de condición del adulto mayor. Para esta aplicación se considera la actualización de los datos de la ficha de ingreso y la aplicación y registro de las pautas aplicadas al ingreso. A continuación se presenta la planilla de registro de las pautas de evaluación a fin de poder realizar un seguimiento.

Nombre Adulto Mayor					
Área	Pauta	Puntaje y/o nivel	Categoría	Evaluador	Fecha
BIOMÉDICO	Confusional Aseessment Method (CAM).				
	Escala de Riesgo de Caídas Dowton.				
	Escala de Norton. Riesgo de UPP.				
	Etapas de Dismovilidad de Dinamarca.				
	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF).				
	Gugging Swallowing screen screening de deglución directa e indirecta.				
	Evaluación Nutricional Integrada.				
	Alteración del Sueño (ISI + Epwort).				

FUNCIONAL	Índice de Katz.				
	Índice de Barthel (MINSAL).				
	Cuestionario de actividades funcionales Pfeffer (MINSAL).				
	Índice de Lowton y Brody.				
	Evaluación de Manejo de Dinero.				
	Test de la Marcha de 6 minutos.				
	Escala de Borg.				
	Estación Unipodal.				
	Timed Up and Go (Minsal).				
	Escala de equilibrio de Tinetti.				
	Escala de marcha de Tinetti.				

MENTAL	Minimental State Examiner (Albala, Quiroga).				
	Cuestionario de Memoria Acortada de Pfeiffer (SPMSQ).				
	Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS) (Minsal).				
	Escala de depresión y ansiedad de Golberg.				
	Cuestionario de expectativas del adulto mayor en la residencia.				
SOCIAL	Ecomapa.				
	Genograma.				
	Escala Evaluación de Calidad de Vida (EQ5D).				

PAUTAS DE EVALUACIÓN





BIOMÉDICO

ANEXO N°4

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) DETECCIÓN DEL SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDO (DELÍRIUM)

Criterio 1	Comienzo agudo y fluctuante. Hay evidencia de un cambio agudo o reciente en el estado mental del paciente, o bien la conducta o el estado mental fluctúa durante el día.
Criterio 2	Desatención. El paciente tiene dificultad para concentrarse, se distrae fácilmente.
Criterio 3	Pensamiento desorganizado. El paciente tiene una conversación vaga, incoherente, ilógica, flujo de ideas o cambios no justificados de un tema a otro.
Criterio 4	Nivel de conciencia disminuido. La respuesta a preguntas es lenta, o bien está somnoliento.

Para establecer la sospecha de síndrome confusional (delirium) se requieren los criterios 1 y 2 de forma obligada y uno cualquiera de los criterios 3 y 4.

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	Sí.	1
	No.	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos.	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros.	1
Déficit sensoriales	Ninguno.	0
	Alteraciones visuales o auditivas.	1
Estado Mental	Orientado.	0
	Confuso.	1
	Agitación Psicomotora.	1
Deambulaci3n	Normal.	0
	Asistida con elementos de apoyo.	1
	Reposo absoluto postrado.	1

Total Puntaje	
---------------	--

NA = No Aplica.

Clasificaci3n: Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos
 Riesgo Medio: 3 a 4 puntos
 Riesgo Alto: 5 a 9 puntos

ESCALA DE NORTON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nombre residente: _____

Ptje.	Condición física general	Estado	Actividad	Movilidad	Incontinencia
1	Muy mala	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Urinaria y fecal
2	Regular	Confuso	Sentado	Muy limitada	Habitualmente/ urinaria
3	Mediano	Apático	Camina con ayuda	Disminuida	ocasional
4	Bueno	Alerta	Deambula	Total	Ninguna

Fecha evaluación						
Condición física general						
Estado						
Actividad						
Movilidad						
Incontinencia						
Resultado						
Fecha Reevaluación						
Responsable						

Reevaluación según riesgo

MAR -	Muy alto riesgo	5-9	Reevaluar diariamente
AR -	Alto Riesgo	10-12	Reevaluar diariamente
MR -	Moderado Riesgo	13-14	Reevaluar cada 3 días
BR -	Bajo riesgo	>15	Reevaluar cada 7 días

ETAPAS DE DISMOVILIDAD DE DINAMARCA

		ETAPAS				
		1	2	3	4	5
SUBETAPAS	A	Camina sin ayuda.	Se sienta y se incorpora solo.	Puede salir de la cama solo o con ayuda.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda.	Puede expresarse y darse a entender.
	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes.	Deben incorporarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros.	No puede expresarse, no puede darse a entender.
ETAPAS		Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama.	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.

• Etapas:

Para determinar la etapa debe comenzarse con la definición del nivel de alteración que presenta la persona. Esto debe establecerse en base a la observación clínica, a los datos aportados por los cuidadores, redes sociales de apoyo (RSA) o por el mismo paciente. Si no está claro, se sugiere calcular aritméticamente la cantidad de horas que éste permanece de pie, sentado o acostado, considerándose como normal el tiempo que el paciente permanece en cama durante el sueño nocturno. Habitualmente, basta con preguntar al cuidador o al paciente mismo: ¿pasa la mayor parte del día de pie? ¿O pasa la mayor parte del día sentado, o acostado? Eso permite establecer con facilidad si el paciente se encuentra en etapa 1, 2 o en las subetapas del encamamiento.

Las etapas descritas se refieren a las alteraciones en la capacidad de trasladarse, sin que necesariamente exista una alteración de la motricidad. Así, por ejemplo, pueden ser catalogadas como portadoras de dismovilidad todas las personas aparentemente normales que llevan una vida de predominio sedente (choferes, secretarias, programadores informáticos, etc). Esto permite asumir la existencia de condiciones mejorables bajo la forma de un diagnóstico médico, lo que permite a su vez la intervención terapéutica y/o preventiva.

Si bien es cierto pueden encontrarse muchas subetapas intermedias, para facilitar el manejo se prefirió enfatizar las descritas. Como muestra, puede decirse que los pacientes en etapa sedente pueden dividirse en aquellos que pueden sedestar sin apoyo de espalda, brazos nupies, por ejemplo en un piso alto de bar; en aquellos que necesitan apoyar los pies; la espalda; los brazos; en aquellos que pueden permanecer sentados sólo en un sillón, etc. Cabe aquí destacar que aquel paciente que puede permanecer en posición sedente pero en la cama, debe ser considerado en etapa de encamamiento.

La determinación de la etapa en que se encuentra el paciente debe hacerse en base a su vida HABITUAL, no en base a lo que es o sería capaz de hacer. Por ejemplo, un paciente portador de una Hemiparesia braquiocrural izquierda que debido a ella pasa la mayor parte del día en cama, aún pudiendo caminar con cierta dificultad, se encuentra en subetapa 3-A, no en 1-B.

En las etapas propuestas se hacen patentes 2 momentos de quiebre:

Entre la etapa 1 y la etapa 2; y entre la etapa 2 y la 3; esto es, entre el paciente que tiene una vida de pedestación al que tiene una vida principalmente sedente, y entre el paciente que tiene una vida sedente al que tiene una vida de cama. Las etapas 3, 4 y 5 corresponden a sub-etapas del encamamiento.

Por lo tanto, debe ponerse especial énfasis en el manejo de los puntos de quiebre y las etapas "B", para evitar la progresión e, implementando manejo, procurando lograr la regresión a la etapa anterior.

(Debe destacarse que si el quiebre se produce en forma aguda, con una progresión en 72 horas o menos comprometiendo 2 o más etapas, debe considerarse que se está ante una urgencia de tipo Geriátrica).

De este modo, se tiene:

ETAPA 1: Persona con vida de pedestación.

ETAPA 2: Persona con vida sedente.

ETAPAS 3, 4 y 5: Subetapas del Encamamiento.

En relación a la Etapa 2, es interesante destacar que la progresión de la dismovilidad va afectando progresivamente la capacidad de sentarse en el siguiente orden: silla sin apoyabrazos, silla con apoyabrazos, sillón, silla de ruedas estándar, silla de ruedas neurológica. El permanecer sentado en la cama se considera como parte del encamamiento.

▪ Subcriterios y concepto de estabilidad.

Los Subcriterios de la Etapificación propuestos permiten establecer el grado de estabilidad de cada paciente en esa etapa y, por lo mismo, permiten determinar cuál será el comportamiento de la dismovilidad y los objetivos del manejo.

Siguen en el eje del tiempo un continuo A -7 B -7 A -7 B -7 A -7 B por cada etapa, por lo que las subetapas B son de transición entre la etapa de dismovilidad en la que se encuentra el paciente y la etapa siguiente, en estricto rigor, cualquiera de las etapas siguientes. Salvo contados casos, la dismovilidad no regresa sola. En la práctica, en el anciano, esto constituye una verdadera excepción y, si se deja evolucionar, siempre progresará.

SUB-ETAPAS A: Etapas de estabilización -7 > Independencia

SUB-ETAPAS B: Etapas de transición -7 > Dependencia

De este modo tenemos que, si bien es cierto el diagnóstico de dismovilidad debe realizarse con total independencia del tiempo que el paciente lleve dismovilizado, inmediatamente después debe integrarse el factor tiempo al diagnóstico, incluido en el concepto de riesgo de progresión de la patología, que a su vez tiene implícito el concepto de forma de instalación de la misma, si aguda o larvada.

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA ICIQ-SF

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3. Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? Marque sólo una respuesta.

- Nunca0
- Una vez a la semana1
- 2-3 veces/semana2
- Una vez al día3
- Varias veces al día4
- Continuamente5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

- No se me escapa nada0
- Muy poca cantidad2
- Una cantidad moderada4
- Mucha cantidad6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Nada Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua.

GUGGING SWALLOWING SCREEN SCREENING DE DEGLUCIÓN DIRECTA E INDIRECTA

Identificación usuario

Nombre:

Motivo de consulta:

Fecha de evaluación:

1. Evaluación Preliminar/ test de deglución indirecta.

	SÍ	NO
Vigilia (El paciente debe estar alerta por mín. 15 minutos).	1	0
Tos o Carraspeo (<i>voluntaria</i>) (dos veces).	1	0
Deglución de saliva		
- Deglución exitosa.	1	0
- Babeo.	0	1
- Cambio en calidad de la voz.	0	1
Puntaje	/(5)	
	1 a 4 complementar estudio 5 continuar con parte 2	

2. Test de Deglución Directa

En el siguiente orden:	1 →	2 →	3 →
	SEMISÓLIDO	LÍQUIDO	SÓLIDO
DEGLUCIÓN:			
· No logra deglutir.	0	0	0
· Deglución retardada (> a 2 seg.) (Sólidos: > a 10 seg.).	1	1	1
· Deglución exitosa.	2	2	1
TOS (Involuntaria)			
<i>Antes, durante o después de la deglución - hasta 3 min. Después).</i>			
· Sí	0	0	0
· No	1	1	1

BABEO:			
▪ Sí	0	0	0
▪ No	1	1	1
CAMBIOS EN LA VOZ:			
<i>Comparar voz antes y después de deglutir</i>			
<i>Paciente debe decir una "O".</i>			
▪ Sí	0	0	0
▪ No	1	1	1
Puntaje	/ (5)	/ (5)	/ (5)
	1 a 4: estudiar 5: Continuar con líquidos	1 a 4: estudiar 5: Continuar con sólidos	1 a 4: estudiar 5: Normal
Puntaje Total (Test de deglución indirecta y test de deglución directa) (20)			

* Primero administrar 1/3 cuch. de té

Diagnóstico fonoaudiológico:

Observaciones:

.....

.....

.....

.....

.....

GUSS: RECOMENDACIONES DE ALIMENTACIÓN

Puntos	Resultados	Grado de severidad	Recomendaciones
20	Adecuada deglución con semisólidos, líquidos y sólidos.	Muy Leve/Normal. Mínimo riesgo de Aspiración.	Líquidos claros (La primera vez debe ser supervisado por fonoaudiólogo enfermera entrenada).
15 a 19	Adecuada deglución de semisólidos y líquidos. Dificultad para deglutir sólidos.	Disfagia leve. bajo riesgo de aspiración.	Dieta Consistencia puré o blando. Líquidos: Tomarlos muy lentamente (Un sorbo a la vez) Complementa estudio con FES o VFC. Derivar a terapia fonoaudiológica.
10 a 14	Adecuada deglución de semisólidos. Dificultad para deglutir líquidos.	Disfagia Moderada. Con riesgo de aspiración.	Dieta Consistencia Papilla + Alimentación parental. Líquidos espesos. Medicamentos: Administrar molidos y mezclados con líquidos espeso. No dar medicamentos líquidos. Complementar estudio con FES o VFC. Derivar al Fonoaudiólogo.
0-9	Evaluación indirecta de la deglución con alteraciones o Deglución de semisólidos alterada.	Disfagia Severa. Con alto riesgo de aspiración.	Régimen 0 por Boca Estudiar con FES o VFC. Derivar al Fonoaudiólogo.

EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL INTEGRADA

En adultos mayores con y sin dependencia según antropometría

Conjunto de acciones que entregan información sobre la cual sustentar la evaluación del estado nutricional al equipo profesional, que posteriormente conducirá al diagnóstico nutricional integrado, en el adulto mayor con dependencia leve, moderada o severa.

Evaluación del estado nutricional en el **adulto mayor con dependencia leve o moderada** según antropometría.

Pasos a seguir:

- Informar al adulto mayor de los procedimientos a realizar.
- Solicitar al adulto mayor que se quite el calzado y la mayor cantidad de ropa que le sea posible (en caso de ser necesario solicitar ayuda a un cuidador).
- Ejecutar la técnica de pesaje con una balanza calibrada y registrar su valor en Kg con precisión en gr.
- Ejecutar la medición de la talla con un tallímetro. Registrar su valor con una precisión en cm.
- Realizar la medición de los perímetros del brazo relajado, cintura, cadera y pantorrilla con una cinta métrica y registrar su valor con una precisión en cm.
- Realizar la medición de pliegues cutáneos bicipital, tricipital, subescapular, supraileaco y pantorrilla con un cáliper. Realizar cada procedimiento 3 veces y registrar el promedio de estas con una precisión en mm.
- Realizar la medición de fuerza muscular de extremidad superior con un dinamómetro de mano. Dicho procedimiento, se debe efectuar 3 veces y registrar el promedio en kg.

Periodicidad:

Según estado nutricional del Adulto Mayor	
Malnutrido	Cada 15 días o 1 mes según condiciones individuales.
Eutrófico	Cada 6 meses.
Importante: En cada ingreso que se realice de un adulto mayor a una residencia, se deberá realizar la evaluación antropométrica.	

Materiales:

Balanza, tallímetro, cáliper, cinta métrica, lápiz marcador, dinamómetro de mano.
Evaluación del estado nutricional en el adulto mayor con dependencia física severa según antropometría.

Pasos a seguir:

- Solicitar a personal capacitado que ayude con las técnicas de movilización que se requieren durante una evaluación antropométrica en pacientes postrados.
- Posicionar al adulto mayor en supino y flectar la rodilla y talón en ángulo de 90° para la toma de medición de altura rodilla con el cáliper de Ross, necesaria para la predicción de peso y talla.
- Continuar con la rodilla flectada en 90°, afirmar el pie en la superficie de la cama, medir el perímetro de pantorrilla con una cinta métrica y registrar su valor con una precisión en cm. Posteriormente medir el pliegue de la pantorrilla con un cáliper. Realizar cada procedimiento 3 veces y registrar el promedio de estas con una precisión en mm.
- Situar al adulto mayor de costado sobre su lado izquierdo, dejando libre su brazo derecho para obtener la medición del perímetro del brazo con la cinta métrica y registrar su valor con una precisión en cm. Posteriormente medir el pliegue tricipital con el cáliper. Realizar cada procedimiento 3 veces y registrar el promedio de estas con una precisión en mm.
- Continuando en la misma posición, proceder a la medición del pliegue subescapular con el cáliper ubicado en el ángulo inferior de la escápula. Realizar cada procedimiento 3 veces y registrar el promedio de estas con una precisión en mm.
- Situar al adulto mayor en posición supina y proceder a la medición del pliegue supraíliaco con el cáliper, ubicado 1cm sobre la cresta iliaca en 45° horizontal a este punto. Realizar cada procedimiento 3 veces y registrar el promedio de estas con una precisión en mm.

Periodicidad:**Según estado nutricional del adulto Mayor.**

Malnutrido	Cada 15 días o 1 mes según condiciones individuales.
Eutrófico	Cada 6 meses.

Importante: En cada ingreso que se realice de un adulto mayor a una residencia, se deberá realizar la evaluación antropométrica.

Materiales:

Balanza de silla o calibre de Ross, cáliper cinta métrica, lápiz marcador, dinamómetro de mano.

• **Evaluación nutricional integrada**

I. Anamnesis Clínica:

Nombre: _____

Género: Femenino Masculino

Fecha de nacimiento: Día___ Mes___ Año___ Edad:_____

Patologías: _____

Medicamentos: _____

Observaciones: _____

II. Evaluación Global Subjetiva:

Movilidad: Activo Reposo relativo Postrado

Dentadura: Propia Prótesis Sin Dentadura

Examen Físico: _____

Observaciones: _____

Vía de Alimentación:

Intolerancias y/o alergias alimentarias:

Preferencias alimentarias:

III. Evaluación Estado Nutricional:

Parámetros / Fecha:			
Peso (kg)			
Peso ideal (kg)			
Talla (mts)			
Circunferencia brazo (cm)			
Circunferencia pantorrilla (cm)			
Circunferencia de cintura (cm)			
Pliegue bicipital (mm)			
Pliegue tricipital (mm)			
Pliegue subescapular (mm)			
Pliegue supraileaco (mm)			
Altura Rodilla-Talón (cm)			
Envergadura (cm)			
Dinamometría (kg)			
Otros:			

Indicador/ fecha			
IMC (kg/mt ²)			

Indicador/ Fecha			
AHM (reserva proteica)			
AG (reserva energética)			

Indicador/ fecha			
Riesgo CV			

IV. Diagnóstico Nutricional Integrado:

Fecha	Diagnóstico

Observaciones: _____

V. Prescripción Dietética:

Fecha	Prescripción

VI. Cálculo de Requerimientos Nutricionales:

Requerimientos/ Fecha			
Calorías			
Proteínas (gr/ kg de peso)			
Lípidos (gr)			
Hidratos de carbono (gr)			
Líquido (ml)			
Otros:			
Otros:			

VI. Guía de Alimentación:

Fecha	Alimentación

Nombre y firma
Nutricionista

CUESTIONARIO DE SOMNOLENCIA DIURNA DE EPWORTH

PREGUNTA ¿Con qué frecuencia se queda Ud. Dormido en las siguientes situaciones? Incluso si no ha realizado recientemente alguna de las actividades mencionadas a continuación, trate de imaginar en qué medida le afectarán.

Utilice la siguiente escala y elija la cifra adecuada para cada situación.

- 0 = nunca
- 1 = escasa posibilidad de dormirse
- 2 = moderada posibilidad de dormirse
- 3 = elevada posibilidad de dormirse

Situación	Puntuación
▸ Sentado y leyendo.	
▸ Viendo la T.V.	
▸ Sentado, inactivo en un espectáculo (teatro...).	
▸ En auto, como copiloto de un viaje de una hora.	
▸ Recostado a media tarde.	
▸ Recostado y conversando con alguien.	
▸ Sentado después de la comida (sin tomar alcohol).	
▸ En su auto, cuando se para durante algunos minutos debido al tráfico.	
Puntuación total (máx. 24)	

10 es considerada normal.

10-12 como indicativa de somnolencia marginal.

Por arriba de 12 sugestiva de somnolencia excesiva.

ÍNDICE DE GRAVEDAD DEL INSOMNIO (ISI)

1. Indica la gravedad de tu actual problema(s) de sueño:					
	Nada	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
Dificultad para quedarse dormido/a:	0	1	2	3	4
Dificultad para permanecer dormido/a:	0	1	2	3	4
Despertarse muy temprano:	0	1	2	3	4

2. ¿Cómo estás de satisfecho/a en la actualidad con tu sueño?				
Muy satisfecho		Moderadamente satisfecho		Muy insatisfecho
0	1	2	3	4

3. ¿En qué medida consideras que tu problema de sueño interfiere con tu funcionamiento diario? (Ej. Fatiga durante el día, capacidad para las tareas cotidianas/trabajo, concentración, memoria, estado de ánimo, etc.)				
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

4. ¿En qué medida crees que los demás se dan cuenta de tu problema de sueño por lo que afecta tu calidad de vida?				
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

5. ¿Cómo estás de preocupado/a por tu actual problema de sueño?				
Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4

Interpretación:

La puntuación total se valora como sigue:

0-7 = ausencia de insomnio clínico

8-14 = insomnio subclínico

15-21 = insomnio clínico (moderado)

22-28 = insomnio clínico (grave)



FUNCIONAL

INDICE DE KATZ

- **BAÑARSE** (con esponja, ducha o bañera)

Independiente: asistencia únicamente al lavar una parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se lava solo completamente.

Dependiente: asistencia al lavar más de una parte del cuerpo; asistencia al salir o entrar de la bañera o no se baña solo.

- **VESTIRSE**

Independiente: saca la ropa del armario y los cajones; se pone la ropa, vestidos externos y ropa interior; se maneja bien con los botones; se excluye el acto de ponerse los zapatos.

Dependiente: no se viste solo, o queda parcialmente vestido.

- **IR AL SERVICIO**

Independiente: llega hasta el servicio; se sienta y se levanta del servicio; se arregla la ropa, se limpia los genitales; (puede manejar la cuña que usa sólo por la noche, y puede que use o no apoyos mecánicos).

Dependiente: usa la cuña permanentemente, o la silla retrete, o recibe ayuda al ir y usar el servicio.

- **DESPLAZARSE**

Independiente: se levanta y se acuesta en la cama con independencia, y se sienta y se levanta de la silla independientemente (puede usar o no apoyos mecánicos).

Dependiente: asistencia al levantarse o acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.

- **CONTINENCIA**

Independiente: autocontrol absoluto de la micción y la defecación.

Dependiente: incontinencia parcial o total en la micción o la defecación; control total o parcial por enemas, catéteres, o uso regulado de orinales o cuñas.

- **ALIMENTARSE**

Independiente: lleva la comida del plato o equivalente hasta la boca; (el corte de la carne previamente, y la preparación de la comida, como untar el pan, quedan excluidos de la evaluación).

Dependiente: ayuda al alimentarse; no come nada, o alimentación parenteral.

Independencia significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa excepto en los casos que arriba se señalan. Esto está basado en el "status" actual y no en la capacidad. Si un paciente rehúsa realizar una función se considera que no la realiza, aunque se le considere capaz de ello.

- A** Independiente al alimentarse, ser continente, desplazarse, ir al servicio, vestirse y bañarse
- B** Independiente para todas estas funciones menos una
- C** Independiente para todas excepto para bañarse y otra función adicional
- D** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse y otra función adicional
- E** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio y otra función adicional
- F** Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse y otra función adicional
- G** Dependiente para las seis funciones
- Otras** Dependiente para al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F

Traducción literal de "Katz SC, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185: 914-919".

ÍNDICE DE BARTHEL (MAHONEY & BARTHEL, 1965)

Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

Parámetro	Situación del adulto mayor	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente.	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	- Dependiente.	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	- Necesita ayuda.	5
	- Dependiente.	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente.	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal.	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para la administración de supositorios o lavativas.	5
	- incontinencia.	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	- Un episodio como máximo de incontinencia o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	- Incontinencia.	0
Usar el retrete	- Independencia para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete pero se limpia solo.	5
	- Dependiente.	0

Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	- Necesita ayuda pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	- Dependiente.	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	- Dependiente.	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	- Dependiente.	0
Total		
Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas).		
Resultado	Grado de dependencia	
Menor a 20 puntos	Total	
20 a 35	Severo	
40 a 55	Moderado	
Mayor a 60	Leve	
100	Independiente	

CUESTIONARIO DE ACTIVIDAD FUNCIONAL DE PFEFFER (Pfeffer et al., 1982)

El cuestionario debe ser aplicado a la persona que haya vivido o que tenga más contacto con el adulto mayor.
Informador (relación con la persona):

Nombre: Hombre [] Mujer []

Fecha:	F. nacimiento:	Edad:
Estudios/Profesión:		
Observaciones:		

Puntuar cada ítem del siguiente modo:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo hizo y si tuviera que hacerlo ahora tendría dificultad	1
Necesita ayuda (pero lo hace)	2
Dependiente (no puede realizarlo)	3

1. ¿Maneja él/ella su propio dinero?	3	2	1	0
2. ¿Puede hacer solo/a la compra (alimentos, ropa, cosas de la casa)?	3	2	1	0
3. ¿Puede prepararse solo/a el café o el té y luego apagar el fuego?	3	2	1	0
4. ¿Puede hacerse solo/a la comida?	3	2	1	0
5. ¿Está al corriente de las noticias de su vecindario, de su comunidad?	3	2	1	0
6. ¿Puede prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio y los programas de TV, libros, revistas?	3	2	1	0
7. ¿Recuerda si queda con alguien, las fiestas familiares (cumpleaños, aniversarios), los días festivos?	3	2	1	0
8. ¿Es capaz de manejar su propia medicación?	3	2	1	0
9. ¿Es capaz de viajar solo/a fuera de su barrio y volver a casa?	3	2	1	0
10. ¿Saluda apropiadamente a sus amistades?	3	2	1	0
11. ¿Puede salir a la calle solo/a sin peligro?	3	2	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL				

Una puntuación por debajo de 6 indica normalidad (no dependencia) Una puntuación de 6 o más indica alteración funcional.

ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

Evaluación del Dolor

Línea horizontal de 10 puntos, en el extremo izquierdo está la ausencia de dolor y en el derecho el mayor dolor imaginable.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada										Insoportable

ESCALA DE LAWTON AND BRODY

(Actividades Instrumentales de la vida diaria)

Introducción:

Este cuestionario tiene como finalidad otorgarle un mejor servicio, sus respuestas serán confidenciales, por lo que solicitamos amablemente, contestar con veracidad todas las preguntas. Escriba y en su caso marque con una X en el espacio del () la respuesta que usted considere adecuada a la pregunta.

¡Gracias!

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha de evaluación: _____ Evaluador: _____

	ACTIVIDAD	Puntos
A	Capacidad para usar el teléfono.	
1	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2	Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3	Contesta el teléfono pero no marca.	1
4	No usa el teléfono.	0
B	Ir de compras.	
1	Realiza las compras necesarias con independencia.	1
2	Compra con independencia cosas pequeñas.	0
3	Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
4	Completamente incapaz de ir de compras.	0
C	Preparación de la comida.	
1	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	1
2	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes.	0
3	Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada.	0
4	Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
D	Cuidar la Casa.	
1	Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados).	1
2	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama.	1
3	Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	1
5	No participa en ninguna tarea doméstica.	0
E	Lavado de ropa.	
1	Realiza completamente el lavado de ropa personal.	1
2	Lava ropa pequeña.	1
3	Necesita que otro se ocupe del lavado.	0

F	Medio de transporte.	
1	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.	1
2	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público.	1
3	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
4	Solo viaja en taxi o automóvil si le acompaña otra persona.	0
5	No viaja.	0
G	Responsabilidad sobre la medicación.	
1	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas.	1
2	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas.	0
3	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
H	Capacidad de utilizar el dinero.	
1	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
2	Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3	Incapaz de manejar el dinero.	0

Máxima Dependencia: 0 punto.

Independencia total: 8 puntos.

EVALUACIÓN MANEJO DE DINERO

Nombre Residente : _____
 Fecha Evaluación : ____ / ____ / ____

I. Uso y distribución del dinero

Ingresos: Indique sus fuentes de ingreso financiero y montos aprox. (aporte familia, pensiones, otros)

¿Para qué necesita dinero?

II. Identificación de billetes y monedas

Identifica y/o nomina correctamente:

Una moneda de	\$10	_____
Una moneda de	\$50	_____
Una moneda de	\$100	_____
Una moneda de	\$500	_____
Un billete de	\$1000	_____
Un billete de	\$2000	_____
Un billete de	\$5000	_____
Un billete de	\$10000	_____

¿Cómo los identifica? _____

III. Conocimiento del valor del dinero

¿Al comprar un artículo, entrega al vendedor la cantidad de dinero apropiada?

SÍ _____ NO _____

¿Es capaz de aproximar el valor de un artículo según sus conocimientos previos?

SÍ _____ NO _____

1. ¿Cuánto cuesta una cajetilla de cigarrillos?
2. ¿Cuánto cuesta un paquete de galletas?
3. ¿Cuánto cuesta un cigarrillo?
4. ¿Cuánto cuesta una bebida?
5. ¿Cuánto cuesta un diario/revista?

IV. Combinación y cambios de diferentes tipos de monedas y billetes

1. ¿Con cuántas monedas de \$10 hace \$50?
2. ¿Con cuántas monedas hace \$500?
3. ¿Cuántos billetes necesitaría para pagar \$3.000?
4. Si compra un producto de \$750 y Ud. paga con \$1.000: ¿Cuánto vuelto debería recibir?
5. Si compra un producto de \$750 y Ud. paga con \$2.000: ¿Cuánto vuelto debería recibir?
6. Si compra un producto \$750 y Ud. paga con \$5.000: ¿Cuánto vuelto debería recibir?
7. ¿Con cuántos billetes hace \$10.000?

V. Cuidado del dinero

Si tuviese que ir de compras a la feria, ¿dónde llevaría el dinero para comprar? ¿Por qué?

Actualmente donde vive: ¿en qué lugar guarda su dinero?

VI. Nivel de apoyo terapéutico en manejo financiero (de acuerdo a clasificación de anexo)

- _____ No requiere apoyo terapéutico por total dependencia de terceros en manejo financiero.
- _____ No requiere apoyo terapéutico por manejo financiero independiente.
- _____ Requiere apoyo terapéutico por manejo financiero semidependiente.

Conclusiones:

CLASIFICACIÓN

Nivel de independencia en manejo financiero y descripción de principales apoyos terapéuticos para su facilitación

NIVEL	CLASIFICACION	CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN (según tipo de apoyo terapéutico que requiere)
1	INDEPENDIENTE EN MANEJO FINANCIERO	<p>No requiere apoyo terapéutico.</p> <p>Conserva la habilidad de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar necesidades coherentes y realistas en relación a posibilidades de satisfacción actuales. 2. Identificar billetes y monedas. 3. Aproximar el valor de productos de su interés según sus conocimientos previos. 4. Realizar operaciones simples a complejas de cálculo que permiten combinar y cambiar billetes y monedas. 5. Cuidar su dinero. 6. Tener conciencia de su enfermedad y restricciones asociadas a ésta (ej: diabetes, alcoholismo, etc.). 7. Priorizar necesidades: Satisfacer alguna necesidad o interés específico que requiera de dinero para su cobertura.
2	SEMIDPENDIENTE EN MANEJO FINANCIERO	<p>Requiere apoyo terapéutico parcial o total en alguna (s) de las siguientes áreas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar necesidades coherentes y realistas en relación a posibilidades de satisfacción actuales. 2. Identificar billetes y monedas. 3. Aproximar el valor de productos de su interés según sus conocimientos previos. 4. Realizar operaciones simples a complejas de cálculo que permiten combinar y cambiar billetes y monedas. 5. Cuidar su dinero. 6. Tener conciencia de su enfermedad y restricciones asociadas a ésta (ej: diabetes, alcoholismo, etc.). 7. Priorizar necesidades: Satisfacer alguna necesidad o interés específico que requiera de dinero para su cobertura.
3	DEPENDIENTE EN MANEJO FINANCIERO	<p>No requiere apoyo terapéutico (pérdida de habilidad de manejo financiero)</p> <p>Presenta al menos una de las siguientes características:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No expresa interés por manejar dinero. 2. No manifiesta alguna necesidad específica que requiera de dinero para su cobertura (ej: necesidad de consumir cigarrillos). 3. Refiere necesidades no compatibles con contexto actual y/o que ponen en riesgo su condición actual en el Hogar por alteración de salud física y/o mental (ej. Intentos de fuga y posterior solicitud de dinero para salir a visitar a conocido).

PAUTA DE EVALUACIÓN ADAPTADA POR MARIELA ARAYA, TERAPEUTA OCUPACIONAL.

TEST DE MARCHA 6 MINUTOS: 6, 7,12

Para obtener una buena fiabilidad y reproducibilidad, se debería considerar imprescindible la realización de 2 pruebas para disminuir los sesgos producidos por el efecto aprendizaje. Para la interpretación de los resultados, se escogerá la mejor de las 2, o sea, la prueba en la cual el paciente ha caminado mayor distancia. Es recomendable que el usuario sea evaluado por el mismo examinador.

Espacio Físico:

El test se puede llevar a cabo en cualquier superficie plana y recta de 30 metros de longitud, tanto en el exterior o interior con adecuada ventilación. El recorrido de los 30 metros debe ser marcado cada 3 metros y señalar la partida y el término del circuito de 60 metros, idealmente con una huincha fosforescente. Se recomienda colocar un cono (de tráfico, color naranja) para indicar el retorno. Si no dispone de una superficie recta y plana de 30 metros es posible aplicar este test en un trayecto más corto de 15-20 metros. No se recomienda aplicar este test en una superficie mayor de 100 metros.

Materiales:

- Oxímetro de Pulso
- Cronómetro
- Escala de Borg
- Marcador de extremos de recorrido
- Silla para que el paciente pueda descansar si lo necesita
- Esfingomanómetro y fonendo (opcional)
- Planilla de registro

Instrucciones a la persona:

- Vestimenta y calzado cómodos que permitan realizar actividad física.
- Comida ligera. No es recomendable el ayuno antes de la prueba.
- Los pacientes pueden utilizar las ayudas habituales para la marcha (bastón, muleta, caminador, etc.).
- No haber realizado ejercicio intenso en las 2 horas previas a la prueba de marcha.
- No presentar condiciones que limiten la marcha y que puedan interferir en la interpretación de la prueba, como lesiones agudas en extremidades inferiores, etc.
- Respetar los horarios de la toma de medicamentos que el paciente utiliza de forma habitual (incluyendo medicamentos inhalados). Si el paciente recibe broncodilatadores para mejorar su efecto sobre la capacidad de marcha, deberá transcurrir un mínimo de 15 minutos desde su última toma y el inicio de la prueba. En todos los casos se registrará la hora y la dosis de la última administración.

Descripción de la prueba:

La prueba se llevará a cabo recorriendo de ida y de vuelta un tramo de corredor de 30 metros de longitud, que estará delimitado por señales. Estas señales se colocarán a una distancia de 29 metros entre sí, dejando 0,5 metros en cada extremo para que el paciente pueda girar.

El examinador debe haber informado previamente al paciente las características de la prueba. El paciente debe descansar por 10 minutos, sentado cerca de la posición de partida. Durante este tiempo se deben realizar el registro de los datos, chequear posibles contraindicaciones al test, medir pulso, saturación de oxígeno, presión arterial, frecuencia respiratoria, disnea según escala de Borg y cerciorarse el uso de ropa y zapatos adecuados.

Antes de comenzar la caminata, se recordará al paciente que la idea es recorrer la mayor distancia posible en 6 minutos, al paso más rápido que pueda desarrollar, en caso que sienta que le falta el aire puede bajar el ritmo o incluso detenerse retomando la caminata lo antes posible. El instructor hará una demostración del recorrido. Una vez situado en uno de los extremos del trayecto, se dará la señal verbal de empezar a caminar y se iniciará el cronometraje. El examinador seguirá al paciente durante toda la prueba, siempre por detrás, de tal forma que el ritmo o la velocidad de la marcha sean impuestos por el paciente y no por el examinador. El incentivo verbal durante la prueba es determinante.

Una vez iniciada la marcha:

Estimule al paciente con las frases que se detallan a continuación, informando el tiempo restante minuto a minuto: después del primer minuto dígame "Lo está haciendo bien, le quedan 5 minutos", y así sucesivamente hasta un minuto antes de finalizar la prueba. No lo presione ni lo apure, use sólo las palabras señaladas para estimularlo. Avísele al paciente que en 15 segundos más finalizará la prueba y en ese momento deberá detenerse y quedarse en el lugar.

Una vez que el paciente se ha detenido, el examinador se acercará para registrar, lo antes posible, los datos finales de la prueba: SaO₂, pulso, grado de disnea y fatiga de extremidades inferiores según la escala de Borg modificada.

Se registrarán el número de recorridos completos realizados y la distancia recorrida en el último tramo hasta el punto donde se detuvo. Se contabilizará el número total de metros recorridos.

Criterios de Finalización anticipada

Aun cuando la experiencia ha encontrado ocasionalmente problemas durante la realización de este test, el examinador debe estar atento a suspender la prueba en caso de que el paciente presente alguno de los siguientes síntomas:

- Dolor en el pecho
- Disnea intensa
- Calambre en las piernas
- Mareos
- Caminar tambaleante
- Palidez facial marcada

Ecuación de Referencia para test de marcha de 6 minutos en adultos:

- Hombres:
- Distancia Recorrida= $(7.57 * \text{estatura (cm)}) - (5.02 * \text{edad}) - (1.76 * \text{peso (Kg.)}) - 309 \text{ mts.}$
- Mujeres:
- Distancia Recorrida= $(2.11 * \text{estatura (cm)}) - (2.29 * \text{edad}) - (5.78 * \text{edad}) + 667 \text{ mts.}$ Valores de referencia de Paul L. Enright

TEST DE MARCHA 6 MINUTOS

Nombre: _____ Rut: _____
 Diagnóstico: _____ Edad: _____ años
 Estatura (cm): _____ Peso (Kg): _____ IMC: _____ kg/mts²
 Medicamento antes de la prueba: _____

Registros de la Prueba N°1

Fecha: ___ / ___ / ___

Parámetros Clínicos	BASAL	FINAL	Recuperación	
			5 minutos	10 minutos
FC				
FR				
PA				
SAT				
BORG				

Longitud del circuito: _____ N° de vueltas: _____ Distancia recorrida: _____ mts.
 Metros teóricos: _____ Porcentaje del valor teórico (%): _____
 Se detuvo antes de los 6 minutos: SI _____ NO _____ Causa: _____
 Completa el Test: SI _____ NO _____ Causa: _____
 Observaciones: _____
 Conclusión: _____

Registros de la Prueba N°2

Fecha: ___ / ___ / ___

Parámetros Clínicos	BASAL	FINAL	Recuperación	
			5 minutos	10 minutos
FC				
FR				
PA				
SAT				
BORG				

Longitud del circuito: _____ N° de vueltas: _____ Distancia recorrida: _____ mts.
 Metros teóricos: _____ Porcentaje del valor teórico (%): _____
 Se detuvo antes de los 6 minutos: SI _____ NO _____ Causa: _____
 Completa el Test: SI _____ NO _____ Causa: _____
 Observaciones: _____
 Conclusión: _____

ESCALA DE DISNEA DE BORG

	0	Sin disnea
	0.5	Muy, muy leve. Apenas se nota
	1	Muy leve
	2	Leve
	3	Moderada
	4	Algo severa
	5	Severa
	6	Severa
	7	Muy severa
	8	Muy severa
	9	Muy severa
	10	Muy, muy severa (casi máximo)

Borg GAV. Psychophysical basis of perceived exertion. Med Sci Sports Exerc 1982; 14:377-81.

ESTACIÓN UNIPODAL

Consiste en mantener el equilibrio corporal el mayor tiempo posible apoyado en una extremidad inferior.

La persona a evaluar deberá estar con:

- Calzado cómodo (zapatilla, zapato cerrado, zapato c/tacón de altura fisiológica 2 a 3 cm. de altura máxima).
- En posición de pie.
- Los brazos cruzados delante del tórax y apoyados en los hombros.
- Sin usar ningún tipo de ayuda técnica.

El evaluador deberá:

- Demostrar previamente a la persona mayor como se ejecuta esta prueba, luego;
- Ubicarse a un costado de ella y estar atento a posibles pérdidas de equilibrio.
- Registrar el mejor tiempo de ejecución de la prueba con un cronómetro.

Registro de la prueba:

A la orden del evaluador, la persona deberá levantar una extremidad inferior hasta lograr una posición de 90° en cadera y rodilla. En ese momento se inicia el registro del tiempo (cronómetro) en que la persona es capaz de mantener esta posición. Es necesario que la persona repita la prueba tres veces en cada lado, registrando el mejor tiempo obtenido. Luego, se debe repetir en el lado contrario.

Se considera como:

- **Equilibrio normal**, aquella persona que es capaz de mantener la posición descrita por más de 5 segundos.
- **Equilibrio alterado**: persona que registra menos de 4 segundos sobre la extremidad de apoyo.

Criterios de suspensión de la prueba:

- Descruzar los brazos y buscar apoyo.
- Las extremidades inferiores se tocan entre si.
- Cuando el pie elevado toca el suelo.
- Pierde el equilibrio.

TIMED UP AND GO (TUG)

La prueba consiste en medir el tiempo requerido para efectuar un recorrido de tres metros.

- Utilizar una silla sin brazos.
- Los tres metros se miden desde las patas delanteras de la silla, en dirección recta hasta un punto de referencia, marcadas con un cono o botella plástica con agua.
- Al inicio la persona debe estar sentada con la espalda bien apoyada contra el respaldo, los brazos al costado y los pies tocando el suelo.
- Se solicita a la persona que se pare sin apoyarse y camine como lo hace habitualmente, hasta el cono o botella y vuelva a sentarse.
- Se inicia la medición del tiempo cuando la persona despega la espalda de la silla, y se detiene cuando retoma la posición inicial.
- Si la persona requiere algún tipo de ayuda para ponerse de pie, se suspende la prueba y se clasifica con alto riesgo de caída.

Normal: menor o igual a 10 seg.

Riesgo leve de caída: 11 a 20 seg. 10

Alto riesgo de caída: mayor a 20 seg

ESCALA DE TINETTI

• Escala de Tinetti para el Equilibrio:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos:

1. Equilibrio sentado.	Se recuesta o resbala de la silla.	0
	Estable y seguro.	1
2. Se levanta.	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero usa los brazos.	1
	Capaz sin usar los brazos.	2
3. Intenta levantarse.	Incapaz sin ayuda.	0
	Capaz pero requiere más de un intento.	1
	Capaz de un solo intento.	2
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg).	Inestable (vacila, se balancea).	0
	Estable con bastón o se agarra.	1
	Estable sin apoyo.	2
5. Equilibrio de pie.	Inestable.	0
	Estable con bastón o abre los pies.	1
	Estable sin apoyo y talones cerrados.	2
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces).	Comienza a caer.	0
	Vacila se agarra.	1
	Estable.	2
7. Ojos cerrados (de pie).	Inestable.	0
	Estable.	1
8. Giro de 360°.	Pasos discontinuos.	0
	Pasos continuos.	1
	Inestable.	0
	Estable.	1
9. Sentándose.	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla.	0
	Usa las manos.	1
	Seguro.	2

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

• **Escala de Tinetti para la Marcha:**

Con el adulto mayor caminando a “paso normal” y con la ayuda habitual (bastón o andador) unos 8 metros, luego regresa a “paso rápido pero seguro”.

1. Inicio de la marcha.	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar.	0
	Sin vacilación.	1
2. Longitud y altura del paso.	A) Balanceo del pie derecho.	
	No sobrepasa el pie izquierdo.	0
	Sobrepasa el pie izquierdo.	1
	No se levanta completamente del piso.	0
	Se levanta completamente del piso.	1
	B) Balanceo del pie izquierdo.	
	No sobrepasa el pie derecho.	0
	Sobrepasa el pie derecho.	1
	No se levanta completamente del piso.	0
	Se levanta completamente del piso.	1
3. Simetría del paso.	Longitud del paso derecho desigual al izquierdo.	0
	Pasos derechos e izquierdos iguales.	1
4. Continuidad de los pasos.	Discontinuidad de los pasos.	0
	Continuidad de los pasos.	1
5. Pasos.	Desviación marcada.	0
	Desviación moderada o usa ayuda.	1
	En línea recta sin ayuda.	2
6. Tronco.	Marcado balanceo o usa ayuda.	0
	Sin balanceo pero flexiona rodillas o la espalda o abre los brazos.	1
	Sin balanceo, sin flexión, sin ayuda.	2
7. Posición al caminar.	Talones separados.	0
	Talones casi se tocan al caminar.	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

- El tiempo aproximado de aplicación de esta prueba es de 8 a 10 minutos.
- El entrevistador camina detrás del paciente y le solicita que responda a las preguntas relacionadas a la marcha.
- Para contestar lo relacionado con el equilibrio, el entrevistador permanece de pie junto al paciente (enfrente y a la derecha).
- La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

- **Interpretación:**

A mayor puntuación mejor funcionamiento. La máxima puntuación para la marcha es 12, para el equilibrio es 16. La suma de ambas puntuaciones proporciona el riesgo de caídas.

A mayor puntuación = **menor riesgo**

Menos de 19 = **riesgo alto de caídas**

De 19 a 24 = **riesgo de caídas**

The background features a series of overlapping, wavy, organic shapes in various shades of teal and light blue. The shapes flow from the top left towards the bottom right, creating a sense of movement and depth. The colors range from a deep, saturated teal to a very light, almost white-blue.

MENTAL

MINI MENTAL STATE EXAMINATOR MODIFICADO

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas para ver cómo está su memoria y concentración.

Ítem	si	no	n/s	Respuesta
1. Que día de la semana es hoy.				
2. Cuál es la fecha de hoy.				
3. En qué mes estamos.				
4. En qué estación del año estamos.				
Sea flexible cuando hay cambio de estación, p.ej. marzo= verano/otoño /junio= otoño/invierno; septiembre= invierno/primavera; diciembre= primavera/verano).				
5. En qué año estamos.				
6. Qué dirección es esta (calle, número).				
7. En qué país estamos.				
8. En qué ciudad estamos.				
9. Cuáles son las calles principales cerca de aquí.				
10. En qué piso estamos.				
Le voy a nombrar 3 objetos. Después que los diga quiero que Ud. los repita. Recuerde cuales son, porque voy a volver a preguntar en algunos momentos más. Nombre los 3 objetos siguientes demorando 1 segundo para decir cada uno: árbol, mesa, avión.				
11. Árbol.				
12. Mesa.				
13. Avión.				
1 punto por cada respuesta correcta en el primer intento y anote el número de respuestas. NÚMERO RESPUESTAS CORRECTAS () Si hay cualquier error u omisión en el primer intento, repita todos los nombres hasta que el paciente los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones (0 si todos son correctos en el primer intento). NÚMERO DE REPETICIONES ()				

¿Puede usted restar 7 de 100 y después restar 7 de la cifra que usted obtuvo y seguir restando 7 hasta que yo lo detenga? (de 1 punto por cada respuesta correcta. Deténgase después de 5 respuestas. Cuento 1 error cuando la diferencia entre los números no sea 7).

Ítem	si	no	n/s	Respuesta
14. a 93				
15. a 86				
16. a 79				
17. a 72				
18. a 65				

Ahora voy a decirle un número de 5 dígitos y quiero que usted repita los dígitos al revés. El número es 1 - 3 - 5 - 7 - 9 (dígalos otra vez si es necesario, pero no después de haber comenzado a decirlos; de un punto por cada dígito correcto).

14. b 9				
15. b 7				
16. b 5				
17. b 3				
18. b 1				

Ahora, ¿cuáles eran los 3 objetos que yo le pedí que recordara?

19. Árbol				
20. Mesa				
21. Avión				

Muestre un reloj de pulsera (anote 1 si es correcto)

22. ¿Qué es esto?				
-------------------	--	--	--	--

Muestre un lápiz (anote 1 si es correcto)

23. ¿Cómo se llama esto?

24. Me gustaría que usted repitiera esta frase después de mí: «tres perros en un trigal». (permita un solo intento).

Pásele la hoja con la frase «Cierre los Ojos» (de 1 punto si el sujeto cierra los ojos)

25a. Lea las palabras en esta hoja y luego haga lo que está escrito.

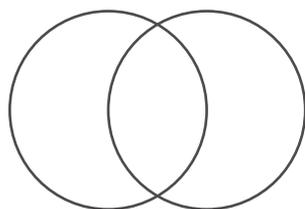
25b. Pase una foto «un hombre levantando sus manos». (de 1 punto si responde levantando sus manos). «Mire esta foto y actúe en la misma forma».

26. Le voy a dar un papel. Cuando se lo pase, tome el papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo en sus rodillas». Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

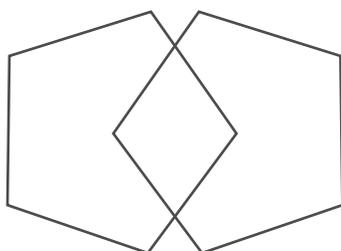
27. «Escriba una oración completa en este papel para mí» (la oración debería tener un sujeto y un verbo, y tener sentido. No considere los errores gramaticales o de ortografía).

Aquí hay dos dibujos. Por favor copie los dibujos en el mismo papel, (está correcto si la intersección de las 2 figuras de 5 lados forma una figura de 4 lados y si todos los ángulos de las figuras de 5 lados se mantienen. Los círculos deben superponerse menos de la mitad).

ÍTEM	SI	NO	N/S	RESPUESTA
28a. pentágonos				
28b. círculos				



Incorrecto: 0
Correcto: 1



Incorrecto: 0
Correcto: 1

TEST MEMORIA ACORTADO -SPMSQ- E. PFEIFER, 1975

I. Introducción: Pregunte desde el número 1 al 10 y complete las respuestas. Pregunte el número 4A **sólo** si la persona no tiene teléfono. Anote, al final, el número de errores y el nivel de escolaridad.

(+) (-)

1. ¿Qué fecha es hoy? (día/mes/año).
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Cuál es el nombre de este lugar o edificio?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
- 4A. ¿Cuál es su dirección?(sólo si no tiene teléfono)?
5. ¿Qué edad tiene usted?
6. ¿En qué fecha nació? (día/mes/año).
7. ¿Cuál es el Presidente de Chile actualmente?
8. ¿Cuál fue el Presidente anterior?
9. ¿Cuál es el apellido de su madre?
10. A 20 réstele 3 y continúe restando 3 a cada resultado, hasta el final (20-17- 14-12-11-8-5-2).

Escolaridad: Básica () (o ninguna) E. Media() Superior()

X. Tabulación de Resultados: (J. Amer Geriatr.Soc.1975;10:433-41)

Valor Final:

Se acepta un **error más** si tiene Educación Básica o ninguna.

Se acepta un **error menos** si tiene Educación Superior

0-2 errores: Funciones intelectuales intactas

3-4 errores: Deterioro intelectual leve

5-7 errores: Deterioro intelectual moderado

8-10 errores: Deterioro intelectual severo

XI. Interpretación: (SPMSQ-Pfeiffer)

Introducciones para la corrección: Todas las respuestas, para ser consideradas correctas, deben ser contestadas por el sujeto sin mirar un calendario, periódico u otro que le facilite la respuesta correcta.

Pregunta 1. Se considerará correcta sólo cuando se diga el día, mes y año exacto.

Pregunta 2. Se autoexplica.

Pregunta 3. Se marcará correcta si dice alguna descripción del lugar, por ej.: Policlínico, Hospital, consulta, nombre de la Universidad; cualquiera es aceptable como correcta.

Pregunta 4. Será correcta si se puede confirmar el número o si lo repite otra vez igual, durante otro momento de la entrevista.

Pregunta 4A. Si no tiene teléfono, se le preguntará su dirección completa, que se confirmará.

Pregunta 5. Será correcta, si corresponde con la fecha de nacimiento anotada.

Pregunta 6. Será correcta sólo con la fecha del día, mes y año exacta.

Pregunta 7. Basta con el apellido del Presidente.

Pregunta 8. Será suficiente el apellido del Presidente.

Pregunta 9. No necesita ser verificada, basta con lo que sale en la ficha clínica.

Pregunta 10. Será correcta sólo si toda la serie es correcta (20-17-14-11-8-5-2). Ante cualquier error, la respuesta se considerará incorrecta.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA YESAVAGE ABREVIADO

Elija la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

PREGUNTAS			RESPUESTA	PUNTAJE
1. ¿Se considera satisfecho de su vida?	SI (0)	NO (1)		
2. ¿Ha ido abandonando muchas de sus actividades e intereses?	SI (1)	NO (0)		
3. ¿Se aburre a menudo?	SI (1)	NO (0)		
4. ¿Siente que su vida está vacía?	SI (1)	NO (0)		
5. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)		
6. ¿Tiene miedo que le pueda ocurrir algo malo?	SI (1)	NO (0)		
7. ¿Está contento la mayor parte del tiempo?	SI (0)	NO (1)		
8. ¿Se siente a menudo desvalido?	SI (1)	NO (0)		
9. ¿Prefiere quedarse en casa en vez de hacer otras cosas?	SI (1)	NO (0)		
10. ¿Siente que tiene más problemas con su memoria que la mayoría de las personas?	SI (1)	NO (0)		
11. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo?	SI (0)	NO (1)		
12. ¿Se siente muy inútil, cómo está en este momento?	SI (1)	NO (0)		
13. ¿Se siente lleno de energías?	SI (0)	NO (1)		
14. ¿Siente su situación como sin esperanza?	SI (1)	NO (0)		
15. ¿Cree que la mayoría está mejor que usted?	SI (1)	NO (0)		
PUNTAJE TOTAL (suma de respuestas).				

PUNTAJE TOTAL (suma de respuestas)

Escala:

NORMAL: 0-5

DEPRESIÓN LEVE: 6-9

DEPRESIÓN ESTABLECIDA: 10 Y MÁS

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLBERG

CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA RESIDENCIA

SUBESCALA DE ANSIEDAD	SI	NO
- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
- ¿Se ha sentido muy irritable?		
- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Subtotal:		

(Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando).

	SI	NO
- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
- ¿Ha tenido alguno de estos síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas)vegetativos).		
- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño para quedarse dormido?		
Subtotal:		

TOTAL ANSIEDAD:

Sub- escala de Depresión:	SI	NO
- ¿Se ha sentido con poca energía?		
- ¿Ha perdido su interés por las cosas?		
- ¿Ha perdido la confianza en si mismo?		
- ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?		
Subtotal:		

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar).

	SI	NO
- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
- ¿Ha perdido peso? (o a causa de su falta de apetito).		
- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
- ¿Se ha sentido enlentecido?		
- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
Subtotal:		

TOTAL DEPRESIÓN:

CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS DEL ADULTO MAYOR EN LA RESIDENCIA

A aplicar por psicólogo/a

A continuación se presentan preguntas para conocer las expectativas del adulto mayor en la residencia.

Este cuestionario es crucial para direccionar la atención del adulto mayor, pues entregará los lineamientos en donde se deberá hacer énfasis para la elaboración de su Plan de Atención Integral (PAI).

El profesional deberá ajustar el lenguaje, tono, y tiempo estimado para este cuestionario según las necesidades particulares de cada persona mayor. Sin embargo se debe tener especial cuidado en no intencionar las respuestas, permitiendo que la persona se exprese con la mayor libertad posible.

En caso de no encontrarse en condiciones cognitivas para responder, se debe recurrir a un referente que pueda entregar esta información, siempre intencionando que el adulto mayor participe en esta entrega de información.

El profesional que aplique este cuestionario deberá entregar una devolución posterior a la aplicación de la VGI, sobre los contenidos presentes en las respuestas otorgadas por la persona. El objetivo es ajustar las expectativas expresadas en sus respuestas con las reales posibilidades de mejoras o remisión de síntomas evaluadas por el equipo de la residencia.

1. ¿Qué espera usted de su estadía en la residencia?

2. ¿Qué espera usted de sus amistades, su participación y relación con otros durante su permanencia en la residencia?

3. ¿Cuáles son los problemas relacionados a su salud en los que le interesaría recibir apoyo por parte del equipo de la residencia?

4. ¿Existe algún problema o situación que incida en su estado de ánimo y/o su comportamiento en el que le gustaría recibir apoyo?

5. ¿Existe alguna situación que le provoque temor o preocupación respecto a su llegada y permanencia en este centro?

6. De todas las preguntas realizadas ¿Cuál de todas ellas es la que más le interesa abordar?

• **Seguimiento de expectativas del adulto mayor en la residencia**

Al momento de la reevaluación del adulto mayor en la residencia, se debe re aplicar esta sección de la pauta, con el fin de contrastar las respuestas entregadas en un inicio y poder realizar un seguimiento de su evolución. Con el fin de realizar este contraste, será necesario contar con las respuestas de la evaluación anterior, de manera de poder recurrir a éstas durante la evaluación.

1. De acuerdo a las expectativas mencionadas anteriormente respecto a la residencia, ¿Cuáles cree que se han cumplido? ¿Por qué? ¿Qué esperaría en esta nueva etapa?

2. Respecto a lo que esperaba de sus amistades, su participación y relación con otros durante su permanencia en la residencia. ¿Qué aspectos cree que se han cumplido? ¿por qué? ¿Qué esperaría en esta nueva?

3. De acuerdo a sus expectativas en relación a sus problemas de salud ¿cuáles creen que se han cumplido?

4. Respecto a lo que esperaba de sus amistades, su participación y relación con otros durante su permanencia en la residencia. ¿Qué aspectos cree que se han cumplido? ¿Por qué? ¿Qué esperaría en esta nueva etapa?

5. De acuerdo a los temores y preocupaciones que presentaba respecto a su estadía en la residencia. ¿Estos se produjeron? Si es así ¿por qué cree que se produjeron? Para esta nueva etapa, ¿Existe alguna situación que le provoque temor o le preocupe?

6. Respecto a las situaciones que mencionó que influían en su estado de ánimo y/o su comportamiento ¿Durante este periodo en la residencia se produjo algún evento de este tipo? Si es así, ¿Le gustaría hablar de este? ¿Para esta nueva etapa le gustaría recibir apoyo con problemas o situaciones que influyan en su estado de ánimo y/o su comportamiento?

7. Respecto a todas las expectativas conversadas en esta evaluación, ¿Cuál de todas ellas es la que más le interesa abordar?

Observaciones e impresiones durante la aplicación.

(Se espera que el profesional se de cuenta de los aspectos relevantes que surgieron durante la aplicación de esta pauta respecto a los temas abordados y no abordados por la pauta)

The image features a teal background with several white, curved, overlapping shapes that create a sense of depth and movement. The word "SOCIAL" is written in white, bold, capital letters in the center-right area of the image.

SOCIAL

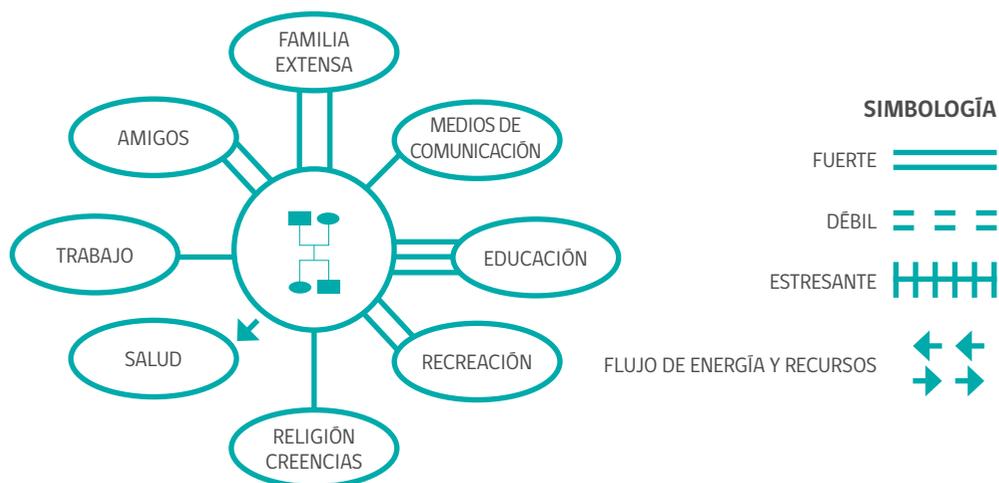
ECOMAPA

El ecomapa es un diagrama de gran ayuda visual para el equipo para comprender el entorno en que se desarrolla la vida del/a adulto/a mayor y su familia. Su uso tiene el propósito de representar al/a adulto/a mayor y su familia, sus contactos con sus supra sistemas, es decir, con el ambiente que les rodea: la familia extensa, el trabajo, la recreación, la educación, los servicios de salud, las instituciones educativas, la religión, etc.

Hartman (1979) describe el ecomapa así: “representa un panorama de la familia y su situación; gráfica conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y deprivaciones. Este procedimiento de dibujar el mapa, destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar”.

El ecomapa consta de un círculo central que contiene en este caso al/a adulto/a mayor, alrededor del círculo central se ubican otros círculos que representan los amigos, las instituciones de salud y de educación, el trabajo, la familia extensa, etc.

Las líneas se dibujan entre el/a adulto/a mayor y círculos externos, para indicar la naturaleza de las conexiones que existen. Las líneas punteadas indican conexiones tenues. Las líneas quebradas indican relaciones estresantes. Las líneas más anchas indican mayor unión. Las flechas que se utilizan se pueden dibujar a lo largo de las líneas, indicando el flujo de energía y de los recursos. Los círculos adicionales pueden dibujarse si se necesitan, dependiendo del número de contactos significantes que se tenga.



GENOGRAMA

El genograma es un formato para dibujar un árbol familiar que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante por lo menos tres generaciones. Su estructura proporciona una rápida visión de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema de uno de sus componentes puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Gobierno de Chile. (s.f). Procedimiento de construcción de genograma. Consultado el 30 de agosto 2015 de Mediación Chile Sitio web: <http://www.mediacionchile.cl/media/2015/11/procedimiento-de-construccion-de-genograma.pdf>

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (EQ5D)

Marque con una cruz como esta X, las afirmaciones que describen mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas de caminar.

Tengo algunos problemas para caminar.

Tengo que estar en cama.

Cuidado Personal

No tengo problemas con mi cuidado personal.

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo.

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo.

Actividades Habituales (ej. Trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre).

No tengo problemas para realizar mis actividades habituales.

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades habituales.

Soy incapaz de realizar mis actividades habituales.

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar.

Tengo un dolor o malestar moderado.

Tengo mucho dolor o malestar.

Angustia/Depresión

No estoy angustiado o deprimido.

Estoy moderadamente angustiado o deprimido.

Estoy muy angustiado o deprimido.

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en la cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Nos gustará que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Por favor, dibuje una línea desde el casillero abajo hasta el punto que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Mejor estado de salud imaginable

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Peor estado de salud imaginable

Su estado de salud hoy

Protocolo de Adaptación y Acompañamiento

Etapas del proceso: Ingreso y permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a Técnico

Responsable de la ejecución: Psicólogo/a

OBJETIVO

Orientar sobre el resguardo y acompañamiento de la persona mayor durante su estadía en la residencia, evaluando y abordando sus necesidades, promoviendo un proceso de inserción y estadía acogedora y participativa en relación al ejercicio de su independencia y autonomía.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Adaptación:

- El proceso de adaptación se entenderá como el conjunto de acciones encaminadas a acompañar y resguardar el proceso de inserción de la persona mayor en la residencia, focalizándose desde el primer día de estadía hasta alrededor de los primeros tres meses.
- La adaptación es un proceso temporalmente extenso, en el que se logra un ajuste de las situaciones que se presentan en los diferentes ámbitos vitales (Montorio, 1992). Es por esto que se tomará un tiempo aproximado de 3 meses para evaluar dicho ajuste.

Acompañamiento:

- Dado el permanente dinamismo de la residencia y del adulto mayor, se considera un proceso continuo de apoyo y contención de la persona, siendo sensible a los cambios y evolución de cada caso concreto durante su estadía. Se extiende desde los 3 meses del ingreso a la residencia, hasta su egreso.

En ambos casos considerar que:

- La residencia debe propiciar acciones que generen un entorno hogareño y no hospitalario. Se considera un proceso de adaptación satisfactorio cuando el adulto mayor considera la residencia como un segundo hogar y ha creado nuevos vínculos sociales y afectivos con las personas que conviven con él y con los profesionales del establecimiento.
- No se deberá olvidar que su finalidad prioritaria es la adaptación organizativa del centro a las necesidades de las personas mayores y no al revés (aunque también se trabaje), lo cual conllevará entre otras cosas, un importante esfuerzo formativo del personal. (Ver protocolo de capacitación).
- El equipo profesional debe estar atento a las necesidades y la disposición de la persona mayor en la residencia, considerando su biografía, características individuales, intereses, necesidades y estado de salud.
- El asistente del adulto mayor será crucial para este proceso, debiendo entregar continuamente sus observaciones al psicólogo. Al mismo tiempo será esencial resguardar el auto cuidado de este asistente, previniendo el "burn out", lo que repercutirá directamente en la adaptación y acompañamiento del adulto mayor. (Ver Anexo N° 4 de protocolo de capacitación).

- Será necesario en todo momento que el equipo propicie un ambiente psicosocial armonioso y tolerante que permita la expresión de los adultos mayores y sus particularidades, donde la persona no sea categorizada y se respete su singularidad.
- Respetar los ritmos y disposición del adulto mayor.
- Para un resultado satisfactorio de estos procesos, será necesario involucrar activamente a las personas significativas del adulto mayor, a los residentes del ELEAM, al equipo profesional, administrativo y de trato directo de la residencia y a la comunidad y red local cercana o significativa de la residencia.
- El resguardar tanto un adecuado proceso de adaptación como un continuo acompañamiento, manteniendo un ambiente de respeto a los derechos de los trabajadores y del residente. Esto incidirá fuertemente en la calidad de vida de la persona mayor, en consideración a su independencia y autonomía.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Adaptación

Entendiendo las ansiedades y angustias propias que genera el proceso del cambio de vivienda, se espera que durante los primeros 3 meses el equipo preste especial atención a los cambios de ánimo, resistencias y otras manifestaciones que el adulto mayor presente ligadas a su proceso de adaptación.

A continuación se enumeran las etapas para resguardar la adaptación del adulto mayor.

I.1. Observación de indicadores de adaptación:

Durante los primeros 3 meses, el profesional a cargo debe observar, recopilar las observaciones por parte del equipo y analizar las siguientes áreas:

- Funciones cognitivas:** Enlentecimiento, signos de manía o hipomanía.
- Funciones psicoafectivas:** Estado de ánimo bajo o extremadamente alto. Anhedonia u otro no habitual.
- Relaciones sociales:** Aislamiento, superficialidad del vínculo, dificultad para estar solo. Vínculo con los profesionales (especialmente asistente de trato directo del adulto mayor).
- Expectativas:** Análisis de pauta de la persona mayor en la residencia (Ver pauta de evaluación de anexo N°4 de protocolo de evaluación y diagnóstico). Evaluar si sus expectativas corresponden a lo que puede alcanzarse en su estadía.
- Familias:** Rechazo a visitas, extrema nostalgia.
- Ocio, tiempo libre y animación sociocultural:** Rechazo a salidas conjuntas, desinterés por talleres o cualquier tipo de actividad de ocio, o necesidad continua de éstas.
- Aceptación del reglamento interno:** Evaluar la aceptación a las normas de convivencias establecidas por la residencia o la sobreadaptación a éstas.

Se espera que el profesional sea capaz de identificar las dificultades que puedan presentarse en estas áreas. Deberá además preocuparse que el equipo reporte sus impresiones sobre estas áreas en el cuaderno de novedades.

Si bien es normal que existan fluctuaciones y complicaciones temporales en una o más áreas, será necesario que el profesional realice un seguimiento e indague en las causas para evaluar si corresponde a un período de ajuste o algo más profundo (inicio de una depresión, hipomanía, respuesta a una enfermedad médica, u otro). Para esto, en caso necesario, deberá disponer de un espacio individual con la persona mayor a fin de evaluar esta posibilidad.

I.2. Evaluación de la adaptación

Luego de los 3 meses desde el ingreso de la persona mayor, se debe evaluar su adaptación en una reunión de coordinación. La evaluación debe estar basada en el análisis de las áreas antes enunciadas. Además, se deberá evaluar cómo el funcionamiento y el equipo de la residencia podría estar afectando el proceso de adaptación de la persona mayor (burn out por parte del equipo, normas extremadamente rígidas, entre otros) y tomar acciones para subsanar estas dificultades, abordando de manera integral las áreas a reforzar.

Debe evaluarse la posibilidad de replantear consultivamente con la persona mayor, si el PAI diseñado es el adecuado y presentar alternativas de actividades. (Por ejemplo; cambiar o incluir un taller, intencionar más visitas de parte de familiares, negociar otro régimen nutricional, etc.).

Por último, y en caso que sea necesario, el psicólogo deberá indagar de manera asertiva, si la persona mayor desea continuar en la residencia, o preferiría evaluar otras alternativas (Ver Protocolo de Egreso).

II. Acompañamiento

Como se mencionó anteriormente, el acompañamiento será continuo durante la estadía de la persona mayor en la residencia. Esto, considerando que existen distintos factores que pueden variar durante su permanencia, por ejemplo, variación en el equipo de la residencia, muerte o llegada de pares, duelos de familiares, cambios en el entorno, nuevas enfermedades, o incluso, una resignificación interna del adulto mayor. El acompañamiento, consistirá en un seguimiento e intervención, frente a los procesos que vive la persona en la residencia.

Para un adecuado proceso de acompañamiento se espera:

II.1. Observación continua

El equipo de la residencia en su totalidad, deberá observar y reportar a través del cuaderno de novedades, los cambios observados en las categorías analizadas durante el período de adaptación.

De existir cambios recientes, como duelos, cambio de equipo o similares, el equipo deberá poner especial atención en los cambios anímicos y conductuales que pudiera presentar el adulto mayor.

II.2. Intervención por parte del equipo

Las dificultades observadas y reportadas por parte del equipo, deben ser discutidas en las reuniones de coordinación, con el fin de evaluar estrategias para afrontar de manera integral el proceso que esté viviendo la persona mayor.

II.3. Intervención psicológica

El psicólogo deberá evaluar la posibilidad de ofrecer otro tipo de espacio (grupal, individual o derivación a red primaria, etc.) si nota que la persona lo necesita para abordar su proceso.

A continuación se enumeran algunas consideraciones para este tipo intervención:

Consideraciones generales para la intervención psicológica:

- **Tipo de intervención:** Existen casos que pueden abordarse en sesiones grupales, por ejemplo, cuando varios adultos mayores viven situaciones similares (duelos del propio cuerpo, enfermedades, duelos de familiares, etc.) y por lo tanto, un acercamiento grupal podría ser un abordaje. Sin embargo, existen situaciones en las que, dada la privacidad del motivo que desea tratar, o que el propio adulto mayor

indique la necesidad de ser atendido individualmente será necesario considerar la posibilidad de entregar un espacio a solas o derivar a la red primaria de salud para ser atendido.

- **Visión integral:** Cada situación debe ser analizada de manera integral, considerando de qué manera el funcionamiento de la residencia, el PAI del adulto mayor, o el trato del equipo, puede estar influyendo en los procesos vividos por la persona mayor.
- **Visión particular:** Se refiere a considerar el caso a caso. Es usual categorizar o inmediatamente asumir, cómo una persona vive una determinada situación, sin embargo, no se debe perder de vista las particularidades de cada uno, las estrategias de afrontamiento que históricamente ha utilizado (y posiblemente utilizará) e indagar en el propio proceso, en qué áreas particularmente le repercute, qué es aquello que más le afecta, etc.
- **No minimizar la situación:** No se debe dar nada por sentado. Ante un mínimo cambio de conducta, se sugiere consultar sobre cómo se ha vivido, lo que puede ser reconfortante para la persona mayor.
- **Otro tipo de atención:** Debe evaluarse la posibilidad de derivación a la red primaria de salud en el caso de no contar con las herramientas para abordar la problemática del adulto mayor (necesidad de psiquiatra, continuidad de atención individual, etc.)

PERIODICIDAD

- Adaptación: Continuo durante 3 meses desde el ingreso a la residencia.
- Acompañamiento: Continuo durante la estadía de la persona mayor en la residencia.

MATERIALES

- No aplica.

REGISTRO

- Ficha Individual del Adulto.
- Registro de situación del adulto mayor en el cuaderno de novedades.

BIBLIOGRAFÍA

- Bizkaia, (2010). *Protocolos de actuación Residencias de personas mayores*. Alundia. País Vasco.
- CEOMA (2010). *Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de alzheimer*. Guía práctica para personas mayores y familiares.
- Suárez, M A. (2012). *Medicina Centrada en el Paciente*. Revista Médica La Paz, 18 (1), 67-72 (Recuperado en 20 de mayo de 2016 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582012000100011&lng=es&tlng=es)
- Montorio I., (1992). *Adaptación del anciano al medio residencial. Un análisis psicológico*. Jornadas de análisis psicosocial de la adaptación del anciano al centro residencial. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales
- González et al (2000). *Programa de adaptación en centros de personas mayores*. Revista papeles de psicólogos.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

Protocolo Plan de Atención Integral (PAI)

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Todo el equipo profesional de la residencia

OBJETIVOS

Otorgar lineamientos al equipo de la residencia para la elaboración y ejecución del plan de atención integral (PAI) de la persona mayor en la residencia, ejerciendo su derecho a la independencia y autonomía.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- El proceso de elaboración del PAI, es posterior a la Valoración Geriátrica Integral, VGI, que se realiza a la persona mayor, ya que del resultado de esta evaluación se obtiene un diagnóstico que nos permitirá construir el PAI, en conjunto con el adulto mayor.
- Para la elaboración satisfactoria del PAI, deben estar involucrados la persona mayor y la totalidad del equipo de la residencia (profesionales, técnicos y asistentes de trato directo del adulto mayor).
- Ninguna actividad se debe realizar sin previo consentimiento del adulto mayor.
- El plan se debe discutir y consensuar con el adulto mayor, informándole porqué se elaboró de esta manera y permitiéndole entregar sus propuestas, a modo de que puedan incluirse según los medios disponibles. En el caso que la persona mayor, se encuentre con alguna alteración cognitiva, es importante informar las acciones a realizar respetando siempre su autonomía.
- Se debe asignar al adulto mayor, una persona de referencia dentro del equipo, que conozca la totalidad del PAI del residente, para efectos de informar, acompañar y guiar la aplicación del plan. Esto no excluye que la totalidad del equipo debe encontrarse al tanto del PAI.
- Se espera que el equipo en su totalidad participe en la definición de los objetivos, sin priorizar especialmente un área, ni una profesión, sino que estos deben estar centrados en dar respuesta a necesidades, demandas y calidad de vida del residente, priorizando sus intereses y necesidades.
- Si bien el PAI debe realizarse al ingreso del residente, este debe actualizarse anualmente o si ocurre algún cambio de situación del adulto mayor.
- El plan debe ser alcanzable, flexible y adecuado a la realidad y cotidianeidad de la persona mayor.
- El PAI conlleva coordinación y trabajo en equipo, no siendo suficiente la mera coexistencia de las distintas áreas profesionales. Debe ponerse especial énfasis en la coordinación, la cual será para potenciar las acciones en vez de repetirlas, poniendo siempre al centro de los objetivos y como punto final el impacto en la calidad de vida de la persona mayor.
- El PAI finalizado, debe ser entregado y consensuado con la persona mayor e informado a su persona significativa, si así lo desea el adulto mayor.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Etapa 1: Reunión de equipo

Una vez realizada la VGI, posterior a la segunda semana de ingreso del residente, se sostendrá una reunión con la totalidad del equipo donde se expondrán las evaluaciones realizadas y la apreciación profesional de cada miembro del equipo. Estas serán registradas según se indica en la Pauta del Plan de Atención Integral (Ver Anexo N°1).

Es importante poner especial énfasis en la opinión técnica que aporte el asistente de trato directo del adulto mayor, dado que es quien mantiene la relación directa y cotidiana con el residente.

Serán además determinante para la elaboración del PAI, las respuestas a la evaluación de expectativas en la residencia entregadas por el adulto mayor en la VGI (Ver Anexo N°4 del Protocolo de Evaluación y Diagnóstico), en ésta se da cuenta de los intereses, expectativas y objetivos que el residente desea cumplir. Es finalmente esta información recogida la que permitirá orientar el PAI, priorizando los aspectos relevados y por lo tanto centrándolo en la persona.

Etapa 2: Elaboración del PAI

Para la elaboración del PAI, se espera tener un resumen del diagnóstico por cada área (biomédica, social, mental y funcional). Adicionalmente se debe incorporar la opinión de los técnicos y del asistente de trato directo del adulto mayor. Considerando también la autoevaluación de la persona mayor.

Con este resumen se podrá elaborar el plan de atención integral (PAI) que deberá indicar objetivos, acciones e intervenciones, tiempo, periodicidad y responsable.

Primero se deben priorizar los objetivos de acuerdo a las necesidades del adulto mayor, por lo cual no es necesario generar un objetivo por profesional, ni por cada área. Es crucial no repetir las acciones en la persona mayor.

Etapa 3: Consenso de objetivos con el adulto mayor

Una vez completado el PAI, este debe ser presentado al adulto mayor en forma sencilla y clara, asegurándose que comprenda lo planteado. En caso de que exista consenso con la persona mayor en torno a su PAI, este deberá firmar la Pauta (Ver Anexo N°1). En caso contrario el equipo deberá idear y presentar alternativas hasta llegar a un consenso con la persona mayor.

Tanto el director técnico, como representante del equipo y adulto mayor, deberán firmar el PAI.

Etapa 4: Revisión de objetivos establecidos en PAI

El trabajo debe basarse en reuniones periódicas para la planificación y seguimiento del PAI (Ver Anexo N°2). Se espera que en estas reuniones se propicie la coordinación y el equipo retroalimente acerca de los avances del adulto mayor y su recepción frente al PAI.

Para la puesta en marcha del PAI, es importante considerar los protocolos en su totalidad y poner énfasis en la articulación entre las evaluaciones realizadas y los protocolos asociados (Ver Anexo N°5 de Protocolo de Evaluación y Diagnóstico).

El PAI deberá ser modificado anualmente o según el estado funcional y/o cognitivo de la persona mayor. Una vez reevaluado, debe confeccionarse una nueva pauta PAI.

PERIODICIDAD

- Al ingreso del residente, se debe realizar inmediatamente después de la aplicación de la VGI, es decir, al término de la segunda semana o inicio de la tercera semana posterior a su ingreso.
- El PAI se deberá actualizar anualmente o según cambios en la situación del adulto mayor.

MATERIAL

- Pauta Plan de Atención Integral (Anexo N°1).

REGISTRO

- Archivar en la Ficha Individual del Adulto Mayor la pauta PAI completa y firmada por el adulto mayor y el director técnico.

BIBLIOGRAFÍA

- Bizkaiko Foru Aldundia. Manual de buena práctica, Residencias en personas mayores.
- Bizkaiko Foru Aldundia. Plan de Atención Integral.
- Modelo técnico de Hogar de Cristo.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

PAUTA PARA CONFECCIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL, PAI

A continuación se presenta la pauta que debe ser usada como base para la confección del Plan de Atención Integral del residente. Como se mencionó en este protocolo, ésta debe ser completada en la reunión posterior a la aplicación de la VGI, con la participación de la totalidad del equipo.

Esta misma pauta servirá para realizar el seguimiento de la ejecución del PAI en las reuniones de coordinación del equipo.

I. Antecedentes generales

Nombre del residente:	
Rut:	
Fecha de ingreso a la residencia:	
Fecha de aplicación VGI :	

II. Síntesis de diagnóstico y evaluaciones

Se espera que los resultados de las evaluaciones sean presentados brevemente. En el caso de las expectativas del adulto mayor y las observaciones del asistente de trato directo del adulto mayor, se encuentran destacadas en la tabla dada la relevancia que tendrán en establecer los lineamientos para la confección del PAI.

Área	Resumen por área
Biomédica.	
Social.	
Mental.	
Funcional.	
Expectativas del adulto mayor en la residencia (según pauta aplicada en VGI).	
Observaciones asistentes de trato directo del adulto mayor.	

III. Confección Plan de Atención Integral (PAI)

Luego de la presentación de los resultados, se espera que el equipo logre consensuar los ámbitos a trabajar y priorizar los objetivos a alcanzar. Es necesario destacar que no será necesario abarcar todas las áreas.

En esta elaboración debe quedar claramente especificado, para la totalidad del equipo, los objetivos, acciones, intervenciones, tiempo, periodicidad y responsables establecidos.

Objetivos	Acciones e intervenciones	Periodicidad	Tiempo de intervención esperado	Responsable

Fecha:

Firma Director/a Técnico:

Firma Adulto Mayor:

ANEXO N° 2

SEGUIMIENTO PAUTA PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL, PAI

Se espera que el PAI sea revisado de manera periódica, con el fin de retroalimentar su ejecución, avances u otras acciones necesarias para mejorar la atención de la persona mayor en la residencia.

Objetivos	Reporte de responsables	Observaciones del equipo

Fecha:

Firma Director/a Técnico:

Firma Adulto Mayor:

Protocolo Manejo de Dinero

Etapas del proceso: Ingreso, acogida, permanencia.

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Terapeuta ocupacional – trabajador/a social

OBJETIVO

Generar las condiciones necesarias para la adecuada gestión y manejo de dinero por parte de los residentes, ejerciendo su autonomía e independencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El manejo de dinero es una de las actividades de la vida diaria que permite ejercer mayor control sobre el propio proyecto de vida, cuando es concordante con la propia identidad personal, aun cuando una persona se encuentre gravemente afectada. Así mismo en la práctica cotidiana y particularmente en contexto ELEM, esto significa no sólo considerar las habilidades concordantes con esta actividad, sino especialmente adscribir a ser un medio facilitador, desde la entrega de información necesaria para poder ejercerla, hasta el proveer apoyos oportunos e individualizados cuando corresponda (Araya, 2016).

En este contexto el protocolo busca generar las condiciones adecuadas para el manejo de dinero de los residentes, en respeto a su autonomía. Por esto se consideran dos ámbitos:

- I. Ámbito administrativo.** Relacionado con la adecuada gestión en la entrega del dinero de las personas mayores, asegurándoles el traspaso del porcentaje de pensión que corresponda, en tiempo oportuno y de acuerdo a sus necesidades. La residencia es quien debe garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas mayores, y uno de ellos, es tener acceso a este dinero. El responsable de esta acción es el trabajador social.
- II. Ámbito funcional.** Se refiere al ámbito promotor de la capacidad funcional de manejo de dinero de la persona mayor. En este sentido y de acuerdo a la evaluación inicial que se realice a la persona mayor (Ver Protocolo de Evaluación y Diagnóstico), en específico la aplicación del instrumento de manejo de dinero, se deben generar las condiciones adecuadas para asegurar la entrega de apoyo, de acuerdo a sus capacidades. La responsabilidad en este ámbito es del terapeuta ocupacional.

En ambos casos, se deben coordinar los dos profesionales.

En sustento a estos dos ámbitos, el protocolo considera:

- La persona mayor administrará su dinero de forma autónoma, tomando sus propias decisiones respecto de lo que quiere hacer con el.
- Velar para que el porcentaje de la pensión que le corresponde a la persona mayor sea entregado de manera íntegra, oportuna y de acuerdo a los requerimientos acordados entre el mayor y la residencia al momento de postulación y/o ingreso.
- Los bonos o aguinaldos extras a la pensión de cada residente no deben ser descontados del porcentaje de libre disposición, por lo tanto, no se considera como ingreso a la residencia. Del mismo modo, todos los demás ingresos de dinero, de cualquier naturaleza, como aportes de terceros, son de absoluta propiedad de la persona mayor.

- En el caso de que la persona mayor requiera de apoyos para el manejo de dinero, de acuerdo a los resultados de la evaluación realizada (Ver Evaluación de Manejo de Dinero en protocolo de Evaluación y Diagnóstico) la residencia debe propiciar acciones terapéuticas a través del Plan de Atención Individual, que vayan en beneficio de la persona mayor a fin de que mantenga las funciones asociadas a este manejo.
- En el caso de que la persona mayor requiera de un familiar o persona significativa que lo apoye en el manejo de dinero, cada residencia deberá definir su proceso administrativo, y por tanto será ésta la que determinará quién podrá ejercer la figura de apoyo de acuerdo a la evaluación social. Si no se logra definir alguien externo a la residencia, se espera que alguno de los profesionales o técnicos puedan apoyar con esta función, quedando debidamente registrado en la ficha individual del adulto mayor o carpeta de ingreso del residente.
- En todos los casos, ya sea si la persona mayor requiere o no de apoyos, la residencia deberá generar las medidas de seguridad y resguardo adecuado de dicho dinero, previa solicitud de la persona mayor. Por ejemplo, a través de la disposición de cajas fuertes, muebles con llave, etc.
- Es importante tener presente que siempre se debe mantener informado a los familiares sobre este procedimiento y de las medidas que se consideren en el transcurso de la intervención.

De acuerdo a lo señalado por el artículo 16° del DS 49/2011, del Ministerio de Planificación que regula el programa de viviendas protegidas para adultos mayores, *los residentes aportarán al financiamiento del Plan de Intervención en el porcentaje que corresponda*. La residencia propiciará contar con los respaldos correspondientes a los gastos realizados con el porcentaje de las pensiones de los adultos mayores, para asegurar la transparencia en el uso de los recursos en virtud de la protección y bienestar de los residentes. Así mismo señala en el artículo 17° que para el financiamiento de las residencias colectivas el aporte del beneficiario en las residencias colectivas *no podrá exceder del 85%* de los ingresos que éste reciba (MIDEPLAN, 2011). El porcentaje restante será de libre disposición para la persona mayor residente.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. ENTREGA DE INFORMACIÓN A LA PERSONA MAYOR

Tanto en la etapa de postulación como en la de ingreso se debe informar a la persona mayor sobre el porcentaje de pensión designado a la residencia y el de libre disposición que se le entregará. La residencia debe ser clara en informar qué servicios se cubren con el porcentaje de la pensión del adulto mayor destinado a la residencia. Así mismo reforzar al familiar o persona significativa que la diferencia del ingreso es de libre disposición de la persona mayor. Esto debe quedar registrado en el acuerdo de ingreso a la residencia considerando la carta de derechos y deberes del residente.

Si previo al ingreso de la persona mayor a la residencia, su pensión es recaudada por un tutor o familiar, se debe modificar esta situación, para que el pago de ésta sea realizado según la modalidad utilizada por la residencia.

II. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE MANEJO DE DINERO

Una vez realizadas las siguientes evaluaciones al ingreso:

- Mini Mental State Examination (Mmse)
- Lowton y Brody y
- Manejo de dinero (Mide la capacidad del Manejo de Dinero)

El/la terapeuta ocupacional en conjunto con la persona mayor, definirá si es necesario algún apoyo para que la persona mayor pueda, en forma autónoma, manejar su dinero.

De acuerdo a la evaluación se identificará el nivel de apoyo requerido:

2.1	No requiere apoyo terapéutico.	→ Independiente en manejo financiero.
2.2	Requiere apoyo terapéutico parcial o total.	→ Semindependiente en manejo financiero.
2.3	Ya no requiere apoyo terapéutico por pérdida de habilidad de manejo de dinero.	→ Dependiente en manejo de dinero.

Fuente: Instrumento de Evaluación de Manejo de Dinero, Elaborado por Terapeuta Ocupacional, Mariela Araya, 2016.

2.1. Persona mayor no requiere apoyo terapéutico en manejo de dinero (independiente):

En el caso que la persona mayor no requiera apoyo para el manejo de dinero, se le hará entrega directamente del monto correspondiente por concepto de pensión y la residencia velará para que el residente pueda hacer uso de su dinero facilitando las salidas a la comunidad, orientándolo al uso adecuado del dinero, entre otras acciones. Adicionalmente, se considerará motivar al adulto mayor a participar en el programa de estimulación cognitiva (Ver protocolo de estimulación cognitiva), con el fin de estimular su autonomía e independencia en esta materia. En estos casos se debe pasar al punto III del protocolo.

2.2. Persona mayor requiere apoyo terapéutico total o parcial en el manejo de dinero:

Con esta información la dupla profesional deberá proponer acciones diferenciadas para cada caso, las que se trabajarán con la persona mayor durante su permanencia. Esta información se registrará en el PAI y será abordada junto a todo el equipo.

Los apoyos para el manejo de dinero podrán otorgarse en las siguientes áreas.

- Identificar necesidades coherentes y realistas en relación a posibilidades de satisfacción actuales conforme a sus ingresos y características personales.
- Identificar billetes y monedas.
- Aproximar el valor de productos de su interés según sus conocimientos previos (cajetilla de cigarros, paquete de galletas, crema para manos, etc.).
- Realizar operaciones de cálculo que vayan de simples a complejas, que permitan combinar y cambiar billetes y monedas.
- Cuidar su dinero.
- Tener conciencia de su enfermedad y restricciones asociadas a ésta. (Ej.: diabetes, alcoholismo, etc.).
- Priorizar necesidades frente a sus gastos o inversiones.
- Satisfacer alguna necesidad o interés específico que requiera de dinero.

El profesional deberá resguardar y contar con todos los registros y respaldos necesarios en virtud del cumplimiento de los objetivos terapéuticos y de la transparencia en el uso de los dineros.

2.3. No requiere apoyo terapéutico, por pérdida de habilidad de manejo de dinero (dependiente).

En caso de que la persona mayor haya perdido la habilidad para manejar su dinero, el/la trabajador/a social, de acuerdo a la evaluación social realizada, coordinará la entrega del dinero a algún familiar o persona significativa para el adulto mayor, que lo conozca en cuanto a gustos y sus necesidades, para que ésta resguarde que el dinero sea utilizado en la persona mayor. En caso de tomar esta opción, se deberá utilizar

el Anexo N° 1 Registro de Pago de Pensiones. El profesional deberá resguardar los registros individuales y respaldos de entrega de dinero, en virtud de la transparencia en el proceso. En caso de que no exista tutor, o esté ausente, o puedan existir antecedentes de abuso patrimonial por parte de éste, podrá verse la posibilidad de que un funcionario de la residencia cumpla este rol contado con los resguardos correspondientes.

Casos excepcionales

Además de las situaciones señaladas anteriormente, de manera excepcional se pueden presentar casos de interdicción. Esto es, cuando la persona mayor presenta formalmente una declaración judicial de interdicción por demencia, que lo haya declarado incapaz para la administración de sus bienes. En este caso al disponer de un curador designado, éste tomará las decisiones respecto del uso del dinero de la persona mayor frente a la residencia.

III. ENTREGA DE DINERO A RESIDENTES

La entrega del dinero debe ser efectuada para todas las personas mayores, sin importar el nivel de funcionalidad, pero en sustento a las consideraciones anteriormente señaladas.

La modalidad podrá variar según lo que el residente decida y las posibilidades de la residencia, así como de las actividades definidas en el plan de intervención. Sin embargo, esta entrega debe contar con un respaldo que dé cuenta que la persona mayor recibió su dinero en tiempo oportuno y en conformidad a lo establecido al momento del ingreso. Para esto se sugiere ver el **Anexo N° 2 Registro de Pago de Pensiones**, o bien la residencia podrá utilizar otro registro que estime conveniente. Así como esta situación se pueden dar otras circunstancias respecto de este resguardo. A continuación se definen aquellas más frecuentes y sus posibles tipos de actuación.

Operación	Descripción	Medios de respaldo
<p>Pago del porcentaje de pensión</p>	<p>Se trata del porcentaje restante del pago de la pensión o jubilación que la residencia cobra para el financiamiento de sus servicios, el que debe ser entregado al residente para su uso personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colilla de pago de las pensiones a la residencia. • Recepción conforme de la persona mayor con su firma o huella sobre el pago de su porcentaje.
<p>Custodia o resguardo de dinero.</p>	<p>La persona mayor solicita de manera voluntaria resguardar su dinero en custodia dentro de la residencia, o bien se define como parte de una medida terapéutica. Será el mismo profesional a cargo del protocolo el que se encargue de la custodia y distribución del dinero en cada uno de los residentes que lo requiera. La residencia debe contar con un espacio adecuado para el resguardo de dinero de acceso restringido.</p> <p>Esta custodia o resguardo no implica en ningún caso la restricción en la disposición personal de su dinero de los adultos mayores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud escrita de la persona mayor donde exprese que desea solicitar el resguardo del dinero en la residencia. • Registro de las cuentas de los residentes (monto, fecha, tiempo de custodia, firma del profesional y de la persona mayor). Además debe señalar el ingreso y egreso a solicitud del adulto mayor donde firmará en cada una de ellas. Se sugiere que se maneje un cuaderno de cuentas.
<p>Depósito en cuenta personal de ahorro</p>	<p>Si la persona mayor no puede realizar por su cuenta los depósitos de ahorro de su dinero, podrá solicitar al profesional a cargo del protocolo que colabore con esta acción.</p> <p>Cuando un adulto mayor solicita ahorrar dinero, se realizarán las gestiones para abrirle una libreta de ahorro en el banco que el adulto mayor determine, o realizar el depósito en la que ya tenga u otro medio que se acuerde junto al profesional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud expresa y por escrito del residente para resguardo de dinero en cuenta de ahorro. • Comprobante de depósito. • Se sugiere que se maneje un cuaderno de cuentas.
<p>Solicitud de compras</p>	<p>Cuando los residentes requieren al funcionario la realización de compras por encargo debido a su dificultad de acceso. Esto no debería ser una acción frecuente, pero en la eventualidad de su ocurrencia debe quedar por escrito. En esta acción es relevante que la decisión de la compra sea tomada por el residente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitud expresa para realización de compras. • Comprobante de compra (boleta) y firma en cuaderno de recepción y conformidad por parte del residente. • Se sugiere que se maneje un cuaderno de cuentas.

“DÍA DE PAGO”

Una actividad entretenida y que promueve la integración de los residentes es organizar el día de pago dentro de la residencia. Además permite a los adultos mayores situarse en tiempo y espacio (reconocer mes, fecha y trabajar el manejo de dinero). Se sugiere establecer roles y funciones para organizar la actividad resguardando la autonomía y confidencialidad del monto entregado. Se define un día específico en el mes, el director técnico designará a una persona responsable de la entrega del porcentaje de pensión y de llevar el registro de la entrega y del monto. Además esta actividad permite recordar o mantener acciones cotidianas.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIALES

- Evaluación Manejo de Dinero (Ver protocolo de evaluación y diagnóstico).
- Protocolo de Evaluación y Diagnóstico.
- Plan de Atención individual.

REGISTRO

- Anexo N°1: Registro de pago de pensiones del tutor o responsable del cobro.
- Anexo N°2: Registro de pago de pensiones o recepción conforme del adulto mayor.
- Anexo N°3: Solicitud voluntaria de manejo de dinero.
- En caso de requerir apoyo en el cuidado del dinero, registro de egresos e ingresos.
- Cuaderno de cuentas de la residencia.

BIBLIOGRAFÍA

- DS/49/2011, Mideplan. Reglamento que regula el programa de viviendas protegidas para adultos mayores. BCN Legislación Chilena Sitio web: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1026803>. Consultado el 11 de mayo del 2016.
- Araya M. (Santiago, 25 julio 2016.) Re: *Protocolo Manejo de Dinero*

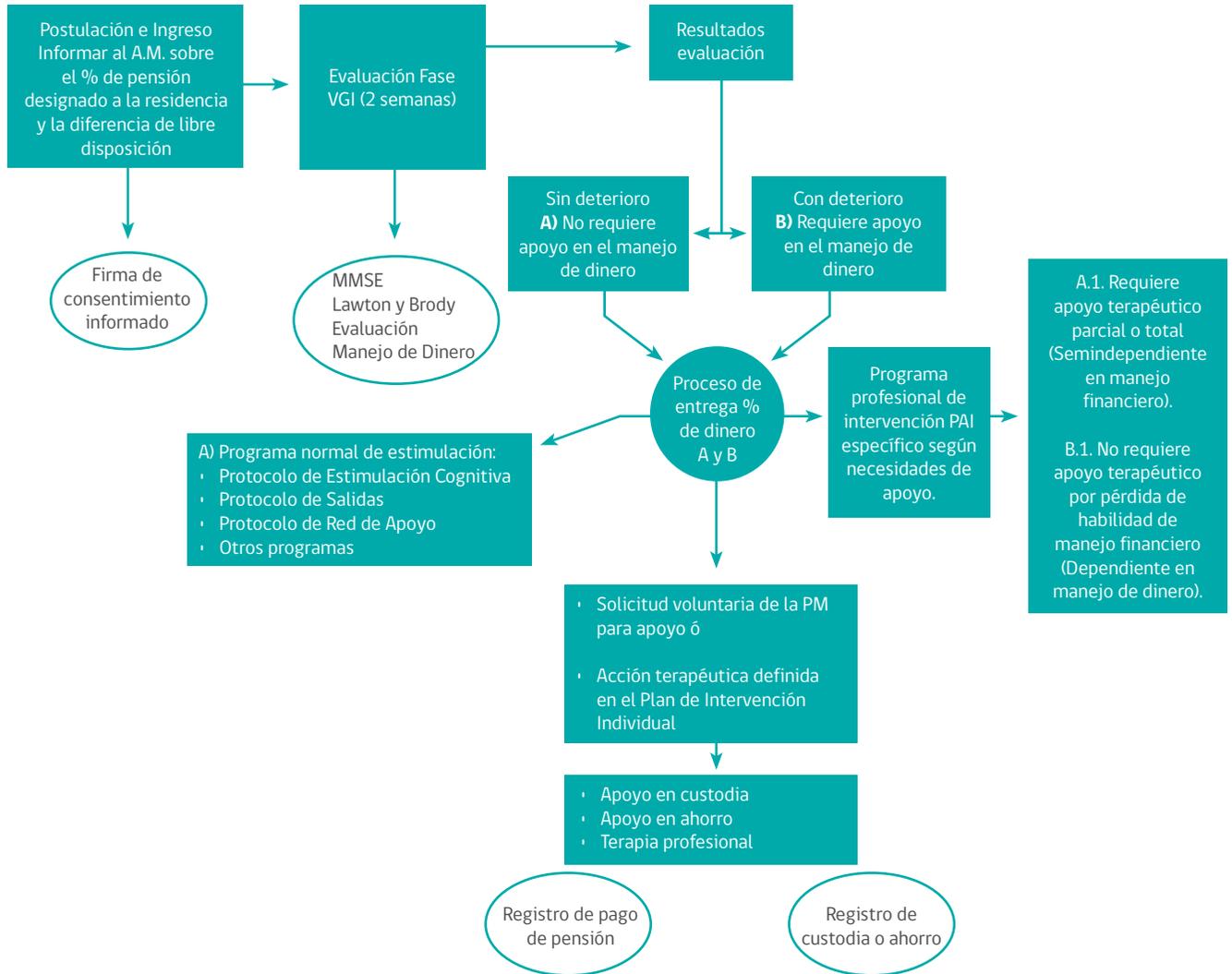
FLUJOGRAMA: Sí

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

FLUJOGRAMA

MANEJO DE DINERO EN LA RESIDENCIA



SIMBOLOGÍA



ANEXO N° 1

REGISTRO DE PAGO DE PENSIONES DEL TUTOR O RESPONSABLE DEL COBRO

Este documento podrá ser utilizado por la persona designada a cobrar la pensión en los casos en que el residente se encuentre inhabilitado.

Fecha	
-------	--

Nombre del tutor o persona responsable del cobro	
RUT	
Vínculo o relación con la persona mayor	
Monto Recibido	\$

Recibí conforme la suma de \$..... sobre el porcentaje de pensión que corresponde en el mes de..... del año.....

Me comprometo a destinar este dinero en gastos relacionados con las necesidades del residente:

Nombre

Rut

FIRMA O HUELLA

ANEXO N° 2

REGISTRO DE PAGO DE PENSIONES O RECEPCIÓN CONFORME DEL ADULTO MAYOR

Fecha

Nombre del Residente	
RUT	
Monto estipulado en el convenio de ingreso	\$
Monto Recibido	\$

Recibí conforme la suma de \$..... sobre el porcentaje de pensión que me corresponde en el mes de..... del año.....

FIRMA O HUELLA

ANEXO N° 3

SOLICITUD VOLUNTARIA DE MANEJO DE DINERO DEL RESIDENTE

La persona mayor que pudiendo manejar su dinero de manera autónoma e independiente, requiera de apoyo para organizar su dinero, deberá dejarlo por escrito a través de este formulario. Lo mismo para el caso en que ya habiendo sido firmado, este se desista de la solicitud.

Yo.....Rut.....domicilio (nombre de la residencia)
.....solicito a través del presente apoyo para:

- 1. Custodia de dinero.
- 2. Apoyo en el manejo de dinero.
- 3. Apoyo en ahorro de dinero en cuenta personal del residente.

Observaciones

.....

.....

.....

.....

.....

.....

FIRMA O HUELLA

Protocolo Salidas fuera de la Residencia

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Dependerá según tipo de salida:

- Salidas a la red de salud: Enfermera/o
- Actividades de la residencia o salida recreativa trabajador social - terapeuta ocupacional

OBJETIVO

Favorecer las salidas de los adultos mayores fuera de la residencia, resguardando su autonomía y seguridad, ejerciendo el derecho a la libertad personal.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La residencia deberá fomentar las salidas de los residentes de manera autónoma y por el mayor tiempo posible, fuera de la residencia primando la decisión e intereses de la persona mayor, en tanto sus condiciones de salud lo permitan.

Para lo anterior, el presente protocolo establece que:

- Se considerarán como “salidas fuera de la residencia” aquellas que realicen los adultos mayores de manera individual o grupal, ya sea por fines personales o ajustados a actividades de la residencia.
- Los tipos de salidas que este protocolo resguarda son:
 - Salidas a los servicios de salud (no incluye emergencias o urgencias médicas).
 - Actividades grupales, recreativas o comunitarias, desarrolladas por la residencia.
 - Salidas individuales.
- Se excluyen de este protocolo las salidas generadas por situaciones de emergencia o catástrofe y las salidas originadas por emergencias y urgencias médicas, ya que ambos procedimientos se establecen en los protocolos respectivos.
- Los residentes deberán ser informados oportunamente sobre la Carta de Derechos y Deberes de los residentes señalada en la Guía de Operación de Residencias. En ella, encontrarán las normas básicas de funcionamiento sobre las salidas fuera de la residencia.
- Los residentes tendrán derecho a salir cuando ellos lo necesiten o deseen. Se incentivará que lo hagan de manera autónoma, o en compañía, cuando sea necesario.

Se tomarán medidas de resguardo especiales cuando la persona mayor:

- Presente deterioro cognitivo en cualquiera de sus grados, resguardando que ésta realice sus salidas en compañía de familiares, personas cercanas, cuidadores o profesionales de la residencia, según la naturaleza de la salida.
- Presente formalmente una declaración judicial de interdicción por demencia, que lo ha declarado incapaz para la administración de sus bienes. Siempre deberá disponer de un acompañante que conozca de la situación de salud del residente, y por lo tanto, esté al tanto de las características de su cuidado y

condiciones que eventualmente puedan determinar una crisis. Además las salidas, tienen que estar en conocimiento del curador designado, pudiendo éste negarse si no es él quien acompaña a la persona mayor. Esta persona no podrá realizar salidas de manera independiente, ya que existe un riesgo inminente frente a extravíos, accidentes, hurtos, etc.

- Presente dependencia funcional leve, moderada o severa, donde según el caso y en sustento de las indicaciones médicas, podrá requerir de la asistencia de otra persona, pudiendo ser ésta un residente, un familiar o persona cercana, un asistente de adulto mayor e incluso un voluntario si la residencia dispone de servicios de voluntariado para este fin. Esto con el fin de asegurar la integridad de la persona mayor
 - Personas que presenten algún tipo de limitante o restricción en sus salidas que sea de carácter temporal debido a una enfermedad o situación especial que lo impida, se considerará como justificativo válido un diagnóstico médico (geriátrico o neurológico) que limiten la realización de salidas.
- El profesional indicado, de preferencia el Trabajador Social, velará por estimular la participación de la familia o persona significativa para que apoyen en este tipo de actividades, a través del plan de atención integral de la persona mayor.
 - Considerando lo anterior, la residencia coordinará las acciones necesarias para el *resguardo de la seguridad de los residentes*, entre estas:
 - El responsable del protocolo solicitará periódicamente información sobre el estado de salud de los residentes, para efectos de estar informados de cambios de salud que pudiesen afectar las salidas.
 - Difundir en la red local la existencia de la residencia y el perfil de residentes.
 - Elaborar tarjetas de Identificación para todos los residentes, las que llevarán consigo cada vez que salgan de la residencia. Se sugiere que por un lado presente la copia de la Cédula de Identidad y al reverso los datos de la dirección y contacto de la residencia. No se incluyen datos de familiares, ya que en caso de extravío, es la residencia la que debe cautelar dar aviso a los familiares, siguiendo los protocolos correspondientes.
 - Identificar factores de riesgos extrínsecos e intrínsecos que pudiesen disminuir la seguridad de las salidas. A saber, Intrínsecos: Situación de salud, estados de crisis, episodios depresivos, entre otros.). Extrínsecos: situaciones legales complejas (conflictos familiares, historia de violencia o abuso patrimonial, medidas de protección, etc.), circunstancias territoriales de inseguridad (barrios peligrosos, horarios complejos, lugares muy apartados, clima agresivo, entre otros)

Al regreso de los residentes, se deberá prestar especial atención al:

- Estado de ánimo.
- Daño físico visible.
- Estado de intemperancia.
- Otros

Lo anterior porque eventualmente pueden haber sufrido alguna caída, haber pasado un mal rato familiar o en algún trámite, entre otras situaciones que pueden afectar su calidad de vida, y que tal vez, no siempre las quieren contar.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Tipos de salida:

I. Salidas a Servicios de Salud (No incluye emergencias y urgencias médicas):

Corresponde a las salidas y visitas a la red de salud por controles médicos habituales (Cesfam, Hospitales, Cosam, entre otros).

- Todo residente deberá ir acompañado al Servicio de Salud, por el personal de enfermería o un cuidador.
- Se deberán conocer con anticipación las horas médicas programadas para definir oportunamente quien lo acompañará. Esta información se registrará en un calendario mensual visible para los funcionarios y personal de turno.
- En caso de salidas espontáneas o de derivaciones del médico de la residencia que no estaban programadas, se deberá coordinar en el momento quien acompaña al residente.
- Cuando corresponda, se deberá gestionar un vehículo de traslado.
- Al momento de la salida se verificará que el residente cuente con la documentación necesaria: cédula de identidad, ficha individual, carnet del adulto mayor del CESFAM correspondiente, bonos de atención, orden de exámenes, etc. Según corresponda.
- Si corresponde, verificar que la persona se acompañe de sus ayudas técnicas.
- Registrar la salida.
- Registrar el ingreso.

II. Actividades grupales, recreativas o comunitarias, desarrolladas por la residencia:

En el caso de actividades masivas (visitas turísticas, actividades culturales, salidas comunitarias u otras) se deben tomar las medidas necesarias para que sea un espacio grato y seguro para los adultos mayores. Por lo que se debe considerar:

- Que la participación en las actividades masivas sea voluntaria y de acuerdo a las condiciones de salud de los residentes.
- Tener claridad de todos los aspectos logísticos de la salida. (Lugar, hora de llegada, espacios de acceso).
- Considerar las condiciones climáticas o atmosféricas del día y lugar de la salida o del sector donde se dirigen, para que los residentes lleven el vestuario e implementos adecuados.
- Elaborar listado de las personas que participarán de la actividad. Este listado se debe revisar antes de la salida y a la llegada a la residencia. Si la salida es en un bus, se deberá consultar la asistencia una vez estén todos en él, lo mismo cuando sea el regreso. Si en el camino se realiza una parada para compras o una segunda visita, se deberá volver a verificar el listado.
- Elaborar listado de artículos personales necesarios (ayudas técnicas, artículos tecnológicos, medios de transporte, etc.) y de medicamentos de cada residente. Los cuidadores deben verificar su traslado.
- En la salida deberá participar un asistente de adulto mayor por cada 6 personas mayores y al menos un profesional de salud.
- Disponer de un botiquín de primeros auxilios durante la salida.
- Si durante la actividad el adulto mayor desea retirarse, debe poder hacerlo o plantearse una alternativa a la actividad, o bien para su regreso a la residencia. De ninguna manera puede estar forzado a realizarla. Deberá ser acompañado.
- Registrar la condición en la que regresa el grupo. Según corresponda.

III. Salidas individuales:

Se entenderán por salidas individuales todas aquellas que sean voluntarias del adulto mayor y no estén asociadas a actividades propias del ELEAM. Es importante acoger las necesidades que el adulto mayor tenga de salir fuera de la residencia. Podrá salir solo o acompañado por uno o más residentes. El tipo de salidas tienen relación por ejemplo con salidas a la feria, día de compras, visita a familiares, idas al cine, trámites personales, peluquería, etc. Como se señala al inicio del protocolo, se deberá tener en cuenta el estado de salud del residente. Cumpliendo con los resguardos correspondientes, no habrá restricción en las salidas de los residentes.

Se espera que para estos casos el residente:

- Registrar y de aviso de la salida.
- Registrar su regreso.
- Cuando se trate de salidas habituales durante el día o que se encuentren adscritas a una rutina diaria, no es necesario registrar repetidas veces sus salidas, sólo dará aviso verbalmente al asistente o al portero.
- Si el residente quiere o debe salir a realizar algún trámite, y sus condiciones de salud no lo permiten, deberá coordinar en conjunto con algún miembro del equipo de cuidadores o profesionales que le acompañen.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIALES

- Tarjetas de Identificación personal.
- Carta de Derechos y Deberes de los Residentes señalada en la Guía de Operación de Residencias.
- Otros según tipo de salida. (Ayudas técnicas, medicamentos, botiquín, etc.)
- Contacto vigente de familiares o personas cercanas, si se requieren en caso de emergencia.

REGISTRO

- Libro de registro de salidas.
- Ficha individual del adulto mayor.
- Calendario de salidas (servicios de salud, recreativos, etc.).

BIBLIOGRAFÍA: No

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: No

GLOSARIO: No

Protocolo Ambientes Facilitadores

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Equipo residencia

OBJETIVO

Facilitar a todos quienes están en contacto con los adultos mayores dentro de la residencia, las herramientas para el adecuado manejo del ambiente o espacio donde se encuentran las personas mayores, para que ejerzan su derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Entenderemos por ambientes facilitadores a aquellos en que el espacio físico y las personas que se relacionan a diario con los adultos mayores, otorguen un espacio acogedor, que favorezca la participación y potencie al máximo las habilidades y capacidades de los mayores.

- Todas las acciones deben considerar y respetar el contexto territorial, religioso y étnico de las personas mayores residentes.
- Se debe facilitar la participación de los adultos mayores en el ejercicio de algunos roles dentro de la residencia.
- Se debe considerar la participación del consejo de residentes en los cambios del espacio o del ambiente.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Consideraciones en el ambiente:

La residencia debe contar en todos los **espacios comunes** con:

- Reloj análogo que indique adecuadamente la hora y que cuente con números que sean legibles para todos los residentes.
- Calendario que indique día, mes, año y estación en la que se encuentra.
- Señalética que indique, con letras o símbolos comprensibles y visibles para las personas mayores, el nombre del lugar (comedor, baños, vías de evacuación, entre otros).
- Diario mural que señale hora y nombre de las actividades que se realizan durante el día.
- Los espacios deben facilitar la reminiscencia a través de la utilización de decoración de acuerdo a los intereses, época, vivencias o lugar que le sea familiar a los residentes.
- El color de las paredes debe ser de tonos neutros para transmitir tranquilidad.
- Debe existir, al libre acceso de las personas mayores, material que les permita realizar actividades de tipo cognitiva como juegos de salón, libros o diarios actualizados, con letra legible, lápices y cuadernos, entre otros.

- Evitar los sobre estímulos como radio y televisión encendidos juntos, utilizándolos con un volumen adecuado, de acuerdo a lo que indiquen los residentes.
- Los adultos mayores deben estar en dormitorios con personas con la que tengan intereses o características similares.
- Procurar que las mascotas en la residencia sean en número y características adecuadas para los adultos mayores en la residencia, evitando que estén en los lugares de circulación de los residentes.

Acciones que debe realizar el personal de trato directo:

II. Consideraciones para la comunicación verbal con el adulto mayor:

Todas las acciones deben adaptarse de acuerdo a las condiciones cognitivas y de capacidades sensoriales de cada persona mayor.

- Llamar al adulto mayor siempre por su nombre o como él indique que le guste ser llamado, sin diminutivos y manteniendo una actitud de respeto.
- Saludar a la persona mayor de acuerdo al momento del día en que se encuentra
- Anticipar al adulto mayor las actividades o acciones que se realizarán tanto en forma colectiva como individual.
- Hablar pausado y de forma clara.
- Aumentar o disminuir el tono de voz, según la alteración auditiva y cognitiva del adulto mayor.
- Usar oraciones con sentido y con una complejidad adecuada a las características del adulto mayor.
- Hablar de forma directa con el adulto mayor.
- Evitar terminología que no sea aceptada por el adulto mayor (abuelo/a, tata, viejito/a).
- Chequear permanentemente el uso y mantención de audífono.

III. Consideraciones para la orientación del adulto mayor:

Para propiciar la orientación en el tiempo y espacio se debe:

- Recordar el nombre y el lugar donde reside.
- Recordar el lugar (localidad o comuna) donde está ubicado el establecimiento.
- Recordar la región y país donde se encuentra.
- Al momento de levantarse por la mañana mencionar el día de la semana, y fecha indicando mes y año.
- Informar de la hora actual.
- Informar el estado del clima.
- Mencionar el horario de almuerzo, once y cena.
- Mencionar principales actividades durante el día.
- Indicar el nombre de las visitas o personas relevantes con las que se relacionará.

IV. Consideraciones para la estimulación de las funciones mentales:

- Se debe propiciar la personalización de los espacios privados.
- Fomentar el discurso hablado de su memoria remota.
- Realizar preguntas acerca de su historia de vida.
- Propiciar la lectura del adulto mayor.
- Propiciar el discurso hablado del adulto mayor.
- Fomentar el uso de elementos tecnológicos como televisión, pc y radio.
- Fomentar la conversación en temas de actualidad.
- Mantener material a disposición de los adultos mayores, como: revistas, puzzles, juegos de mesa (dominó, cartas u otros), lotería; considerando que cuenten con características adecuadas para los residentes (letras y números grandes, con relieve, entre otras).

V. Consideraciones para mantener o mejorar la independencia

Otorgar asistencia en la realización de las actividades de la vida diaria, de acuerdo a lo que el adulto mayor requiera y/o solicite, resguardando que esta asistencia sea gradual y respetando los tiempos que demande para realizarla.

Primero se supervisa a través de la observación del adulto mayor en la realización de la actividad, luego se puede dar una indicación verbal, para después, si es que el adulto mayor lo requiere y/o solicite, ayudar directamente a realizar la actividad.

a. Alimentación:

- Se debe propiciar la compañía en los momentos de alimentación.
- Mencionar el tipo de alimentación que está recibiendo.
- Mantener el buen trato y la paciencia en el momento de la alimentación.
- Informar del uso de los utensilios (cuchara, tenedor, cuchillo).

b. Vestimenta:

- Incentivar la selección de su vestimenta.
- Reforzar decisiones positivas en cuanto a su vestimenta.
- Regular la selección de la vestimenta (usos inadecuados).

c. Continencia:

- Motivar la comunicación en relación a su necesidad fisiológica y el uso de los baños.
- Respetar y orientar los deseos de utilizar los servicios higiénicos. Revisar protocolo de Estimulación del control de esfínteres.

d. Higiene:

- Propiciar el uso de elementos de higiene.
- Respetar y orientar la decisión en relación a los cambios estéticos que desee.

VI. Consideraciones para fomentar la interacción social:

- Fomentar la interacción con los pares y con el personal.
- Fomentar la comunicación con las visitas, otorgando lugares que propicien la comunicación.
- Fomentar la participación en las actividades de dispersión y recreación.
- Fomentar que los familiares o personas significativas mantengan el contacto con el residente y viceversa.
- Evitar el aislamiento, soledad y marginación de la persona mayor.
- Mantener la escucha activa.
- Motivar al cambio positivo.
- Motivar al sentido de pertenencia.
- Reconocer las relaciones interpersonales y afectivas entrerresidentes.

Los cuidadores deben procurar informar al profesional cualquier cambio de conducta o emocional evidente que presente el adulto mayor.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIALES

- Material visual (revista, diarios, cuadernos, libros, televisión, etc.).
- Material auditivo (audio libros, televisión, radio, música, discurso hablado, etc.).
- Recurso humano: Todo el personal y residente del establecimiento.

REGISTRO

- Cuaderno de novedades.

BIBLIOGRAFÍA: No

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: No

GLOSARIO: No

Protocolo Alimentación y Nutrición

Etapa del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Nutricionista

OBJETIVOS

- Promover la importancia de la alimentación, deglución y nutrición en la recuperación y/o mantención de la salud de los adultos mayores, en el equipo profesional y técnico que compone la residencia.
 - Promover el autocuidado en los adultos mayores en temas relacionados con la alimentación, nutrición, deglución y salud.
 - Generar capacidades en el equipo de salud y cuidadores para detectar situaciones de riesgo para los adultos mayores en alimentación, deglución y nutrición.
-

CONSIDERACIONES PREVIAS

Se debe destacar la importancia de la nutrición, alimentación y deglución en los adultos mayores, como una herramienta para prevenir y/o tratar enfermedades, pero también, como una forma de mejorar la calidad de vida de éstos al interior de una residencia, identificando su influencia en lo cotidiano. No se debe desconocer que la alimentación es una de las actividades más importantes que presenta el ser humano, ya que no sólo le permite nutrirse, sino que es un espacio de esparcimiento y convivencia entre las personas.

Es así, que es relevante que se promocionen labores de salud relacionadas a la calidad del proceso de alimentación en las personas mayores, mediante la educación, la formación y la promoción del proceso alimenticio pensando en los estilos de vida saludable, además de mejorar funciones administrativas que permitan realizar un aprovechamiento de los recursos económicos, asegurando la calidad e inocuidad alimentaria.

Específicamente, el siguiente protocolo pretende orientar el conjunto de acciones que el/la profesional nutricionista desarrolla en labores clínicas asistenciales, principalmente aquellas que apuntan a la recuperación y/o compensación de patologías por medio de la alimentación, a través de la evaluación del estado nutricional, la prescripción dietética o dietoterapéutica individualizada, y los beneficios sociales complementarios que existen en la materia (Por ej. PACAM), entre otras acciones. Además, se consignan estrategias para el manejo de la alimentación desde la perspectiva del proceso deglutorio y de la prevención de la disfagia, teniendo en cuenta el aporte del profesional fonoaudiólogo en esta tarea.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

En el proceso de evaluación y diagnóstico que se realiza con la persona mayor cuando ingresa a una residencia, en el ámbito de nutrición y dentro de las primeras 24 horas, se aplica el Mini Nutritional Assessment, y luego durante las dos primeras semanas se realiza una evaluación del estado nutricional y deglutorio de las personas mayores.

Dichas pautas de evaluación (Mini Nutritional Assessment, evaluación del estado nutricional, en adultos mayores con o sin dependencia y del estado deglutorio) se encuentran en el **Anexo N° 4 del Protocolo Evaluación y Diagnóstico**.

- **Evaluación del estado nutricional, en adultos mayores con o sin dependencia:** La antropometría representa el elemento diagnóstico más simple para evaluar la situación nutricional del individuo y/o población. La técnica se basa en mediciones corporales como peso, talla, perímetros y pliegues cutáneos (hasta los 75 años, según tablas de referencia de Frisancho), con lo que se obtienen los compartimentos corporales. Además, se puede contar con la medición de fuerza por medio del uso de un dinamómetro de mano, que nos orientará acerca de la pérdida de masa magra y presencia de sarcopenia en caso de existir. Se emplea la antropometría para identificar a las personas que presentan estados de mal nutrición y para evaluar su respuesta a la intervención. En anexo N°4 del Protocolo Evaluación y Diagnóstico, se muestra pauta de evaluación del estado nutricional en adultos mayores con o sin dependencia.
- **Evaluación del estado deglutorio:** La deglución es el proceso mediante el cual la persona logra el transporte de alimentos, saliva y líquidos desde la cavidad oral al estómago. Este proceso previene la aspiración de secreciones de las vías respiratorias, alimentos y material regurgitado cuando se presentan dificultades. Así, este proceso debe ser observado constantemente, evitando la disfagia. Esta patología se entiende como un desorden de la deglución caracterizado por la dificultad en la preparación oral para la deglución o el traslado del material de la boca al estómago, que puede provocar aspiraciones, penetraciones y otras dificultades, por ejemplo, respiratorias. Se sugiere por lo tanto, la evaluación de los procesos de deglución básicos para considerar alimentar al usuario. En anexo N°4 del Protocolo Evaluación y Diagnóstico, se presenta el Screening de Deglución directa e indirecta, que permite determinar las condiciones básicas de alimentación y sugerencias de modificación de consistencias o de intervención del especialista fonoaudiólogo. (Ver Protocolo Evaluación y Diagnóstico)
- **Diagnóstico Nutricional Integrado:** Se puede definir como la interpretación de la información obtenida de parámetros bioquímicos, clínicos y técnicas antropométricas que se utilizan para determinar la situación nutricional de individuos, definiendo las intervenciones alimentarias y nutricionales que permitirán mantener o recuperar el estado nutricional.

Dicho diagnóstico comprende su situación de adaptación de peso según su edad o estatura y, además, una serie de factores que implican que el profesional no sólo realice mediciones antropométricas (peso, talla, circunferencias, etc.) sino que también las complementa con un examen físico, los antecedentes clínicos que aportan los integrantes del equipo de salud y las encuestas alimentarias que nos revelan sus preferencias y rechazos a los alimentos. Asimismo, se complementará con la información que entregue la VGI, la percepción que tengan los adultos mayores sobre su estado nutricional y antecedentes que puedan aportar su familia o cuidadores. En anexo N°1, se indica periodicidad y materiales a utilizar.

- **Evaluación de los riesgos en el mayor:** Se define como aquellas conductas a evaluar en la persona para realizar, por ejemplo, una modificación de la alimentación en una persona mayor. Al respecto, deben considerarse tres conductas básicas, que se conocen como la tríada de la disfagia: deshidratación, desnutrición y problemas respiratorios. En el caso de presentar la tríada, se recomienda una evaluación más exhaustiva por parte de un fonoaudiólogo para determinar las fases de la deglución afectadas y los tipos de consistencias alteradas, para realizar intervenciones específicas en la persona mayor.

- **Prescripción Dietética o Dietoterapéutica:** Puede definirse como las indicaciones alimentarias y nutricionales definidas a partir de la interpretación de la información obtenida de estudios bioquímicos y clínicos, parámetros antropométricos y encuestas alimentarias que se utilizan para determinar la situación nutricional de cada adulto mayor. En anexo N°2, se indica periodicidad y materiales a utilizar.
- **Prescripción de los procedimientos de alimentación:** Se entienden como los procedimientos de intervención y consideraciones generales que pueden realizarse para asegurar la deglución efectiva de la persona mayor, basada en la prescripción dietética antes señalada. En anexo N°3 se indican consideraciones desde la perspectiva deglutoria.
- **Educación al adulto mayor y asistente al adulto mayor:** Puede definirse como la capacitación que se le brinda al asistente del adulto mayor y su red de apoyo por parte del profesional nutricionista y/o del fonoaudiólogo acerca de la importancia de que la alimentación prescrita cumpla en las cantidades (porciones), calidad (tipos de alimentos), consistencias (sólido, semi- sólido y/o líquido) horarios y condiciones ambientales indicadas, según las condiciones de los residentes del ELEAM. Al mismo tiempo se tratarán temáticas relacionadas con las técnicas correctas de alimentación, procurar mantener la autonomía del adulto mayor, respetar los tiempos de alimentación y el alimentarse vía oral, entre otros. Además, se debe considerar la educación al adulto mayor de manera transversal en cada procedimiento, diagnóstico y/o cambio en su alimentación explicando en qué consiste y el beneficio para su persona.
- **Control de Ingesta:** El control de la ingesta alimentaria es una actividad de observación y registro, en medidas definidas y conocidas, de los alimentos que una persona consume, durante el día. Con esta información el profesional nutricionista puede realizar el balance del aporte nutricional individual y realizar ajustes en caso de ser necesario, además la información puede ser usada para el registro y control del balance hídrico en 24 horas. También considera un apartado de conductas que podrían indicar dificultades en el proceso de alimentación y deglución. (Ver Anexo N°4).
- **Elaboración de minutas:** La confección de minutas debe ser realizada por el profesional nutricionista, que considera la cobertura de los requerimientos nutricionales de adultos mayores según las recomendaciones y las características socioculturales de este grupo etario. Además, debe considerar las condiciones de la persona desde la mirada deglutoria, presencia de disfagias, modificaciones de consistencias y de vía de alimentación. (Ver Anexo N°5).
- **Central de Fórmulas Enterales:** En caso de que el ELEAM lo requiera, se debe habilitar un espacio que cumpla con los estándares establecidos según norma de Servicios de Dietéticos de Leche (SEDILE) y Centrales de Fórmulas Enterales (CEFES) y Reglamento Sanitario de los Alimentos, RSA (Decreto Supremo N° 977/96; Ministerio de Salud) y una dotación de recursos humanos capacitados para la elaboración, mantención y distribución de fórmulas enterales.

Se debe considerar que la ubicación de un CEFE debe ser en zonas alejadas de focos de insalubridad, olores objetantes, humo, polvo y otros contaminantes. Se recomienda estar cercano al servicio de alimentación.

Debe contar con un espacio para:

- Recepción y mantención de materias primas (fórmulas enterales)
- Área de producción y distribución: deben contar con un subárea de preparación, subárea de rotulado, envase y refrigeración y subárea de distribución.
- Área de lavado: Destinada a los procesos de lavado y desinfección de vajilla, utensilios, envases y accesorios utilizados.

Dentro de los recursos humanos que se requiere para la elaboración de fórmulas enterales se encuentran un profesional nutricionista, quien estará a cargo de determinar las especificaciones técnicas de las fórmulas, supervisar los procedimientos que se llevan a cabo en la central, velando por el cumplimiento de las normativas establecidas, analizar la producción y costos del CEFE, entre otras funciones. Además, se debe contar con un técnico de nivel superior o manipulador de alimentos capacitados en procedimientos en CEFE.

- **Capacitación a personal manipulador:** La preparación y manipulación de alimentos de consumo masivo, de acuerdo a las últimas disposiciones del Ministerio de Salud, debe tener la formación y capacitación que les permita desempeñarse en funciones de preparación y distribución de alimentos. El personal manipulador de alimentos debe estar capacitado en los siguientes aspectos principales: buenas prácticas de manipulación de alimentos, procedimientos operativos estandarizados de sanitización, prevención de riesgos en la preparación de alimentos y condiciones ambientales entre otros temas que sean identificados como críticos dentro de la unidad. La capacitación debe ser efectuada por nutricionistas, de manera constante. Debe considerar también una capacitación básica en el proceso de deglución y en la importancia de la modificación de consistencias, para promover la adecuada alimentación y nutrición del adulto mayor.

Específicamente lo que se refiere a la definición de manipulador de alimentos, se encuentra estipulado en el artículo 14 del RSA, refiriéndose a *“toda persona que trabaje a cualquier título, aunque sea ocasionalmente, en lugares donde se produzca, manipule, elabore, almacene, distribuya o expendan alimentos”*.

- **Higiene e inocuidad alimentaria:** La higiene de los establecimientos y del personal, se encuentra definido en los artículos 38 al 60 del Reglamento Sanitario de los Alimentos, MINSAL.

En todos los establecimientos se deben realizar los protocolos correspondientes a lo que la normativa señala respecto a:

- **Higiene de los establecimientos:** Contempla la higiene del recinto del servicio de alimentación, de la cocina, los equipos, la bodega, los comedores y dependencias. Se debe realizar también control de plagas, procedimientos de sanitización, entre otros.
- **Higiene del personal:** Incluye la presentación personal y salud compatible con sus funciones.
- **Higiene en la manipulación de alimentos:** Buenas prácticas de manipulación de alimentos, procedimientos estandarizados operativos de sanitización, prevención de riesgos en la preparación de alimentos, acuerdos internos de producción limpia, entre otros. (Ver Protocolo de Aseo y Limpieza).
- **Cotidianidad:** Como se menciona al inicio, la alimentación es una de las actividades más importantes que presentan las personas. Es por esto que el equipo de la residencia se debe encargar de generar un ambiente adecuado, preocupándose del espacio físico donde se lleva a cabo la alimentación, el menaje que se utiliza en cada horario de comida, respetar la opinión y gustos de los adultos mayores y velar por mantener la funcionalidad de los residentes entregando funciones acordes a sus capacidades y su interés.
- **Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM):** Este beneficio otorga la entrega de 1 kg de Bebida Láctea Años Dorados y 1 kg de Crema Años Dorados a los adultos mayores, de acuerdo al esquema de distribución contenido en el Anexo N°8. El profesional nutricionista estará encargado de la recepción de los productos y su distribución dentro de la alimentación del adulto mayor, orientando en las diferentes preparaciones de éstos y asegurando que las características organolépticas sean óptimas, considerando las preferencias alimentarias y la aceptabilidad de las personas. Además, deberá educar al personal manipulador acerca de sus formas de preparación y al equipo de salud en conjunto con los adultos mayores sobre los beneficios de estos productos en la nutrición y estado de salud de los residentes. (Ver Anexo N°6).

PERIODICIDAD

- Según actividad específica descrita en cada etapa.

MATERIAL

- Según actividad específica descrita en cada etapa.

REGISTRO

- Ficha nutricional - Ficha individual del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides X., Buscaglione R., Campano M. et.al (2010) *Orientación técnica para servicios dietéticos de leche (sedile) y central de fórmulas enterales (Cefe)*, Minsal. Chile.
- Cãmpora H. & Falduti A., (2015). *Deglución de la A a la Z: fi- siopatología, evaluación, tratamiento*. Buenos Aires: Journal.
- Cornejo V. & Cruchat S. (2013) *Nutrición en el ciclo vital*. ed. Mediterráneo.
- FELAMPE (2009) *Evaluación del Estado Nutricional en Paciente Hospitalizado*.
- Marambio M., Parker M., Benavides X. (2005) *Servicios de Ali- mentación y nutrición*, Norma técnica. Minsal, Chile.
- Marín P. *Geriatría y Gerontología*. ed ediciones UC.
- Reglamento sanitario de los alimentos, Dto. N° 977/96 (D. Of. 13.05.97). MINSAL, Chile.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
ANTROPOMETRÍA	Estudio de las medidas del cuerpo que se utiliza para valorar el desarrollo de un individuo.
SARCOPENIA	Es un término referido a la pérdida de masa muscular que ocurre con el envejecimiento. La sarcopenia no sólo puede alterar la masa muscular, sino también la fuerza, contribuyendo con ello a la aparición de fragilidad.
EUTRÓFICO	Estado nutricional dentro de parámetros normales según IMC y edad.
MAL NUTRICIÓN	Alteración en las etapas de la nutrición, puede ser por déficit que conlleva a una desnutrición o exceso que trae consigo el sobrepeso o la obesidad. Es el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes.
BALANCE HÍDRICO	Estado de equilibrio del sistema biológico en el cual la entrada de agua al organismo se iguala al total de salida. Se obtiene por medio de la ecuación BH: Líquido ingresado - Líquido excretado.
CARACTERÍSTICAS ORGANOLÉPTICAS	Se refieren al conjunto de estímulos que interactúan con los sentidos y el cerebro humano que se interpretan como aspecto, sabor, olor y textura.
PLIEGUES CUTÁNEOS	Espesor de una doble capa de piel y tejido adiposo subcutáneo. Su medición sirve para la valoración del tejido graso subcutáneo.
CÁLIPER	Instrumento que permite la medición de los pliegues cutáneos. Debe contar con una precisión de 0.2 a 0.5mm.
DINAMÓMETRO DE MANO	Instrumento utilizado para medir fuerza muscular de las extremidades superiores. Se registra la fuerza en kg.
CÁLIPER DE ROSS	Instrumento utilizado para medir la distancia entre el piso y la rodilla, de manera de proyectar la talla de pie en pacientes postrados. Se registra la medición en cm.

ANEXO N° 1

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL INTEGRADO

Formulario de Evaluación Nutricional:

- El formulario debe contener la fecha de la evaluación.
- Debe indicar si es la primera vez que se realiza o si es control.
- Debe considerar los siguientes antecedentes: Nombre del paciente, género, edad, talla, Índice de Masa Corporal (IMC), perímetro braquial, pliegue cutáneo tricipital, pliegue cutáneo bicipital, pliegue cutáneo subescapular, pliegue cutáneo supriliaco, circunferencia muscular braquial, porcentaje de masa grasa, porcentaje de masa magra, altura de rodilla, perímetro de pantorrilla, perímetro de cintura, perímetro de cadera y fuerza muscular por dinamometría de mano.
- Deben realizarse los diagnósticos correspondientes a cada determinación, con porcentajes de cobertura y recomendaciones a seguir.
- Debe considerar el diagnóstico de base y posibles patologías crónicas, a fin de poder realizar la prescripción dietética, con el mayor número de antecedentes.
- Se debe realizar la integración del diagnóstico nutricional con el diagnóstico médico a fin de poder realizar la prescripción dietética individual.

PERIODICIDAD

- Según estado nutricional del adulto mayor.

Malnutrido Cada 15 días o 1 mes según condiciones individuales.

Eutrófico Cada 6 meses.

Importante: En cada ingreso que se realice de un adulto mayor a una residencia, se deberá realizar el Diagnóstico Nutricional Integrado.

MATERIALES

- Ficha clínica, parámetros bioquímicos, antropometría, evaluación global subjetiva, entrevista.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL INTEGRADA

I. Anamnesis Clínica

Nombre:.....

Sexo: Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: Día Mes Año

Edad:

Patologías:.....

Medicamentos:.....

Observaciones:.....

II. Evaluación Global Subjetiva

Movilidad: Activo Reposo relativo Postrado

Dentadura: Propia Prótesis Sin Dentadura

Examen Físico:.....

Observaciones:

Vía de Alimentación

.....

Intolerancias y/o alergias alimentarias

.....

Preferencias alimentarias

.....

III. Evaluación Estado Nutricional

Parámetros / Fecha:			
Peso (kg)			
Peso ideal (kg)			
Talla (mts)			
Circunferencia brazo (cm)			
Circunferencia pantorrilla (cm)			
Circunferencia de cintura (cm)			
Pliegue bicipital (mm)			
Pliegue tricipital (mm)			
Pliegue subescapular (mm)			
Pliegue supraileaco (mm)			
Altura Rodilla-Talón (cm)			
Envergadura (cm)			
Dinamometría (kg)			
Otros:			
Indicador/ fecha			
IMC (kg/mt²)			
Indicador/ Fecha			
AHM (reserva proteica)			
AG (reserva energética)			
Indicador/ fecha			
Riesgo CV			

IV. Diagnóstico Nutricional Integrado

Fecha	Diagnóstico

Observaciones:.....

V. Prescripción Dietética

Fecha	Prescripción

VI. Cálculo de Requerimientos Nutricionales

Requerimientos/ Fecha			
Calorías			
Proteínas (gr/ kg de peso)			
Lípidos (gr)			
Hidratos de carbono (gr)			
Líquido (ml)			
Otros:			
Otros:			

VII. Guía de Alimentación

Fecha	Alimentación

.....
Nombre y firma
Nutricionista

ANEXO N° 2

PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA O DIETOTERAPÉUTICA**Pasos a seguir:**

- Identificar las características fisiológicas y patológicas que presente cada uno de los adultos mayores que residen en un ELEAM.
- Determinar los aspectos cualitativos y cuantitativos de la prescripción dietética de cada uno de los adultos mayores residentes en el ELEAM.
- Calcular el requerimiento de macronutrientes (energía, proteínas, lípidos e hidratos de carbono) y líquido de cada uno de los adultos mayores residentes en el ELEAM según prescripción dietética.
- Calcular el requerimiento de nutrientes críticos (sodio, calcio, vit. B12, B9, hierro, entre otros) de cada uno de los adultos mayores residentes en el ELEAM según prescripción dietética.
- Registrar indicaciones y/o modificaciones cuando corresponda.

PERIODICIDAD

- Según estado nutricional del adulto mayor.

Malnutrido Cada 15 días o 1 mes según condiciones individuales.

Eutrófico Cada 6 meses.

Importante: En cada ingreso que se realice de un adulto mayor a una residencia, se deberá revisar la prescripción médica y/o patologías que alteren su alimentación y/o metabolismo.

MATERIALES

- Ficha clínica, lápiz, calculadora, recomendaciones de vitaminas y minerales según RDA.

ANEXO N° 3

PROCEDIMIENTOS BÁSICOS PARA ASEGURAR LA DEGLUCIÓN EXITOSA

ÁMBITO DE ACCIÓN	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
USUARIO	Definición de vía alimenticia de la persona.	<p>Determinar en conjunto con el equipo transdisciplinario la vía alimenticia del usuario (vía oral, vía enteral, vía parenteral) basado en las condiciones cognitivas, clínicas y alimenticias, además de la evaluación de la deglución y de la tolerancia a los alimentos.</p> <p>Si hay alguna patología neurológica de base (ACV, enfermedades neurodegenerativas, otras) es necesaria la evaluación extensa de un especialista fonoaudiólogo, pues el mal manejo del usuario puede causar dificultades respiratorias.</p>
	Maniobras posturales.	<p>Mantener al usuario sentado, no acostado, para asegurar el paso del alimento de la boca al estómago.</p> <p>En el caso de no poder estar en posición sedente, utilizar cojines o cuñas accesorias para facilitar la deglución.</p> <p>Cuando no es posible que el usuario esté sentado, considerar cambio de la vía de alimentación (enteral o parenteral).</p>
	Maniobras deglutorias.	<p>Cuidar la cantidad de alimentos en la cuchara (llenar el utensilio máximo hasta la mitad); chequear la elevación de la laringe al tragar; tener en cuenta que el usuario haya deglutido para ofrecer el bocado siguiente; chequear el uso de la prótesis dental al alimentarse, para la masticación y el acto deglutorio; utilizar movimientos de la cabeza que faciliten el paso del alimento y el cierre del esfínter laríngeo (considerar evaluación fonoaudiológica para sugerencias de posturas).</p>
	Perspectiva multisensorial.	<p>Recordar el uso de alimentos de múltiples colores e invitar al usuario a utilizar el olfato y el gusto para promover la reconexión con el acto alimenticio (Recordar que la alimentación considera el gusto, el olfato, el tacto y la visión).</p>

PRESENTACIÓN DE LOS ALIMENTOS	Uso de utensilios.	<p>Recordar el uso de utensilios livianos, de fácil acceso a la boca, que tengan buena tolerancia al ingresar a la boca (ojalá con permanencia de utensilios metálicos, no plásticos).</p> <p>Recordar el uso de una vajilla que permita que los alimentos resalten en el plato a la mirada (ojalá vajilla blanca). Vasos y tazas con agarradera cómoda o con textura para facilitar el agarre.</p> <p>Recordar preparar el espacio similar a como sería en la casa de origen de la persona.</p>
	Potenciar alimentación por vía oral.	<p>En el caso de los usuarios que no puedan realizar deglución por boca, favorecer cada cierto tiempo el “saborear” ciertos alimentos para mantener el sentido del gusto y el olfato, además de las texturas (ojalá esta estrategia se desarrolle con supervisión de un fonoaudiólogo).</p> <p>En el caso de los usuarios que se alimenten por boca, potenciar el uso de la prótesis dental para la masticación, recordando masticar los alimentos duros por lo menos 20 veces, favoreciendo la preparación del bolo y el uso de la saliva en la preparación del mismo.</p>
	Chequeo de las consistencias.	<p>Tener en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Si la persona tiene dificultades con deglutir líquidos, éstos deben contener espesantes o bien buscar jugos con consistencia más espesa. ▸ Potenciar el consumo de líquidos (para evitar la deshidratación), tanto de agua mineral o potable, como de infusiones, sopas u otros líquidos, en el caso de que no haya problemas con ellos. ▸ Chequear las diversas tolerancias a los alimentos, en especial cuando se cambian los sólidos por semisólidos (papillas), potenciando el uso de alimentos con diversas texturas. ▸ En caso de tener duda, se sugiere consultar con un especialista fonoaudiólogo para evaluación extensa de la deglución (en fases y consistencias).

MANEJO DEL ENTORNO	Ambiente tranquilo.	<p>Mantener un ambiente tranquilo para la deglución, evitando distractores (como la televisión o ambientes excesivamente ruidosos) y potenciando el uso de música tranquila.</p> <p>Potenciar también el diálogo mientras se come, teniendo en cuenta que la alimentación es un acto de socialización (cuidar de coordinar el respirar con el deglutir mientras se conversa, por ejemplo).</p>
	Alertabilidad, cantidad, velocidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Estar alerta a las siguientes señales (cuerpo extraño en la vía aérea, persona que se demora en tragar, persona que derrama desde su boca, presencia de tos luego de tragar). • Cuidar la cantidad de alimentación de los usuarios (de acuerdo a la ingesta recomendada por el nutricionista y a las sugerencias del fonoaudiólogo). • Comer lento, esperar que el usuario degluta cada bocado. No llenar la boca con dos o más bocados simultáneos.
	Vigilar síntomas de alarma.	<p>Realizar derivación o evaluación integral en el caso de que el usuario presente: deshidratación, desnutrición o problemas respiratorios a repetición: Esto puede indicar disfagia y debe recibir tratamiento fonoaudiológico.</p>
	Higiene oral.	<p>Mantener la limpieza de la cavidad oral, del cepillado de dientes y de la prótesis dental. Promover el cepillado y la higiene oral, al menos dos veces al día (tener cuidado con la persistencia de alimentos en la boca, pues pueden ser causa de aspiración o penetración, por ejemplo, al dormir).</p> <p>Chequear la adecuada adherencia de la prótesis dental a los alveolos dentales (lo que favorecerá la adecuada masticación).</p>
	Flexibilidad.	<p>Los profesionales responsables del proceso de alimentación de los usuarios, deben ser flexibles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta la historia cultural de la persona y su vinculación con la alimentación. • Tener cuidado de no forzar a alguien a alimentarse (ya que puede provocar un atoramiento). • Tener cuidado de que el usuario se encuentre vigil y atento al medio para alimentarse; sino es así, sugerir cambio de vía de alimentación. • Recordar siempre que el acto deglutorio y de alimentación debe ser placentero, pues va en la esencia de la persona.

ANEXO N° 4

CONTROL DE INGESTA

Formulario de Registro de Ingesta

Fecha:.....

Nombre adulto mayor.....

Régimen Prescrito.....

Adulto Mayor

Autovalente:

Si

No

Asistido por

Brevemente describa alimentos y luego, marque con una X el % de consumo:

Desayuno: 100% 75% 50% 25%_

Colación: 100% 75% 50% 25%_

Almuerzo: 100% 75% 50% 25%_

Once: 100% 75% 50% 25%_

Cena: 100% 75% 50% 25%_

Colación: 100% 75% 50% 25%_

Marque la alternativa en el caso de que el usuario presente algunas de estas conductas al alimentarse:

 Atoramiento Tos luego de tragar Dificultades con los
líquidos Babeo Caída del alimento desde la boca Lentitud al tragar Rechazo al alimentarse (en alguna de las consistencias)

Observaciones:

Firma Responsable

Periodicidad:

En cada comida.

Materiales:

Lápiz, observación directa.

ANEXO N° 5

CONFECCIÓN DE MINUTAS

Planificación Alimentaria para la realización de minutas mensuales

I. Planificación nutricional

Para la planificación de las minutas, se considera un conjunto de aspectos técnicos, operativos, administrativos, nutricionales, culturales y la opinión del adulto mayor, que influyen de forma directa en la producción y posterior soporte dieto terapéutico, los cuales se señalan a continuación:

ASPECTOS	CARACTERÍSTICA O CONDICIÓN
TÉCNICOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Disponibilidad de materias primas. ▸ Estacionalidad de materias primas. ▸ Tipo y calidad de materias primas.
OPERATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Disponibilidad de equipamiento. ▸ Nivel de capacitación de colaboradores. ▸ Infraestructura. ▸ Capacidad de almacenamiento y de despacho de proveedores. ▸ Sistema de distribución. ▸ Tipo y volumen de recipientes utilizados en la distribución.
ADMINISTRATIVOS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Sistema de compras. ▸ Protocolos de compras. ▸ Disponibilidad de proveedores. ▸ Presupuesto.
NUTRICIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Necesidades nutricionales. ▸ Suficiencia y adecuación nutricional establecida. ▸ Regímenes utilizados y requerimientos dietéticos. ▸ Frecuencias establecidas. ▸ Otros.
CULTURALES / TERRITORIALES	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Arte culinario. ▸ Gustos y preferencias de los comensales. ▸ Disposición actitudinal en la ejecución de la producción. ▸ Clima.
DEGLUTORIAS	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Características del territorio. ▸ Fortalezas en el acto deglutorio y alimenticio. ▸ Consideración de las fases de la deglución y de las consistencias. ▸ Procedimientos básicos para asegurar la deglución exitosa (Ver Anexo N°5).

II. Aportes nutricionales y distribución de molécula calórica

Los aportes nutricionales y la distribución de la molécula calórica de las minutas se tienen que determinar para los distintos regímenes alimentarios que den respuesta a la alimentación normal y a las patologías prevalentes, considerando las recomendaciones internacionales de requerimientos y recomendaciones nutricionales, así como los protocolos para la aplicación de la dietoterapia y la asistencia nutricional.

ANEXO N° 6

PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL ADULTO MAYOR, PACAM

Programa gubernamental, gestionado a través de los establecimientos de atención primaria de salud, orientado a prevenir o tratar carencias nutricionales de los adultos mayores y así contribuir a mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

Beneficiarios:

- Beneficiarios de FONASA (Ley N°18.469) o que, siendo beneficiarios del Programa de Reparación y Atención Integral de Salud, PRAIS, pertenezcan a ISAPRE; de acuerdo a los siguientes grupos.
- De 70 años y más.
- Entre 60 y 69 años que se encuentren o hayan terminado en este rango etario, tratamiento antituberculoso.
- Entre 60 y 69 años, que se encuentren en Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor (ELEAM) que cuenten con la autorización de la SEREMI de Salud correspondiente.
- Entre 65 y 69 años que pertenezcan o hayan pertenecido en este rango etario al Subsistema Chile Solidario (Ley N°19.949, artículo 1) o Seguridades y Oportunidades – Ingreso Ético Familiar (Ley N°20.595 artículos 3 y 4, específicamente programas Familia, Vínculos, Abriendo Caminos y Personas en Situación de Calle).
- Entre 65 y 69 años que, de acuerdo al Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM), estén clasificados como Autovalentes con Riesgo, Riesgo de Dependencia o Dependientes.

Una vez ingresados al PACAM, no existe condición de egreso del mismo, independientemente del criterio de ingreso.

Requisitos para el retiro de alimentos:

- Estar inscrito en un establecimiento de APS.
- Tener control de salud al día (según lo establecido en Programa de Salud del Adulto Mayor vigente, del Ministerio de Salud).
- Tener sus vacunas al día según esquema y campaña ministerial vigente. Si el beneficiario ha rechazado alguna o todas sus vacunas, se deberá confirmar que haya completado el flujograma establecido en la normativa del Programa Nacional de Inmunizaciones (consejería y rechazo informado correspondiente).

Los alimentos entregados por el PACAM, en cantidad de un kilogramo mensual, son:

- **Crema Años Dorados:** producto en polvo para preparar una crema instantánea con base en cereales y legumbres; es baja en sodio, libre de colesterol y está fortificada con vitaminas A, B, C, E, D y ácido fólico (que fortalece el sistema inmune, la cicatrización, mantiene o mejora las funciones cognitivas, mejora el ánimo y aporta antioxidantes). Contiene calcio, zinc, hierro, fósforo y magnesio (para disminuir el riesgo de anemia, osteoporosis e infecciones). Puede ser consumida como una crema o agregada a las preparaciones del hogar.
- **Bebida láctea Años Dorados:** producto en polvo para preparar una bebida láctea instantánea. Está elaborada en base a leche y cereales, fortificada con vitaminas y minerales, y es reducida en lactosa. Para hacerla más saludable, se ha reducido en el contenido de grasa y sodio, y está fortificada con vitaminas B12 y C, calcio y ácido fólico. Su consumo es diario, y puede ser ingerida sola o con agregado de cereales (avena, harina tostada y otros que indique un profesional de la salud).

PERIODICIDAD

- Retiro del producto mensual. Uso del producto diario.

MATERIALES

- Bebida láctea, Crema Años Dorados, recetarios.

Protocolo Cuidados Básicos de Enfermería

Etapas del proceso: Permanencia en la residencia
Responsable del cumplimiento: Director técnico
Responsable de la ejecución: Enfermera

OBJETIVO

Disponer de un conjunto de acciones permanentes y coordinadas para la puesta en marcha de procedimientos de cuidados básicos de enfermería en los adultos mayores, reduciendo el riesgo de eventos adversos, asegurando la integridad y confort de la persona mayor en la residencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Este protocolo, se entenderá como el conjunto de acciones que orientarán al equipo de enfermería, para cumplir sus procedimientos considerando las necesidades, características y requerimientos de las personas mayores a los cuales se brinden.

Para la aplicación y/o ejecución de estos procedimientos, se deberán considerar las características funcionales, cognitivas y emocionales, de la persona mayor, como también sus intereses, costumbres y principales necesidades, para proceder según corresponda. Del mismo modo, todo proceso a realizar, deberá ser informado a la persona mayor de manera clara y oportuna, resguardando su privacidad e intimidad.

Considerando lo anterior, se incorporará una "Pauta de supervisión de protocolo de enfermería" que permita ir evaluando los servicios que se brindan a las personas mayores, desde una perspectiva donde se respeten y promuevan sus derechos y autonomía. Dicha pauta, se deberá aplicar principalmente en aquellos procesos que se relacionen con el aseo y confort, uso y cambio de absorbentes y prevención y control de enfermedades zoonóticas o vectoriales. En anexo N° 1 se indica periodicidad y modalidad de aplicación.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Se detallan a continuación, según cada proceso.

PROCESO	OBJETIVO	ETAPAS	PERIODICIDAD	MATERIAL	REGISTRO
Aseo e Higiene Personal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener la higiene corporal, a través de la protección de la piel y la comodidad de cada persona mayor residente, proporcionando bienestar físico y psicológico. ▪ Promover la autonomía de la persona mayor en cuanto a su aseo e higiene personal. ▪ Resguardar intimidad y privacidad. 	<p>Generalidades:</p> <p>El aseo e higiene personal, debe considerar las características físicas y cognitivas de la persona mayor, como también sus intereses y costumbres para desarrollar esta labor.</p> <p>En caso que la persona mayor lo requiera o solicite compañía o apoyo para realizar esta acción, se deberá otorgar, con supervisión y/o asistencia.</p> <p>Considerando que la inactividad lleva a la pérdida de la funcionalidad, se deberá promover la independencia en todas las acciones que la persona mayor sea capaz de realizar, incluyendo el aseo personal.</p> <p>Para cumplir con esta acción de aseo e higiene personal, se deberá:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El aseo se debe realizar de cabeza a pies. ▪ Facilitar los materiales necesarios y el uso de la silla de baño con o sin adaptaciones en caso de ser necesario. ▪ Utilizar silla de baño o silla de ducha, según sea el caso. ▪ Todos los materiales que se utilicen deberán ser higienizados entre un adulto mayor y otro. ▪ Considerar la temperatura del agua de acuerdo al gusto y cuidado de la persona mayor. <p>Tipos de aseo personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Baño en ducha: Procedimiento a través del cual se realiza el proceso de lavado corporal en ducha. Se debe promover este tipo de aseo, en todas las personas mayores residentes. ▪ Baño en cama: Procedimiento de aseo corporal de la persona mayor, que se encuentra en condición de inmovilismo, severo, temporal o permanente, o que su condición médica no permita que sean levantados. 	Diario o según intención de la persona mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jabón. ▪ Shampoo. ▪ Toalla de uso personal. ▪ Cepillo dental de uso personal. ▪ Cepillo de pelo de uso personal. ▪ Máquina de afeitar de uso personal. ▪ Pasta dental. ▪ Crema corporal. ▪ Desodorante de uso personal. ▪ Secador de pelo. ▪ Otros que se requieran. ▪ Silla de baño, con o sin adaptaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuaderno de novedades. ▪ Pauta de supervisión.

		<ul style="list-style-type: none"> • El baño en cama consistirá en: <p>1. Aseo de cavidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo Bucal: Con una tórula de algodón empapada en agua se limpiará en forma de arrastre dientes y muelas (o prótesis dental, si corresponde), lengua y cara interna de mejillas, utilizando una tórula por cada una de las tres situaciones. • Aseo Ocular: Solo en caso de que sea necesario este se realizará con una tórula de algodón empapada en agua, desde el lacrimal hacia afuera, pasándola solo una vez, sin devolverse, asegurándose de que el residente tenga ambos párpados cerrados. • Aseo de Oídos: Con un trozo de papel delgado humedecido con agua o toalla personal humedecida, se limpiará por arrastre orejas y la entrada del pabellón auricular, sin forzar la entrada del elemento de limpieza al oído. • Aseo Nasal: Con tórula de algodón humedecida con agua se limpiará la nariz a través de cada narina sin forzar demasiado, promoviendo la remoción de secreciones. <p>2. Aseo genital del adulto mayor en cama:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aseo genital femenino: <ul style="list-style-type: none"> • Empape las tórulas con agua jabonosa y estruje. Separe las piernas si es posible. Desplace la tórula en el pliegue inguinal en dirección de delante hacia atrás, repita en el otro pliegue. • Separe los labios superiores y deje escurrir agua jabonosa. Con una tórula limpie labios mayores de arriba hacia abajo por un lado y elimine, con otra tórula realice el mismo procedimiento en el lado contrario. • Separe los labios mayores con el dedo índice y pulgar, limpie un labio menor de arriba hacia abajo y elimine la tórula, repita en el otro labio. • Separe los labios menores y con una tórula jabonosa, limpie meato urinario, vagina y ano, elimine la tórula. Enjuague con agua sola, seque de delante hacia atrás con toalla de papel y deséchela. 			
--	--	--	--	--	--

		<p>Aseo genital masculino:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escurrir agua jabonosa desde el prepucio al escroto. Con una tórula con agua jabonosa, limpie el prepucio y escroto de arriba hacia abajo, prolongando el arrastre hasta la región perianal, deseche la tórula y realice el mismo procedimiento en el lado contrario. • Retraiga el prepucio, limpie el glande con una tórula jabonosa suavemente, enjuague. Seque de arriba hacia abajo con toalla de papel y deséchela. 			
Uso y cambio de absorbentes de pañal.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la piel seca y sin humedad de las personas mayores en situación de incontinencia urinaria y/o fecal que requieran utilizar absorbentes de pañal. • Otorgar comodidad en la persona mayor, con el uso y cambio de absorbente de pañal, manteniendo la dignidad y aseo del adulto mayor. 	<p>Generalidades:</p> <p>El cambio de absorbente y/o pañal es la acción que se realiza con el propósito de dar comodidad y dignidad a la persona que lo utiliza.</p> <p>Este proceso debe efectuarse cada vez que sea necesario y la persona lo requiera. Para ello, se debe revisar con frecuencia, a fin de mantener al adulto mayor limpio y seco.</p> <p>El uso y cambio de absorbentes de pañal, debe ser dirigido sólo a personas mayores con incontinencia urinario y/o fecal, es decir no debe incentivarse el uso de absorbente (Ver protocolo de Entrenamiento de Control de Esfínteres).</p> <p>Tener en consideración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar largos períodos de inmovilidad en la persona, hacer cambios posturales frecuentes en el adulto mayor encamado o sentado (ver protocolo de prevención y tratamiento de úlceras por presión), y siempre que sea posible, animar a levantarse y andar. • Preparar el equipo que se utilizará y trasladarlo de forma que facilite su trabajo. • Informe al adulto mayor del procedimiento a realizar y su objetivo. <p>Etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transmitir confianza y seguridad a la persona mayor para el cambio de absorbente. • Informar a la persona mayor sobre el proceso que se va a realizar, resguardando su privacidad. • Ofrecer a la persona mayor, antes de proceder al cambio de pañal, la chata o pato. • Lave las manos antes y después de cada cambio de pañal. 	Cada 3 horas y según inspección, o cada vez que sea necesario.	<p>Bandeja con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tórulas grandes de algodón. • Jarro con agua tibia. • Jarro con agua jabonosa. • Guantes de procedimiento. • Sabanilla. • Bolsa para desechos. • Absorbente o pañal desechable. • Chata. • Pechera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuaderno de novedades. • Pauta de supervisión.

		<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realice cama partida y coloque la sabanilla bajo la pelvis. ▸ Ayude al adulto mayor a adoptar posición ginecológica. ▸ Colóquese los guantes de procedimiento y coloque la chata. ▸ Retire el pañal sucio, siempre, por la parte posterior del cuerpo, así pasaremos la parte más limpia a la más sucia, evitando infecciones. ▸ Utilizar agua a temperatura idónea. ▸ Realice aseo genital. (Ver protocolo Aseo e Higiene Personal). ▸ Abra un nuevo pañal y colóquelo aproximadamente en donde se asiente la cadera de la persona, gírelo hacia un lado y acomode el pañal, repita la misma acción al otro lado. ▸ Retire los materiales usados y deséchelos, cubra inmediatamente al adulto mayor. ▸ Lávese las manos. ▸ Proteger al adulto mayor de posibles caídas. ▸ Acomode la cama, suba barandas si corresponde. ▸ Registre la actividad, indicando, nombre de quien la realiza, fecha y algún acontecimiento de importancia. <p>Durante el proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Comprobar en cada cambio la integridad de la piel, observando enrojecimiento o irritación de la piel. ▸ Prevenir la formación de úlceras en el sacro, glúteos o trocánteres, hidratando la piel diariamente. ▸ No colocar el pañal muy ajustado, sobre todo en pliegues inguinales, ya que, el contacto prolongado de la orina con la piel aumenta el riesgo de infecciones y favorece la irritación y la aparición de lesiones. ▸ Utilizar un vestuario cómodo con ropas holgadas y fáciles de abrir y manejar. ▸ Vigile el color y el olor de la orina y deposición, si nota cambios que le llamen la atención informar y registrar. 			
--	--	--	--	--	--

Prevenición y control de enfermedades zoonóticas o vectoriales.	<ul style="list-style-type: none"> Formular información integrada y encaminada a quienes tienen la responsabilidad de ejecutar medidas eficaces y oportunas para la solución. Ejecutar actividades que favorezcan a la prevención de estas enfermedades y así lograr mantener el cuidado e higiene de los adultos mayores al interior de la residencia. Fortalecer los vínculos, la buena comunicación y organización del equipo de trabajo y así poder cumplir con el objetivo de manera correcta. 	<p>Generalidades:</p> <p>La zoonosis se refiere a enfermedades transmitidas al hombre a partir de los animales, e incluyen según su origen a agentes infecciosos virales, bacterianos, fúngicos, parasitarios y priónicos.</p> <p>Estos agentes infecciosos utilizan muchas veces vectores, que ocupan diversos mecanismos de transmisión para perpetuar sus ciclos, donde el hombre generalmente es un huésped accidental (MINSAL).</p> <p>En caso de que se detecte algún adulto mayor con alguna de estas enfermedades se debe comunicar a la enfermera encargada para tomar las medidas necesarias y subsanar la enfermedad. Las enfermedades zoonóticas son de notificación obligatoria.</p> <p>En caso de que algún adulto mayor se encuentre con alguna de estas enfermedades, el enfermero/a deberá aplicar algún tipo de medicamento directo a la zona afectada día por medio por una semana, verificando la evolución de esta diariamente.</p> <p>Para la prevención de dichas enfermedades, se debe incorporar como un proceso natural el aseo e higiene personal que se realice a la persona mayor. Así como también el aseo, limpieza y planchado de la ropa de cama y vestuario de la persona mayor.</p> <p>Etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conocer el espacio personal del residente, es decir su habitación. Informar al adulto mayor el procedimiento que se realizará. Realizar examen físico céfalo-caudal al residente. Informar a la persona mayor que ha terminado y ubicarlo/a en posición cómoda de descanso. Registrar en carpeta personal del adulto mayor el procedimiento realizado. 	Cada auxiliar paramédico con ayuda de los asistentes de trato directo, tendrá la tarea de hacer una revisión completa de los adultos mayores, al momento del aseo e higiene personal, verificando si existe o no presencia de enfermedades zoonóticas o vectoriales.		<ul style="list-style-type: none"> Cuaderno de novedades. (Indicar nombre, fecha, hora y firma de responsable). Pauta de supervisión.
Manejo de material cortopunzante y residuos.	<ul style="list-style-type: none"> Dar cumplimiento a Normativa Sanitaria vigente, de manera de asegurar un correcto manejo de los residuos sólidos. (art.53° y 54°, D.S.594 del Ministerio de Salud). 	<p>Generalidades:</p> <p>Los residuos se refieren a</p> <ul style="list-style-type: none"> Residuos: Sustancia, elemento u objetivo que el generador (establecimiento) elimina, se propone eliminar o está obligado a eliminar, entre ellos incluidos: 	<ul style="list-style-type: none"> Según necesidad de la normativa. 	<ul style="list-style-type: none"> Contenedores amarillos para material cortopunzante. Bolsas de basura. Depósitos de basura firme y resistente de acuerdo a normativa de MINSAL. 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar condiciones sanitarias y de seguridad básicas a las que deberá someterse el manejo de los residuos generados. • Mantener informado y capacitado al personal. • Prevenir accidentes laborales. • Prevenir infecciones cruzadas en población de adultos mayores de cada unidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Residuos especiales: Son aquellos residuos respecto de los cuales se sospecha que contengan agentes patógenos en concentraciones o cantidades suficientes para causar enfermedad a un huésped susceptible. Entre ellos: sangre y derivados y elementos como gasas o algodones empapados en estos. • Material cortopunzante: Se denomina así a las agujas, cánulas, bránulas, catéteres, hojas de bisturí, ampollas de vidrio rotas o a cualquier insumo o herramienta que pudiese producir una herida por corte o punción. • Residuos peligrosos: Son aquellos que presentan una o más características de peligrosidad definidas en el decreto supremo N°148, de 2003, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Sanitario sobre Manejo de Residuos Peligrosos. Entre los residuos peligrosos que se podrían presentar en un ELEM son: Derrames de mercurio, en caso de usar termómetros de mercurio, y esfigmomanómetros de mercurio (lo que se recomienda No Usar), acumulación de pilas y baterías, medicamentos vencidos. <p>Se debe considerar el uso de medidas de precaución estándar para todo el personal de salud y/o manipulador: lavado de manos, uso de guantes, pechera, mascarillas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manejo de residuos: • Manejo de residuos especiales: <ul style="list-style-type: none"> • El personal de aseo de cada unidad, retirará las bolsas con residuos, las dispondrá en los contenedores grandes ubicados en sala de basuras, los que serán sacados al exterior para su retiro municipal. • Los contenedores deben ser lavados una vez terminada la operación de disposición final. • El personal de aseo deberá cumplir con el uso de elementos de trabajo y protección personal: Uniforme, (Pechera, guantes y mascarilla desechable), cuando cumpla la función de retiro de basuras. • Manejo de material cortopunzante: <ul style="list-style-type: none"> • No reencapsular agujas una vez usadas. • Eliminar aguja o material cortopunzante en lo posible con pinzas Kelly. 		<ul style="list-style-type: none"> • Pinzas de curaciones o Kelly. • Guantes de aseo. 	
--	--	--	--	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> Las cajas de material cortopunzante deben ubicarse en las áreas sucias delimitadas y estar dispuestas cerca de los lugares donde se realizan procedimientos y donde permita eliminar en forma inmediata el elemento cortopunzante. Debe ser eliminado en receptáculos resistentes a las punciones, las cuales deben llenarse solo a 2/3 de su capacidad, para evitar accidentes en la manipulación posterior del envase (categoría N°3 REAS). No se debe manipular su contenido, no trasvasijar a otro envase. Al retirar la caja de cortopunzantes, el personal encargado debe sellarla, con cinta engomada de papel, roturarla y depositarla en el área sucia para su retiro. <p>Manejo de residuos peligrosos:</p> <p>La acumulación de los residuos es responsabilidad de cada generador o unidad generadora, quienes deberán disponer las pilas y baterías utilizando contenedores, como por ejemplo: botellas plásticas desechables que se mantienen cerradas herméticas hasta su retiro.</p>			
Alimentación Enteral. (SNG, SND, SNY, Ostomías).	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar una adecuada administración de alimentación por sonda. Prevenir complicaciones derivadas de la administración de la alimentación. Realizar un cuidado correcto del adulto mayor que recibe la nutrición por sonda. 	<p>Generalidades:</p> <p>Es importante señalar, que la alimentación enteral, es sólo mediante indicación médica en caso que la persona mayor lo requiera. Si es así, se deberá explicar de manera clara las razones de su uso, cómo también el proceso que este implica, involucrando a las familias y/o personas significativas de esta decisión.</p> <p>La nutrición enteral, constituye la administración de toda una dieta artificial a través de algún dispositivo (sonda nasogástrica o gastrostomía) que lleva el alimento de forma directa.</p> <p>Del mismo modo, se deberá informar al equipo de la residencia y al resto de las personas mayores, quién utilizará alimentación enteral. Lo anterior, para efecto de resguardar la salud de quienes se alimentan bajo esta modalidad y prevenir complicaciones.</p> <p>Pasos previos a seguir:</p> <ul style="list-style-type: none"> Higienizar manos según técnica de lavado de manos. Informar de manera clara a la persona mayor, el proceso de alimentación que se realizará. 	<ul style="list-style-type: none"> Según horarios de alimentación de cada adulto mayor residente. 	<ul style="list-style-type: none"> Jeringa 60 ml. Agua tibia hervida. Tela Adhesiva. Bajada de alimentación (cambiar cada 72 hrs.). Vaselina. 	<ul style="list-style-type: none"> Ficha individual del adulto mayor. Cuaderno de novedades.

		<p>Alimentación por gravedad:</p> <p>Conectar el equipo de gravedad al contenedor o directamente al frasco de producto. El regulador del equipo debe estar cerrado.</p> <p>Colgar el recipiente con la fórmula preparada a no menos de 60 cm por encima de la cabeza del adulto mayor.</p> <p>Abrir el regulador para permitir que la fórmula fluya hasta el extremo de la línea. Cerrar el regulador.</p> <p>Conectar el extremo de la línea a la sonda.</p> <p>Graduar la velocidad de administración moviendo la posición del regulador.</p> <p>Alimentación por bolos:</p> <p>Tomar la fórmula con una jeringa desde el contenedor.</p> <p>Introducir la jeringa en la sonda y comenzar la administración.</p> <p>La fórmula deberá administrarse en un tiempo aproximado de 10 - 20 minutos, la cantidad de veces que se indique a cada persona.</p> <p>De los cuidados de la alimentación enteral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ La sonda que se fije (ya sea en nariz o estómago) debe ser realizada con tela adhesiva de preferencia de rayón para evitar irritación de la piel, y se debe realizar el cambio de manera diaria. ▸ Limpiar la zona de fijación de la sonda, con agua y jabón, secarla y vigilar que no roce la piel. ▸ Los orificios nasales se deben limpiar suavemente con agua tibia e hidratar para evitar ulceraciones. ▸ Al finalizar la alimentación por la sonda se debe cepillar los dientes y la lengua. ▸ Hidratar los labios con vaselina. ▸ Si es necesario humedezca la boca con una gasa empapada en agua, de dos a tres veces al día. ▸ Movilizar la sonda cada 24 horas para cambiar el punto de apoyo y así evitar que se formen úlceras o heridas en la piel. 			
--	--	--	--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> Rotar fijación de forma diaria para evitar ulceración. Verificar permeabilidad de la sonda aspirando con jeringa de 60 ml. Luego de finalizar la nutrición enteral limpiar la sonda con 40-50 ml de agua tibia. 			
Aseo terminal de la unidad del adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> Mantener orden y limpieza en la unidad (habitación). Proporcionar higiene y bienestar a la próxima persona mayor que utilizará la habitación, para prevenir infecciones, y otorgar un aspecto agradable en la habitación. Ahorrar tiempo y esfuerzo en la admisión de la nueva persona mayor que ingrese. 	<p>Generalidades</p> <p>Corresponde a labores de aseo de instalaciones de la unidad del adulto mayor formado por el espacio físico, el mobiliario y el material, que incluye el aseo del piso, muro hasta el alcance de la mano, cortinas, repisas, persianas, marcos de ventanas, ventanales, cornisas, aunque no haya suciedad visible. Se realiza a la salida o egreso de un residente y por fallecimiento.</p> <p>Para la realización de la limpieza, la habitación debe encontrarse sin personas en su interior, facilitando el aseo y previniendo enfermedades en los adultos mayores, como también, el respeto a su espacio íntimo.</p> <p>Etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inicie la recolección de residuos no peligrosos ingresando a la unidad y retirándolo en bolsas plásticas. Si la bolsa se encuentra llena las tres cuartas partes tómelas de los extremos, anude, retírelas y deposite en la bolsa grande o caneca recolectora siguiendo la ruta establecida hasta el depósito. Si encuentra restos de fármacos, estos deben ir en bolsa separada y rotulada "FÁRMACOS". El funcionario encargado de aseo, eliminará de forma mecánica por arrastre los desechos visibles de superficies con mopa plana y seca. La desinfección de pisos se llevará a cabo con desinfectante líquido a base de cloro. Se debe limpiar el cielo raso con paño humedecido con desinfectante líquido, desde un extremo a otro sin pasar dos veces por el mismo lugar. Luego continuar con el aseo de paredes y puertas, para lo cual humedecerá un paño con desinfectante líquido y lo desplazará desde el borde del techo al borde del suelo y en el caso de puertas desde el extremo superior al borde inferior. Finalmente repasará zócalos y esquinas y dejará secar. Limpiar vidrios de ventanas (cara interna y externa) con limpiador de vidrios humedecido con líquido limpia vidrios, desde extremo superior a extremo inferior de ventana, y posteriormente secar. Limpiar y desinfectar el mobiliario y colchón. 	<p>Limpieza por arrastre mecánico: 1 vez al día (salida o egreso y/o fallecimiento).</p> <p>Desinfección de pisos: 1 vez al día (salida o egreso y/o fallecimiento).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Balde para detergente y/o dilución de desinfectantes. Balde con agua para enjuague. Guantes de aseo. Paños de aseo. Cloro 0,5% o 0,1%. Bolsas de basura de diferentes tamaños. Caneca recolectora. Contenedor ropa sucia. Contenedor de basura externo. Agua. Jabón. Pechera. Trapero. 	

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de higiene y cuidado personal. 2010. "Protocolos de actuación en residencias de personas mayores". Vizcaya, España.
 - Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (REAS), MINSAL, 2009.
-

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

PAUTA DE SUPERVISIÓN PROTOCOLO DE ENFERMERÍA

Considerando la mejora constante de los servicios y prestaciones que se entregan a los mayores mediante los cuidados básicos de enfermería, el/la enfermera de la residencia, deberá aplicar la "Pauta de supervisión de protocolo de enfermería" mediante observación o cuestionario al asistente de trato directo, en 2 momentos del año; al final del 1° y 2° semestre respectivamente, con el objetivo de evaluar los servicios y el modo en que éstos se entregan, y por tanto, mejorar la atención que se brinda a la persona mayor. Dicha pauta, se deberá guardar en la ficha de cada asistente de trato directo.

Asistente trato directo adulto mayor:.....

Supervisor:..... Fecha.....

N°	ITEM ASEO Y CONFORT	SI	NO
1	Saluda al residente.		
2	Pregunta si desea realizar el baño y explica el procedimiento.		
3	Se lava las manos.		
4	Reúne el material.		
5	Brinda privacidad, evita enfriamiento y corriente de aire.		
6	En caso de baño en cama protege con hule o toalla.		
7	Realiza aseo corporal según técnica céfalo caudal.		
8	Realiza aseo genital de acuerdo a la técnica.		
9	Lubrica la piel con hidratantes o crema emulsionado.		
10	Coloca camisa y/o ropa limpia.		
11	Cambia ropa de cama si es necesario.		
12	Deja cómodo al residente manteniendo su privacidad.		
13	Lava, ordena y guarda material utilizado.		
14	Se lava las manos.		
15	Registra.		
	ITEM USO Y CAMBIO DE ABSORBENTES		
16	Saluda y ofrece antes de proceder al cambio de pañal, la chata o pato.		
17	Resguarda privacidad y transmite confianza y seguridad.		
18	Se lava las manos.		
19	Realiza aseo genital según protocolo.		
20	Retira materiales usados y los desecha, cubriendo inmediatamente al adulto mayor.		
21	Deja cómodo al residente.		
22	Se lava las manos.		

ITEM PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ZONOTICAS Y VECTORIALES			
23	Conoce el Espacio personal del Residente (habitación).		
24	Informa al residente el procedimiento que se realizará con palabras claras y simples.		
25	Realiza examen físico céfalo-caudal al residente.		
26	Informa a la persona mayor que ha terminado y lo ubica en posición cómoda de descanso.		
27	Informa a profesional a cargo sobre procedimiento.		
28	Registrar en carpeta personal del adulto mayor el procedimiento realizado.		

Total de pasos:

Total de pasos cumplidos:

% de cumplimiento:

Umbral del Cumplimiento:

RESULTADOS DE CRITERIOS EVALUADOS	
% DE CUMPLIMIENTO	CRITERIO
95-100%	OPTIMO
80-94%	MUY BUENO
70-74%	REGULAR
INFERIOR AL 70%	MALO
UMBRAL DE CUMPLIMIENTO %	

Observaciones:.....

.....

Protocolo de Egreso

Etapas del proceso: Egreso

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Trabajador social

OBJETIVO

Entregar orientaciones sobre las causales y acciones que se deben llevar a cabo para el egreso de una persona mayor en la residencia, en el ejercicio de su derecho a la independencia y autonomía.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- La etapa de permanencia en la residencia, finaliza con el egreso del adulto mayor.
- En cada uno de los casos de egreso, se deberá definir claramente el diagnóstico y causal de egreso de la persona mayor.
- Los egresos se pueden producir por:
 - I. Decisión propia.
 - II. Cambio en la situación inicial que motivó el ingreso del adulto mayor.
 - Posibilidad de cuidados externos a la residencia con posibilidades adecuadas de habitabilidad.
 - Mejora en la funcionalidad u otro que haya motivado el ingreso a la residencia.
 - III. Fallecimiento (Ver protocolo de fallecimiento).
- El egreso de una persona mayor de la residencia, se puede generar por cambios positivos ocurridos desde su ingreso, los cuales pueden ser de carácter socioafectivo y/o funcional. Dicho egreso, se debe considerar como un resultado exitoso por parte de la residencia.
- Se espera que el proceso de egreso considere un acompañamiento continuo con el adulto mayor, mientras éste se encuentre en el ELEM.
- Se deberá informar a la totalidad de los residentes sobre el egreso de la persona mayor e, intencionar, siempre cuando el adulto mayor así lo quiera, una despedida por parte de los residentes y el equipo de la residencia.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

A continuación se describen las posibles causales de egreso del adulto mayor y las actuaciones generales que deberán llevarse a cabo según su causal.

I. Decisión propia

- El adulto mayor informa al trabajador social su voluntad de egresar de la residencia.
- El profesional rectifica que la persona mayor cuente con un nuevo domicilio, adecuado y efectivo de ser habitado una vez egrese de la residencia. Así mismo verifica la existencia de una persona significativa, red de cuidados y servicios, según el nivel de dependencia que éste presente y orientaciones del Plan de Atención Integral.
- Si se rectifica lo contrario, se informará a la persona mayor de lo detectado y se le propondrá colaborar en la búsqueda de alternativas. Luego de haber conversado e indagado sobre las causales de egreso, se procede al egreso efectivo indicándole los pasos a seguir al adulto mayor.
- La persona mayor firma acta de egreso.
- El trabajador social elabora un Informe Social de Egreso, que dé cuenta de avances y temas pendientes del Plan de Intervención Integral que puedan continuarse en la nueva red social. Se informará a la persona mayor del contenido del informe y se anexará el acta de egreso firmada. Se sugiere compartir, en caso que el adulto mayor así lo quiera, los pendientes de este Plan con su persona significativa, con el fin de potenciar la continuación de este fuera de la residencia.
- Se coordinará con el Centro de Salud que le corresponde, sobre el egreso de la persona mayor de la residencia.
- El asistente de trato directo del adulto mayor, debe colaborar en la organización de implementos personales, preparando las pertenencias del residente de acuerdo al Inventario de Ingreso (Ver protocolo de Acogida al ingreso).
- El trabajador social debe colaborar en la recopilación de documentación personal (cédula de identidad, carnet de adulto mayor, etc.).
- El director técnico debe velar por que se propicie una instancia de despedida del ELEAM, de sus compañeros y equipo profesional, intencionando la entrega de retroalimentación de la experiencia vivida. Esto siempre y cuando la persona mayor así lo quiera.
- Cierre de la ficha individual.

II. Cambio en la situación Inicial de la persona mayor

Este cambio se puede producir por que la situación ha mejorado por alguna de las siguientes causales:

- Mejora en la situación de dependencia o fragilidad inicial por la que ingresó la persona mayor. Rehabilitación, recuperación de enfermedades.
- Activación de redes de apoyo capacitadas y preparadas para brindar apoyo, además de contar con espacios habilitados para su residencia.

Como se mencionó anteriormente, este tipo de egreso debe ser visto como exitoso e intencionado por parte de la residencia. De generarse, las acciones a seguir serán las enumeradas a continuación:

- Equipo profesional deberá corroborar la situación actual de la persona mayor, validando mediante evidencia que la situación de ingreso ha cambiado positivamente.

- El trabajador social, deberá iniciar un trabajo con el residente, evaluando alternativas de egreso y la viabilidad de estas. El psicólogo por su parte, deberá monitorear cómo el residente vive el egreso, trabajando a nivel relacional como personal lo que significa el egreso y su predisposición para este.
- Elaborar un informe social de egreso, que dé cuenta de avances y temas pendientes del Plan de Intervención Integral que puedan continuarse en la nueva red social. Se informará a la persona mayor del contenido del Informe y se anexará al Acta de Egreso firmada.
- Se coordinará con el Centro de Salud que le corresponde, sobre el egreso de la persona mayor de la residencia.
- Colaborar en la preparación de implementos personales, preparando las pertenencias del residente de acuerdo al Inventario de Ingreso (ver protocolo de Acogida al Ingreso).
- Colaborar en la recopilación de documentación personal (cédula de identidad, carnet de adulto mayor, etc.).
- Se deberá propiciar una instancia de despedida del ELEAM, de sus compañeros y del equipo de la residencia, propiciando la entrega de retroalimentación de la experiencia vivida.
- Cierre de la ficha individual.

PERIODICIDAD

- Según suceso de causal de egreso.

MATERIALES

- Acta de egreso por decisión propia.
- Informe de Egreso.

REGISTRO

- Ficha Individual del Adulto Mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Hogar de Cristo (2012). Procedimientos estándares de operación de residencias para A.M, Santiago.
-

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

ACTA DE EGRESO DEL ADULTO MAYOR

Yo..... Rut con fecha/...../...../
confirmando mi voluntad de egreso de la residencia
ubicada en la dirección.....

Región, comuna

.....
Firma Adulto Mayor

.....
Firma Director Técnico



PROTOCOS DE CUIDADOS COMPLEJOS



Protocolo Estimulación Cognitiva

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo o psicólogo

OBJETIVO

Estimular y mantener las funciones mentales de las personas mayores institucionalizadas, potenciando su autonomía e independencia en sus actividades de la vida diaria y promoviendo el envejecimiento saludable.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Se entiende la estimulación cognitiva como un programa de intervención no química (no farmacológicas), teóricamente sustentadas, focalizadas y replicables, realizadas sobre el usuario o sobre el cuidador que son potencialmente capaces de obtener beneficios relevantes desde la perspectiva de la funcionalidad, de la mantención de las actividades de la vida diaria, el desenvolvimiento social y el sentimiento de eficacia de sí mismos. Desde esta visión permite utilizar habilidades instauradas ya olvidadas (tanto mentales como sociales) y ejercitar recursos internos y externos nuevos.

Lo anterior, permite a la persona mayor funcionar "cognitivamente" de forma más adecuada, potenciando todas las habilidades de la cognición (atención, concentración, memoria, funcionamiento ejecutivo, cálculo, gnosis y praxias, emocionalidad) utilizando para ello el lenguaje y la comunicación, compensando de las pérdidas habituales en el proceso de envejecimiento (Calero, 2005).

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Marco general de un programa de estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva debe ser estructurada en programas de actividades entre 12 y 20 sesiones, con tareas para entrenar la cognición pero orientadas hacia las actividades de la vida diaria de la persona mayor. En este sentido, se sugiere que el programa de estimulación cognitiva tenga tres fases:

- Primera fase de actividades de baja complejidad.
- Segunda fase de actividades de mediana complejidad.
- Tercera fase con actividades de alta complejidad.

También es importante que la persona que realice el programa de Estimulación Cognitiva considere, desde las habilidades blandas hasta estrategias sistemáticas que le permitan a la persona mayor la estimulación de lo visual, lo auditivo y lo kinestésico. Además, en la medida que el programa se ejecuta, promover la ayuda con estrategias mnemotécnicas, lingüísticas y comunicativas, para que el desarrollo de las mismas sea acorde a las necesidades de los participantes.

Cada residencia debe implementar un programa de estimulación cognitiva, que debe considerar la participación de los residentes sin deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo leve. Dicho programa debe quedar registrado de acuerdo al formato del Anexo N°1.

En el caso de las personas mayores con demencia, se debe procurar realizar atención individual de terapia cognitiva.

II. Etapas de un programa de estimulación cognitiva

Para el desarrollo de un programa de estimulación cognitiva se debe tener en cuenta las siguientes etapas:

ETAPA 1. Evaluación inicial de los aspectos cognitivos de la persona mayor: Si bien es cierto, la persona mayor ha recibido evaluación cognitiva al ingreso a la residencia, se sugiere la utilización de algún procedimiento que evalúe más ampliamente los desempeños (MOCA test, ACE-r u otro similar) que permita contar con una base para la creación de actividades. Además, se deben considerar los otros instrumentos de evaluación aplicados en la valoración gerontogeriatrica integral como insumo, para la determinación del estado basal de la persona mayor. (Ver protocolo de evaluación y diagnóstico)

ETAPA 2. Conformación de grupos de trabajo: Para optimizar los resultados y lograr de mejor manera los objetivos, se sugiere que la conformación de los grupos de trabajo tengan las siguientes características:

- Mayores con envejecimiento típico: grupos de 2 a 10 usuarios.
- Mayores con deterioro cognitivo leve: máximo 4.
- Mayores con Demencias: individual.

ETAPA 3. Realización de las sesiones de trabajo: Son entre 12 y 20 sesiones de trabajo. Realizadas a lo menos 1 vez por semana.

Cada una de las sesiones de trabajo debe tener la siguiente estructura. La forma y los tiempos que se plantean a continuación son los ideales en un espacio constante de estimulación cognitiva. Sin embargo, los tiempos pueden variar de acuerdo al criterio del clínico y/o las necesidades de las personas que deben recibir estimulación:

Recibimiento (10 minutos): Es el momento en que se da el tiempo para acoger a las personas en el lugar donde se harán las actividades, se realiza una conversación inicial y una actividad de dinámica para generar una alianza terapéutica. Además, el profesional le plantea a los adultos mayores los objetivos de la sesión.

- **1° actividad medianamente compleja** (15 minutos).
- **2° actividad compleja** (15 minutos)
- **3° actividad simple** (15 minutos)
- **Cierre** (5 minutos). Se realiza un cierre de la sesión entregando retroalimentación de las actividades realizadas y se dejan tareas a realizar para potenciar el trabajo de la sesión.

Todas las actividades realizadas durante la sesión debe considerar; nombre de la actividad, objetivo operacional de la actividad, tiempo de duración, forma de evaluación, materiales a utilizar, descripción de la actividad (ver ejemplo y formato en anexo 1). El tiempo de las actividades puede variar de acuerdo al número de participantes, debiendo el profesional a cargo de la actividad, evaluar la permanencia de los adultos mayores.

ETAPA 4. Reevaluación de los aspectos cognitivos de la persona mayor: Consiste en la aplicación de procedimientos de evaluación de valoración gerontológica integral realizados al inicio del programa y permite conocer el estado funcional de la persona mayor posterior a la intervención, sus ganancias cognitivas y otros aspectos que se han fortalecido o mantenido. Se recomienda para ello procedimientos similares a los aplicados al inicio (Ver protocolo de evaluación y diagnóstico).

ETAPA 5: Fomento de la cognición mediante la comunicación. Se deben proporcionar a las personas mayores actividades complementarias (cuadernos, guías de aprendizaje, otros) para que luego de terminada la sesión de trabajo como el programa en general, pueda seguir realizando actividades que promuevan la cognición mediante la comunicación. Se recomienda por lo tanto, puzzles, juegos de mesa, libros de apoyo, cuadernos de creación de poemas, cuentos u otras actividades. Aquí el rol clave será del profesional a cargo y los intereses de la persona mayor hacia donde se direccionan las actividades señaladas.

III. Otras recomendaciones:

- Cuidar que el profesional que realice la actividad sea un profesional idóneo, en lo posible con adecuadas habilidades blandas para el trabajo en grupo y con un sólido conocimiento en las teorías que sustentan la estimulación cognitiva.
- Iniciar cada sesión con una buena acogida al lugar del taller. Esto permitirá establecer lazos emocionales con el adulto mayor y la generación de la alianza terapéutica.
- Recordar siempre al inicio de la sesión realizar la orientación temporal, es decir, recordar el lugar donde se está, la fecha, el día y la hora. Se sugiere también realizar orientación espacial y de persona.
- Utilizar materiales que consideren los diversos déficits sensoriales que pudiesen presentar las personas mayores (hipoacusia, disminución de la visión u otro).
- Explicar paso a paso y claramente las actividades a realizar, contextualizándolas en los quehaceres de la vida diaria, para que tengan un sentido para la persona mayor.
- El profesional debe corroborar que las indicaciones entregadas para la realización de la actividad estén siendo comprendidas por la persona mayor.
- Resolver constantemente las dudas de los adultos mayores, teniendo en cuenta la proporción de ayudas en forma constante, evitando la interrogación y potenciando las facilitaciones.
- Utilizar constantemente estrategias, como el refuerzo de conductas que permitan avanzar hacia la solución, evitar la ridiculización y la minimización de los fracasos y la infantilización.
- Recoger siempre los comentarios de los mayores y sus dificultades, haciendo del proceso de desarrollo del programa algo dinámico, sujeto a modificaciones permanentes.
- Siempre terminar el trabajo con un resumen, un cierre y considerar las sugerencias o comentarios de la persona mayor.

PERIODICIDAD

- Una o dos veces a la semana.

MATERIALES

- Los materiales a utilizar dependerán de la estrategia a realizar, sin embargo a continuación se detallarán algunos de uso común.
 - Láminas y tarjetas: Objetos únicos, secuencias temporales, encontrar diferencias, entre otras.
 - Fichas trabajo o cuaderno de ejercicios
 - Tableros y juegos de encaje
 - Objetos
 - Música
 - Juegos
 - Libros y cuentos
 - Software y hardware Protocolos de evaluación

REGISTRO

- Ficha Individual del adulto mayor

BIBLIOGRAFÍA

1. Calero, M. D., & Navarro, E. (2005). *Eficacia de un programa de entrenamiento de memoria en el mantenimiento de ancianos con y son deterioro cognitivo*. *Clínica y Salud*, 17, 187-202.
2. Olazarán J. & Clare T. (2006). On Behalf of the Nonpharmacological Therapies Project. Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Alzheimer Dementia*, 2, 528.
3. Salazar R., y otras. (2014). *Terapia de Estimulación cognitiva en usuarios con Demencia Tipo Alzheimer en fase Leve*. Universidad Pedro de Valdivia. Tesis no publicada
4. Documentación programa MAS adultos mayores autovalentes, MINSAL (2015).

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
MNEMOTECNIA	Es un conjunto de técnicas de memorización asociación mental de la información a memorizar con datos que ya sean parte de nuestra memoria o de nuestra práctica cotidiana. Esta técnica aprovecha la capacidad natural que tiene nuestro cerebro para recordar imágenes y para prestarle más atención a los sucesos poco comunes o extraordinarios.
GNOSIAS	Capacidad de elaborar, interpretar y asignar un significado a la información captada por los sentidos.

ANEXO N°1**PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA**

Profesional responsable			
Número de sesiones		Número de participantes	
Fecha inicio		Fecha término	

Nombre participantes	Puntaje evaluación inicial	Puntaje evaluación inicial

ANEXO N° 2

HOJA DE REGISTRO SESIONES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

Número de sesión	
Nombre de la sesión	
Objetivo específico de la sesión	

RECIBIMIENTO

NOMBRE ACTIVIDAD 1	
Objetivo operacional	
Tiempo duración	
Evaluación	
Materiales	
Descripción de la actividad	

NOMBRE ACTIVIDAD 2	
Objetivo operacional	
Tiempo duración	
Evaluación	
Materiales	
Descripción de la actividad	

NOMBRE ACTIVIDAD 3	
Objetivo operacional	
Tiempo duración	
Evaluación	
Materiales	
Descripción de la actividad	

CIERRE:**EJEMPLO DE UNA SESIÓN DE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA****NOMBRE DE LA SESIÓN: JUGANDO CON NUESTRO LENGUAJE**

Objetivo específico de la sesión	Entrenar las habilidades de memoria y atención, mediante el uso de estrategias del lenguaje a nivel léxico y morfosintáctico.
Recibimiento	La sala se encuentra dispuesta en forma circular. Se tiene un globo para jugar a tirárselo entre los asistentes mientras se canta la canción «Vivir mi vida» de Marc Anthony. Se va deteniendo la música y la persona que se queda con el globo saluda al resto y cuenta algo que haya hecho en la semana.
ACTIVIDAD 1	«Viajando por nuestro Chile querido»
Objetivo operacional	Que los participantes entrenen su memoria, mediante tareas de asociación semántica con los lugares de Chile.
Tiempo duración	15 minutos.
Evaluación	Pauta de cotejo, con criterio de cohorte de un 90% de logro.
Materiales	Diapo, PC, radio proyector.

Descripción	Se presentan imágenes de zonas típicas de Chile y los participantes deberán mirar la fotografía e indicar en qué lugar se encuentra. Luego, deben incluir una experiencia personal o alguna información extra acerca del lugar que está siendo expuesto. Al final, deben anotar en una hoja todos los lugares aparecidos de memoria. Se chequea la cantidad que lograron recordar.
ACTIVIDAD 2	«Homenajeando a nuestro Chile querido»
Objetivo operacional	Que los participantes entrenen su memoria y asociación, mediante tareas de creación poética con los lugares de Chile.
Tiempo duración	15 minutos.
Evaluación	Pauta de cotejo, con criterio de cohorte de un 90% de logro.
Materiales	Hojas de papel, lápices.
Descripción	Se le designa a cada participante uno de los lugares vistos en las imágenes y con ayuda de los terapeutas deben crear una pequeña ¿una pequeña qué? (reseña) que explique la zona vista, la región y la importancia de ese lugar para Chile.
ACTIVIDAD 3	«Karaoke Nacional»
Objetivo operacional	Que los participantes entrenen su atención, mediante tareas de emisión vocal (canto) y música, relacionado con un lugar de Chile.
Tiempo duración	15 minutos.
Evaluación	Pauta de cotejo, con criterio de cohorte de un 100% de logro.
Materiales	Proyección en diapositiva de la letra.
Descripción	Se entona la canción "Puerto Montt" y al finalizar se realizan preguntas para conocer si lograron comprender su letra y si atendieron a lo que ella decía.
CIERRE: Se realiza una retroalimentación positiva de la actividad realizada y su correspondiente patrocinio. Se entrega una guía de trabajo como tarea para la casa. Se realiza la despedida entonando la canción del recibimiento "Vivir mi vida".	

CREADA POR REINALDO SALAZAR, FONOAUDIÓLOGO.

Protocolo Prevención y Actuación Frente a Caídas

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Prevención: kinesiólogo, terapeuta ocupacional.

Actuación: enfermera o profesional de salud a cargo.

OBJETIVOS

- Prevenir caídas a través de la identificación de factores de riesgos e implementación de medidas preventivas.
- Responder en forma oportuna y adecuada frente a la caída de una persona mayor residente a fin de prevenir complicaciones.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Entenderemos caída como "Síndrome geriátrico definido como la precipitación accidental, repentina, involuntaria e insospechada al suelo o a un nivel inferior, con o sin lesiones y/o secuelas que puede o no ser confirmada por el residente o testigo" (Fuente: definición OMS).

Las caídas de los adultos mayores son un hecho real, subvalorado frecuentemente constituyendo un problema de salud y social por su repercusión en la persona y en su estado de salud.

- Cerca del 40% de las admisiones a un ELEM es producida por consecuencias secundarias a una caída.
- Cerca del 50% de los residentes presenta caídas, en un ELEM.
- La fractura de cadera es la principal causa de mortalidad relacionada con una caída.
- Una de cada cuatro personas mayores que ha sufrido una fractura de cadera y que reside en una institución, muere dentro del año y más de la mitad no recupera la funcionalidad que presentaban antes del accidente.
- Dos tercios de las personas mayores que caen, sufrirán una nueva caída en los próximos seis meses. (Geriatría & Gerontología; Pedro Paulo Marín, 2000).

"La caída es un síndrome geriátrico común entre las personas mayores y no es constitutiva de la edad, sino que es un síntoma de que "algo anda mal". Es decir constituye una señal de alerta, que nos está avisando por un lado que debemos indagar más en los exámenes y por otro lado, debemos prevenir que las caídas sigan ocurriendo". "Una caída puede ser el primer indicio de una enfermedad no detectada. La caída puede ser la manifestación de fragilidad en el adulto mayor, y además ser un predictor de muerte". (Manual de prevención de caídas, MINSAL).

Causas

No todas las caídas obedecen siempre a la misma causa, al ser multicausal, la acción preventiva debe ser amplia, influyendo tanto en las causas intrínsecas como las extrínsecas. Ambas serán desarrolladas dentro del protocolo.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

• Prevención de caídas del adulto mayor

Evaluación de factores de riesgo

Las causas extrínsecas se relacionan con la infraestructura, disposición de espacios y zonas de seguridad en la residencia. Las intrínsecas corresponden a características personales de cada residente de acuerdo a enfermedades asociadas, niveles de funcionalidad, y por ende, es importante la evaluación de factores de riesgos de caídas en cada residente, y que su clasificación de riesgo sea conocida por todos.

Factores de riesgo extrínsecos

- Uso de barandas.
- Uso de contenciones físicas.
- Ayudas técnicas inseguras o en mal estado (bastones, andadores, sillas de rueda).
- Ambientes desordenados, con estorbos para el tránsito (muebles, cajas, alfombras, entre otros).
- Freno de la cama inadecuado o defectuoso.
- Iluminación no adecuada (luces muy brillantes o insuficientes).
- Timbre de llamada muy retirado o inaccesible.
- Mobiliario no adecuado.
- Piso irregular, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, sin contraste de colores.
- Servicios higiénicos inaccesibles, sin altura adecuada y sin barras.
- Ausencia de barra en la ducha.
- Presencia de tina de baño.
- Suelo mojado deslizante.
- Ropa y calzado inadecuado (zapatos en mal estado, sin suela de goma o de taco alto, o sin fijación al talón).
- Existencia de alfombras no adheridas al suelo (bajadas de cama).
- Cables eléctricos sueltos y sin sujeción.
- Temperaturas irregulares.
- Mascotas.
- Otros.

Factores de riesgo intrínsecos

- Historias de caídas previas.
- Edad superior a 65 años.
- Sexo femenino.
- Estado de confusión, desorientación y/o alucinación.
- Dependencia en las AVD básicas e instrumentales.

- Déficit sensorial (auditivo, visual, vestibular u otro).
- Alteraciones de los pies o podológicas.
- Movilización y deambulación sin solicitar ayuda en personas con déficit de movilidad.
- Sedación o ingestión de fármacos que produzcan depresión del nivel de conciencia o mareos, como por ejemplo las benzodiacepinas, diuréticos, antisicóticos o neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, hipnóticos, antihistamínicos, entre otros.
- Alcohol.
- Actitud resistente, agresiva o temerosa.
- Enfermedades neurológicas (epilepsia, Parkinson, secuelas de ACV, demencias, neuropatías, hidrocefalia del adulto, entre otras).
- Enfermedades cardíacas (arritmias, insuficiencias cardíacas, etc.).
- Enfermedades del aparato respiratorio (asma, EPOC u otras).
- Enfermedades musculoesqueléticas (artrosis, artritis, amputación de extremidades inferiores).
- Comorbilidades.
- Presencia de otros síndromes geriátricos (dismovilidad, polifarmacia, incontinencia, constipación, entre otros).
- Fragilidad.
- Portadores de dispositivos externos que puedan interferir en la movilidad y deambulación (sondas vesicales, drenajes, órtesis, bastones y andadores).

Gatillantes de caída

- Tropiezos.
- Hipoglicemia.
- Hipotensión ortostática.
- Convulsiones.
- Síncope.
- Deshidratación.
- Disautonomía.

Efectos o complicaciones

Los efectos de las caídas pueden ser discapacidad temporal o permanente, necesidad de hospitalización prolongada, complicación del pronóstico, entre otros. Además de generar posibles consecuencias indirectas como baja motivación para participar en actividades sociales por el temor de volver a caer, disminución de la confianza en sí mismo, etc.

Consecuencias

- Síndrome Post Caída.
- Lesiones de tejidos blandos.
- Fracturas (cadera, fémur, columna, húmero, muñeca, costillas).
- Hematoma subdural.

- Hospitalización.
- Úlceras por presión.
- Iatrogenia.
- Fragilidad.
- Inmovilidad.
- Dependencia (limitación de la movilidad por lesión física).
- Depresión.
- Discapacidad.
- Maltrato.
- Institucionalización.
- Muerte.
- Aumento de costos en la atención.

Prevención

La prevención de las caídas es vital. Para ello el equipo debe continuamente:

a. Hacer revisión de los factores extrínsecos, tales como:

- Identificar los principales puntos de riesgos de caídas (bajadas de escaleras, desniveles en piso, salida de duchas, etc.).
- Demarcar las zonas identificadas como de alto riesgo de caídas con señalética apropiada (uso de símbolos y colores llamativos).
- Verificar que la medida de control utilizada para disminuir el riesgo sea la adecuada.
- Informar al personal y a los residentes de manera sistemática sobre las medidas de prevención de caídas.
- Que el personal preste asistencia a quienes lo requieran y a quienes se ha identificado que tienen mayor riesgo.
- Evaluar mejoras arquitectónicas y de disposición de ambientes. Estas deberían ser incorporadas en el plan de mejora anual de la residencia.
- Evaluar permanentemente las zonas de riesgo de caídas para asegurar su buen estado.

Para esto aplicará la pauta de evaluación de factores extrínsecos de caída, contenida en el anexo N° 1, a lo menos 3 veces al año.

b. Realizar Valoración Integral

Se debe evaluar el riesgo de caídas dentro de las 24 horas al ingreso con la escala de Downton. Posteriormente se evaluará con las siguientes pautas Time Up and Go y Estación Unipodal. Tinetti marcha y equilibrio (Ver protocolo de Evaluación y Diagnóstico).

- La revaloración del riesgo de caídas se debe volver a realizar cada 6 meses.
- La evaluación debe considerar las comorbilidades y adecuar el manejo tanto farmacológico como no farmacológico para la prevención de caídas. (Ver protocolo de evaluación y diagnóstico).
- La valoración debería estratificar los grupos de riesgo y en consecuencia generar intervenciones diferenciadas.

- c. Generar las condiciones necesarias para la implementación **de Talleres de Prevención de Caídas**, educando en el control de los factores de riesgo extrínsecos, los factores asociados al envejecimiento y la práctica grupal de actividad física. Se deben realizar y ejecutar un plan que contemple actividades motrices y de fortalecimiento de la musculatura para la marcha. (Revisar protocolo de actividad física y gerontocomotricidad).
 - d. Se deberá considerar **no promover el uso de contenciones físicas** para prevenir caídas. Su uso puede alterar a la persona mayor, y por tanto, justificar viciosamente el uso de otro tipo de contenciones.
 - e. Es posible **considerar la suplementación de Vitamina D**. 800 Unidades de Vitamina D a todos los residentes. A través de fármacos o alimentación. Considerar tomar sol para la activación de la vitamina.
- **Actuación frente a caídas**

En caso de que algún residente sufra una caída de cualquier nivel de complejidad dentro o fuera del establecimiento, quien la constate no debe mover al adulto mayor e informar de inmediato al personal de salud a cargo en la residencia, para proceder con la evaluación inmediata y realizar la posterior derivación a servicios de urgencia, si corresponde.

ETAPA 1: **Constatar caída y derivar de ser necesario**

Si el suceso se produce en el día la enfermera deberá evaluar la caída (en caso de que no se encuentre, debe ser el médico o kinesiólogo) y si es en horario nocturno, el encargado será el técnico paramédico o la persona responsable del turno de noche. Ambas situaciones deberán ser registradas por la enfermera, en el formulario de notificación de eventos adversos (Ver Anexo N° 2). Dicho formulario, debe ser archivado en la ficha individual del adulto mayor.

Una vez evaluado, se procede a la derivación al servicio de urgencia, si corresponde. Si no es necesaria la derivación, se dará contención verbal y emocional a la persona mayor y se abordarán medidas de seguridad para prevenir futuras caídas, evaluando si la causa fue el contexto o la salud de la propia persona.

ETAPA 2: **Derivación al servicio de urgencia** Siempre se debe derivar en caso de:

- Compromiso de conciencia o estado confusional (solicitar un escáner en estos casos).
- Impotencia funcional (que la persona no pueda movilizar alguna extremidad). En estos casos solicitar una imagen.
- Presencia de herida (si ocurre durante el día la enfermera evalúa y define la derivación).

Una vez que se cuenta con la definición del traslado de la persona mayor al servicio de urgencia, éste debe ser acompañado por quien designe la enfermera (Ver protocolo de salida de la residencia por emergencias y urgencias médicas), considerar que lleve la ficha individual, formulario de notificación de eventos adversos y el carnet de identidad del adulto mayor.

ETAPA 3: **Regresar a la Residencia**

Enfermera o quien designe el director técnico, coordina traslado de regreso desde servicio urgencia o salud.

ETAPA 4: **Informar a familiares o personas significativas**

Para la notificación a la familia, la trabajadora social debe coordinarse previamente con la enfermera, y cualquiera sea el resultado de la caída, el asistente social, o quien designe el director técnico, debe informar a

los familiares, sin generar ansiedad o preocupación e indicando que se ha cumplido con el protocolo pertinente, lo mismo ocurre si queda hospitalizado (Ver Protocolo de Acogida al Ingreso).

Lo que resulte de la notificación a la familia debe ser informado al director técnico.

ETAPA 5: **Registrar en cuaderno de novedades**

Auxiliar de enfermería registra una breve descripción del evento y los resultados de éste, en el cuaderno de novedades de los adultos mayores.

PERIODICIDAD

- Permanente.

MATERIALES

- Fichas de evaluación. Software y hardware Protocolos de evaluación
- Lápiz.
- Ficha individual del adulto mayor.

REGISTRO

- Cuaderno de novedades
- Ficha individual del adulto mayor

BIBLIOGRAFÍA

- Modelo Técnico Hogar de Cristo, (2012), protocolo de Accidentes y Caídas de Usuarios.
 - Manual de prevención de Caídas en el Adulto Mayor, MINSAL, S/F.
 - Marín PP. *Manual de Geriatría y Gerontología*, (2000).
-

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

EVALUACIÓN DEL RIESGO FÍSICO EXTRÍNSECO DE CAÍDAS EN ELEAM

El presente instrumento tiene por objetivo pesquisar los factores de riesgo físicos extrínsecos de caídas en adultos mayores que se encuentran en Establecimientos de Larga Estadía, y la clasificación de riesgo de la misma.

Instrucciones para completar:

- Se deberá chequear el 100% de los aspectos y/o entornos indicados.
- Si el ítem indicado no se observa en su totalidad se colocará como "NO".
- Considerar aplicar en COCINA, sólo si los adultos mayores tienen acceso a la cocina.
- Si un ítem no aplica, no será evaluado, sin embargo, se debe especificar qué ítem no es evaluado al final de la evaluación en OBSERVACIONES.

Puntuación:

Colocar un 1 a cada respuesta NO.

Colocar un 0 a cada respuesta SÍ.

PAVIMENTOS O PISOS (9 ítems)	SÍ	NO
1. ¿Las superficies interiores del recinto, incluidas las escaleras (excepto baños), son rugosas y texturadas en su totalidad?		
2. ¿Están corregidos las irregularidades del pavimento o piso?		
3. ¿Están debidamente demarcadas las irregularidades no corregidas?		
4. ¿Se mantienen limpios y sin obstáculos los pisos de permanencia y circulación del recinto?		
5. ¿Se limpian las salpicaduras en el piso tan pronto como se producen?		
6. ¿Se instala señalética o se deja cerrado el paso mientras el piso se limpia o se encuentra húmedo?		
7. ¿Se evitan elementos sobrepuestos en el piso tales como alfombras, choapinos, bajadas de cama o similares?		
8. ¿Los cables eléctricos se encuentran fijos a la pared o debidamente instalados?		
9. ¿Los pisos de los patios son rugosos y libres de irregularidades lo que permite el tránsito seguro de los adultos mayores?		
Total de Respuesta NO		

ILUMINACIÓN (7 ítems)	SÍ	NO
10. ¿Tiene iluminación suficiente para eliminar las áreas oscuras en las zonas internas y externas del recinto?		
11. ¿Se evita la iluminación brillante o que encandilan al adulto mayor?		
12. ¿Tiene iluminación de emergencia en buen estado, y con autonomía de iluminación de 2 hrs como mínimo, para las zonas internas y externas, vías de evacuación y zonas de seguridad?		
13. ¿Tiene una lámpara o interruptor al alcance de la cama de cada adulto mayor?		
14. ¿Tiene luces nocturnas en el baño y en el pasillo que conduce del dormitorio al baño?		
15. ¿Están bien iluminadas las escaleras en toda su extensión?		
16. ¿Tiene interruptor al principio y al final de las escaleras?		
Total de Respuesta NO		

ESCALERAS (8 ítems)	SÍ	NO
17. ¿Están las escaleras en buen estado y con rejas de acceso?		
18. ¿Están todos los peldaños (gradas) bien sujetos, demarcados, y con nariz de grada de goma, pavimento rugoso o texturado?		
19. ¿Son anchos, como mínimo de 110 cms., como para no tropezar con alguien que suba o baje al mismo tiempo?		
20. ¿Son de poca pendiente las escaleras y tienen la misma altura todos los peldaños aproximadamente entre 18 y 13 cms?		
21. ¿Tienen pasamanos seguros a ambos lados y a todo lo largo de las escaleras?		
22. ¿Están bien separados los pasamanos de las paredes de modo que el adulto mayor pueda sujetarse bien?		
23. ¿Tienen los pasamanos una forma bien definida y están demarcados, de modo que el adulto mayor sepa el comienzo y final de la escalera?		
24. ¿Se mantienen limpias y sin obstáculos las escaleras?		
Total de Respuesta NO		

BAÑOS (10 ítems, chequear el 100% de ellos)	SÍ	NO
25. ¿El inodoro o taza tiene aproximadamente entre 46 a 48 cm. de altura?		
26. ¿Tienen barras de apoyo al interior de todos los baños, fijos y en buen estado?		
27. ¿Tienen barras de apoyo, sujeción o transferencia para uso universal los inodoros o tazas?		
28. ¿Tienen barras de apoyo al interior y salida de los receptáculos de las duchas?		
29. ¿Existe pavimento antideslizante y sin irregularidades o con goma antideslizante en los baños?		
30. ¿Existe pavimento antideslizante y sin irregularidades o con goma antideslizante en receptáculos o cubículos de las duchas?		
31. ¿Existe silla de baño firme y segura dentro de la ducha que permita disminuir el riesgo en el baño?		
32. ¿Se mantiene el jabón en un lugar de fácil acceso en lavamanos y duchas?		
33. ¿Son de fácil acceso las toallas u otros objetos de aseo personal en el baño?		
34. ¿Se usa cortina o similar en la ducha para evitar mojar el piso del baño manteniéndolo seco durante la ducha o baño?		
Total de Respuesta NO		

DORMITORIOS (5 ítems, chequear el 100% de ellos)	SÍ	NO
35. ¿Está libre de obstáculos el camino desde el dormitorio hasta el baño?		
36. ¿Los frenos de las camas están en buen estado?		
37. ¿Las barandas de las camas están en buen estado y en uso?		
38. ¿La altura de la cama se ajusta a la necesidad de cada usuario?		
39. ¿Las ayudas técnicas no obstaculizan la deambulaci3n en dormitorios?		
Total de Respuesta NO		

PASILLOS Y ÁREAS COMUNES (2 ítems)	SÍ	NO
40. ¿Los pasillos tienen barandas de apoyo seguras a ambos lados, a todo lo largo y de forma continua?		
41. ¿Permanecen libres de objetos y otros aparatos?		
Total de Respuesta NO		

SILLAS, SILLONES Y SILLAS DE RUEDAS (4 ítems, chequear el 100% de ellos)	SÍ	NO
42. ¿Están todas las sillas, sillones y sillas de ruedas en buen estado?		
43. ¿Se apoyan siempre las sillas y sillones en una base firme y nivelada?		
44. ¿Se evitan las sillas y sillones sin apoyabrazos?		
45. ¿Se evitan las sillas y sillones con respaldos demasiado bajos?		
Total de Respuesta NO		

CALZADO DE LOS ADULTOS MAYORES (4 ítems, chequear el 100% de ellos)	SÍ	NO
46. ¿Tienen calzado con suela o tacones que eviten los deslizamientos?		
47. ¿Utilizan calzado bajo y cómodo las personas mayores?		
48. ¿Utilizan calzado bien ajustado, que no se salga del pie y que dé estabilidad al talón?		
49. ¿Se sustituye el calzado cuando se gastan las suelas y pudiera resultar resbaladizo?		
Total de Respuesta NO		

MOBILIARIO (3 ítems)	SÍ	NO
50. ¿Los muebles cuentan con vértices redondeados?		
51. ¿Se evitan los muebles con rueda o que no estén con frenos?		
52. ¿El mobiliario no obstaculiza los desplazamientos de los adultos mayores en las zonas de circulación?		
Total de Respuesta NO		

ACTIVIDADES COTIDIANAS EN EL ELEM (5 ítems)	SÍ	NO
53. ¿Se guardan los objetos utilizados en actividades de rehabilitación, recreativas, lúdicas, entre otras, tan pronto como acaban de ser usados?		
54. ¿Se guardan los objetos, a los que pueden acceder los adultos mayores, en estantes accesibles para ellos?		
55. ¿Las mascotas no obstaculizan el tránsito seguro de los adultos mayores?		
56. ¿Las ayudas técnicas no obstaculizan la deambulaci3n de los adultos mayores?		
57. ¿Las actividades masivas dentro del ELEM resguardan la prevenci3n de caídas de los adultos mayores?		
Total de Respuesta NO		

COCINA (2 ítems)	SÍ	NO
58. ¿Se evitan las mesas con patas inseguras, angostas e inestables?		
59. ¿Se evitan los adornos o mesas con trípodes o pedestal?		
Total de Respuesta NO		

Clasificación del riesgo de caídas en adultos mayores en ELEAM:

Total de Respuesta NO en todo el instrumento	
---	--

- Poco riesgo: de 1 a 5 puntos negativos.
- Mediano riesgo: de 6 a 9 puntos negativos.
- Alto riesgo: más de 10 puntos negativos.

OBSERVACIONES:

.....

.....

Autores: Kinesiólogo Rafael Pizarro Mena, terapeuta ocupacional, Romina Rioja Ponce y enfermera, Constanza Cortés, en el contexto de la protocolización de los ELEAM de SENAMA para ser incluido en el Protocolo de "Prevención de Caídas".

Adaptado de la publicación "*Comportamiento del riesgo de caídas en el hogar en adultos mayores*", autores Arlene Salas Mainegra, María Solórzano Gómez, Esther Reyes Carrillo, Maribel González Limonta. Revista Cubana de Medicina Integral. 2011:27(1)63-73.

ANEXO N°2

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nombre Residente

Edad Rut

Patologías asociadas

Tipo De Evento Adverso

- Caída¹ Intoxicación Quemadura Herida/Corte Úlcera por presión

Otro ¿Cuál?

Fecha Incidente Hora Incidente

Descripción del Incidente

.....
.....
.....
.....

Medidas Tomadas

.....
.....
.....
.....

Evento adverso informado por

Notificado por.....

Observaciones

1 En caso de caída completar la hoja de notificación

ANEXO N° 3

NOTIFICACIÓN CAÍDAS

Lesión como consecuencia de la caída: marque todas las casillas que correspondan

Abrasión/erosión		Fractura esguince corte	
Contusión		Hematoma	
Pérdida conciencia		Sin lesión	
Muerte		Otras	

Localización lesión

Descripción breve de la caída

Lugar: Marque una casilla que corresponda.

Habitación		Baño		Escalera	
Pasillo		Patio		Calle	
Otro(s)					

Equipo - Mobiliario: marque una casilla que corresponda.

Cama			Silla Ruedas		
Existe baranda	SÍ	NO	Barandas arriba	SÍ	NO
Frenos puestos	SÍ	NO	Tasa WC	SÍ	NO
Ducha barras apoyo	SÍ	NO	Ayudas técnicas	SÍ	NO
Otro(s)					

Entorno: Marque una casilla que corresponda.

Adulto mayor solo al momento de la caída	SÍ	NO
Acompañado	SÍ	NO
Iluminación suficiente	SÍ	NO
Espacio libre de riesgo en sitio de la caída	SÍ	NO

Actividad asociada: marque todas las casillas que correspondan.

Deambulando		Cambio posición	
Traslado a silla/cama		Eliminación-WC	
Aseo		Alcanzando objetos	
Desplazamiento		Exteriores	

Uso Medicamentos: marque todas las casillas que correspondan.

Opiáceos		Antidepresivos	
Sedantes		Antisicóticos	
Benzodiacepinas		Hipotensores	
Diuréticos		Otros (indicar)	

Estado del paciente antes de la caída

Historia de caídas previas: marque todas las casillas que correspondan.

Nunca		Sí. En residencia (ELEAM)	
Sí. En hospital		Otro	

Estado de conciencia: marque todas las casillas que correspondan.

Alerta		Confuso	
Agitado		Inconsciente	

Alteraciones o déficit sensorial: marque todas las casillas que correspondan.

Ninguna		Audición disminuida	
Visión disminuida		Alt. equilibrio	

Movilidad: marque todas las casillas que correspondan.

Completa		Usa ayudas técnicas	
Restringida		En cama	

Paso o Caminata: marque todas las casillas que correspondan.

Estable		Con temblor	
Inestable		Dificultad en transferencias	

Observaciones:.....

Protocolo Entrenamiento para el Control de Esfínteres

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Enfermero/a y kinesiólogo/a

OBJETIVO

Detectar y tratar precozmente la incontinencia, otorgando directrices para el entrenamiento del control de esfínter.

CONSIDERACIONES PREVIAS

De manera general, se define como incontinencia a la pérdida involuntaria de orina o deposiciones.

Incontinencia urinaria: Se plantea como la pérdida involuntaria en cantidad suficiente para resultar problemática, distinguiéndose los siguientes tipos (RNAO, 2011):

- Transitoria: Producida por causas ajenas al aparato urinario o que afectan a éste, como pueden ser la confusión aguda, infecciones, uretritis o vaginitis atrófica, medicamentos, trastornos psicológicos, movilidad reducida o impactación fecal.
- De urgencia: Pérdida de orina que sobreviene después de una sensación de necesidad urgente de evacuar.
- De esfuerzo: Pérdida de orina que acompaña a tos o estornudo u otro, que producen aumento de la presión abdominal.
- Mixta: Pérdida de orina que comparte características de la incontinencia de esfuerzo y urgencia.
- Funcional: Relacionada con la incapacidad para acceder al baño, ya sea por deterioro físico o cognitivo o por la presencia de barreras en el entorno.
- Por rebosamiento: Pérdida involuntaria relacionada con excesiva distensión de la vejiga.
- Total: Pérdida de orina continua e impredecible, por ejemplo, esfinteriana masculina asociada a cirugía prostática.

Incontinencia fecal: Es la emisión accidental de heces sólidas o mucosidades desde el recto. Contar con alguna de las siguientes situaciones puede aumentar el riesgo:

- Diarreas.
- Presentar una urgencia y no alcanzar a llegar al inodoro.
- Enfermedades neurológicas.
- Salud general deteriorada.
- Lesiones en el piso pélvico.

En ambos tipos de incontinencia, el entrenamiento corresponde a las medidas tendientes a promover y facilitar el control de esfínter. La incontinencia urinaria y fecal, tienen distinto abordaje, por lo tanto, en el presente protocolo se describirán las directrices para ambas situaciones.

Es importante considerar que toda intervención está centrada en la persona con enfoque integral, por lo cual previo al entrenamiento se debe realizar una valoración geronto – geriátrica integral, inicial y recurrente, la que debe incorporar evaluación de este ámbito y que considera también aspecto socioculturales en el control de esfínter (ver protocolo de evaluación y diagnóstico).

El proceso de entrenamiento de control de esfínteres debe considerar sociabilizar su importancia con todos los actores clave, así como también, educar en que la incontinencia es la manifestación de un problema que es posible tratar.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Valoración

Él/la enfermero/a deberá realizar la evaluación de la continencia de acuerdo a la valoración geronto–geriátrica integral:

Esta evaluación deberá contener:

- Historial de incontinencia: Se recabará la historia previa y actual de la incontinencia, con el adulto mayor y/o personas que se relacionen habitualmente con él/ella.
- Conciencia de las evacuaciones: Capacidad cognitiva para manejar la continencia.
- Motivación para controlar las evacuaciones: Disposición que presenta el adulto mayor para adherirse al entrenamiento en el control de evacuación.
- Antecedentes de ingesta de líquidos diario.
- Historial médico y/o quirúrgico: Cirugías prostáticas, urológicas, multiparidad, prolapso, existencia de infecciones, alteraciones neurológicas como ACV, demencia, entre otros.
- Medicación: Efectos primarios y secundarios de los medicamentos.
- Funcionalidad: Independencia en la realización de las actividades de la vida diaria.
- Barrera del entorno: Cercanía de los servicios higiénicos.

Una vez realizada la valoración, se determinará si la persona mayor requiere de apoyos en el control de esfínteres. En caso de alteración en la continencia, se debe determinar el tipo de incontinencia. Luego se diseñará un plan con acciones específicas a seguir por el equipo orientado al entrenamiento de esta temática.

Para el manejo de la incontinencia agruparemos en:

- **Incontinencia irreversible:** Esta no tiene solución. Dentro de ellas se encuentran la de rebosamiento e incontinencia total.
- **Incontinencia reversible:** Abordando la causa de la incontinencia pudiera el adulto mayor volver a ser continente. Dentro de ellas están las incontinencias transitorias, de urgencia, de esfuerzo y funcional.

II. Implementación de medidas generales

- Realizar las adecuaciones del ambiente necesarias para facilitar el acceso a los servicios higiénicos.
- Facilitar el acceso y acompañamiento al baño cada vez que el adulto mayor lo necesite.
- Capacitación y supervisión del personal sobre el manejo de la incontinencia.

- Entregar información al adulto mayor y su familia y/o persona significativa sobre la importancia del control de esfínter y el manejo de la incontinencia.
- Se debe evaluar permanentemente la calidad, tipos, adquisición y uso racional de insumos asociados al manejo de la incontinencia (estuches peneanos, compresas, pañales, baños portátiles, sondas, entre otros).
- Para el uso racional de insumos debe existir un registro general de los adultos mayores que los utilizan y de qué tipo, como un indicador de la complejidad de la atención.
- Evitar el consumo de irritantes vesicales como la cafeína y el alcohol.

III. Implementación de medidas específicas

Incontinencia irreversible

- Determinar los insumos más pertinentes para la situación y condición de la persona (absorbentes, toallas, compresas u otros). Considerando el pañal y la sonda urinaria como última opción.
- Al momento de hacer cambio del absorbente se debe llevar al adulto mayor al baño antes de hacer el cambio del absorbente.
- Establecer horarios de uso de baño, posterior a las comidas, antes de acostarse.
- No consumir líquidos 2 horas antes de la hora de acostarse, preferentemente.
- Considerar que en caso de uso de diuréticos, éstos deben ser administrados durante el día, no cerca de la hora de acostarse.
- Poner especial atención en el aseo genital, respecto a frecuencia, técnica y en base a las necesidades de apoyo y autonomía de la persona.

Incontinencia reversible

- Gestionar las medidas pertinentes para resolver el problema de base (ej, cirugía por prolapso, adenoma de próstata, tratar la infección urinaria, entre otros).
- Uso de absorbentes sólo un tiempo determinado, mientras se resuelve el problema de base.
- Apoyar al adulto mayor en la realización de ejercicios del piso pélvico. Para ello, el kinesiólogo establecerá un plan de entrenamiento (Ver Anexo N°1), que ayude al adulto mayor a mejorar el control de esfínter.
- Realizar entrenamiento vesical a través del apoyo al adulto mayor en que pueda ir al baño por períodos de tiempo fijo sin esperar que presente la necesidad de evacuar. Posteriormente se va aumentando hasta que la necesidad de utilizar el baño se presente cada 2-3 horas. Revisar material complementario http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_Incontinencia_spp_022014_-_with_supplement.pdf.

PERIODICIDAD

- Según frecuencia.

MATERIAL

- Almohadas, colchonetas, pelotas u otro material con que cuente la residencia.
- Anexo N° 1.

REGISTRO

- Registro de evaluaciones.
- Registro de uso de absorbentes.

BIBLIOGRAFÍA

- González N., Cortés C., Miranda M. (2013). *Protocolo de manejo de la incontinencia urinaria*. Santiago: Fundación Las Rosas.
- RNAO. (2011). *Manejo de la incontinencia mediante la evacuación inducida*. Ontario: Investen. Recuperado julio de 2016, Sitio web: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/2014_Incontinencia_spp_022014_-_with_supplement.pdf
- NIH. (2013). Incontinencia Fecal. EEUU: Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Recuperado Julio 2016 https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/incontinencia-fecal/Documents/Fecal_Incontinence_SP_508.pdf.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

ENTRENAMIENTO DE LA MUSCULATURA DEL PISO PÉLVICO: TEORÍA Y PROPUESTA METODOLÓGICA

I. Introducción

Al revisar la literatura, encontramos por una parte, que los mecanismos responsables de la continencia (urinaria) diversos, y por otra, que la **musculatura del periné** aporta un adecuado soporte a la unión vésico-uretral y participa activamente en el sistema esfinteriano periuretral(1).

Dicha musculatura perineal está compuesta por fibras (1,2) de contracción lenta (responsables del tono muscular y el soporte de órganos) y fibras de contracción rápida (responsables junto con los elementos aponeuróticos del cierre uretral durante los incrementos de presión abdominal). La misión de la rehabilitación perineal es tonificar y fortalecer ambos tipos de fibras, con ejercicios de contracciones lentas y rápidas para producir efectos fisiológicos en los tejidos musculares. Para ejecutar un programa de rehabilitación del piso pélvico, necesariamente la paciente debe tener conciencia de su periné, debe poder lograr aislar los grupos musculares de nuestro interés, y por cierto, contar con la motivación necesaria para conseguir un buen aprendizaje (1). En este sentido, cuando hablamos de rehabilitar el piso pélvico de pacientes adultos mayores, es un desafío respecto a la consideración de sus habilidades cognitivas y motrices, donde intervendrán otros factores propios de la condición fisiológica y del historial clínico.

En términos generales, las técnicas de rehabilitación del piso pélvico se relacionan con los procedimientos pasivos (con técnicas de fisioterapia y electroestimulación intravaginal) y los activos, donde la participación del paciente es predominante. Es en esta categoría donde encontramos los **ejercicios de entrenamiento del piso pélvico**, y debido al contexto de nuestros intereses en lo referente a las características de nuestra población objetivo, es que nos centraremos en este último ítem, dejando en segundo plano las técnicas pasivas, que son más costosas, y requieren de un mayor equipo técnico y profesional.

Para comenzar con un programa de entrenamiento, lo primero es **reconocer la musculatura a trabajar**. Una técnica muy simple para ello, en el caso de las mujeres, es que durante el momento de la micción, contraigan repetidas veces la musculatura del periné intentando cortar o modificar el chorro de orina, evitando contraer glúteos o rectos, hasta que tome conciencia de los músculos a contraer. Uno de los errores más habituales es tensar la región glútea y de los muslos en lugar de los músculos del suelo pélvico, así como retener la respiración o empujar la musculatura hacia abajo, en lugar de elevarla hacia dentro y hacia arriba. Al no requerir ningún tipo de aparataje se convierte en la técnica más económica, siendo ideal para su aplicación en programas de profilaxis de incontinencia urinaria y para casos de incontinencia urinaria leve (1).

En el caso de los varones, una buena técnica de identificación de la musculatura del suelo pélvico consiste en contraer los músculos situados en torno al ano. Los músculos del suelo pélvico se contraen automáticamente al realizar esta acción. Debe notarse una presión evidente y como si el pene del paciente se elevase (3).

II. Eficacia del entrenamiento de los ejercicios del suelo pélvico

Al realizar una revisión de la evidencia sobre la eficacia de estos entrenamientos, es posible observar algunos datos de gran interés. Por ejemplo, que los estudios son muy diversos en términos de la duración de los entrenamientos, con variaciones que van de tres semanas (4) hasta un año(5), **siendo lo más común un tratamiento por doce semanas de duración** (6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).

Además, los estudios muestran que las evaluaciones previas y posteriores al entrenamiento de la musculatura pélvica tienen diferencias: algunos autores realizan evaluaciones de seguimiento una vez concluida la intervención, a las seis semanas (6, 13), a los tres meses (14, 4, 15), los siete meses (8) y al año (16,5,17) de la misma. A la hora de analizar los métodos de evaluación empleados, la heterogeneidad aumenta aún más, ya que dependiendo del tipo de ejercicio realizado han sido utilizados unos u otros, desde la EVA (Escala Visual Analógica) (18, 19, 20, 21) hasta la Escala Oxford (22, 23, 8, 24). Incluso algunos autores (25, 22, 23) incluyen como medida de evaluación la opinión del paciente tras el tratamiento, a pesar de ser una medida subjetiva.

En todos los trabajos se observa una mejora significativa de los parámetros estudiados mediante el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico con ejercicios, concluyen que es un tratamiento eficaz en la Insuficiencia Urinaria de Esfuerzo y Mixta. Aksac y col(19) y Aukee y col (5) obtuvieron que los beneficios de este tratamiento aumentan cuando se acompaña el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico con Biofeedback, una técnica fisioterapéutica usada con frecuencia dentro de los procedimientos pasivos. Otros autores como Vinsnes y col (10) concluyen que los resultados obtenidos mejoran cuando se acompañan los ejercicios de suelo pélvico con pautas para la vida diaria.

En síntesis, los estudios demuestran que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico mediante ejercicios de potenciación de dicha musculatura produce una disminución de los episodios de incontinencia (16, 25), un aumento de la fuerza de la musculatura del suelo pélvico (9, 26) y una mejora de la calidad de vida (27).

Según los estudios publicados, los ejercicios más utilizados para la potenciación de la musculatura del suelo pélvico son: potenciación de los músculos pubovaginales, puborectales y pubocoxígeos (28), mediante ejercicios realizados simultáneamente al aumento de la presión abdominal (20, 17, 24, 29) o ejercicios de potenciación de la musculatura del suelo pélvico mediante ciclos de contracciones y reposo a diferente intensidad y frecuencia y/o acompañados de palpación digital (19,15). En gran parte de los trabajos analizados los autores incluyen un entrenamiento previo del paciente en el cual toma conciencia de su musculatura y aprende a contraer o relajar dicha musculatura de forma voluntaria (20).

En conclusión, entre todas las técnicas utilizadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria, el abordaje mediante ejercicio es una de las más comunes, combinada o no con otras terapias o métodos de tratamiento. Sin embargo, debido a la heterogeneidad de los ejercicios realizados, que abarcan desde ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico realizados de forma aislada (16-14, 13, 11, 12), combinados con técnicas de fisioterapia (18, 19, 25), con programas educativos(16) o con acupuntura (30) a ejercicios realizados con conos vaginales (27, 13, 12) o ejercicios de entrenamiento mediante hipopresivos (24), así como el número de variable de intervenciones realizadas, de tres semanas (17) a ocho meses (31) resulta difícil afirmar qué tipo de ejercicio es el más apropiado para mejorar este problema. Sin embargo, la primera línea de tratamiento utilizada para tratar la IUE o IUM es un programa de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico (23), además la evidencia médica muestra que el entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico obtiene mejores resultados como método de tratamiento de la IUE o IUM que algunos fármacos utilizados comúnmente para el tratamiento de dicha patología como son la oxibutinina (25) o duloxetina (6).

En base a los estudios publicados, el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta mediante ejercicios de entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico contribuye de manera positiva a mejorar los síntomas, produciendo mejoras significativas en la fuerza de la musculatura del suelo pélvico, calidad de vida de las pacientes afectas y reducción del número de episodios de incontinencia.

III. Ejercicios propuestos

Los ejercicios propuestos para este protocolo, han sido rescatados en términos de su mayor simpleza posible, entendiendo el contexto socio-económico y cultural de la población objetivo, de manera de que las intervenciones sean simples de ejecutar en términos de recursos, pero efectivas y bajo un control profesional para la búsqueda de resultados clínicos. A continuación se presenta un esquema muy sencillo de ejercicios terapéuticos, basados en la metodología de Kegel (Fuente: TENA, Consultado el 04/01/16, Disponible en: <http://www.tena.com.mx/informaciongeneral/publicidad-tipo-teaser/descargas/ejercicios-de-kegel>)

EJERCICIO N°1: Inicio de localización de musculatura. Paciente recostado sobre colchoneta. Suave almohada bajo región pélvica. EEII flectadas. Se pide tensar los músculos alrededor del ano, siguiendo una direccionalidad hacia delante y hacia arriba. Debe prolongarse ese movimiento de contracción como si se estuviera levantando un objeto localizado dentro de la pelvis. Mantener la contracción durante 2 segundos y sigue durante el máximo tiempo posible.



EJERCICIO N° 2: Una vez localizados los músculos correctos, se debe continuar realizando fuertes contracciones durante 5 segundos, y luego relajar. Repetir el ejercicio 20 veces. También puede hacerse de pie, sentado o caminando.



EJERCICIO N°3: Nuevamente en posición supina sobre colchoneta, se deberá despegar la región glútea de la superficie, realizando una contracción de la musculatura pélvica como si se quisiera retener la orina. Mantener la contracción de 5 a 10 segundos y descansar. Repetir 10 veces.



EJERCICIO N°4: Una vez logrados con éxito los ejercicios anteriormente descritos, continuar con el fortalecimiento de los abdominales, contrayendo la musculatura pélvica.



EJERCICIO N° 5: Ejercicio con levantamiento de objeto. Cuando se levanta un objeto del suelo, la vejiga está expuesta a una fuerte presión. Practicar la contracción de la pelvis con un objeto de peso liviano realizando un levantamiento de él, integrando además la musculatura abdominal. Recordar realizar una buena técnica de levantamiento, con rodillas flectadas, brazos estirados, pies separados, espalda derecha y objeto pegado al cuerpo. Repetir 8 veces y descansar.



EJERCICIO N° 6: La musculatura encargada de la función esfintereana de la vejiga, se somete a una mayor tensión durante el salto más que en ningún otro ejercicio. El siguiente paso del programa de ejercicios consiste en contraer la musculatura pélvica mientras se da un pequeño salto con los pies juntos. En el caso de una persona mayor, este ejercicio puede adaptarse usando una baranda de apoyo anterior para una mayor seguridad en la sujeción, y en vez de saltar, ponerse en puntas de pies, y luego volver a la posición original.



BIBLIOGRAFÍA

1. Pena Outeiriño J.M., Rodríguez Pérez A.J., Villodres Duarte A., Mármol Navarro S., Lozano Blasco J.M. (2007 Ago). *Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico*. Actas Urol Esp [revista en la Internet]. [citado 2016 Ene 07]; 31(7): 719-731. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021048062007000700004&lng=es.
2. Serra L. Fisioterapia perineal. En: *Tratado de reeducación urogineproctológica*. Salinas J, Rapáriz M. (1997). 263-292. Gráficas Santer SL. Madrid,
3. Sobre "Ejercicios Para Fortalecer los Músculos del Suelo Pélvico", TENA. Disponible en: <http://www.tena.com.mx/profesionales/centro-para-la-gestion-de-la-incontinencia/tipos-y-causas-de-la-incontinencia/ejercicios-para-fortalecer-los-musculos-del-suelo-pelvico/>
4. Kim H, Yoshida H; Suzuki T. (2011). *The effects of multidimensional exercise treatment on community-dwelling elderly Japanese women with stress, urge, and mixed urinary incontinence: a randomized controlled trial*. Int J Nurs Stud; 48: 1165-1172.
5. Aukee P., Immonen P., Laaksonen DE., Laippala P., Penttinen J., Airaksinen O. (2004). *The effect of home biofeedback training on stress incontinence*. Acta Obstet Gynecol Scand; 83: 973-977.
6. Gameiro MO., Moreira EH., Gameiro FO., Moreno JC., Padovani CR., Amaro JL. (2010). *Vaginal weight cone versus assisted pelvic floor muscle training in the treatment of female urinary incontinence*. A prospective, single-blind, randomized trial. Int Urogynecol J; 21: 395-399.
7. Hirakawa T., Suzuki S., Kato K., Gotoh M., Yoshikawa Y. (2013). *Randomized controlled trial of pelvic floor muscle training with or without biofeedback for urinary incontinence*. Int Urogynecol J 24: 1347-1354.
8. Konstantinidou E., Apostolidis A., Kondelidis N., Tsimtsiou Z., Hatzichristou D., Ioannides E., (2007). *Short-term efficacy of group pelvic floor training under intensive supervision versus unsupervised home training for female stress urinary incontinence: a randomized pilot study*. Neurourol Urodyn; 26: 486-491.
9. Nascimento G., Santos V., Tahara N., Driusso P. (2012). *Effects of pelvic floor muscle training on quality of life of a group of women with urinary incontinence: randomized controlled trial*. Actas Urol Esp 2012; 36: 216-221.
10. Vinsnes AG., Helbostad JL., Nyrrning S., Harkless GE., Granbo R., Seim A. (2012). *Effect of physical training on urinary incontinence*. Clin Interv Aging ; 7: 45-50
11. Wang AC., Wang YY. Chen MC. (2004). *Single-blind, randomized trial of pelvic floor muscle training, biofeedback-assisted pelvic floor muscle training, and electrical stimulation in the management of overactive bladder*. Urology; 63: 61- 66.
12. Williams K.S, Assassa RP., Gillies CL, Abrams KR., Turner DA., (2006). *Shaw C y col. A randomized controlled trial of the effectiveness of pelvic floor therapies for urodynamic stress and mixed incontinence*. BJU Int; 98: 1043-1050.
13. Pereira VS., Correia GN., Driusso P. (2011). *Individual and group pelvic floor muscle training versus no treatment in female stress urinary incontinence: a randomized controlled pilot study*. J Obstet. Gynecol Reprod Biol; 159: 465-471.
14. Kashanian M., Ali SS., Nazemi M., Bahasadri S. (2011). *Evaluation of the effect of pelvic floor muscle training (PFMT or Kegel exercise) and assisted pelvic floor muscle training (APFMT) by a resistance device (Kegelmaster device) on the urinary incontinence in women: a randomized trial*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 159: 218-223
15. Tsai YC. Liu CH. (2009.) *The effectiveness of pelvic floor exercises, digital vaginal palpation and interpersonal support on stress urinary incontinence: an experimental study*. Int J Nurs Stud; 46: 1181-1186.
16. Alewijnse D., Metsemakers JF, Mesters IE., Van den Borne B. (2003). *Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence*. Neurourol Urodyn; 22: 284-295.

17. Kim H., Suzuki T., Yoshida Y., Yoshida H. (2007). *Effectiveness of multidimensional exercises for the treatment of stress urinary incontinence in elderly community-dwelling Japanese women: a randomized, controlled, crossover trial.* J Am Geriatr Soc; 55: 1932-1939.
18. Tejero M., Marco E., Boza R., Selva F., Piqueras M., (2008). *Gullén A y col. Incontinencia urinaria de esfuerzo y ejercicios del suelo pélvico. Estudio comparativo entre la eficacia de un entrenamiento individualizado vs instrucciones básicas.* Trauma; 19: 171-177.
19. Aksac B., Aki S., Karan A., Yalcin O., Isikoglu M., Eskiyurt N. (2003). *Biofeedback and pelvic floor exercises for the rehabilitation of urinary stress incontinence.* Gynecol Obstet Invest; 56: 23-27.
20. Dumoulin C., Lemieux MC, Bourbonnais D., Gravel D., Bravo G., Morin M. (2004). *Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol; 104: 504-510.
21. Sherburn M., Bird M., Carey M., B K., Galea MP. (2011). *Incontinence improves in older women after intensive pelvic floor muscle training: an assessor-blinded randomized controlled trial.* Neurourol Urodyn; 30: 317-324.
22. Castro RA., Arruda RM., Zanetti MR, Santos PD., Sartori MG., Girão MJ. (2008). *Single-blind, randomized, controlled trial of pelvic floor muscle training.* Clinics; 63: 465-472.
23. Felicíssimo MF., Carneiro MM., Saleme CS., Pinto RZ., Da Fonseca AM., Da Silva-Filho AL. (2010). *Intensive supervised versus unsupervised pelvic floor muscle training for the treatment of stress urinary incontinence: a randomized comparative trial.* Int Urogynecol J; 21: 835-840.
24. Resende AP, Stüpp L., Bernardes BT, Oliveira E., Castro RA., Girão MJ. (2012). *Can hypopressive exercises provide additional benefits to pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse?* Neurourol Urodyn; 31: 121-125.
25. Arruda RM., Castro RA., Sousa GC., Sartori MG., Baracat EC., Girão MJ. (2008). *Prospective randomized comparison of oxybutynin, functional electrostimulation, and pelvic floor training for treatment of detrusor overactivity in women.* Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct; 19: 1055-1061.
26. Sari D., & Khorshid L., (2009). *The effects of pelvic floor muscle training on stress and mixed urinary incontinence and quality of life.* J. Wound Ostomy Continence Nurs; 36: 429-435.
27. Carneiro EF, Araujo Ndos S., Beuttenmüll L., Vieira PC., Cader SA., (2010). *Cader SA y col. The anatomical-functional characteristics of the pelvic floor and quality of life of women with stress urinary incontinence subjected to perineal exercises.* Actas Urol Esp; 34: 788-793.
28. Kamel DM, Thabet A., Tantawy S., Radwan M., (2013). *Effect of abdominal versus pelvic floor muscle exercises in obese Egyptian women with mild stress urinary incontinence: A randomized controlled trial.* HKPJ; 31: 12-18.
29. Sriboonreung T, Wongtrangan S., Eungpinichpong W., Laopaiboon M., (2011). *Effectiveness of pelvic floor muscle training in incontinent women at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital: a randomized controlled trial.* J Med Assoc Thai; 94: 1-7.
30. Tang CL., Dai DC., Zhu WF., Jin YY., Mei LF., Zhao GF. (2009). *Observation on therapeutic effect of dog-day acupuncture and moxibustion combined with pelvic floor muscle exercises for treatment of female stress urinary.* Zhongguo Zhen Jiu; 29: 879-883.
31. Schnelle JF, Kapur K., Alessi C., Osterweil D., Beck JG., (2003). *Al-Samarrai NR y col. Does an exercise and incontinence intervention save healthcare costs in a nursing home population?* J Am Geriatr Soc; 51: 161-168.

Protocolo Reactivación Física

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico/a

Responsable de la ejecución: Kinesiólogo - terapeuta ocupacional

OBJETIVOS

Orientar al equipo profesional sobre acciones asociadas a la reactivación física, dirigidas principalmente a aquellos adultos mayores que se encuentran en algún estadio de dismovilidad.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Entre los 30 y los 80 años se pierde un 30% a 40% de la masa muscular. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. Si sumamos a este antecedente el reposo prolongado en cama, podemos observar cómo las personas mayores pierden funciones rápidamente si no se realiza un plan de reactivación física que vaya en pos de impedir la dismovilidad.
- El plan de atención de reactivación física, debe basarse en la escala de evaluación de la dismovilidad de Dinamarca, además de las situaciones temporales que generen un proceso de encamamiento, como por ejemplo, posterior a una caída, a un accidente vascular, a una neumonía, una ITU y cualquier otro cuadro que genere que la persona permanezca varios días en cama.
- El plan elaborado debe contar con los lineamientos entregados en el protocolo del plan de atención individual.
- Las acciones asociadas a la reactivación se deben realizar todos los días y en los casos que requieran más de una vez al día, el kinesiólogo y terapeuta ocupacional deberán dejar una serie de recomendaciones y actividades para que las asistentes de adulto mayor las realicen de forma cotidiana, en la medida de sus competencias, siendo los profesionales los responsables finales.
- Es importante, considerar el seguimiento y constante evaluación de la persona mayor, coordinado con las demás actividades y protocolos a aplicar en el residente de manera integral, para hacer una adecuación del plan de intervención.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

- I. **Realizar un programa de movilización pasiva, activo=asistida y activa** por parte del kinesiólogo y asistente de trato directo del adulto mayor, dependiente del estadio de la dismovilidad.

Se realizarán las siguientes acciones y/o actividades:

- Posicionar adecuadamente al adulto mayor en cama.
- Mantener el alineamiento corporal y la distribución del peso y el equilibrio. Evitar contacto entre sí de las prominencias óseas.
- Utilizar cojines, almohadas, dispositivos que permitan el posicionamiento en cama.
- Establecer cambios de posición de acuerdo a esquema cronológico cada 2 hrs del día (decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo y decúbito supino) y vespertino cada 4 horas en cama. Así como en sedente cada 15 minutos. Idealmente en una misma sesión de trabajo favorecer el paso de decúbito, a sedente, y luego abípedo.

- Enseñar estrategias, considerando el ahorro de energía, que permitan el giro en cama, paso sedente y bipedestación de forma independiente. Se pueden utilizar adecuaciones como cordeles con nudos o escalerillas que favorezcan la incorporación del adulto mayor de supino a sedente en cama.
- Estimular el equilibrio y control de tronco en sedente y bípedo.
- Controlar la hipotensión ortostática, considerando que hay que dar el tiempo para que cada cambio de posición se realice de forma adecuada y a tolerancia del adulto mayor.



- Estimular traslados y transferencias. Considerar que en la etapa 5 de la escala de dismovilidad el traslado en cama se realiza con sabanilla u otro similar entre 2 personas.
- Realizar rutina de ejercicios activos, activo/asistido y pasivo, en ese orden, para favorecer la independencia y reactivación del adulto mayor. Considerar este aspecto principalmente en las etapas 4 y 5 de la escala de Dismovilidad. Ello para prevenir acortamiento, retracciones musculares, UPP, y favorecer la mantención o aumento del rango articular, la fuerza muscular y la funcionalidad general.

II. Realizar evaluación y rehabilitación respiratoria para facilitar higiene o evitar complicaciones respiratorias

Se debe realizar evaluación preventiva a todos los usuarios encamados, lo que se deberá reforzar en períodos de invierno. Además, se realizará kinesiterapia respiratoria a todo usuario que lo requiera. Considerar los requerimientos de hidratación según cada caso.

III. Realizar un programa de actividad física y psicomotricidad diaria

Revisar protocolo para tal fin. Es importante que dependiendo del nivel de dismovilidad las actividades deben ser adecuadas a cada etapa: encamado y sedente (en sillón, silla o silla de ruedas, en este último caso considerar el trabajo de grupo en silla de ruedas).

IV. Realizar un programa de estimulación cognitiva diaria.

Revisar protocolo para tal fin. Destacar que éste protocolo se debería realizar en forma conjunta con el protocolo mencionado en punto 3, ya sea individual o en grupos.

V. Realizar evaluación y reentrenamiento en las actividades de la vida diaria.

Favorecer las Actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (AVDB y AVDI). El/la Terapeuta Ocupacional debe realizar una evaluación exhaustiva de las AVDB y AVDI que permita elaborar un plan de reentrenamiento de las mismas.

Además se debe considerar que:

- Todos los ejercicios y actividades con la persona mayor encamada deben simular la realización de las siguientes actividades de la vida diaria: higiene, continencia, vestuario, alimentación, deambulaci3n, entre otras.
- Favorecer que el adulto mayor realice continencia (ver protocolo de estimulaci3n de control de esfínteres).
- Si el adulto mayor puede contener, hay que favorecer el traslado al bańo, por ende las transferencias y estrategias que ello involucre. Adem3s, de favorecer la independencia en higiene mayor y menor.
- Cada vez que se realice la acci3n de vestir, se debe fomentar que el adulto mayor lo haga de forma independiente dentro de sus capacidades remanentes, en los tiempos necesarios y/o utilizando estrategias de conservaci3n de energía para ello, de acuerdo a las indicaciones del Terapeuta Ocupacional y/o Kinesiólogo.
- Cada vez que se realice la acci3n de alimentaci3n se debe fomentar que el adulto mayor lo haga de forma independiente o seg3n su nivel de degluci3n, dentro de sus capacidades remanentes, en los tiempos necesarios y/o utilizando estrategias de conservaci3n de energía para ello, de acuerdo a las indicaciones del Terapeuta Ocupacional y/o Fonoaudi3logo. (Ver protocolo de alimentaci3n y nutrici3n).

VI. Prevenir y manejar escaras

Ver protocolo de prevenci3n y tratamiento de úlceras por presi3n.

VII. Evaluar, revisar e indicar ayudas t3cnicas, órtesis y adaptaciones seg3n necesidades de cada usuario

El kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional de acuerdo a su experticia, deber3n evaluar, revisar e indicar, ayudas t3cnicas, órtesis y adaptaciones seg3n necesidades de cada usuario, colocando especial atenci3n en: alzador, órtesis, palmetas, adaptaciones para las actividades de la vida diaria, colch3n y cojín antiescaras.

En el caso de las ayudas t3cnicas, es importante evaluar la posibilidad de fabricaci3n a bajo costo, para ello se sugiere descargar el Manual de Ayudas T3cnicas a Bajo costo en el siguiente link <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/223/documento>.

VIII. Todas las acciones a realizar por el equipo profesional deben fomentar las actividades de ocio y recreaci3n dependiendo del estado físcico y cognitivo del adulto mayor, adem3s de mantener el vÍnculo afectivo familiar, personal y pares o referentes significativos por parte de 3rea social.

PERIODICIDAD

- Diaria.

MATERIALES

- Los requeridos de acuerdo a la actividad a realizar.

REGISTRO

- Ficha individual del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de Fabricación de Ayudas técnicas y asistencias tecnológicas a bajo costo CETRAM. 2012.
- Guía GES Órtesis (o ayudas técnicas) para personas de 65 años y más.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
DISMOVILIDAD	Descenso de la capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria por deterioro de las funciones motoras.
AYUDAS TÉCNICAS	Son utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología, que se utilizan para suplir movimientos o ayudar en las limitaciones funcionales de las personas con discapacidad.
ÓRTESIS	Es un apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.
ADAPTACIONES PARA LAS AVDS	Son ayudas técnicas orientadas a facilitar la realización de las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales.

ANEXO N° 1

ETAPAS DE LA DISMOVILIDAD

		ETAPAS				
		1	2	3	4	5
ETAPAS		Permanece la mayor parte del día de pie, pero con algún grado de molestias, dificultad o imposibilidad en la movilidad y/o traslado.	Permanece la mayor parte del día sentado.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de levantarse o incorporarse.	Permanece la mayor parte del día acostado, con capacidad de movilizarse en la cama.	Permanece la mayor parte del día acostado, sin capacidad de movimiento en la cama.
	A	Camina sin ayuda.	Se sienta y se incorpora solo.	Puede salir de la cama solo o con ayuda.	Puede movilizar extremidades superiores e inferiores y/o puede realizar giros sin ayuda.	Puede expresarse y darse a entender.
SUBETAPAS	B	Camina con ayuda (Técnica o de terceros). Incluye caminar apoyándose de muebles o paredes.	Deben incorporarlo y/o incorporarlo.	No puede salir de la cama, pero puede incorporarse y sentarse al borde de ella.	Puede movilizar extremidades superiores o inferiores. Necesita ayuda para realizar giros.	No puede expresarse, no puede darse a entender.

Fuente: Dinamarca, 2003.

Protocolo Actividad Física y Gerontopsicomotricidad

Etapas del proceso: Permanencia en la residencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Kinesiólogo

OBJETIVO

Los objetivos del protocolo están orientados a mantener y/o mejorar, en la persona mayor:

- **Rango articular**
- **Flexibilidad**
- **Fortalecimiento muscular**
- **Equilibrio**
- **Coordinación**
- **Prevención de caídas**
- **Esquema corporal y lateralidad**
- **Relajación**
- **Respiración**
- **Capacidad cardiorrespiratoria**
- **Psicomotricidad**
- **Funcionalidad**
- **Socialización y participación**
- **Técnicas de ahorro de energía**
- **Estimulación cognitiva (Ver protocolo específico)**

CONSIDERACIONES PREVIAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la actividad física como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía”. Para los adultos mayores consiste en actividades de tipo recreativas y/o ocupacionales como paseos caminando o en bicicleta, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias. Es así como la expresión “actividad física” no se debería confundir con “ejercicio”, que es una subcategoría de actividad física que se planea, está estructurada, es repetitiva y tiene como objetivo mejorar o mantener uno o más componentes del estado físico.

En este contexto, la gerontopsicomotricidad consiste en una serie de técnicas que se aplican con el fin de obtener un mayor nivel de autonomía física y psicológica, mejorar el equilibrio emocional, potenciar la sociabilidad y aumentar la capacidad de adaptación a nuevas situaciones.

Se plantea la necesidad de integrar dentro del plan de atención, actividades de estimulación psicomotriz y de actividad física, el cual debe basarse en el diagnóstico y evaluación integral de la persona mayor. (Ver protocolo de plan de atención individual).

Se debe explorar dentro del historial del adulto mayor, si éste realizaba alguna actividad física en el pasado, como baile, deportes, caminatas u otras.

El reposo del adulto mayor es indicado sólo en casos específicos, dadas las condiciones de salud que lo ameriten por un cuadro agudo, con un plan que logre la reactivación física a la brevedad.

CONSIDERACIONES GENERALES

- Mantener la hidratación (al comienzo, medio y final de la actividad) con 500 c.c. Disponer de jarros de agua.
- Evitar los cambios bruscos de temperatura (especialmente en invierno). La vestimenta se debe ajustar a estos cambios (de zona cálida a fría o viceversa). Usar protector solar (aire libre).
- El espacio debe ser acogedor y reunir condiciones de seguridad, especialmente cuidando que el piso y la iluminación no genere un riesgo de caídas.
- Actuar con un criterio de prevención de accidentes, resguardando la zona e implementos con los que se ejecuten las actividades.
- La ropa debe ser adecuada, cómoda y en lo posible deportiva. Usar zapatillas o zapato (adecuado) bajo, plano, ancho en la parte anterior, firme en tobillo y flexible.
- Se debe asociar el ejercicio con alguna acción concreta de la vida diaria, que simule alguna AVDs y potencie la movilidad articular por ejemplo: peinarse, secarse la espalda con toalla, entre otros.
- Las actividades se pueden realizar en grupos (idealmente entre 10 y 15 personas) en posición sentados (en silla de ruedas, silla) de pie o en parejas. Ello dependiendo de las características funcionales del grupo. La permanencia del adulto mayor en silla de ruedas no es un impedimento para realizar actividad física, en este caso el profesional deberá ajustar las actividades y tareas generando una intervención inclusiva.
- Se deben favorecer las actividades que estimulen el fortalecimiento de la musculatura de las extremidades inferiores, dentro de ellas, pararse y sentarse, ya que promueve la prevención de caídas.
- Estimular a que el residente se levante temprano de la cama.
- Considerar que algunos adultos mayores requerirán de asistencia para el desarrollo de las actividades.
- Realizar trabajo sentado, afirmado de una silla, barra de sujeción o favorecer el trabajo con otro adulto mayor más autovalente.
- Estimular la marcha y los desplazamientos, siempre supervisado. Quien lo requiera debe ser guiado.
- Potenciar el ritmo y coordinación con la música, la cual debe ser bajo los intereses del grupo.
- Al momento de planificar la actividad, el profesional debe considerar qué funciones superiores se trabajan con el ejercicio a abordar, pues con cada actividad también se realiza estimulación cognitiva. Además, debe asociar el ejercicio a números, partes del cuerpo, lateralidad (derecha- izquierda, arriba-abajo, adelante-atrás), trabajo de pares de adultos mayores, secuencias, suma y complejidad de ejercicios, que potencien las **funciones superiores**.
- En una sesión se deben trabajar varias **funciones motoras** (Actividades Multimodales e integrales).
- Las instrucciones entregadas a los adultos mayores deben ser claras y precisas.
- La diversidad en el proceso de envejecimiento obliga al profesional a generar una comunicación efectiva con cada uno de los usuarios. Desde lograr la atención durante la explicación, demostrar y corroborar, lo que es fundamental, para asegurarse una adecuada comprensión; hasta el acompañamiento, considerando la opinión de la persona mayor y la supervisión extrema.
- En las instrucciones, considerar las adaptaciones según edad, estado cognitivo, escolaridad y cultura. Observar permanentemente la ejecución de las actividades y estar atento a modificarlas y adaptarlas, según las condiciones específicas del momento.
- Preguntar continuamente a los adultos mayores cómo se sienten, particularmente a aquellos más frágiles y geriátricos. Enseñar al adulto mayor a controlar pulso, según el caso y observar la tolerancia al esfuerzo, para ello es posible utilizar la escala de borg. Si la persona se siente fatigada, extenuada, mareada, con visión borrosa es mejor sentarla y controlar su presión y/o pulso.
- Mantener la motivación y la atención, generando desafíos alcanzables en un clima colaborativo.
- No hacer actividad física sin haber consumido alimentación previamente.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Ejercicios de Fuerza, Equilibrio

Indicaciones:

- El trabajo de sobrecarga se aplica según el modelo 1x2x3. El tiempo de duración del ejercicio es de 1 minuto, seguido de 2 minutos de descanso, para luego repetir ésta acción en 3 ocasiones.
- Se deberá abordar los 3 grupos musculares más grandes (Tren Superior: hombros y brazos, tronco: pectoral, flexores y extensores, y Tren inferior: muslos y gastrocnemios) según las condiciones específicas de cada adulto mayor con movimientos funcionales o localizados dependiendo de la condición de cada beneficiario.
- Se debe realizar ejercicios de fortalecimiento para todo el grupo de músculos principales a lo menos 2 veces a la semana.
- No se deberá ejercitar el mismo grupo de músculos 2 días seguidos.
- Se deberá seguir los mismos principios básicos del entrenamiento: de la sobrecarga, de la progresión, de la especificidad y la individualidad del entrenamiento, y del desentrenamiento o reversibilidad.
- En cada sesión de entrenamiento se deberá producir un estímulo lo suficientemente intenso, por encima del que suponen las actividades regulares de la vida diaria de cada beneficiario, como para producir la respuesta de adaptación deseada (principio de sobrecarga), pero sin llegar a producir agotamiento o esfuerzo indebido. De modo específico, al hacer los ejercicios de fortalecimiento, se repiten 8 a 15 veces en el ciclo 1. Se descansa 2 minutos (ciclo 2), y se vuelve a repetir 8 a 15 veces el mismo ejercicio. Hasta completar el ciclo 3.
- Mientras espera que pasen los 2 minutos de descanso se deberá elongar el músculo con el que recién se trabajó.
- Dentro del ciclo 1, se deberá tomar 3 segundos para levantar o empujar el peso hasta su posición, mantener la posición por 1 segundo y tomar otros 3 segundos en volver el peso a su lugar.
- No se debe dejar caer el peso bruscamente; por el contrario, hay que bajarlo lentamente.
- El esfuerzo debe ser moderado. No debe sentirse como un esfuerzo demasiado grande.
- Al mismo tiempo, los ejercicios que seleccione el profesional deberán estar orientados a mejorar la funcionalidad muscular. Se deben alternar ejercicios localizados con ejercicios funcionales que comprometan a mayores grupos musculares al mismo tiempo.
- Usar peso en las muñecas y en los tobillos. Se recomienda que sean construidos por los mismos usuarios: usar envases rellenos con arena (seca y mojada), ripio o agua, o calcetines rellenos con semillas y amarrados en sus extremos, elásticos, etc. Se sugiere involucrar a la familia, personas significativas o voluntariado en caso de existir el apoyo para la recolección de materiales reciclables y posterior elaboración de los mismos.

Modificaciones y adaptaciones

- Dependiendo del estado físico de la persona mayor, se podrá comenzar usando poco peso, 1/2 ó 1 kg. o incluso ningún peso. Se deberá usar un mínimo de peso durante la primera semana, después aumentarlo paulatinamente.
- Si la persona mayor no puede levantar o empujar un peso 8 veces seguidas, quiere decir que es demasiado peso y se debe reducir. Si puede levantar el peso 15 veces de una vez, quiere decir que es muy liviano y se debe aumentar.
- Ejemplo de cómo progresar en forma gradual: Empezar con un peso que la persona mayor pueda levantar sólo 8 veces. Siga usando ese peso hasta que la persona sea capaz de levantarlo 12 ó 15 veces. Agregue

más peso, de modo que podrá levantarlo solamente 8 veces. Use ese peso hasta que sea capaz de levantarlo 15 veces, agregue más peso. Repetir dicha secuencia.

- Además, cuando el adulto mayor percibe que el esfuerzo es bajo, según la Escala Borg, se puede acortar el tiempo de recuperación, procurando siempre estar atento a signos y síntomas de agotamiento extremo o pérdida de la correcta ejecución.
- Para las personas que no puedan realizar ejercicio de pararse y sentarse de forma segura, llevarlos a una zona con pasamanos u otro implemento para realizar la fuerza desde allí.
- Tener en cuenta que al momento de sentarse, los pies de los participantes no queden colgando de la silla.
- La presencia de lesiones o deterioro que pudieran impedir la realización de algún grupo específico debe ser considerada por el profesional para compensar muscularmente, variar el tipo de ejercicio o cambiar el grupo muscular a trabajar.
- Adaptar silla con apoya brazos para aquellos participantes que necesiten asistencia con los brazos para lograr pararse. Estar atento a cualquier signo de desequilibrio al momento que los participantes se paren.
- Para las personas que deben permanecer en silla de ruedas, realizar la actividad física y psicomotricidad dentro de ella, favoreciendo la estimulación de extremidades superiores, extremidades inferiores y tronco.

Medidas de Precaución

- La persona mayor no debe contener la respiración durante los ejercicios de fortalecimiento, dado que el contener la respiración junto con el esfuerzo del ejercicio puede ocasionar cambios en la presión sanguínea. Se debe respirar normalmente.
- Exhalar mientras levanta o empuja peso, e inhalar mientras descansa. Por ejemplo, si se está haciendo levantamiento de piernas, se deberá exhalar cuando la levanta e inhalar al bajarla.
- Si la persona posee prótesis de caderas es importante cerciorarse de la etapa del proceso de rehabilitación, que sea la etapa tardía. Además, si posee prótesis de cadera, no se debería cruzar las piernas y no inclinar el cuerpo más allá de un ángulo de 90 grados.
- Evitar dar sacudidas a los pesos en la posición del ejercicio.
- Evitar bloquear las articulaciones de sus brazos y piernas poniéndolas en una posición rígida.
- El dolor muscular que dura un par de días y una ligera fatiga son normales después de los ejercicios de fortalecimiento muscular, pero el estar extenuado y tener dolor en las articulaciones no lo son.
- Los últimos síntomas descritos significan que se ha ejercitado demasiado. Ninguno de estos ejercicios debe producir dolor. El rango en el cual se mueven los brazos y piernas no tiene que doler nunca.

II. Ejercicios de Resistencia (Cardiorespiratorias) Indicaciones

- Se deberá manejar la intensidad de las actividades de mayor esfuerzo físico mediante el control de la frecuencia cardíaca, la que debe manejarse en valores de intensidad moderada, entre el 50–69% de la Frecuencia Cardíaca Máxima (FC Máx). Para facilitar el control de la intensidad de aquellas actividades que requieran mayor esfuerzo, se sugiere entrenar a los adultos mayores en su medición, enseñando a identificar y palpar el pulso y luego cronometrando el tiempo, calculando la FC Máx y educando en los rangos en que se debe mantener. Se recomienda el uso de la fórmula de Tanaka para el cálculo de la FC Máx de los adultos mayores ($208 - (0.7 * \text{edad})$) y la creación de una tabla que relacione edad y FC Máx que esté disponible durante el desarrollo de la sesión.

- Para adultos mayores que han estado inactivos por un largo tiempo, se recomienda los siguientes ejercicios en forma gradual (considerando la capacidad de desplazamiento):
 - Bailar
 - Jardinear (cortar el pasto, usar el rastrillo)
 - Caminar rápido en una superficie inclinada
 - Bicicleta estática

III. Ejercicios de Elongación

Indicaciones

- Se recomienda elongar luego de haber realizado ejercicios de fortalecimiento y resistencia.
- Los ejercicios de elongación se realizan 3 a 5 veces en cada sesión.
- Se debe elongar lentamente la posición deseada y mantener la elongación por 20 a 30 segundos. Relajar y repetir, tratando de elongar un poco más.
- Elongar sus músculos sin calentamiento puede ser peligroso.
- La elongación nunca debe causar dolor, especialmente dolor articular. Si duele es porque se está haciendo demasiado esfuerzo. Un leve dolor o una leve sensación de tirón es normal.
- Nunca se debe realizar una elongación enérgica: se efectúan movimientos lentos y continuos.
- Evitar bloquear las articulaciones durante los ejercicios de elongación.
- Si por alguna razón el adulto mayor no puede realizar ejercicios de resistencia o de fortalecimiento, los ejercicios de elongación son los únicos posibles. Se deben realizar a lo menos 3 veces a la semana, mínimo 20 minutos cada sesión.

IV. Ejercicios de Relajación

Una técnica de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental. Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma, reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira. La relajación física y mental está íntimamente relacionada con la alegría, la calma y el bienestar personal del individuo.

Se recomiendan realizar las siguientes actividades, principalmente al momento de vuelta a la calma de la sesión:

- Masaje
- Meditación
- Respiración
- Entrenamiento autógeno
- Relajación muscular progresiva de Jacobson
- Sonoterapia y musicoterapia
- Visualización de imágenes mentales agradables

Un ejemplo de ejercicio de relajación asociado a la respiración es: Sentado cómodamente, espalda apoyada en la silla, inhalar por la nariz, “inflando o sacando el abdomen” (lentamente sin producir sonidos). Y exhalar por la nariz o boca, “hundiendo el abdomen”. Si se prefiere, indique que la persona mayor coloque una mano en el abdomen para sentir como sube al tomar aire y baja al botarlo. Se puede realizar de pie, con los pies ligeramente separados, apoyado en una pared (ver figura en anexo).

De modo general evitar:

- Movimientos balísticos (movimientos amplios)
- Maniobras de Valsalva (contener la respiración)
- Hiperventilación
- Ejercicios extenuantes
- Circunducción de cuello
- No forzar amplitudes articulares
- Generar dolor articular
- Ejercicios de gran impacto
- Saltos de altura e impactos
- Posturas bajas (decúbito)
- Cambios de posición violentos (decúbito a bípedo)

PERIODICIDAD

- La práctica de Actividad Física se debe realizar como mínimo 3 veces por semana y según avance de la persona mayor.
- Los ejercicios de sobrecarga (fuerza) se deben realizar 2 veces por semana.
- Los ejercicios de equilibrio y coordinación todos los días.
- Los ejercicios de flexibilidad mínimo 3 veces por semana, y 3 a 5 veces en una sesión.

MATERIAL

- Espacio para realizar actividad física: salón, dormitorio, pasillos.
- Sillas
- Radio
- Implementos de rehabilitación: mancuernas, tobilleras, bandas elásticas, balones pequeños, conos, bicicletas estáticas.
- Implementación de bajo costo: palos de escoba, tubos de PVC, conos de cartón, mancuernas de botellas rellenas con: agua, arena (seca y mojada), ripio, calcetines rellenos con semillas y amarrados en sus extremos, elásticos de costura, cordeles, pelotas, pantys, globos, pañuelos, bufandas, almohadas, toallas, entre otros.
- Jarrón y vasos de agua

REGISTRO

- Ficha Individual del Adulto Mayor

BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
- http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_olderadults/es/
- Debra R. (2005). *Equilibrio y movilidad con personas mayores*. California: Editorial Paidotribo.
- Del Río V. (2004). *Manual práctico de psicomotricidad para personas mayores*. Madrid: Editorial Dilema.
- Rey A., Canales I. y Táboas M. *Memoria en Movimiento. Programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad para personas mayores. VOLUMEN 1 y 2, Programa "Memoria en Movimiento" Unidades Didácticas y Sesiones*. Obra Social Caixa - Galicia.
- Pont P., Carroggio, M. (2001). *Movimiento Creativo con personas mayores*. Editorial Paidotribo.
- Orientación Técnica Programa MÁS Adultos Mayores Autovalentes. MINSAL 2015.
- Orientaciones y Lineamientos componente Actividad Física y Ejercicio físico, Programa Vida Sana. MINSAL 2015.
- Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud, 2010
- Manual de Prevención de Caídas en el Adulto Mayor. MINSAL.
- Abellán J; Sainz de Baranda, P; Ortin, E. Guía para la Prescripción del Ejercicio Físico en pacientes con riesgo cardio-vascular. Sociedad Española de Hipertensión. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial. Sociedades de Hipertensión.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
FUNCIONES SUPERIORES	Atención, memoria, planificación, capacidad de abstracción, resolución de problemas, aptitudes secuenciales, flexibilidad mental, lenguaje y habla, praxias, gnosias, cálculo.
FUNCIONES MOTORAS	Postura, estabilidad y movimiento.

ANEXO N° 1

EJERCICIOS DE FUERZA

Los diferentes ejercicios se describen en terminología simple como se debería explicar y demostrar a las personas mayores.

Para aquellas personas mayores que permanecen en silla de ruedas, los ejercicios recomendados se indicarán con un asterisco (*).

Abductores de hombro (Deltoides)

1. Siéntese en una silla.
2. Ponga los pies apoyados en el suelo, los pies paralelos a los hombros.
3. Los brazos derechos a ambos lados, las palmas hacia adentro.
4. Levante los brazos hacia los costados, hasta la altura de los hombros.
5. Mantenga esa posición.
6. Lentamente baje los brazos.

(*)



Flexo-extensores de tronco (Erectores espinales y abdominales, también musculatura de extremidades inferiores)

1. Ponga las almohadas contra el respaldo de la silla.
2. Siéntese en el medio o hacia la punta de la silla, las rodillas dobladas, los pies contra el suelo.
3. Reclínese sobre la almohada, en posición semireclinada, la espalda y hombros derechos.
4. Levante la parte superior del cuerpo hasta que quede sentado derecho, usando las manos lo menos posible.
5. Lentamente póngase de pie, usando las manos lo menos posible.
6. Lentamente vuelva a sentarse.
7. Mantenga derechos los hombros y la espalda durante todo el ejercicio.



Flexores de codo (Bíceps braquial)

1. Los pies apoyados en el suelo y paralelos a los hombros.
2. Sostenga las pesas en las manos, a ambos lados del cuerpo, brazos derechos y, palmas hacia adentro.
3. Lentamente doble un codo, levantando el peso hacia el pecho. (Rote la palma de la mano hasta enfrentar el hombro mientras levanta la pesa).
4. Mantenga la posición.
5. Lentamente baje el brazo hasta la posición inicial.
6. Repita con el otro brazo. Se realiza una vez con el brazo derecho y luego con el izquierdo.

(*)



Flexores plantares (Gastrocnemio)

1. Párese derecho, apoyándose en el borde de una mesa o respaldo de una silla para equilibrarse.
2. Lentamente párese en punta de pie (ambos pies), lo más alto posible.
3. Mantenga la posición.
4. Lentamente baje los talones hasta apoyar todo el pie en el suelo.

Introduzca una variación, en la medida que la fuerza aumenta. Haga el ejercicio apoyándose en una sola pierna, y alternándolas. (En el caso que el adulto mayor permanezca en silla de ruedas, realizar flexo-extensión, y circunducciones de tobillo).



Extensores de codo (Tríceps Braquial)

1. Siéntese en una silla, cerca del borde.
2. Pies apoyados en el suelo, mantenga los pies en la línea de los hombros.
3. Levante un brazo derecho hacia el techo.
4. Sostenga este brazo, baje el codo con la otra mano.
5. Inclíne el brazo levantado hacia el codo, llevando el peso de la mano hacia el mismo hombro.
6. Lentamente vuelva a enderezar el brazo hacia el techo.
7. Mantenga la posición.
8. Lentamente inclíne el brazo hacia el hombro nuevamente.

(*)



Extensores de codo (Tríceps Braquial), alternativa

1. Siéntese en una silla con brazos.
2. Inclínese levemente hacia adelante, espalda y hombros derechos.
3. Tome los brazos de la silla.
4. Ponga sus pies ligeramente debajo de la silla, el peso sobre los dedos.
5. Lentamente levante el cuerpo de la silla usando sus brazos, no sus piernas.
6. Lentamente baje y tome la posición inicial.



Flexores de rodilla (Bíceps sural)

1. Párese derecho, sujétese de una mesa para mantener el equilibrio.
2. Lentamente doble una rodilla lo más posible.
3. Mantenga esa posición.
4. Lentamente baje el pie (estire la rodilla).
5. Repita con la otra pierna.



Flexores de caderas (Psoas iliaco)

1. Párese derecho afirmado en un objeto alto, para mantener el equilibrio.
2. Lentamente lleve la rodilla hacia el pecho, sin inclinar las rodillas ni las caderas.
3. Mantenga la posición.
4. Lentamente baje la rodilla.
5. Repita con la otra pierna.

(En el caso que el adulto mayor permanece en silla de Ruedas, realizar triple flexión en esa posición).



Flexores de hombros (Pectorales)

1. Siéntese en una silla.
2. Los pies apoyados en el suelo; paralelos a los hombros.
3. Los brazos a los costados, las palmas hacia adentro.
4. Levante los brazos al frente (manténgalas derecho con las palmas hacia arriba) hasta la altura de los hombros.
5. Mantenga la posición.
6. Baje lentamente los brazos.

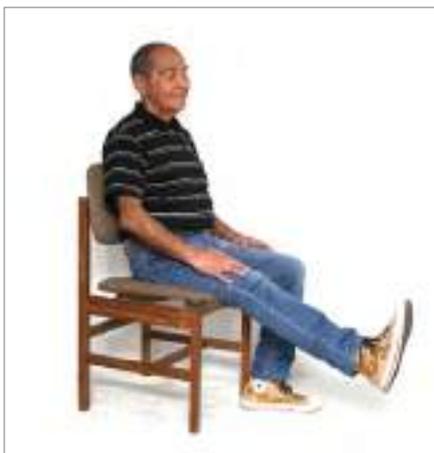
(*)



Extensores de rodilla (Cuádriceps)

1. Siéntese en una silla. Ponga una toalla enrollada bajo las rodillas, si es necesario.
2. Lentamente extienda una pierna lo más derecho posible.
3. Mantenga la posición y flecte el pie hacia la cabeza.
4. Lentamente baje la pierna.
5. Repita con la otra pierna.

(*)



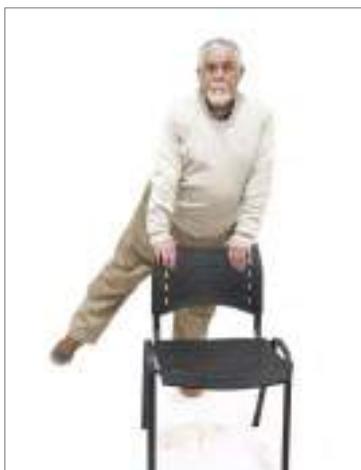
Extensión de cadera (Glúteos)

1. Párese a unos 15 cm, de la silla.
2. Incline las caderas hacia la silla.
3. Lentamente levante la pierna derecha hacia atrás.
4. Mantenga la posición.
5. Lentamente baje la pierna.
6. Repita con la pierna contraria.



Abductores de cadera (Glúteo medio)

1. Párese derecho, detrás de una silla, con los pies ligeramente separados.
2. Apóyese en la silla para mantener el equilibrio.
3. Lentamente levante la pierna a 12 ó 20 cm. del suelo.
4. Mantenga la posición.
5. Lentamente baje la pierna.
6. Repita con la pierna contraria.
7. La espalda y ambas rodillas deben mantenerse rectas durante todo el ejercicio.



Duración: 10 ó 25 minutos según estructura a utilizar en la sesión:

Opción A:

- 5 minutos de calentamiento continuo (progresión de intensidad).
- 10 minutos de aeróbico.
- 10 minutos de sobrecarga.
- 10 minutos de aeróbico.
- 10 minutos de sobrecarga.
- 10 minutos de flexibilidad.
- 5 minutos de vuelta a la calma.

Opción B:

- 5 minutos de calentamiento continuo (progresión de intensidad).
- 10 minutos de aeróbico.
- 25 minutos de sobrecarga.
- 10 minutos de aeróbico.
- 5 minutos de flexibilidad.
- 5 minutos de vuelta a la calma.

Ejercicio de Equilibrio

- Cualquiera de los ejercicios de fortalecimiento de extremidades inferiores son también ejercicios de equilibrio estático. Ellos incluyen flexión plantar, de rodillas y de caderas, extensión y abducción de cadera.
- La persona mayor debe estar sujeto de una silla, baranda, pared, mesa, u otra superficie estable, o realizar el ejercicio en pareja.
- Al mismo tiempo, ellos pueden aumentar aún más su estabilidad si se agregan las siguientes modificaciones, considerando las características del grupo, usuario y avances:



1. Apoyo de una silla con ambas manos para un buen equilibrio – Apoyo con una sola mano.
2. Apoyo solamente con un dedo.
3. Ejercicio sin el apoyo, pero al costado de la sujeción o en parejas (mientras una persona mayor realiza la actividad, el segundo lo asiste).
4. Ejercicio sin apoyo y con los ojos cerrados. Esta progresión se podrá realizar cuando la persona mayor presente buena estabilidad, y deberá realizar en parejas).

Para estimular el equilibrio dinámico, es importante favorecer las actividades que incluyen la marcha.

1. Caminar en una línea con el talón-con-dedo (colocar el talón frente de los dedos del pie opuesto cada vez que se dé un paso. Los pies deberán tocarse o casi tocarse).
2. Caminar en zigzag.
3. Caminar sobre una superficie blanda.
4. Caminar y sobrepasar obstáculos.
5. Diversos desplazamientos.

Protocolo Prevención y Tratamiento de Úlceras por Presión

Etapas del Proceso: Permanencia en la residencia

Responsable del Cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Enfermera/o

OBJETIVO

General :

Prevenir la aparición de Úlceras por Presión (UPP) en las personas mayores durante su estadía en la residencia.

Específicos:

- Valorar el riesgo de presentar úlceras por presión (UPP).
- Planificar la atención que se brinda para la prevención de las úlceras por presión en los mayores, según Escala de Valoración de Riesgo de UPP Norton.
- Mantener y/o mejorar el estado de la piel de los adultos mayores.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La aparición de úlceras por presión durante la estadía de una persona mayor en la residencia, es un indicador de calidad asistencial por la repercusión en el estado de salud de quienes las padecen, como también sobre el personal que atiende a los residentes, constituyendo un reto y una gran responsabilidad desde el punto de vista de la prevención como del tratamiento. Las personas mayores con UPP, ven agravado su estado de salud y calidad de vida, pero además en el área clínica, se debe asumir un mayor número de requerimientos de atención al residente, tanto en cuidados como en materiales e insumos.

En el presente protocolo se define la úlcera por presión (UPP), como un área de piel o tejidos adyacentes que presentan daño o trauma localizado, generalmente sobre una prominencia como consecuencia de presión sola o en combinación con cizallamiento o fricción. El proceso involucra isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. (European Pressure Ulcer Advisory Panel 2007).

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Etiología de las UPP:

- **Presión:** Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente a la persona y otro externo a él. Se da en la persona que no moviliza el segmento afectado, especialmente en relación a prominencias óseas.
- **Fricción:** Fuerza tangencial que actúa produciendo roces por movimientos o arrastres. En la persona encamada o sentada, el roce con las sábanas o superficies rugosas se da sobre todo en las movilizaciones al arrastrarlo.
- **Cizallamiento:** Se combinan los efectos de presión y fricción. Las fuerzas de cizallamiento son fuerzas paralelas que se producen cuando dos superficies adyacentes se deslizan una sobre otra. Por ejemplo, se ejerce cizallamiento sobre el cuerpo cuando se eleva la cabecera de la cama o cuando la persona sentada en una silla se desliza hacia abajo. En esta situación, los tejidos externos -piel, fascias superficiales- permanecen fijos contra las sábanas de la cama mientras que los tejidos profundos -fascias profundas, esqueleto- se deslizan hacia los pies de la cama. Debido a este efecto, la presión que se necesita para disminuir la aportación sanguínea es menor, por lo que la isquemia del músculo se produce más rápidamente.

Zonas Afectadas:

Decúbito supino	Decúbito lateral	Sentado
Occipital	Oreja	Cóccix
Escápulas	Acromion	Escápulas
Sacro	Trocánter	Codos
Calcáneo	Cóndilos	Zona poplítea
	Maléolos	

Factores de Riesgo:

- Inmovilidad o alteraciones de la actividad y/o movilidad.
- Edad de la persona: Adultos mayores con pérdida de elasticidad de la piel, piel seca, movilidad restringida.
- Disminución de la conciencia.
- Alteraciones circulatorias.
- Déficit nutricional.
- Alteraciones en la eliminación: Incontinencia.
- Trastornos inmunológicos: Infecciones, neoplasias.
- Tratamientos farmacológicos: sedantes, corticoides, citostáticos.
- Aplicación de técnicas: sondajes, férulas, inmovilizaciones.
- Fiebre.
- Deshidratación, edema.
- Déficit de higiene.

ETAPA 1: Valoración riesgo de UPP.

- Se utilizará la escala de Norton que incluye 5 aspectos a valorar: Estado físico general (nutrición, ingesta de líquidos, temperatura corporal e hidratación), estado mental, actividad, movilidad e incontinencia (Ver anexo N°1).
- La valoración se aplicará al ingreso del residente durante la etapa biomédica en la valoración geriátrica integral. La evaluación se realizará según riesgo:

Evaluación:

Alto riesgo: Diaria.
 Riesgo medio: cada 3 días. Bajo riesgo: cada 7 días.

ETAPA 2: Prevención de UPP.**a. Medidas de Prevención de Piel:**

- Evaluar diariamente el estado de la piel del residente: coloración, temperatura, integridad y humedad.
- Mantener la piel del adulto mayor en todo momento limpia y seca.
- Evitar que la piel esté húmeda.
- Evitar fricción de la piel al cambio de posición de la persona.
- Usar agua tibia para el baño y al secar evite la fricción de la piel.
- Utilizar jabones neutros.
- Mantener sábanas limpias, secas y sin arrugas.
- Evitar aplicar en la piel alcohol (colonias).
- Aplicar cremas hidratantes procurando su completa absorción en la piel.
- Evitar masajes sobre zonas de prominencias óseas y en zonas enrojecidas.
- Preferir la utilización de ropa de tejidos naturales.
- Proteger zonas de prominencias óseas con apósitos, dispositivos o protectores hidrocoloides.
- Procurar la adecuada ingesta alimentaria y de líquidos que tiene el adulto mayor.
- Mantener una temperatura adecuada de la piel.

b. Medidas de prevención de UPP en adultos mayores con Incontinencia:

- Valorar y tratar los diferentes procesos que pueden causar incontinencia, transpiración, drenajes y exudado de heridas.
- Utilizar pañales que absorban la humedad al interior, alejándola de la piel de la persona, recordar que tienen un nivel de saturación y que se deben cambiar con frecuencia.
- Programar el aseo genital con mayor frecuencia y de acuerdo a la necesidad de la persona.
- El exceso de cremas hidratantes o barrera puede adherirse al pañal y dificultar la absorción por su parte.
- Si el residente tiene sonda Foley: vigilar, limpiar y proteger la zona de apoyo, rotando la fijación de forma diaria.
- La higiene y cambio de sábanas, camisón o pijama debe ser frecuente, se hace más recomendable en personas con mayor sudoración.

c. Movilización como medida de prevención:

- Programar cambios de posición cada 2 horas a los adultos mayores de riesgo alto y de riesgo moderado. Durante la noche, el cambio de posición se puede espaciar a 4 horas.
- En períodos de sedestación se efectuarán movilizaciones activo-asistidas (si puede realizarlo autónomamente), con la finalidad de retroalimentar constantemente la movilización autónoma.
- Mantener alineamiento corporal y la distribución del peso y el equilibrio.
- Evitar el contacto de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre usando fuerzas tangenciales.
- No usar flotadores o picarones.
- Utilizar cojines, almohadas, colchones y cojines anti escaras¹, dispositivos o protecciones locales y alzaropas.

Estos dispositivos son sólo un material complementario, y no sustituyen a la movilización (cambios de posición).

• **Movilización de acuerdo al grado de dependencia:**

Adulto Mayor Autovalente: Se debe favorecer la movilización activa: animar a levantarse de la cama y deambular. Si está sentado, debe cambiar de posición cada 15 minutos.

Adulto Mayor Dependiente o en función de la valoración de riesgo: Los cambios posturales se deben realizar cada 2 horas (evidencia cada 2 Horas). Siguiendo una rotación: decúbito lateral derecho, decúbito lateral izquierdo, decúbito supino/prono. Si se puede, es recomendable programar períodos de sedestación o sentar en una silla o sillón. De noche, los cambios se pueden espaciar, cada 4 horas.

• **Cambios de posición:**

Posición	Realización	Precauciones
Decúbito supino	<ul style="list-style-type: none"> Almohada debajo la cabeza. Almohada debajo los gemelos, dejando talones libres. Almohada debajo de cada brazo. 	<ul style="list-style-type: none"> Alineación del cuerpo. Evitar rotación externa de extremidades inferiores y superiores. Mantener la posición funcional. Evitar pie equino.
Decúbito lateral	<ul style="list-style-type: none"> Almohada debajo de la cabeza. Almohada en la espalda, dejando libre el sacro. Almohada entre las rodillas. Almohada debajo del brazo superior para mantenerlo elevado. 	<ul style="list-style-type: none"> Piernas separadas y en ligera flexión. Pierna en contacto con la cama ligeramente retrasada. Evitar pie equino.
Posición sentado	<ul style="list-style-type: none"> Almohada debajo de cada brazo. Almohada debajo de los pies. Almohada debajo de los muslos. 	<ul style="list-style-type: none"> Alineación del cuerpo. Mantener las caderas, rodillas y tobillos en flexión de 90°. Espalda en ángulo de 45-60°. Evitar presión sobre hueso poplíteo.

- Utilizar almohadas para mantener las posiciones y para evitar contacto entre sí de las prominencias óseas.
- Mantener la alineación.
- No arrastrar a la persona. (Utilizar una sabanilla bajo tórax y abdomen para evitar la fricción).
- Evitar el contacto con superficies duras (cables de monitoreo, conexiones de suero, "objetos olvidados en la cama").
- Durante la sedestación, las presiones se concentran en puntos concretos por lo que se debe cambiar de posición como máximo cada 2 horas.
- Proteger las zonas de apoyo y evitar el contacto directo con superficies sintéticas. Es recomendable utilizar superficies reductoras de presión (cojines).

d. Educación:

- Valorar la capacidad y el grado de dependencia de la persona mayor, para participar en su programa de prevención.
- Capacitar a todos los niveles involucrados en técnicas de movilización: Personas mayores, familia, equipo residencia y cuidadores.

ETAPA 3: Tratamiento

En primera instancia, se debe realizar una valoración a la UPP, dirigida a la identificación y descripción de las características de la lesión de acuerdo a parámetros establecidos, permitiendo tipificarlas en relación a su evolución. Se evalúa cuantitativa y cualitativamente mediante el Diagrama de Valoración de Heridas (Anexo N°2). La evaluación debe ser realizada exclusivamente por el enfermero/a a cargo.

Para el tratamiento además se debe realizar una valoración completa de la persona, para determinar factores que puedan afectar en la cicatrización de la herida: Edad, estado nutricional, deshidratación, estado mental, consumo de alcohol, tabaco, medicamentos como corticoides, esteroides, quimioterapia e inmunosupresores, inestabilidad metabólica (diabetes), neoplasias de la piel, alteraciones genéticas.

La valoración con el diagrama de heridas se debe realizar como mínimo cada 30 días, y en caso de que esté infectada, cada 7 días.

- **CLASIFICACIÓN UPP**

TIPO	CARACTERÍSTICAS	
Tipo I	Eritema cutáneo que no presenta pérdida de continuidad. Hay cambios de coloración, temperatura, edema, sensibilidad, induración.	
Tipo II	Pérdida de la epidermis, dermis o ambas, no hay signos de infección y hay exudado escaso.	
Tipo III	Pérdida completa de la epidermis, dermis y daño en el tejido subcutáneo, el que puede llegar hasta la fascia, provocando, en ocasiones, abundante secreción serosa y/o pus, en caso de infección.	
Tipo IV	Completa pérdida del espesor de la piel con extensa destrucción, necrosis de tejidos, daño muscular, óseo o de estructuras de soporte y, en ocasiones abundante secreción serosa y/o pus en caso de infección.	

¹ Se sugiere ver las especificaciones técnicas de colchones y cojines anti escaras contenidas en la guía GES.

Una vez obtenido el tipo de úlcera por presión de acuerdo a la puntuación del diagrama de valoración de heridas, se determinará el tratamiento con el algoritmo de elección de apósitos de cada tipo de úlcera. (Ver anexo N°3)

Si bien la clasificación de las UPP da cuenta de 4 tipos, la residencia deberá tratar los dos primeros tipos, con asistencia del centro de salud correspondiente y el equipo de salud. En caso de que la persona mayor presente UPP tipo III y IV, deberá ser derivado a un centro de salud para su tratamiento clínico.

Se debe considerar las siguientes actividades en todas las úlceras no infectadas e infectadas:

ACTIVIDAD	UPP NO INFECTADA	UPP INFECTADA
Aplicación del diagrama de valoración de Heridas.	Sí, cada 30 días.	Sí, cada 7 a 10 días.
Técnica de arrastre mecánico.	Jeringa y aguja o duchoterapia.	Duchoterapia.
Desbridamiento quirúrgico.	Sí, sólo si existe > 30% de tejido esfacelado o necrótico.	Siempre, no importando la cantidad de tejido esfacelado o necrótico.
Desbridamiento autolítico (con hidrogel).	Sí, sólo si se presenta >30% de tejido esfacelado o necrótico.	No, porque los hidrogeles no son bactericidas.
Uso de polihexanida con betaína.	Sí, sólo cuando existe tejido esfacelado.	Sí, en cada curación.
Lavado con clorhexidina jabonosa al 2%.	Cada 7 días.*	Cada 7 días.*
Protectores de la piel.	Protector cutáneo sin alcohol Tull Humectante Emulsionados.	Protector cutáneo sin alcohol Alginatos Espumas hidrofílicas no adhesivas Emulsionados.
Apósitos primarios y secundarios.	Según algoritmo.	Según algoritmo.
Fijación.	Venda semielasticada + tela de rayón.	Venda semielasticada +tela de rayón.

*Si se realiza el lavado con clorhexidina Jabonosa al 2% no aplicar polihexanida con betaína en la misma curación.

ENFERMERA UNIVERSITARIA ISABEL ABURTO T.

La curación avanzada de heridas es un procedimiento de exclusividad absoluta para el enfermero/a cargo, con deseable capacitación en manejo de heridas. Sólo se podrá derivar al técnico en enfermería la curación tradicional. En caso de no contar con personal capacitado derivar a centro asistencial de base.

ETAPA 4: Registro

El registro se realizará en la pauta de valoración de riesgo de UPP Norton, donde se deberá registrar la valoración dependiendo el riesgo de cada persona mayor. (Ver Anexo N° 1)

Se debe notificar de forma inmediata de los cambios producidos en el estado de la piel de la persona mayor, a enfermera de la residencia, quien realizará la valoración y plan de cuidados.

PERIODICIDAD

- Según valoración de UPP. Varía de diaria a cada siete días, dependiendo de su evaluación inicial.

MATERIAL

- Según clasificación de UPP. Ver anexo N° 3.

REGISTRO

- Pauta de valoración de riesgo de UPP Norton.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual de geriatría y gerontología, Departamento de Medicina Interna, Universidad Católica de Chile. 2000.
- Úlceras por presión: guía de diagnóstico y manejo. Organización Panamericana de la salud (OPS) 2010. Versión electrónica.
- Normas de Seguridad del Paciente y Calidad de Atención Respecto de: Prevención Úlceras por Presión. MINSAL.
- Guía clínica "manejo y tratamiento de heridas y úlceras" Instituto Nacional de Heridas.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
DECÚBITO SUPINO	Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por estar acostado boca arriba, generalmente en un plano paralelo al suelo y miembros superiores e inferiores extendidas.
DECÚBITO LATERAL	Posición anatómica del cuerpo humano que se caracteriza por estar acostado de lado o de costado, en un plano paralelo al suelo.
ISQUEMIA	Detención o disminución de la circulación de sangre a través de las arterias de una determinada zona, que comporta un estado de sufrimiento celular por falta de oxígeno y materias nutritivas en la parte afectada.
NECROSIS TISULAR	Degeneración de un tejido por la muerte de sus células. Esta mortalidad es producida por la acción de un agente nocivo que genera una lesión irreparable.
TROMBOSIS VENOSA	Coágulo sanguíneo que se forma en una vena profunda en el cuerpo. Suele ocurrir en las piernas o los muslos.

ANEXO N°1

ESCALA DE NORTON RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Nombre residente:.....

Ptje.	Condición física general	Estado	Actividad	Movilidad	Incontinencia
1	Muy mala	Estuporoso	En cama	Inmóvil	Urinaria y fecal
2	Regular	Confuso	Sentado	Muy limitada	Habitualmente/ urinaria
3	Mediano	Apático	Camina con ayuda	Disminuida	ocasional
4	Bueno	Alerta	Deambula	Total	Ninguna

Fecha evaluación						
Condición física general						
Estado						
Actividad						
Movilidad						
Incontinencia						
Resultado						
Fecha Reevaluación						
Responsable						

Reevaluación según riesgo

MAR	-	Muy alto riesgo	5-9	Reevaluar diariamente
AR	-	Alto Riesgo	10-12	Reevaluar diariamente
MR	-	Moderado Riesgo	13-14	Reevaluar cada 3 días
BR	-	Bajo riesgo	>15	Reevaluar cada 7 días

ANEXO N°2

DIAGRAMA DE VALORACIÓN DE HERIDAS

Tipo	1	2	3	4
Aspecto	Eritematoso	Enrojecido	Amarillo pálido	Necrótico
Mayor extensión	0-1 cm	>1-3 cm	>3-6 cm	>6 cm
Profundidad	0	<1 cm	1-3 cm	>3 cm
Exudado cantidad	ausente	Escaso	Moderado	Abundante
Exudado calidad	Sin exudado	Seroso	Turbio	Purulento
Tejido esfacelado o necrótico	Ausente	<25%	25-50%	>50%
Tejido granulatorio	100%	99-75%	<75-50%	<50%
Edema	Ausente	+	++	+++
Dolor	0-1	2-3	4-6	7-10
Piel circundante	Sana	Descamada	Eritematosa	Macerada

Puntaje:

Tipo 1: 10 a 15 puntos

Tipo 2: 16 a 20 puntos

Tipo 3: 21 a 27 puntos

Tipo 4: 28 a 40 puntos

Clasificación.....

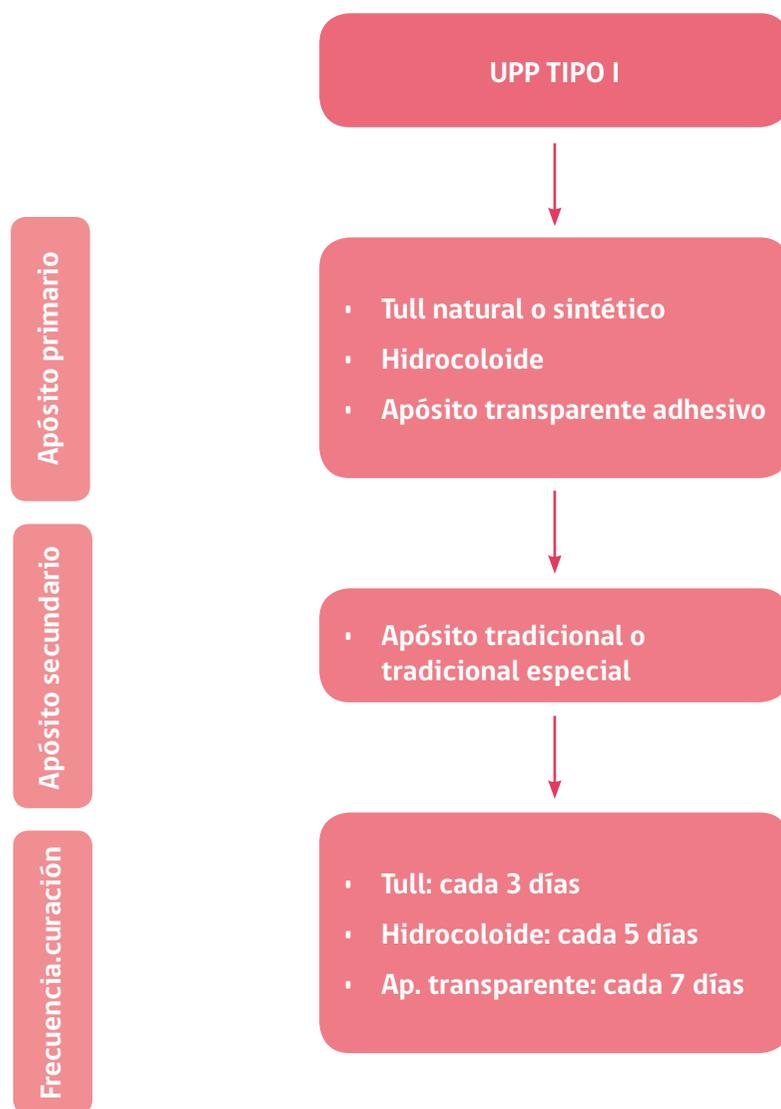
Plan de Intervención:.....

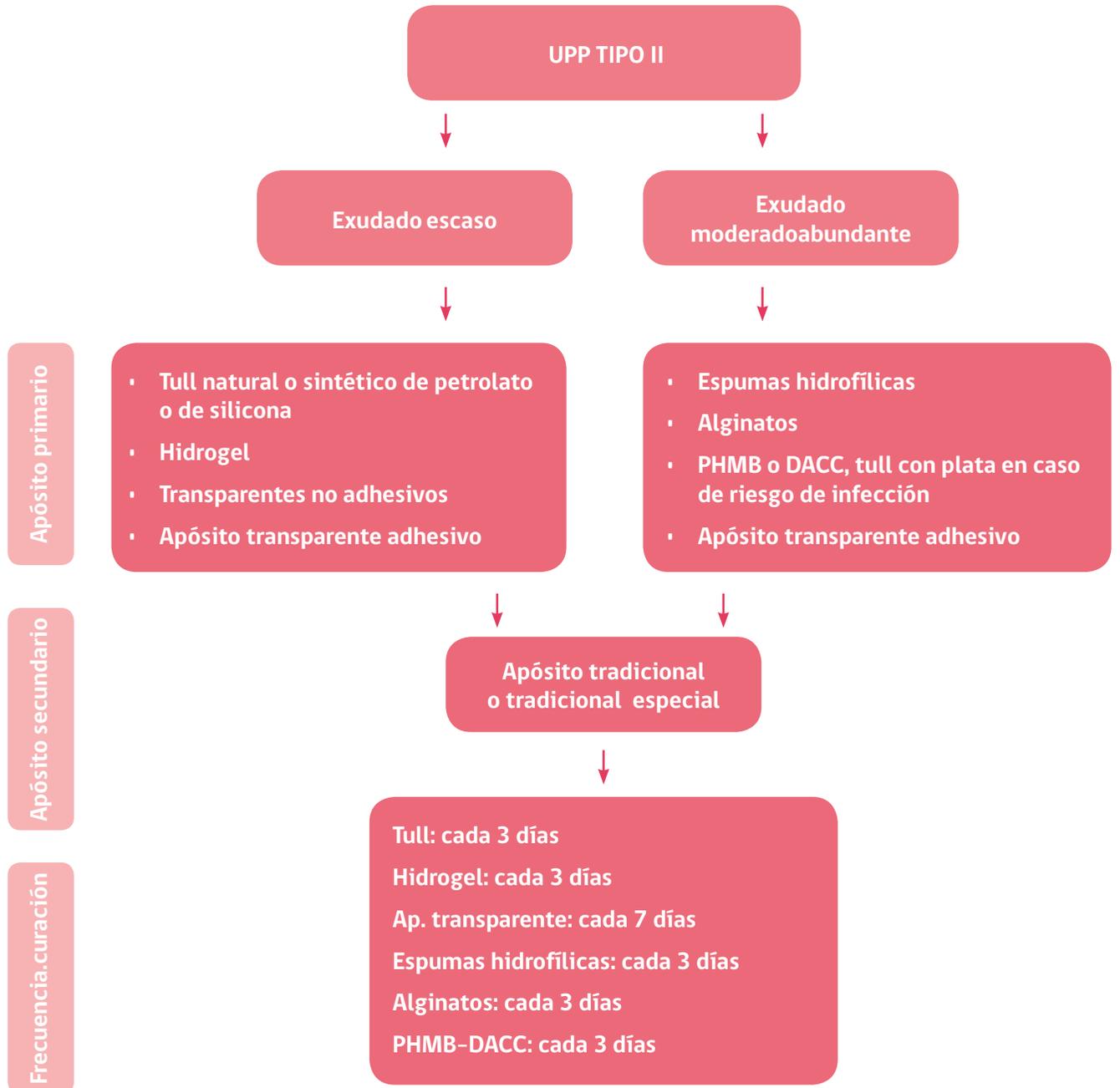
.....

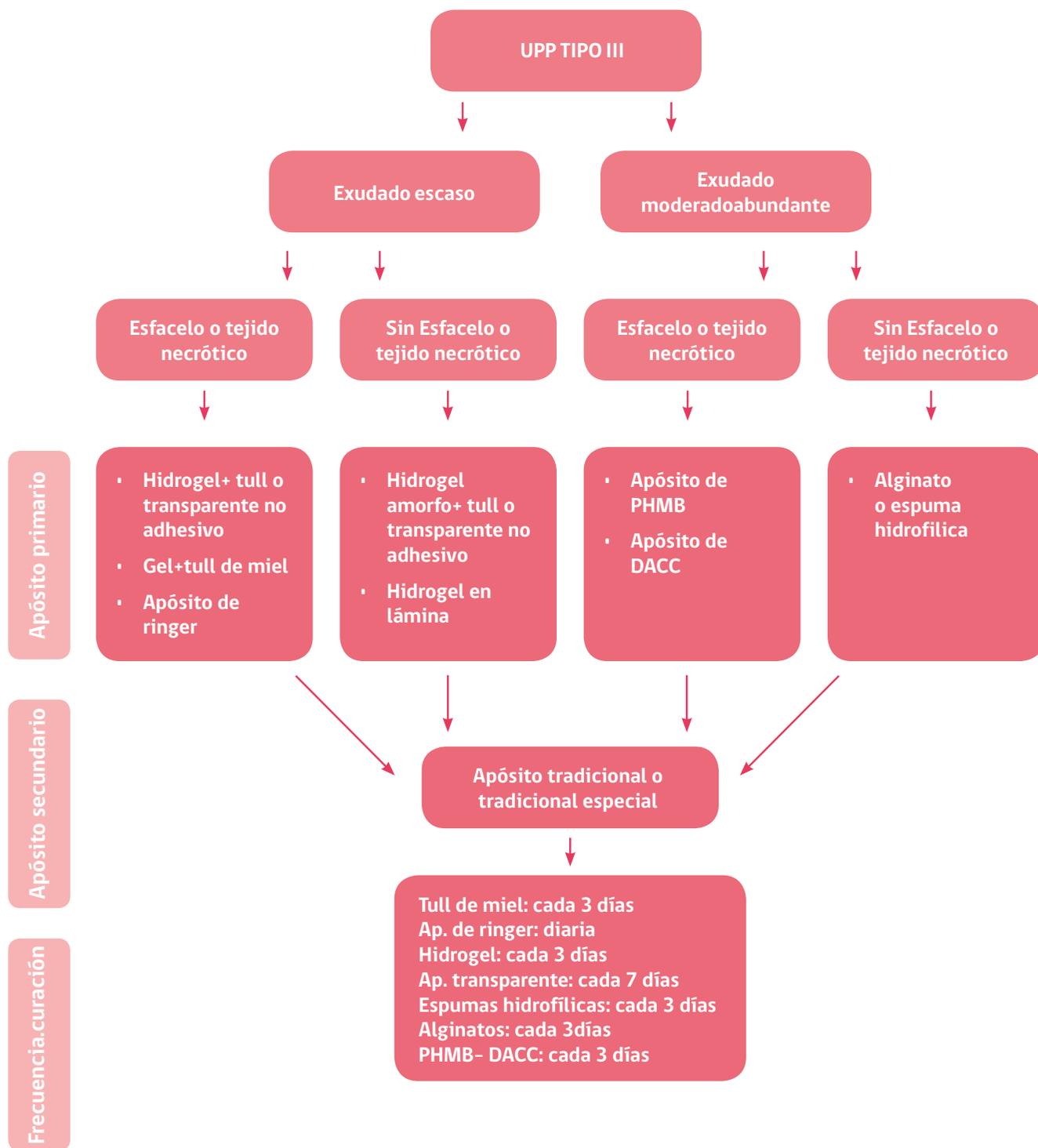
.....

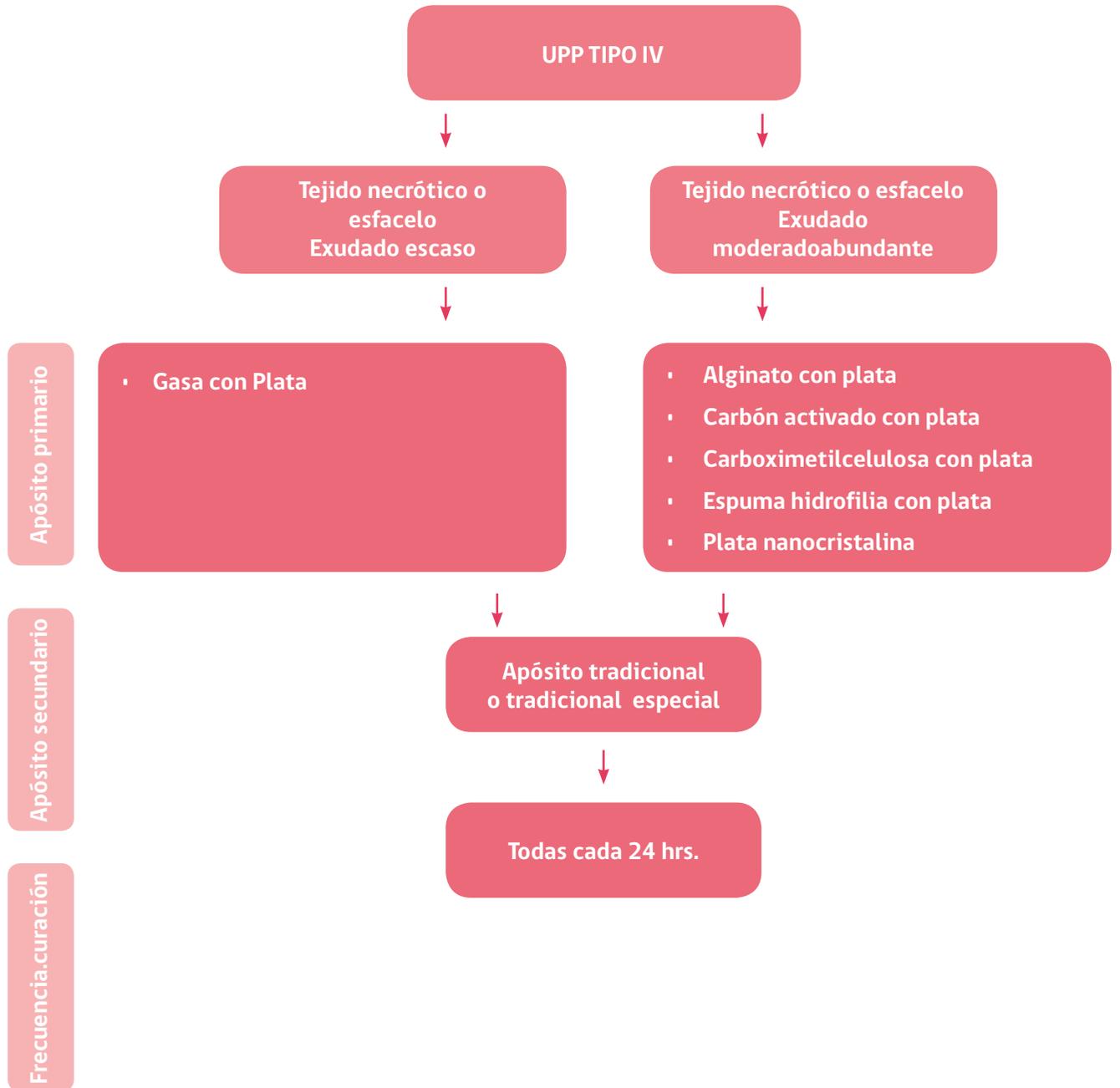
ANEXO N° 3

ALGORITMO DE ELECCIÓN DE APÓSITOS









ANEXO N° 4

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nombre Residente

Edad Rut N° Archivo.....

Patologías asociadas

Tipo De Evento Adverso

- Caída1 Intoxicación Quemadura Herida/Corte Úlcera por presión

Otro ¿Cuál?

Fecha Incidente Hora Incidente

Descripción del Incidente

.....
.....
.....
.....

Medidas Tomadas

Incidente informado por

Notificado por.....

Observaciones

Protocolo Prevención y Actuación frente a Agitación del Adulto Mayor

Etapa del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la Ejecución: Prevención: Equipo de la residencia.
Actuación: Médico, enfermera, psicólogo.

OBJETIVO

Orientar en la prevención y actuación frente a situaciones de agitación del adulto mayor, desde un enfoque de la cultura de la no sujeción, considerando el ejercicio de su derecho a la vida sin ningún tipo de violencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Para efectos de este protocolo, se entenderá como una situación de agitación del adulto mayor, aquella en la que se observa un aumento de la actividad motora, verbal y oral del adulto mayor, acompañadas de alteraciones en la esfera emocional y percibidas como inadecuadas al contexto (Fernández et al, 2009).

La agitación es un fenómeno temporal y de presentación progresiva. Es decir, por lo general dura minutos, y no se presenta de una sola vez, sino que en un mismo episodio comienza de manera leve y va en ascenso. Por esto es crucial prevenir su aparición o presentación, pesquisar cuando comienza y así limitar su gravedad.

Las causas de la agitación son variadas, desde enfermedades médicas, psiquiátricas o psicológicas, hasta factores ambientales. Si bien en adultos mayores suele asociarse a los cuadros de demencia, delirium o a antecedentes de patología psiquiátrica; no debe perderse de vista la policausalidad de este síntoma, por lo cual potencialmente podría presentarse en personas sin antecedentes previos.

POSIBLES CAUSAS DE AGITACIÓN DEL ADULTO MAYOR

- Enfermedades médicas:
 - Neurológicas: demencia, delirium, epilepsia, tumores cerebrales, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad de Wilson, corea de Huntington, enfermedad de Parkinson, entre otras.
 - Otras: cardiopatías, EPOC, híper o hipotiroidismo, infecciones, alteraciones electrolíticas, disfunción hepática y renal, hipoglucemia, lupus eritematoso sistémico, déficits vitamínicos, enfermedad de Cushing, porfirias.
- **Enfermedades psiquiátricas:** Psicosis, estados de ansiedad, retraso mental, descompensación de cuadros de depresión, trastornos de personalidad, trastorno bipolar, esquizofrenia, entre otros.
- **Toxicidad por fármacos:** anticolinérgicos, broncodilatadores, antigripales, entre otros.
 - Tóxicos, estimulantes.
 - Dolor.
 - Frustración.
 - Soledad.
 - Disminución de percepciones sensoriales.
 - Permanencia en un ambiente nuevo y desconocido.
 - Alteraciones del estado nutricional.
 - Alteraciones de la función del sistema nervioso central.

Tabla elaborada en base a información de Fernández et al (2009)

Es importante mencionar que existe una correlación entre ambientes físicos y relacionales poco satisfactorios o conflictuantes, de una residencia y la incidencia de agitaciones observada en esta institución. Lo que implica ampliar el foco desde un abordaje individual de las agitaciones a uno institucional como posible desencadenante de éstas.

Diversos estudios han demostrado que, a pesar de no existir ninguna evidencia científica a favor, frecuentemente ante la agitación de una persona mayor en una residencia, el equipo recurre al uso de sujeciones (CEOMA, 2010).

Actualmente existen evidencias del uso iatrogénico del uso de sujeciones tanto para el residente como para sus pares y el equipo de la residencia, incentivándose internacionalmente la prevención de la agitación como el uso de medidas no farmacológicas para hacer frente a estas situaciones.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Prevención de la agitación

La prevención ha mostrado ser una de las principales aliadas en la reducción de situaciones de agitación. Se ha observado que el ambiente físico y relacional institucional son factores claves que podrían gatillar agitación en el adulto mayor. De la misma manera, un conocimiento acucioso de la persona y de los resultados de su VGI, son esenciales tanto para la prevención como para la actuación frente a una persona que se encuentra agitada.

A continuación se detallan distintos factores de riesgo para disminuir la incidencia de agitación en personas mayores:

- a. **Ambiente físico de la residencia:** Deben considerarse principalmente ayudas a la orientación temporal (relojes, calendarios). Colores suaves en tonalidades pasteles para entregar tranquilidad, y espacios que no sobreestimen. Asimismo, espacios comunes para promover actividades grupales y privados para la intimidad (Ver protocolo de ambientes facilitadores). Se debe contar con las condiciones básicas para el bienestar físico (comida, agua, temperatura, uso de audífonos y anteojos para quienes lo necesiten, etc.).
- b. **Ambiente relacional:** Debe mantenerse un ambiente tranquilo, pero no soporífero, monótono y aburrido, dado que esto también incrementa el riesgo de agitación. Se debe propiciar la realización de actividades grupales para prevenir el sentimiento de soledad, incentivando también la visita de personas significativas. Será importante también que la persona se mantenga activa y pueda tener espacios para expresar sus angustias y ansiedades. Se considera uno de los puntos más relevantes en la prevención de la agitación, el trato digno sostenido con los residentes por parte del equipo tanto verbalmente como posturalmente. En este sentido, se debe cuidar no medicalizar el trato ni percibirse como hipervigilante y amenazante.
- c. **Conocimiento de la persona por parte del equipo:** El equipo y especialmente el asistente del adulto mayor, por medio de la VGI y el acompañamiento cotidiano, deben preocuparse de conocer a la persona mayor: qué enfermedades médicas, psicológicas o psiquiátricas puede tener a la base que pudieran desencadenar una situación de agitación. Qué actividades lo motivan, qué situaciones le producen ansiedad o angustia, cuáles son los principales gatillantes para situaciones de agitación, etc. Este punto será crucial también para la actuación frente a este tipo de situaciones, pues al conocer a la persona mayor será más fácil ayudarlo a calmarse.
- d. **Tratamiento adecuado del dolor:** Siempre que sea posible, es preferible utilizar analgésicos no opioides por su menor potencial de precipitar agitación. En presencia de dolor intenso, valorar la capacidad de los opioides de precipitar agitación frente a la capacidad del propio dolor de desencadenarla. Se ha demostrado que en personas mayores institucionalizadas con demencia moderada-grave el tratamiento sistemático del dolor puede reducir la agitación (INFAC, 2013).
- e. **Adecuada prescripción de fármacos:**
 - **Los fármacos pueden ser causa de agitación:** Uno de los mayores factores desencadenantes evitables de agitación en la persona mayor es el uso de fármacos que pueden precipitar o agravar una agitación. En personas mayores polimédicas, se requiere revisar los tratamientos farmacológicos sistemáticamente, buscando activamente posibles detonantes de la agitación. (Ver protocolo Gestión de Medicamentos, Anexo N°4 de Polifarmacia). Se ha demostrado la reducción del delirium en instituciones en las que existe una revisión sistematizada de los fármacos prescritos a los residentes (INFAC, 2013). Entre los principales fármacos implicados en precipitar o prolongar el delirium son los siguientes:

Fármacos implicados en precipitar o prolongar el delirium
Fármacos con efecto anticolinérgico: Amitriptilina y espasmolíticos urinarios (oxibutinina, tolterodina, solifenacina, etc).
Analgésicos, particularmente opioides.
Corticoides sistémicos, especialmente a altas dosis. Antihistamínicos H2.
Algunos antibióticos: ciprofloxacino, norfloxacin, metronidazol, claritromicina, etc.
Litio.
Digoxina.

Tabla INFAC, 2013, p. 54

- **Los fármacos no siempre previenen:** los fármacos (antipsicóticos o fármacos para la enfermedad de Alzheimer) no han demostrado concluyentemente prevenir la aparición de delirium en las personas hospitalizadas. Una revisión sistemática de 6 estudios realizada en el año 2013, concluyó que los antipsicóticos no reducen ni la gravedad ni la duración del delirium postoperatorio. (Francis, 2014)

A modo general y dado los factores enumerados, se espera que la institución haga consciente los aspectos propios que podrían estar propiciando la agitación de las personas mayores. Esta prevención implicará una revisión continua de los factores de riesgo antes enumerados y otros que puedan ser identificados por parte del equipo.

II. Actuación

Si a pesar de las medidas preventivas tomadas por la institución para evitar la agitación de una persona mayor, esta llegase a presentarse, se aconseja seguir medidas de contención verbal y terapias no farmacológicas.

Las sujeciones han demostrado ser poco exitosas en el manejo de las agitaciones. Suelen agravar la agitación y pueden provocar lesiones, úlceras por presión, incontinencia y caídas, como muestra una publicación reciente. (CEOMA, 2010).

Efectos documentados del uso rutinario de sujeciones físicas en personas mayores

EFECTOS DOCUMENTADOS DEL USO RUTINARIO DE SUJECIONES FÍSICAS EN PERSONAS MAYORES	
FÍSICOS	PSICOLÓGICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Úlceras por presión. • Infecciones. • Incontinencia (urinaria y fecal). • Disminución del apetito. • Estreñimiento. • Pérdida del tono muscular. • Atrofia y debilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo/pánico. • Vergüenza. • Ira. • Agresividad. • Depresión. • Aislamiento social. • Retiro/apatía.

EFFECTOS POTENCIALES DOCUMENTADOS DEL USO DE FÁRMACOS PSICOTRÓPICOS TRANQUILIZANTES EN PERSONAS MAYORES
Delirium/alteración del pensamiento.
Deterioro de la función cognitiva.
Deterioro de la comunicación.
Depresión.
Deterioro funcional físico.
Mayor probabilidad de ser objeto del uso de sujeciones físicas.
Movimientos físicos de repetición y rigideces. Riesgo de caídas.
Problemas de equilibrio. Hipotensión. Riesgo de caídas.
Mareo/vértigo. Riesgo de caídas.
Mareo/ vértigo. Riesgo de caídas.
Deshidratación.
Estreñimiento extremo crónico. Retención de orina.

Por otro lado, se ha comprobado que es altamente probable que a una persona que recibe sujeción farmacológica, acabe sometida a sujeciones físicas y que, por lo tanto, presenten un mayor riesgo de caída y las demás consecuencias expuestas en la tabla anterior. De la misma manera los residentes que están sometidos a sujeciones físicas presentan 2 veces más frecuentemente agitación que los que no, lo que aumenta el riesgo de que se utilicen fármacos psicotrópicos tranquilizantes para restringir la agitación. De esta manera, el uso de sujeciones pierde el sentido, ya que termina por inducir e intensificar justo lo que intentaba evitar.

Por último, Zeller (2013) indica que dos tercios de las lesiones provocadas por personas agitadas a los equipos, sucede cuando estos intentan sujetarlo físicamente. Lo que daría aún más precedentes para desincentivar el uso de estas.

Todos estos antecedentes, generaron la necesidad de plantear un enfoque alternativo, el enfoque de **no sujeción** para tratar la agitación. A continuación se enumeran las principales acciones a seguir, que han demostrado tener éxito frente a este tipo de situaciones (Zeller, 2013):

- 1. Determinar que no haya una enfermedad médica subyacente:** En ocasiones, la identificación y resolución de la causa subyacente de la agitación (dolor, infección, estreñimiento, disnea, soledad, estresantes ambientales, depresión, etc.) puede conducir a su resolución.
- 2. Contención verbal:** La contención verbal debe estar presente durante todo el período de agitación. Esta contención busca ayudar a que la persona recupere su control. Si lo recupera, puede participar del tratamiento y de lo que está ocurriendo y es de esperar que se mejore más rápido. Actualmente se ha demostrado la eficacia de esta contención, tomando un aproximado de 5 minutos en funcionar. (Zeller, 2013)

La consigna durante todo el proceso es intentar **bajar las resistencias de la persona**, la cual percibe en estos momentos a las cosas y personas de su entorno como amenazantes, se encuentra hipersensible a los estímulos, por lo que se debe ser suave en el trato y mantenerse constantemente tranquilo. Pueden ser varias las personas del equipo que ayuden presencialmente en esta situación, pero solo una es la que debe mantener el contacto, de manera de no confundir ni levantar aún más los niveles de ansiedad y angustia. A menudo, frente a una persona agitada se piensa que esta no está escuchando, pero esto es falso, las personas escuchan y perciben especialmente el tono en el que se les está hablando, la postura en la que les transmite un mensaje, si se le oponen o no, etc.

Los **10 pasos de la contención verbal** que prosiguen, son distintas partes de un enfoque global para el abordaje de una agitación integral, considerando todos los puntos antes expuestos.

- 1. No provocar, ni mostrarse provocado:** Se refiere a no ponerse “en el nivel” de la persona agitada, mostrarse calmado, hablar más suave y calmado. La postura de acercamiento es crucial. Debe ser relajada con los brazos y manos abiertos, rodillas un poco flectadas. Debe ser una aproximación empática. Ante todo, el equipo no debe responder a las provocaciones de la persona, es importante mantenerse constantemente tranquilo.
- 2. Respetar el espacio personal.** La persona debe sentir que no se le está ahogando. Se considera una distancia aproximadamente de dos brazos, pero si el adulto mayor solicita más, entonces se le da más. Es aún mejor si se le muestra que tiene una posibilidad de salida, que puede irse de la habitación si así lo quiere, por ejemplo no bloqueando la puerta. De manera que no crea que tendrá que pelear su salida. Sólo con ver una posibilidad de salida, debieran bajar sus niveles de ansiedad. En un nivel inconsciente esta alternativa calma a la persona, ya que sabe que tiene otra opción.
- 3. Establecer contacto verbal:** Lo más importante es establecer contacto verbal, indicando que se está allí para ayudarle. No es recomendable decir que se le quiere calmar, si no que se intentará “ayudarlo a sentirse mejor”. Como se mencionó anteriormente, es esencial que haya solo un comunicador, a pesar de que puedan haber más personas alrededor. Se debe enfatizar en que no se le hará daño y que se espera ayudar a que recobre el control.
- 4. Usar frases cortas y repetirlas si es necesario:** Es importante que la persona no se confunda, ni malinterprete. Para esto es necesario ser claros y precisos, utilizando frases cortas.
- 5. Identificar qué quiere la persona y qué está sintiendo:** A veces las demandas pueden ser muy fáciles de satisfacer. Se les debe preguntar qué quiere, ofrecerle distintas opciones ¿comida? ¿agua? ¿un lugar tranquilo dónde ir? ¿Un lugar donde poder hablar? A veces basta con localizar el malestar para bajar la angustia.
- 6. Escuchar:** Esto es lo más importante. No se debe discutir, no se le debe culpar, y no se le deben dar órdenes. Escuchar implica realmente entender qué le ocurre, qué le está pasando, qué necesita. Ir más allá de la agitación, entender qué hay detrás. Es importante intentar llegar a acuerdos. Si por ejemplo dice “nadie me escucha”, asentir, decirle que quizás esto ha sido así, y que podemos hacer algo ahora para mejorar esto”. No interrumpir, inclusive si se queda mucho tiempo en silencio, esta es una oportunidad para que la persona pueda pensar. No se le debe decir qué hizo mal y qué debería hacer. Tampoco se debe minimizar el problema. Es importante que agoten la lista de demandas y quejas que puedan tener.
- 7. Explicar los límites que existen en esta situación:** Si la persona continúa amenazando o mostrándose violento, se le deben dar opciones, de manera de establecer límites. Por ejemplo decirle calmadamente “escuche, aquí la violencia no se permite, tiene que dejar de mostrarse violento”. Se le pueden entregar alternativas para sentirse mejor, “¿necesita ir a otro lado más tranquilo?, ¿conversar con alguien? Entre más opciones se le entregan, más control la persona siente que recupera. Lo que lo ayuda a calmarse. Pueden usarse frases para negociar, como “no puede continuar así, para qué pelear si tiene todas estas alternativas, descansar, relajarse, pensar, ya que si busca una pelea, esta no va a ocurrir aquí...”.
- 8. Estar de acuerdo:** No se deben desestimar todas las veces que debe plantearse estar de acuerdo con la persona. Incluso si esta se encuentra en una posición en donde ve a los otros como amenazantes, decirle “no estoy experimentando lo que usted está experimentando, pero entiendo cómo se siente y le creo lo que me transmite”. Se debe estar de acuerdo todo el tiempo, de manera de bajar todo lo que se pueda el riesgo de ser percibido como amenazante.
- 9. Debe mostrarse una capacidad moderada de fuerza y estar preparado para usarla.** Podría bastar con que haya más personas del equipo, de manera que entienda que no podría atacar.
- 10. Reunión de equipo posterior a la agitación.** Se debe reunir a todo el personal implicado y hablar sobre ello. ¿Qué pasó que se llegó a este punto? ¿Qué y cómo se podría haber evitado? ¿Podríamos haber intervenido antes? Dado lo traumático que puede ser para el ambiente de la residencia, si hubo residentes involucrados, es importante hablar con ellos y explicarles la situación, que se sientan seguros en la residencia.

Estos pasos han mostrado bajar a un 0,2% el uso de contenciones físicas. Si a pesar de esto llegase a darse, es importante, que se registre el evento, estimando el tipo de contención, el tiempo de duración, etc. (Ver Anexo N°1) además de informar a los familiares y/o personas significativas, contándoles sobre las medidas que tomará la residencia para prevenir una próxima vez.

Sujeciones físicas o farmacológicas

La utilización de sujeciones físicas o farmacológicas “han de constituir un recurso excepcional al que sólo se recurrirá de forma puntual, racional y proporcional en aquellos casos en los que se hayan agotado todas las medidas a nuestro alcance, para controlar el proceso” (SEGG, 2014). Las sujeciones físicas y/o farmacológicas pueden llegar a constituir un tipo de violencia física, cuando son utilizados de forma inadecuada.

Por ello, en caso de uso de este tipo de sujeciones, estas deben ser prescritas por el médico responsable de la atención de la persona mayor (Anexo N° 2), siendo conversado con el resto del equipo profesional. Resguardando en conjunto que:

1. Se haya realizado previamente un plan de actividades y modificaciones ambientales que prevengan la sujeción.
2. Se mantenga una actitud empática y de respeto con el residente, informándole en todo momento el procedimiento a realizar.
3. Exista un plan de cuidados complementarios a las sujeciones, que contenga:
 - Inspección y supervisión periódica, cada 15-20 minutos.
 - Realizar acciones para la prevención de úlceras por presión (UPP), particularmente la movilización y cambios posturales cada 2 horas (ver protocolo prevención de UPP)
 - Garantizar los desplazamientos para micción o defecación, así como también los cambios de absorbentes, si corresponde.
 - Mantener una posición adecuada para alimentación que prevenga las aspiraciones alimentarias.
 - Asegurar el mantenimiento de la vía aérea y la ingesta de líquidos.
 - Evitar el deterioro físico, cognitivo o social.
 - Velar por la seguridad del residente en caso de evacuación.
4. Se evalúe periódicamente la continuidad de las sujeciones y mantenerlas el menor tiempo posible.
5. Establecer un programa para retirar las medidas de sujeción. Este podría contener: modificación del mobiliario, uso de ayudas técnicas, terapia kinésica, terapia ocupacional, gerontopsicomotricidad, estimulación cognitiva, entre otras.
6. Se registre y analice todos los accidentes producidos por el uso de contenciones.

PERIODICIDAD

- Prevención constante actuación según evento.

MATERIAL

- Según estrategia de acción.

REGISTRO

- Pauta de registro de eventos adversos Ficha individual del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- RNAO. (2002). *Guía de Buenas Prácticas en Enfermería: "Intervención en caso de crisis"*. Ontario: Investen. (revisión 2006).
- Protocolo de contenciones MINSAL
- CEOMA (2010). *Uso de sujeciones físicas y químicas con personas mayores y enfermos de Alzheimer*. Guía práctica para personas mayores y familiares.
- Fernández V, Murcia E, Sinisterra J, Casal Gómez MC. 2009. Manejo inicial del paciente agitado. ([Http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf](http://www.semes.org/revista/vol21_2/10.pdf). Consultado 15 de mayo del 2016)
- Cohen (2009)
- Stowell, K. R., Florence, P., Harman, H. J., & Glick, R. L. (2012). Psychiatric Evaluation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychiatric Evaluation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 11-16. <http://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6868>
- Sitio web consultado:
- <http://www.agitacionenpsiquiatria.com/programa-cientifico/> (consultado el 20 de mayo del 2016)
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2014). *Documento de Consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*.

FLUJOGRAMA: No**ANEXOS:** Sí**GLOSARIO:** Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
SUJECIÓN	La sujeción puede ser física como química, definiéndose, según CEOMA (2010) de la siguiente manera:
SUJECIÓN FÍSICA	Cualquier método aplicado a una persona que limite su libertad de movimientos, la actividad física o el acceso a cualquier parte de su cuerpo, y del que la propia persona no puede liberarse con facilidad. (Estas incluyen desde artefactos elaborados para sujetar, como formas "sutiles" de sujeción: Sentar al residente entre una mesa normal y la pared para que no pueda levantarse, dejarlo sentado en una silla de ruedas bloqueada, entre otros).
SUJECIÓN QUÍMICA	Uso de medicamentos psicoactivos, ya sean sedantes o tranquilizantes, para manejar o controlar una conducta supuestamente molesta o de riesgo.

ANEXO N°1

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nombre Residente

Edad..... Rut N°

Patologías asociadas

Tipo de Evento Adverso

- Caída¹
- Intoxicación
- Quemadura
- Herida/Corte
- Úlcera por presión
- Agitación

Otro ¿Cuál?

Fecha Incidente Hora Incidente

Descripción del Incidente

.....

.....

.....

.....

Medidas Tomadas

.....

.....

.....

.....

Evento adverso informado por

Notificado por.....

Observaciones

¹ En caso de caída completar la hoja de notificación.

ANEXO N° 2

REGISTRO DE SUJECIONES FÍSICAS Y/O FARMACOLÓGICAS

Nombre Residente

Edad

Patologías asociadas

Tipo de Contención

 Física Farmacológica (química)

1. Sujeción.	
2. Motivos por los que se prescribe la sujeción.	
3. Acciones previas a la prescripción de la sujeción.	
4. Periodicidad de Supervisiones y responsable.	
5. Tiempo de reevaluación.	
6. Plan de retiro de sujeciones.	
7. Riesgos asociados a la sujeción.	

Nombre médico que prescribe.	
Firma.	

INDICACIONES DE LLENADO DEL REGISTRO SUJECIONES FISICAS Y/O FARMACOLÓGICAS

1. Sujeción: indique qué sujeción es prescrita.

- Física: dispositivos de limitación física del tronco, de las extremidades, silla o sillón que impida levantarse u otros.
- Farmacológica (química): nombre de medicamento.

2. Motivos por los que se prescribe la sujeción.

- Describa los motivos por lo que es aplicada la sujeción (ej, agitación, riesgo de caídas, aplicación de procedimiento de enfermería u otros).

3. Acciones previas a la prescripción de la sujeción.

- Describa las acciones o medidas tomadas previamente a la prescripción de la sujeción (modificación del mobiliario, uso de ayudas técnicas, terapia ocupacional, gerontopsicomotricidad, estimulación cognitiva, relajación, estimulación sensorial, estimulación de la marcha, u otro).

4. Periodicidad de supervisiones y responsable.

- Indique la periodicidad de las supervisiones y el responsable de los cuidados complementarios.

5. Tiempo de reevaluación.

- Indique inicio y término de la sujeción, posterior a la reevaluación.

6. Plan de retiro de sujeciones.

- Describa las acciones o medidas para el retiro de la sujeción prescrita (modificaciones ambientales, estimulación cognitiva, terapia ocupacional, gerontopsicomotricidad, relajación, estimulación sensorial, estimulación de la marcha, u otro).

Protocolo Cuidados Paliativos

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Enfermera

OBJETIVO

Otorgar al equipo de la residencia, las orientaciones básicas para asegurar los cuidados que requieren las personas mayores al final de la vida, mediante el cuidado y acompañamiento de calidad y centrado en la persona, garantizando a la persona mayor el goce efectivo del derecho a la vida y el derecho a vivir con dignidad en la vejez, hasta el fin de sus días.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en su artículo 2, define cuidados paliativos como:

"... La atención y cuidado activo, integral e interdisciplinario de pacientes cuya enfermedad no responde a un tratamiento curativo o sufren dolores evitables, a fin de mejorar su calidad de vida hasta el fin de sus días. Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan".

De esta manera, es importante NO catalogar como enfermo terminal a una persona que se encuentre potencialmente curable. Asimismo, como para cualquier acción que se realice con la persona mayor, el cuidado al final de la vida también debe considerar las características funcionales, cognitivas, emocionales y de trascendencia de cada persona que se encuentre en esta situación, como también sus intereses, costumbres, creencias y necesidades, entre otros.

Dicho lo anterior, se debe considerar la realización de una valoración de la persona, para poder determinar qué actuaciones adoptar según la situación en que se encuentre, ya sea de cuidados paliativos o de muerte inminente. Como también, tomar en cuenta las consideraciones éticas y legales. En este sentido, la intervención desde la mirada de los cuidados paliativos debe suponer los cuidados propiamente tal, así como los aspectos de espiritualidad y trascendencia, además de la afectividad. No se debe dejar de realizar un método que priorice el trabajo en equipo, debido a que es uno de los aspectos claves para un buen cuidado paliativo, promoviendo una mirada multidisciplinaria de la atención. Del mismo modo, hay que incluir la vinculación y gestión que se debe realizar con el consultorio o centro de salud que corresponda, siendo parte de la atención integral. Si bien el cuidado paliativo se aborda al final de la vida, principalmente por enfermedad no curable y para aminorar el dolor que podría generar, es importante considerar de manera transversal el involucramiento de las personas mayores y sus familias y/o personas significativas, siendo la residencia quien incorpore el factor ético que debe primar en acciones de este tipo. En resumen, los cuidados paliativos deben tener por finalidad mejorar la calidad de vida de la persona mayor, hasta el fin de sus días.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

El presente protocolo se entenderá como el conjunto de acciones en distintos ámbitos que orientarán al equipo de la residencia a asegurar los cuidados y acompañamientos necesarios y pertinentes para cada adulto mayor, que se encuentran al final de la vida.

Considerando la multidimensionalidad a abordar, los ámbitos a trabajar son:

I. Control de síntomas: el alivio del dolor.

La experiencia de dolor es muy personal, por lo tanto no se debe hacer juicio de valor a esta situación expresadas en frases como “no puede ser que le duela tanto”, “está exagerando”. Dado que el alivio del dolor es un derecho de las personas, el equipo de salud debe resguardar el abordaje del mismo, intencionando en primera instancia la coordinación con la red de salud local donde el territorio cuente con programa de cuidados paliativos, que incorpora el uso de fármacos destinados a este fin. Es importante considerar que en algunas ocasiones los fármacos conllevan efectos secundarios indeseados como constipación, somnolencia, confusión, desorientación, náuseas, vómitos, entre otros. Por lo tanto, el equipo de salud debe estar atento e informado sobre estos posibles efectos y procurar que la persona mayor se mantenga en un adecuado nivel de hidratación.

Adicionalmente se debe intencionar la incorporación de terapias complementarias como aromaterapia, musicoterapia, entre otras; de acuerdo a los recursos locales y las creencias-preferencias de la persona mayor.

Es importante que se evalúe y se objetivice el dolor a través de la evaluación del mismo, en la etapa de evaluación y diagnóstico que se realiza a la persona mayor y mediante la aplicación de la Escala de Evaluación del Dolor (EVA), la cual localiza e indica las medidas en que se está manejando.

II. Integración de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

- Proporcionar a la persona el acompañamiento de los profesionales que le permitan reforzar el principio de autonomía y apoyarle en la toma de decisiones o de reorganizar su vida.
- Proporcionar a la persona compañía, cuidado, comprensión, mejorar su autoestima y transmitir tranquilidad sobre su proceso.
- Generar instancias de expresión de miedos, temores, tristeza, ansiedad, mediante un acompañamiento o bien, estrategias terapéuticas tanto alopáticas como complementarias.
- Valorar y proporcionar a la persona las instancias de satisfacción de las necesidades religiosas, espirituales y de trascendencia, que se adecuen a sus propias creencias.
- Brindar atención a la familia y/o persona significativa: detección de necesidades de la familia, ofrecer y entregar información efectiva y clara, además de progresiva y adecuada. Proporcionar información de recursos y ayuda en la agilización de trámites (Ver Protocolo de Fallecimiento).
- Preparación si es necesario, para la fase de duelo.
- Facilitar los procesos relacionados con el fallecimiento (Ver Protocolo de Fallecimiento).

III. Trabajo sobre el entorno del adulto mayor – familia y/o persona significativa.

- La persona mayor, la familia, persona significativa y/o sus pares, son el grupo a abordar. La familia es el núcleo fundamental del apoyo a la persona enferma/o, por lo tanto es importante propiciar que existan espacios de encuentro entre ambos y que estos sean cómodos.
- La familia requiere medidas específicas de ayuda y educación, para participar activamente en el cuidado, si así lo desea el adulto mayor.
- Es importante que todos los miembros del equipo velen por no realizar juicios de valor hacia la familia, el adulto mayor, o la relación existente entre ambos y/o sus personas significativas, dado que esto entorpece las necesidades de apoyo que ambos requieren en este período.

IV. Relevancia de los aspectos de información / comunicación entre el equipo de la residencia, el adulto mayor y sus cuidadores.

La comunicación con la persona mayor y su familia es un ámbito fundamental en el acompañamiento, por lo que se debe poner especial cuidado en los ámbitos verbales y no verbales con los que el equipo se comunica. La comunicación es el camino a la promoción de la autonomía de la persona mayor, transmite confianza y seguridad frente al proceso que se encuentra viviendo, como también, información clara que necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. Los objetivos de la comunicación son: informar, orientar y apoyar a la persona mayor.

El adulto mayor tiene derecho a solicitar y recibir toda la información que requiera. Se debe designar a un miembro del equipo que entregue información al adulto mayor en torno a su enfermedad, para ello todas las personas que asisten a la persona mayor deben estar coordinadas.

La información a la familia debe ser canalizada a través de el/la trabajador/a social, quien a su vez coordinará con el resto del equipo si es que la familia requiere de información específica que otro profesional debe proveer. El/la trabajadora social debe orientar y entregar información concreta a los familiares.

V. Promoción de la autonomía y la independencia.

La promoción de la autonomía y la dignidad a la persona mayor enferma, tienen que regir en las decisiones terapéuticas. Este principio sólo será posible si se elaboran "con" la persona los objetivos terapéuticos. En aquellas acciones relacionadas directamente a la atención de salud, *"la persona mayor que fuere informada de que su estado de salud es terminal, tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier tratamiento que tenga como efecto prolongar artificialmente su vida"*. (Art. 16, Ley N°20.584).

La asistencia que se le otorga a la persona mayor debe procurar estimular su independencia, considerando no sólo el nivel funcional de la persona sino también sus niveles de motivación y dignidad.

VI. Abordaje desde un equipo transdisciplinario.

Bajo el contexto de que los cuidados paliativos requieren de un abordaje multidimensional es que son varias las disciplinas que pueden prestar servicios adecuados para esta etapa, pero para que esos servicios sean pertinentes para la persona mayor, el equipo debe disponer de las experticias que el adulto mayor requiera, ya sea en el ámbito social, médico, funcional, afectivo y/o espiritual. Será de vital relevancia el rol que cumple el asistente de la persona mayor quien, si es atento, sensible y capacitado, podrá aportar al equipo la información adecuada para la definición de las estrategias y prioridades en los servicios a otorgar.

Del mismo modo, es importante que se logre establecer una vinculación con la red local que articule y facilite el cuidado al final de la vida, como también, con los recursos propios de la persona mayor, ya sea familia, persona significativa, amistades u otros que considere.

VII. Foco en la calidad de vida.

Se debe tener un concepto terapéutico activo, incorporando una actitud rehabilitadora y enérgica que nos lleve a superar el *"no hay nada más que hacer"*. No existe nada más lejos de la realidad y que demuestra un desconocimiento y actitud negativa ante esta situación.

El foco debe estar puesto en la calidad de vida y dado que es un concepto multidimensional, conlleva a que el equipo de atención esté preocupado de los ámbitos físicos, funcionales, sociales, emocionales, espirituales, financieros, entre otros.

En torno al ámbito físico se debe procurar mantener la limpieza y confort del adulto mayor, priorizando aspectos que otorguen comodidad y bienestar al ambiente en que se encuentra la persona. Se debe considerar una atmósfera que propicie tranquilidad, mediante la disposición de los objetos (de la habitación y personales), calidez e iluminación de la habitación, entre otros. En este sentido, son claves los objetos de significación emocional y de trascendencia de la persona, para promover el respeto y cuidado de ellos en esta instancia.

En cuanto a lo funcional, se debe intencionar la mantención de la independencia funcional y otorgar la asistencia necesaria a la persona mayor (Ver protocolo de reactivación física).

La escucha activa contribuirá al abordaje de las necesidades emocionales, y en caso de que el adulto mayor no sea capaz de hablar se debe propiciar la comunicación a través del tacto y las sensaciones corporales. Se le debe explicar al adulto mayor toda práctica que se realice, dando muestra de empatía, calidez y confianza.

Toda persona cercana a la muerte, tiene la necesidad de confirmar o reafirmar sus creencias y esto podría ser facilitado a través de generar también espacios de encuentro con las creencias que el adulto mayor posea. Además, quien mantenga mayor cercanía con la persona mayor debe consultarle si desea realizar alguna acción en particular que lo ayude a estar tranquilo, por ejemplo; ver algún familiar, hacer alguna compra, contar con algún elemento significativo, entre otras. El equipo debe procurar, dentro de las posibilidades que el ELEM tenga, de facilitar la realización de estas acciones que puedan contribuir a que la persona mayor se sienta más tranquila.

PERIODICIDAD

- Según suceso.

MATERIAL

- Lo que se requiera según suceso.

REGISTRO

- Ficha individual del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Instituto Foral de Asistencia Social de Bizkaia-Ifas. (2011). *Protocolos de Actuación, Residencias de personas mayores, Servicio Foral Residencial*. Bilbao: Bizkaiko Foru Aldundia.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos, SECPAL. (2014). *Guía de Cuidados Paliativos*. España.
- Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. (2010). *Manual de Cuidados Domiciliarios: Aprendiendo estrategias para cuidar mejor: primera parte*. Argentina.
- Ley N° 20.584, *regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: No

GLOSARIO: No



PROTOSCOLOS DE FUNCIONAMIENTO DE LA RESIDENCIA



Protocolo Elaboración del Plan de Emergencias

Etapas del proceso: Permanente

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Comité técnico de la residencia

OBJETIVO

Entregar orientaciones generales para la elaboración del plan de emergencias en las residencias, para garantizar la integridad y los derechos de la persona mayor en situaciones de riesgo.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Entendemos por plan de emergencias el ordenamiento de acciones y elementos necesarios para alcanzar un propósito determinado frente a situaciones de emergencia. En este sentido se trata de un proceso que debe estar basado en la situación particular de cada residencia y de su entorno inmediato. Este proceso de trabajo debe indicar la manera de enfrentar una situación de emergencia o desastre, en lo general y en lo particular, en sus distintas fases.

Las etapas que componen la elaboración del plan de emergencia son: constitución del comité de emergencia, etapa diagnóstica, elaboración del plan de emergencia, coordinación de la evacuación y protocolos de actuación. Finalmente considerar aprendizajes para la readecuación del plan de emergencias.

Para el diseño y elaboración del plan se debe tener presente:

- Cada residencia deberá elaborar su propio plan de emergencias, el que debe estar en permanente actualización.
- La elaboración del plan debe ser participativa, involucrando a todos los estamentos de la residencia, así como a los servicios de salud, Carabineros y Bomberos.
- Se debe contar con la asesoría o apoyo técnico de un prevencionista de riesgos.
- La residencia debe permanecer vinculada a las mesas de trabajo regionales de emergencia según lo que haya sido informado por el Coordinador Regional de Senama.
- Mantener el vínculo con redes públicas o privadas para la provisión de elementos y recursos básicos (medicamentos, alimentos, ayudas técnicas) frente a una dificultad de abastecimiento posterior a una emergencia.
- Socializar la información diagnóstica del plan de emergencias y de los protocolos de actuación con todos los profesionales, funcionarios, residentes y familiares o persona significativa.
- Considerar la opinión de las personas mayores según la experiencia vivida.

SENAMA elaboró el **Plan Regional de Emergencias para Establecimientos de Larga Estadía/ELEAM SENAMA (2015)**, para disponer de un conjunto de acciones permanentes y coordinadas para la prevención, preparación, respuesta y rehabilitación frente a la ocurrencia de emergencias y/o desastres que acontezcan en los ELEAM de todo el país (SENAMA, 2015, P.8). En este sentido y considerando la riqueza del documento, cada residencia debe utilizar dicho plan como guía técnica y material de consulta para la coordinación de las gestiones más adecuadas desde una perspectiva regional, a fin de complementar este protocolo.

Finalmente es importante mencionar que mantener el presente protocolo operativo permite cumplir con lo señalado en el DS N°14/2010, del Ministerio de Salud, que regula la instalación y funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para los Adultos Mayores en los Artículos 5°, 7° y 26° respectivamente sobre Planes de Seguridad en las Residencias. (Minsal, 2010).

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Los procesos para la definición de un plan de emergencia de la residencia son:

I. Constitución del comité de seguridad de la residencia

El Director Técnico es el encargado de conformar y presidir el Comité de seguridad, por lo tanto, será el máximo responsable de su funcionamiento.

a. Tareas del Comité:

- Coordinar a toda la residencia con sus respectivos estamentos y participantes.
- Establecimiento de las fases del plan de emergencias, tanto de manera interna como externa.
- Diseñar e implementar el plan de emergencia.
- Diseñar las acciones concretas para la actuación frente a los distintos tipos de emergencias (protocolo contra incendios, aluviones, sismos, entre otros).
- Mantenerse activo dentro de las instancias de seguridad del plan.
- El Comité debe contar con la participación activa de representantes de Carabineros, de Bomberos y de servicios de salud, quienes deberán formalizar su participación de común acuerdo entre las autoridades respectivas.

b. Integrantes del Comité:

- Director Técnico o un representante designado por él.
- Un representante de los profesionales y/o técnicos de la residencia.
- Un representante de los adultos mayores residentes.
- Un representante de los asistentes de adulto mayor.
- Un representante de las familias o personas cercanas a los residentes.
- Para esto la residencia podrá apoyarse del Anexo N° 1 "Formato para Conformación del Comité de Seguridad de la Residencia".

c. Responsabilidades de los integrantes del Comité:

- **Director Técnico o su representante:** Responsable final de la implementación, ejecución del plan y de coordinar las acciones del comité y velar porque las decisiones se tomen en pleno acuerdo entre las partes. Mantener contacto con bomberos, carabineros y salud.
- **Representante de profesionales, técnicos y asistentes adulto mayor:** Aportar su visión técnica, su experiencia y opinión sobre los procesos del plan. Mantener contacto con familiares o personas significativas de los residentes. Mantener vínculo activo con familiares o persona significativa para el cuidado temporal o permanente de las personas mayores en caso de que la residencia se encuentre inhabitable y se requiera de lugares de estadía temporales.
- **Representantes de Carabineros, Bomberos y salud:** Entregar apoyo técnico al comité y mantener relación formalizada mediante las autoridades correspondientes.
- **Representantes de familias o personas cercanas:** Tienen un rol en las tareas de ayuda a todas las acciones del plan. De manera especial deben activarse en el periodo posterior a la emergencia (apoyo emocional, estadía temporal de residentes, etc.) (ONEMI, 2004).

II. Elaboración diagnóstica

El diagnóstico es la primera gran tarea del Comité, ya sea su elaboración o actualización. Para su elaboración se debe recopilar la mayor cantidad de información posible para obtener una visión panorámica, identificando los riesgos, peligros y/o amenazas de origen natural o las provocadas por el hombre. Así como también para identificar los recursos existentes (oportunidades) para enfrentar los riesgos determinados.

En este sentido se sugiere utilizar la metodología **AIDEP**, que constituye una forma de recopilar información de manera participativa y que orienta en la toma de decisiones e incluida en el Plan Regional. Esta metodología parte de un acróstico a partir de cinco aspectos relevantes a considerar:

A	Análisis histórico	Corresponde a información sobre situaciones que en el pasado han puesto en riesgo o han producido emergencias o catástrofes que han afectado la residencia. La labor del comité es detectarlas a través de la revisión de documentación u otras fuentes disponibles.
I	Investigación empírica ¿Dónde y cómo podría pasar?	Observar si persisten las <i>mismas</i> condiciones de riesgo identificadas en el análisis histórico o identificar si existen <i>nuevos factores</i> de riesgo. De los que se detecten como persistentes o nuevos, se deberá evaluar qué podría pasar y cómo podría pasar, para considerar las dimensiones del riesgo.
D	Discusión de prioridades (analizando riesgos y detectando recursos)	Determinar los riesgos y recursos identificados, fundamentalmente para designarles priorización. Se debe identificar una relación entre riesgo y recursos (Ej: Construcciones aledañas de madera es un riesgo, el recurso podrá ser el levantamiento de un corta fuegos y la capacidad funcional de los grifos aledaños).
E	Elaboración del Mapa de Riesgos	Consiste en la elaboración de un croquis o plano muy sencillo, que utilice una simbología conocida por todos y debidamente indicada. Deben quedar consignados los riesgos y recursos identificados (de la residencia y su entorno).
P	Planificación o Plan de seguridad	Consiste en reunir de manera ordenada y organiza los elementos necesarios para la seguridad de la residencia. Esta acción debe priorizar necesidades urgentes a abordar en el Plan de emergencia.

Esta estructura de trabajo requiere que la residencia considere factores tanto externos (riesgos o peligros externos a los que está expuesto el Eleam) como internos (riesgos o peligros internos a los que está expuesto el Eleam) porque ayudan a conocer y analizar los riesgos que puedan generar una emergencia. En este sentido se trata de hacer una evaluación de riesgos, la que se entiende como el proceso general que consiste en estimar la magnitud del riesgo y decidir si éste es o no tolerable. (Quintanilla, 2011, p.7)

III. Factores Internos al ELEAM

- **Perfil de personas mayores:** Número actualizado de personas mayores que habitan la residencia; sus características funcionales, como por ejemplo: limitantes en la movilidad o deterioro sensorial que impidan un adecuado movimiento o comunicación, y por tanto, pueda producir problemas al momento de evacuar; redes efectivas del adulto mayor; contacto actualizado de familiares o personas significativas de los residentes.
- **Características de accesibilidad y tránsito de la residencia para efectos de una evacuación masiva. Se sugiere observar:**
 - a. Material de las superficies de tránsito de la residencia, que sean antideslizantes, principalmente en los pasillos, escaleras, rampas y accesos.
 - b. Evaluar los espacios de circulaciones al interior de la residencia, considerando situaciones de emergencia, donde el ancho de pasillos debe cautelar el desplazamiento de bomberos y su equipamiento.
 - c. Revisar que la estructura de la residencia contenga anchos de umbrales de puertas adecuados, para no generar embotellamientos frente a una emergencia que puedan producir riesgos mayores. El acceso por las salidas o umbrales debe considerar a las personas autovalentes, personas con discapacidad que van en sillas de ruedas, personas de marcha lenta a ritmo de bastón, entre otros. (Ubilla, 2014, P.26).
 - d. En el acceso principal de la residencia, considerar que al menos una puerta sea fácilmente accesible para la circulación de una silla de ruedas desde el nivel de la vereda o calle hacia el interior. Si no se puede adecuar al acceso principal, se debe señalar claramente el acceso secundario destinado para ello.
 - e. Las puertas de las vías de escape, así como la de los dormitorios y baños, deben abrir hacia fuera.
 - f. En toda zona de ingreso, de uso público, acceso a habitaciones, entre otras, se debe resguardar que los desniveles sean cubiertos por una rampa antideslizante y estén debidamente demarcados.
 - g. Precaución con los accesos principales, espacios de dormitorios, pasillos, no considerar alfombras o cubre pisos, o si estos van adheridos, deben ser permanentemente supervisados.
 - h. Revisar cómo está distribuido el equipamiento de la residencia, evitando que éste entorpezca las salidas de emergencias, las que deben estar siempre despejadas, etc. (Ubilla, 2014, p 30). Ejemplos de ello son el uso de pasillos como lugar de reuniones, que implique la instalación de sillones, sillas, bebestibles calientes, que impidan el paso y/o evacuación.
- **Recursos humanos:** Existencia de capacitación a funcionarios; número de funcionarios de la residencia que cuentan con capacitación frente a emergencias, capacitación en manejo de elementos de seguridad, como por ejemplo extintores, conocimiento general de los protocolos de actuación, conocimientos de primeros auxilios, entre otros.

IV. Factores Externos al ELEAM

- Detallar información de los riesgos o peligros a los que está expuesto el ELEAM en consideración a su localización.
- Características del sector donde se encuentra la residencia (calles y caminos, edificaciones cercanas, vías de evacuación externas, etc.).
- Territorios que presenten riesgos (lagunas, zonas inundables, formas de terreno, laderas, antiguos cauces de ríos, orilla de mar, etc.).
- Riesgos o peligros originados por distintas amenazas naturales (inundaciones, tsunamis, erupciones volcánicas, aluviones, terremotos, etc.) y amenazas técnicas o producidas por el hombre (incendios, accidentes eléctricos, químicos, industriales, defectos de infraestructura o construcción).
- Existencia o no de zonas de seguridad externas.
- Identificación de lugares que puedan servir de albergues para el posible traslado de adultos mayores en situación de emergencia.
- Identificar los servicios de apoyo externo (Carabineros, Bomberos, servicios de salud, etc.), manteniendo actualizados los referentes y contactos telefónicos respectivos.
- También es importante considerar la accesibilidad de la residencia en sustento a las necesidades de traslado y movilidad de los adultos mayores de acuerdo al nivel de funcionalidad de los mismos.
- Otros que puedan existir y que no están mencionados.

Para efectos de la elaboración del diagnóstico se sugiere utilizar como referente la Ficha Técnica1 (**Anexo N°2**), la que permite recopilar información básica de características estructurales de la residencia para ser usada posteriormente en la elaboración del Plan de Evacuación. Se espera que esta Ficha sea socializada con Bomberos u organizaciones civiles de seguridad, para disponer de información anticipada de la residencia cuando corresponda (Minvu, 2010). De la misma forma se sugiere utilizar la ficha de riesgos y recursos señalada en el **Anexo N° 3**.

V. Elementos para la elaboración del plan de emergencia

Para definir el plan de emergencias es necesario considerar basarse en la información recogida en la etapa de diagnóstico y que responda a los riesgos prioritarios ya definidos.

Contenidos del Plan de Emergencias:

El plan de emergencia debe contener como mínimo: objetivos generales y específicos, actividades (orientadas a responder los objetivos específicos), programas o guías de actuación (Ver Anexo N° 4: Formato para la elaboración del Plan de Emergencias), responsables de cada acción, organigrama y mapa de evacuación (sencillo y en formato entendible por todos).

Los protocolos deben complementarse con una estrategia de evacuación clara y específica a cada residencia. (Ver Anexo N° 5, Consideraciones para el Plan de Evacuación). Esta debe considerar:

- Definir responsables por cada zona y área a evacuar.
- Elaboración de un plano del establecimiento donde se detallen sistemas de alarmas, sistemas de comunicación, sistemas de extinción, vías de evacuación y zonas de seguridad, almacenamiento de los tipos de combustibles, identificación de lugares donde haya material de aseo que sea inflamable. Para esto la residencia podrá tener como referencia o material complementario la norma chilena NCh2111/1999 "Protección contra Incendios" y NCh2189/1992 "Seguridad, señalización en edificios" del Instituto Nacional de Normalización, apoyado por profesional técnico competente.

- Contar con los elementos apropiados para la evacuación de residentes (sillas de ruedas, catres clínicos en condiciones para la evacuación u otro elemento que lo reemplace, sabanillas, kit de emergencia, luz de emergencia en buen estado, entre otros)

Los protocolos de actuación deben definirse de acuerdo a distintos tipos de emergencias. (Ver Anexo N° 6: Protocolos de actuación.)

- Emergencias de origen natural (tsunami, temporal de lluvia, terremoto, etc.).
- Emergencias de origen técnico (incendios, escapes de gas, fugas de agua, etc.).
- Emergencia de origen social (artefactos explosivos, componentes tóxicos en manifestaciones sociales) (Minvu, 2010).

Como guía orientadora se recomienda utilizar el modelo de actuación frente a una emergencia, en consecución a lo señalado en el Plan Regional de SENAMA (2015), denominada metodología **ACCEDER**.

Es una metodología simple, de fácil manejo, destinada a elaborar una planificación frente a situaciones de emergencia, no esperando su ocurrencia, sino anticipándose a ésta. La metodología cubre las etapas fundamentales a tener en cuenta frente a una emergencia: Alarma, comunicaciones, coordinación, evaluación primaria o inicial, decisiones, evaluación secundaria y readecuación del plan (ONEMI, s/i). Es decir, es la acción inmediata en el momento en que se inicia una emergencia. Como se trata de una etapa de actuación, se debe definir previamente responsable de cada actividad, considerando la presencia de uno en cada turno.

La metodología ACCEDER se estructura:

<p>A</p>	<p>Alerta y Alarma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Son instancias previas a la respuesta frente a un fenómeno determinado que puede provocar graves consecuencias. • Estar <i>alerta</i>, implica permanecer atento sobre la ocurrencia de un evento (alertar sobre vientos huracanados, tsunami). • La <i>alarma</i>, por su parte, es la señal de aviso sobre algo que sucederá de forma inminente. • Puede existir alerta interna (suceso ocurrido dentro de la residencia como un amago de incendio) o externa (suceso ocurrido fuera de la residencia).
<p>C</p>	<p>Comunicación e Información</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El plan debe reflejar claramente la relación de comunicación que se establecerá entre la residencia y los servicios involucrados en el momento de una emergencia. • Establecer canales expeditos y claros de comunicación con las personas o entidades pertinentes en caso de emergencia. Entregar y requerir mensajes cortos y claros. • Considerar el aviso oportuno de una situación. Esta cadena de comunicación se inicia con el organismo que recibe la alarma, y comienza a extenderse a los servicios de respuesta primaria. De acuerdo al nivel de impacto del evento, se involucran escalonadamente otros organismos según pertinencia. • Debe considerar dos áreas de trabajo, la interna y la externa. La interna, activa la comunicación de la residencia y la externa se activa con el entorno con el objetivo de tomar mejores decisiones en respuesta a los niveles que corresponda. • Se requiere del manejo oportuno de información detectada en la etapa diagnóstica (lista de contactos de la red, responsables institucionales, formas de ubicación las 24 horas del día, riesgos, etc.). • Tener a fácil disposición la lista de grupos responsables del comité técnico.

C	Coordinación y evacuación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es una de las etapas más importantes, ya que se trata de la acción inmediata frente a una emergencia, por lo tanto contiene la acción de evacuación. ▪ Implica actuar coordinadamente frente a un objetivo común y en trabajo en equipo. ▪ Manejar cabalmente los roles y funciones de los integrantes del comité. ▪ Supone actuar frente a procedimientos comunes de relación entre los equipos operativos. En este punto asumir los roles y/o funciones especificadas en la etapa de diagnóstico son vitales.
E	Evaluación Primaria o preliminar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inmediatamente después de una emergencia, se deben valorar las consecuencias de ésta, objetivando las reales dimensiones del problema. ¿Qué pasó? ¿Qué se dañó? ▪ ¿Cuántos y quiénes resultaron afectados? ▪ El énfasis debe estar en las personas. Para esto se debe establecer el tipo de emergencia producida, para así entender su manifestación y saber cómo actuar. ▪ Luego supone identificar los daños, evaluar las necesidades más importantes en las personas (heridos, damnificados, entrega de primeros auxilios), infraestructura (paredes o techos en riesgo de derrumbe, cortes de caminos), servicios básicos (energía eléctrica, comunicaciones, agua) tener claridad de la capacidad asociada a la disponibilidad de recursos humanos o materiales al momento de la emergencia.
D	Decisiones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con la información anterior, el Comité o los que estén a cargo, tomarán las decisiones más relevantes, como por ejemplo trasladar personas afectadas ya sea a centros de salud o albergues, destinar recursos para el abastecimiento de productos esenciales de salud o alimentación, entre otros.
E	Evaluación Secundaria/ Complementaria	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profundizar en los daños secundarios. ▪ Elaborar catastro de población afectada. ▪ Apoyo en restitución de medicamentos, ayudas técnicas. ▪ Refuerzo en sistemas de suministro de alimentación y vestuario. ▪ Generar condiciones para la continuidad de la atención de las personas mayores. ▪ Restitución de servicios de atención integrales provistos por la residencia. ▪ Entregar contención emocional, como elemento transversal a lo anterior.
R	Readecuación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender de las experiencias para aplicar medidas de adecuación en aspectos que haya que modificar o reforzar. Para esto se debe recabar información existente y someter a juicio de expertos en seguridad. (ONEMI, s/i) (ONEMI, 2004).

Finalmente es importante mencionar que el logro de los objetivos y actualizaciones de cada programa deben consignarse permanentemente. Todos los daños identificados que no sean mejorables de manera inmediata deberán ser señalados en el Plan de Mejora Anual de la residencia (etapa de readecuación), a fin de disponer de los recursos económicos de acuerdo a la priorización de necesidades en el corto o mediano plazo. De la misma forma, es necesario realizar simulacros de evacuación, por lo menos, una vez al año, a no ser que se hayan realizado modificaciones considerables en la estructura de la residencia que requieran aumentar su periodicidad.

PERIODICIDAD

- Según evento.

MATERIALES

- Plan Regional de Emergencias Establecimientos de Larga Estadía/ELEAM SENAMA, 2015.
- Contactos actualizados de la red local de emergencia (Teléfonos de emergencia, catastros).
- Anexo 1: Constitución del Comité de Seguridad de la Residencia.
- Anexo 2: Ficha de Riesgos y Recursos.
- Anexo 3: Ficha Técnica.
- Anexo 4: Elaboración del Plan de Emergencias.
- Anexo 5: Consideraciones para el Plan de Evacuación.
- Anexo 6: Protocolos de actuación.

REGISTRO

- Libro de novedades.
- Ficha individual de la persona mayor.
- Constitución del Comité de Seguridad de la Residencia.
- Identificación y abordaje de riesgos (externos e internos) y los recursos posibles para su solución.
- Ficha Técnica.
- Elaboración plan de emergencias.

BIBLIOGRAFÍA

- ONEMI. (2004). *Plan integral de seguridad escolar*. Educarchile Sitio web: http://ww2.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/CR_Articulos/manual_planintegral.pdf Consultado el 16 de mayo 2016.
- ONEMI. (s/i). *Acceder: metodología para la elaboración de planes de manejo de emergencias*. Caritas Chile Sitio web: <http://www.caritashile.org/planrespuesta/upfiles/user-file/files/Metodologia-ACCEDER.pdf> Consultado el 18 de mayo 2016.
- Ministerio de Salud. (2010). *Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile Sitio web: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1059479> Consultado el 12 Abril 2016.
- Instituto Nacional de Normalización. (1992). NCh N° 2189, Seguridad, Señalización de Edificios, Condiciones Básicas. Proveedores técnicos Minvu Sitio web: <http://proveedores-tecnicos.minvu.cl/nch-2189/> Consultado el 01 Abril 2016.
- Instituto Nacional de Normalización. (1999). NCh N° 2111 Protección contra Incendio, Señales de Seguridad. Proveedores Técnicos Minvu Sitio web: <http://proveedorestecnicos.minvu.cl/nch-2111/> Consultado el 02 abril 2016.
- SENAMA. (2015). Plan Regional de Emergencias. 20 de mayo 2016, de SENAMA.CL Sitio web: <http://www.senama.cl/index.html>
- Lorca P., (2010). Guía de Evaluación Previa de Daños Sísmicos. Ciper Chile Sitio web: <http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/evaluaciondanos.pdf> Consultado el 01Abril 2016.
- Quintanilla E., Gamboa., Vargas., Clasing O., Urzúa & Abarca E. (2011). Manual de procedimientos para la gestión de prevención de riesgos. Universidad de Chile Sitio web: [/ manual%20de%20procedimientos%20para%20la%20gestion%20de%20prevencion%20de%20riesgos%20\(2\).pdf](#) Consultado el 20 de abril 2016.

- Ubilla M. (2014). *Infraestructura, accesibilidad y eliminación de barreras en los centros gerontogerítricos. En Gestión de Cuidado: Servicios sociales y atención para personas mayores* (pp 25–32). Chile: Vicerrectoría de comunicaciones y Educación continua Programa Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Cesfam Lebu Norte (s.f), Simulacros y planos de evacuación. Consultado el 15 de agosto 2016. Disponible en http://plandeemergenciaaiep.blogspot.cl/2014/11/blog-post_98.html

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
ALARMA	Aviso o señal preestablecida para seguir las instrucciones específicas ante la presencia real o inminente de un fenómeno adverso. Pueden ser campanas, timbres, alarmas u otras señales que se convengan. (ONEMI, 2004).
ALERTA	Estado declarado ante la presencia real o inminente de un fenómeno adverso, es decir, se conoce o maneja información al respecto. Tiene por finalidad activar las medidas previstas para estar preparados ante esas situaciones. (ONEMI, 2004).
AMENAZA	Elemento externo que pone en peligro a las personas, a la residencia, así como a la comunidad a la que pertenece el establecimiento. Está representada por la potencial ocurrencia de una emergencia de origen natural o generada por la actividad humana. Ejemplos son la inundación que puede producirse por la crecida de un río del sector, el derrame de sustancias tóxicas ocasionada por el volcamiento de un camión que transporta químicos hacia una industria de la zona, la erupción de un volcán ubicado en las cercanías de la localidad, el incendio de un bosque aledaño a una población, el terremoto generado por la falla tectónica situada en la localidad, un incendio iniciado por una falla eléctrica, el desplome de un muro mal construido o deteriorado por el paso del tiempo, un atropellamiento por imprudencia de un conductor, entre otros. (ONEMI, 2004).
COORDINACIÓN	Armonización y sincronización de esfuerzos individuales y de grupos u organizaciones para el logro de un objetivo común. Lleva implícito el ponerse de acuerdo antes de realizar una labor determinada. (ONEMI, 2004).
DESASTRE	Alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medio ambiente, causadas por un suceso natural o generado por la actividad humana, que excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada. El desastre sobreviene cuando los aquejados no pueden solucionar el problema, sino que deben solicitar ayuda a otro. (ONEMI, 2004).
MAPA DE RIESGOS	Representación gráfica de la distribución espacial de los riesgos de una institución o establecimiento. En el mapa se muestran los tipos de riesgos y las áreas que podrían afectar de acuerdo a la infraestructura y las particulares condiciones del territorio. (ONEMI, 2004).

RIESGO	Exposición a un daño que puede o no suceder. El riesgo es un peligro que puede sobrevenir. Está conformado por la amenaza (potencial ocurren de un fenómeno adverso) y la vulnerabilidad (disposición de una persona, objeto y sistema a sufrir daños). (ONEMI, 2004).
DAÑOS HUMANOS	Daños que afecten la salud física y mental de las personas. Además de integrar procesos de acompañamiento emocional, tanto para residentes como para funcionarios, enfatizando casos en los que haya pérdida de algún ser querido. Se inicia una evaluación inicial general sobre los daños más visibles e inmediatamente una evaluación secundaria sobre los daños que no sean visiblemente identificables. (Lorca, 2010).
DAÑOS ESTRUCTURALES	De éstos se puede realizar una sencilla evaluación inicial siguiendo las siguientes recomendaciones (previa asignación de un profesional técnico): Es importante distinguir entre daño estructural y no estructural. El primero es el sufrido por el sistema o esqueleto resistente del edificio (pilares, vigas, muros de carga, losas) y que compromete su estabilidad constituyendo peligro para los residentes; el segundo se refiere a todos los elementos constructivos no resistentes (ciertos muros, tabiques, cielo falso y otros) que no comprometen la estabilidad de la edificación. En este sentido es relevante evaluar la habitabilidad de la residencia, y por ende, si ésta no es habitable, se deben gestionar albergues adecuados o vincular a los residentes con redes familiares o afectivas temporales. Es posible que un sismo genere microfisuras en las instalaciones de la vivienda, (electricidad, gas, agua) las que no son evidentes en un principio, pero pueden constituir un problema con el tiempo. Es imprescindible que un especialista en estructuras evalúe lo antes posible la propiedad. (Lorca, 2010).
DAÑOS FUNCIONALES	El estado en el que queda la residencia posterior a la catástrofe en función de la capacidad para la entrega de servicios, tanto en dotación y condiciones de sus funcionarios como en insumos e implementos para el trabajo. (Senama, 2016).

ANEXO N° 1

CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA RESIDENCIA

COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA RESIDENCIA						
COMITÉ DE SEGURIDAD DE LA RESIDENCIA:			SEÑALAR ESTAMENTO DE LOS PARTICIPANTES			
<i>(Nombre de la residencia)</i>			1. 2. 3.			
DIRECTOR: <i>(Nombre del Director de la residencia)</i>			FIRMA DEL DIRECTOR			
COORDINADOR DEL DIRECTOR: <i>(Funcionario designado por el Director)</i>			OBSERVACIONES: (Quiénes participaron, metodología de conformación)			
DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA:						
TELÉFONOS DE CONTACTO: <i>(De la residencia y del Director Técnico)</i>						
FECHA DE CONSTITUCIÓN DEL COMITÉ:						
INTEGRANTES						
N°	NOMBRE Y APELLIDO	CARGO, ROL O VÍNCULO CON LA RESIDENCIA	FUNCIONES DEFINIDAS	CUENTA CON CAPACITACIÓN EN SEGURIDAD (Si/ No) Si la respuesta es sí especifique en que área	TELÉFONO Y CORREO	FIRMA CONFORMIDAD DE PARTICIPACIÓN EN EL COMITÉ
1						
2						
3						

ANEXO N° 2

FICHA DE RIESGOS Y RECURSOS

RIESGOS INTERNOS DE LA RESIDENCIA				
Riesgo detectado (punto crítico)	Ubicación o procedencia	Impacto Eventual en la residencia	Soluciones posibles	Recursos necesarios
1				
2				
3...				

RIESGOS EXTERNOS DE LA RESIDENCIA				
Riesgo detectado (punto crítico)	Ubicación o procedencia	Eventual Impacto	Soluciones posibles	Recursos necesarios
1				
2				
3...				

ANEXO N° 3

FICHA TÉCNICA

MINISTERIO DE VIVIENDA Y URBANISMO, DIVISIÓN DE DESARROLLO URBANO (2010)

*Si bien la Ficha Técnica es un instrumento estándar, se espera que la residencia incorpore elementos específicos a considerar según las características del establecimiento y de las personas mayores que allí residen. Esta ficha se usa principalmente frente a casos de incendio. Además, como es un instrumento generalizable, la residencia deberá utilizar sólo aquellos campos que son funcionales a la información de la residencia.

a. IDENTIFICACIÓN DEL EDIFICIO	
Nombre del Edificio o establecimiento	
Dirección	
Comuna	
Provincia	
b. CARACTERÍSTICA DEL EDIFICIO	
Pisos sobre nivel de la calle N°	
Pisos bajo nivel de la calle N° (subterráneos)	
Superficie edificada m2	
Superficie de terreno m2	
Carga de ocupación (personas que ocupan la residencia)	
Acceso para carros bombas	Sí No
Aperturas del edificio hacia el exterior (ventanas fijas, móviles, etc.)	
N° de estacionamientos (Internos y externos como para carro bomba)	

c. INFORMACIÓN SOBRE TIPO DE ESTRUCTURA Y MATERIAL PREDOMINANTE	
Estructura principal (utilizar criterios del artículo 5.3.1 de la OGUC)	
Material Complementario	
Tabiques interiores	
Características de las fachadas exteriores (cobertizos)	Indicar si el edificio cuenta con elementos complementarios de fachadas.
d. ALARMAS Y DETECCIÓN DE INCENDIO	
Bocina de alarma de incendio o emergencia (campanas o timbres)	
Detectores de humo	
Palanca de alarma de incendio	
e. SISTEMA DE COMUNICACIÓN (señalar cuáles y si se encuentran operando)	
Teléfonos	
Citófonos	
Sistema de altavoces	
Otros	
f. SISTEMA DE COMBATE DE INCENDIOS	
Red húmeda	Señalar su ubicación y características. Ej: manguera de 25 mts. conectada a matriz vertical ubicada en vestíbulo protegido.
Estanque de almacenamiento de agua	Señalar su ubicación y características Ej: estanque ubicado en segundo subterráneo de 70 m3 de capacidad alimentado desde la red pública.
Extintores portátiles	Señalar su ubicación y características Ej. El edificio cuenta con extintores en todos los pisos, ubicados en vestíbulo protegido en primer piso, además en conserjería y en bodega.

g. VÍAS DE EVACUACIÓN	
Vías de evacuación	Señalar su ubicación Ej: Desde los departamentos por pasillos hasta caja de escala abierta al exterior, indicada con señalética "Salida".
Punto de reunión interno	Señalar ubicación con colores apropiados para personas mayores y formas. Ej: Hall de acceso en primer piso en el caso que sea el lugar de reunión de una emergencia.
Zona de seguridad externa	Señalar su ubicación Ej: vereda al norte del edificio, en calle..., indicada en el Plano del Plan de Evacuación.
h. ELECTRICIDAD	
Tablero eléctrico general	Señalar su ubicación.
Iluminación de emergencia	Señalar su ubicación.
i. COMBUSTIBLES	
Gas	Señalar sus características Ej: sistema de gas ciudad por red pública, Gas licuado individual o colectivo por red del edificio o conjunto habitacional.
Medidores	Señalar su ubicación Ej: Ubicados en salas de medidores en cada piso.
j. ALMACENAMIENTO DE COMBUSTIBLES	
Estanque de Gas	Señalar su ubicación.
Leña, Parafina, Carbón	Señalar su ubicación.
k. SISTEMA CENTRALIZADO DE VENTILACIÓN	
¿Tiene sistema centralizado de ventilación?	Sí _ No _
Tablero de comando	Señalar su ubicación.
Toma de Aire	Señalar su ubicación.
l. ASCENSORES	
Nº de ascensores	Señalar Nº y características. Ej.: Interno/ panorámico.
Capacidad máxima de personas	
Capacidad máxima de kilos	

Sistema del ascensor hidráulico/ eléctrico	
Llave para bomberos	Señalar ubicación.
m. OTROS EQUIPOS Y SISTEMAS	
Lavandería	Señalar su ubicación.
Bodega de útiles de aseo	Señalar su ubicación.
Otro	Señalar su ubicación.

ANEXO N° 4

FORMATO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE EMERGENCIAS

El Plan de emergencia debe contener como mínimo: objetivos generales y específicos, actividades (orientadas a responder los objetivos específicos), programas o guías de actuación (protocolos que permiten darle forma a las actividades), responsables de cada acción y mapa o plan de evacuación (sencillo y en formato entendible por todos).

PLAN DE EMERGENCIAS		
Última fecha de actualización		
Objetivo General		
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 	
Actividades (orientadas a responder los objetivos específicos y se pueden basar en la metodología ACCEDER señalada en este protocolo)		
Actividades	Responsable	Participantes involucrados
Actividades de alerta y alarma <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 		
Actividades para la comunicación y retroalimentación. <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 		
Actividades de coordinación, procedimientos** y evacuación*** <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 		

<p>Evaluación preliminar</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p>Coordinación para la toma de decisiones</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p>Evaluación secundaria o complementaria</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		
<p>Readecuación del diagnóstico y del plan de emergencias en sustento de lo aprendido.</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p>		

** Los procedimientos obedecerán a los protocolos particulares para cada emergencia. En el Anexo N°6 se pueden observar ejemplos generalizados, los que deben ser adaptados a cada residencia.

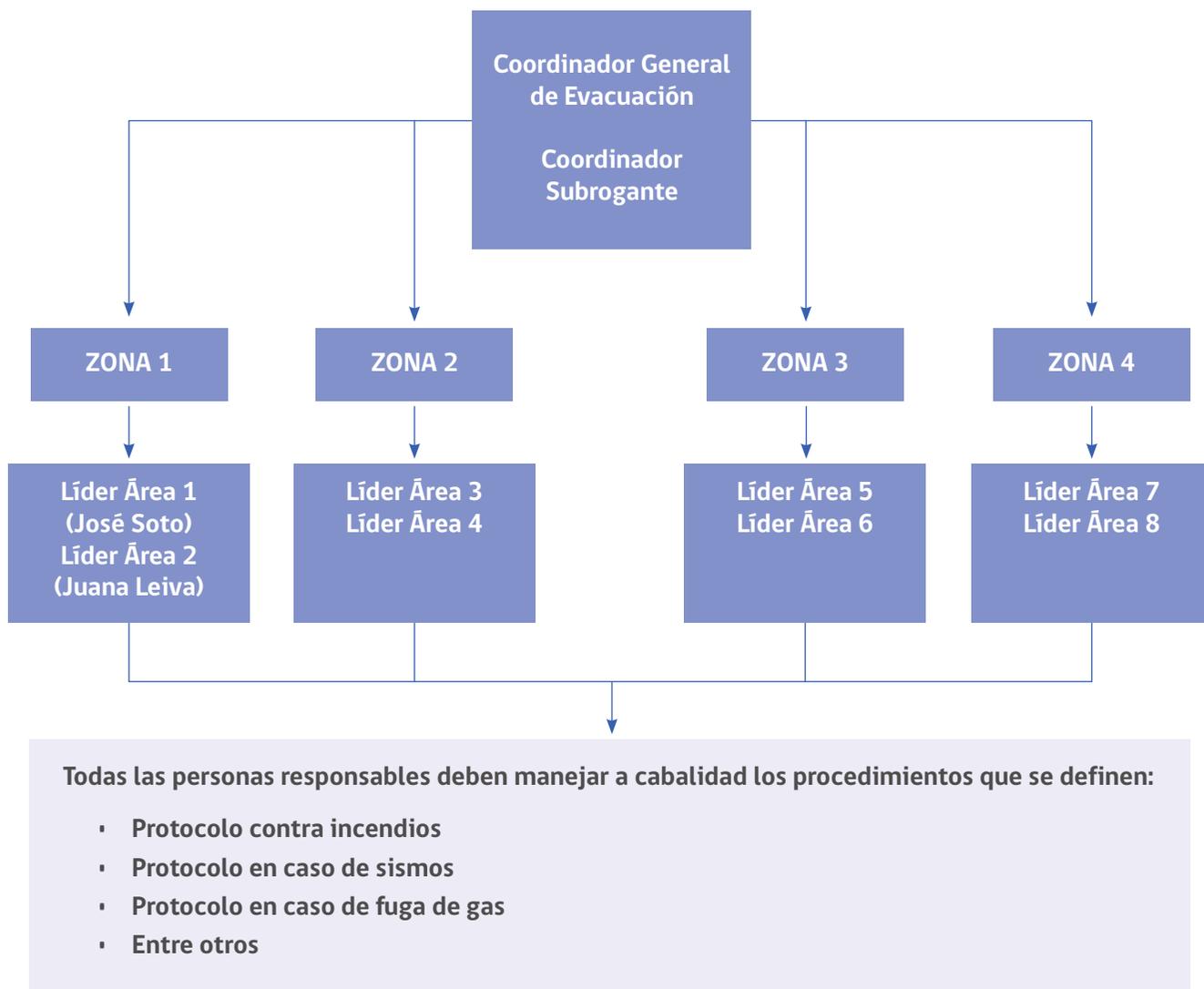
*** Los aspectos generales para el plan de evacuación deben considerar las generalidades expresadas en el Anexo N°5.

ANEXO N° 5

CONSIDERACIONES PARA EL PLAN DE EVACUACIÓN

De acuerdo a las características de cada residencia se debe elaborar un plan de evacuación. La residencia se debe dividir en Zonas y éstas en Áreas (externas o internas), en segundos niveles, áreas de residencia de mayor dependencia. Cada área tendrá un coordinador o líder específico, mientras que toda la evacuación deberá ser liderada por un coordinador general. A continuación se presenta un organigrama tipo, pero cada residencia deberá adaptar el suyo, lo que responderá a la ubicación y estructura de la residencia. Además debe contar con un mapa sencillo donde se evidencie la ubicación de la residencia, calles contiguas, marcación de salidas relevantes, puntos de encuentro (deben estar demarcados).

FIGURA N° 1 ORGANIGRAMA PARA LA EVACUACIÓN



Para concretizar el plan de evacuación se debe considerar un mapa de evacuación, realizado de manera sencilla con formas claras, abarcando todos los espacios de la residencia. Este debe estar en un lugar visible para todos.

FIGURA N° 2

MODELO TIPO
MAPA DE EVACUACIÓN



Fuente: Plan de Emergencias Cefam Lebu Norte, Ilustre Municipalidad de Lebu, 2015.

ANEXO N° 6

PROTOSCOLOS DE ACTUACIÓN

Estos protocolos son orientaciones generales frente a los tipos de emergencias más comunes. Sin embargo cada residencia los deberá adaptar a su realidad, de acuerdo a sus necesidades particulares.

Protocolo de Emergencia
INCENDIO

1. El funcionario que detecte el fuego avisará a viva voz la situación de incendio y dará aviso al administrador.
2. Acciona la alerta de incendio y da aviso a bomberos.
3. Si el funcionario posee conocimientos y habilidades correspondientes, usará el extintor para intentar apagarlo. En caso contrario, retírese del lugar y solicite ayuda inmediata.
4. Cortar el suministro eléctrico y de gas.
5. Debe comenzar la evacuación hacia las zonas de seguridad definidas para caso de incendio.
6. Debe verificar que todos hayan evacuado, revisando baños y otras dependencias.
7. Debe revisar que todos los residentes y personal de turno, según nómina vigente se encuentren en la zona de seguridad.
8. Una vez pasada la emergencia, según lo estipulado por bomberos, debe verificar que si existen o no lesionados, organizar la evaluación de daños y el retorno a las dependencias.
9. Se debe informar a los familiares de lo ocurrido y las medidas tomadas.
10. Si el establecimiento presenta daños mayores, se deberá gestionar inmediatamente el traslado de los residentes más afectados a otro lugar de residencia temporal.

Protocolo de Emergencia SISMO FUERTE

- Accionar la alerta, abrir puertas y despejar zonas de evacuación.
- No corra, aléjese de ventanales o tabiques conformados por vidrios, éstos pueden romperse en grandes trozos y caer sobre las personas.
- Cortar el suministro eléctrico y de gas. Si es posible dejar reservas de agua mínima para consumo.
- Una vez pasado el sismo debe comenzar la evacuación hacia las zonas de seguridad del establecimiento, conservando la calma y tranquilizando a los residentes.
- Verificar que todos hayan evacuado.
- Si el establecimiento se encuentra en zona de riesgo de Tsunami, deberá activar los mecanismos de traslados a lugar seguro según disposiciones del comité comunal de emergencia.
- Debe revisar que todos los residentes y personal de turno, según nomina vigente se encuentren en la zona de seguridad.
- Una vez pasada la emergencia debe verificar si existen o no lesionados, organizar la evaluación de daños y el retorno a las dependencias. Se debe informar a los familiares de lo ocurrido y las medidas tomadas.

Protocolo de emergencia TEMPORAL DE LLUVIA Y VIENTO

- Debe evaluar el riesgo de daño, ya sea de inundación, voladura de techumbre, vidrios u otros.
- Si corresponde según evaluación anterior, debe desarrollar las acciones preventivas para el resguardo de los residentes.
- Debe tomar contacto con el comité comunal de emergencia y estar presto a implementar el plan de evacuación si la autoridad lo estima pertinente, según las características de la emergencia.
- Debe disponer de los implementos de seguridad necesarios para el resguardo de los residentes, esto es linternas, agua, abrigo.
- Si el comité comunal de emergencia lo determina, se debe comenzar la evacuación hacia las zonas de seguridad de la comuna, conservando la calma y tranquilizando a los residentes.
- Debe verificar que todos hayan evacuado revisando baños y otras dependencias.
- Debe revisar que todos los residentes y personal de turno, según nomina vigente se encuentren en la zona de seguridad.
- Una vez pasada la emergencia debe verificar si existen o no lesionados, organizar la evaluación de daños y el retorno a las dependencias. Se debe informar a los familiares de lo ocurrido y las medidas tomadas.

Fuente: Protocolos ELEAM Senama, 2014.

Protocolo Emergencias y Urgencias Médicas en el Adulto Mayor

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la Ejecución: Enfermero/a

OBJETIVO

Otorgar al equipo de la residencia, las orientaciones básicas para el correcto abordaje de los eventos que constituyen posibles emergencias y urgencias médicas en los adultos mayores residentes.

CONSIDERACIONES PREVIAS

- Para efectos de este protocolo, se entenderá como **emergencia médica** un evento inesperado que se presenta en un adulto mayor, que ocurre sin previo aviso y que requiere de un tratamiento inmediato o atención, llevando una alta probabilidad de riesgo de vida. (Ej. dolor precordial, PCR) Por otro lado, se entenderá como **urgencia médica** a una situación de salud que también se presenta repentinamente, pero sin riesgo de vida y que puede requerir de una asistencia médica dentro de un período de tiempo razonable (dentro de las 2 o 3 horas). (Ej. caídas, heridas no profundas, quemaduras leves, hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.)
- Dado el carácter imprevisto de la emergencia médica y su potencial gravedad, se deberá actuar de manera oportuna y pertinente, movilizandolos recursos necesarios para abordar todos los aspectos de la emergencia médica, eficiente y eficazmente.
- Se deberá realizar una evaluación de la emergencia, para determinar su tipología, gravedad y acciones a seguir, estableciendo si se resuelve mediante derivación a urgencias o resolución in situ por profesional a cargo.
- Algunas veces se podrá resolver in situ, y otras veces será necesario recurrir a ayuda externa, pudiendo ser recomendado el traslado de la persona a la Unidad de Urgencia determinada por la residencia. Todo el personal, deberá conocer la información de contacto de dicha unidad de urgencia.
- Todo el personal de la residencia, debe conocer el procedimiento a seguir, ante la presencia de una emergencia médica.
- Cada miembro del equipo de la residencia, debe conocer el rol que desempeñará en caso de una emergencia.
- Transmitir protocolo de emergencias a todos los actores involucrados, incluyendo a familiares, residentes y otros visitantes en general, para conocimiento de cómo actuar y a quién recurrir en caso de presenciar un evento de emergencia.
- Las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) deben ser llevadas a cabo por personal capacitado.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Como premisa ante cualquier emergencia se deberá:

- Nunca dejar sola a la persona que sufre la emergencia.
- Transmitir tranquilidad a la persona afectada y al entorno inmediato.
- En caso que se evalúe, necesario contactar y derivar a servicio de Urgencias.

I. Emergencia Vital

Posibles emergencias vitales: Pérdida de conocimiento de cualquier origen, el paro cardiorespiratorio, accidentes graves que causan traumatismos con hemorragias severas, el dolor precordial en población de riesgo o con antecedentes cardíacos, caídas de altura, politraumatismos y quemaduras graves, etc.

Ante estas situaciones:

- Valorar el estado general de la persona mayor.
- Valorar el estado de conciencia.
- Valorar la presencia de pulso (en caso de alteración de la conciencia).
- Realizar una evaluación primaria y otorgar primeros auxilios, según sean necesario, hasta que llegue la ayuda indicada.
- Preocuparse de que la persona quede en una posición de seguridad.
- En paralelo el personal debe llamar a la Unidad de Emergencia correspondiente, en busca de ayuda, indicando la siguiente información: Dirección del siniestro, hora del siniestro, características del siniestro (Adulto mayor inconsciente, sin pulso, etc.)
- El/la enfermero/a coordinador/a, responsable de la ejecución de este protocolo, deberá notificar lo ocurrido a través de un informe que debe hacer llegar a Dirección para análisis de la situación y establecer mejoras continuas.
- A pesar de que la persona se recupere espontáneamente, siempre debe contar con una evaluación médica.

a. Paro cardio-respiratorio (PCR)

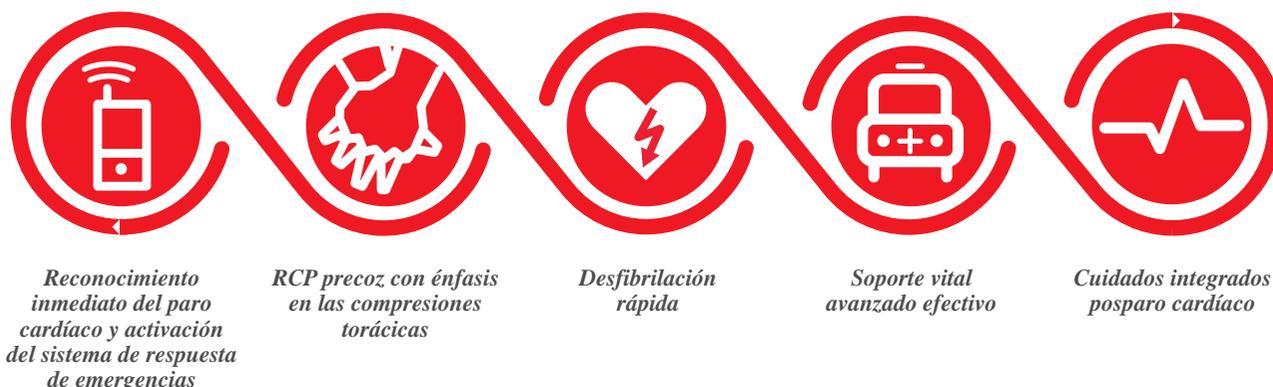
Se define paro cardio-respiratorio como el cese de la actividad mecánica cardíaca, confirmado por la ausencia de pulso detectable, inconsciencia y apnea (o respiración agónica, entrecortada).

Se entiende por RCP (Reanimación Cardiopulmonar), aquel conjunto de medidas y procedimientos cuyo objetivo central es asegurar una entrega adecuada de oxígeno al cerebro, corazón y otros órganos vitales.

Cadena de Sobrevida (American Heart Association, AHA. 2015) Fig.1

1. Reconocimiento temprano de la emergencia (adulto que no responde a estímulos) y solicitud de ayuda.
2. RCP temprana por personal capacitado.
3. Desfibrilación temprana.
4. Soporte vital avanzado precoz y los cuidados post resucitación.

Figura N°1



▪ **Secuencia de Acción Reanimación Cardiorespiratoria, RCP**

Seguridad	Asegúrese que el entorno es seguro para el reanimador y la víctima en caso de necesidad.
Reconocimiento del PCR	<ul style="list-style-type: none"> Compruebe el estado de conciencia. No respira o solo jadea o boquea (es decir, no respira normalmente). No se detecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos. (La comprobación de la respiración y circulación puede realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos).
Activación del sistema de respuesta de emergencias	Activar los servicios de emergencias médicas (SAMU 131) o el sistema local de respuesta a emergencias.
Iniciar CAB (Compresiones torácicas- Permeabilizar vía aérea - Ventilación asistida) * La relación compresión-ventilación debe ser 30:2 con una frecuencia de 100-120 lpm (latidos por minuto)	<ol style="list-style-type: none"> Ubíquese verticalmente sobre el pecho de la víctima y, con sus brazos rectos, presione con sus 2 manos en la mitad inferior del esternón al menos 5 cm realizando 30 compresiones. Después de cada compresión, suelte la presión sobre el tórax sin perder contacto entre sus manos y el esternón. Ponga a la persona boca arriba y abra su vía aérea usando la maniobra de cabeza atrás mentón arriba. Ponga su mano en su frente y suavemente desplace la cabeza de la víctima hacia atrás manteniendo su pulgar e índice libres para cerrarle la nariz y dar 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto).
Tiempo de reanimación	<ul style="list-style-type: none"> Si la persona no responde, reanimar hasta que muestre signos de vida y/o llegue el servicio de emergencia. Si la persona responde, dejar en posición de recuperación.

b. Obstrucción de la vía aérea por cuerpo extraño (OVACE)

La obstrucción completa de la vía aérea es una emergencia que de no ser tratada puede provocar la muerte en minutos a la víctima, es poco frecuente pero potencialmente tratable. Debemos sospechar OVACE cuando un adulto o niño sin causa aparente presenta de pronto dificultad respiratoria, se torna cianótico pudiendo llegar a perder la conciencia.

Los cuerpos extraños pueden causar obstrucción parcial o completa:

- **Obstrucción parcial:** La persona puede tener un intercambio de aire bueno o malo, encontrándose aún consciente, presenta una respiración ruidosa, angustia y aún puede toser; debemos recordar que el mejor mecanismo de desobstrucción de la vía aérea es el reflejo de la tos, por lo que sí existe, se alentará a la víctima a seguir tosiendo, manteniéndose al lado de ella controlando su estado, sin realizar ninguna maniobra de desobstrucción de la vía aérea. Procure trasladarlo a un centro de Urgencia, estimulándolo y en lo posible con aporte suplementario de oxígeno.
- **Obstrucción completa:** Cuando se produce la obstrucción de la vía aérea, se produce el reflejo de llevarse las manos a la garganta, signo universal de asfixia. En la obstrucción completa, la persona no puede hablar, respirar ni toser, no hay desplazamiento de aire, por lo que rápidamente se pondrá cianótico con posterior pérdida de conciencia, pudiendo llegar al PCR si no se actúa rápidamente.

Maniobra de Heimlich (Figura 2)

1. Párese detrás de la víctima.
2. Rodee su cintura con los brazos.
3. Cierre el puño de una mano.
4. Coloque el lado del pulgar contra el abdomen de la víctima, en la región epigástrica, con la otra mano situada sobre este puño.
5. En esta posición, se aplicarán compresiones abdominales bruscas dirigidas hacia dentro y arriba.
6. Repita las compresiones hasta conseguir la expulsión del cuerpo extraño o hasta que pierda conciencia.

Figura N°2.



7. En el caso de obstrucción de la vía aérea, estando la víctima inconsciente, el encargado de primeros auxilios deberá colocar a la persona afectada en decúbito supino, sobre una superficie rígida.
8. Pedir a otra persona que llame a la unidad de emergencia 131, mientras usted permanece con la persona donde se situará a un costado de ésta, y abrirá la vía aérea (con extensión de la cabeza- elevación del mentón).
9. Revise la vía aérea si visualiza la presencia de un cuerpo extraño y está al alcance de sus dedos, retírelo con el dedo en gancho.
10. Si la persona ventila colóquelo en posición de seguridad y reevalúe hasta la llegada del sistema de urgencia.
11. Si la persona NO ventila, comience con 30 compresiones torácicas y luego dos ventilaciones. Cada vez que administre las ventilaciones deberá observar en la cavidad oral la presencia del cuerpo extraño, y quitará cualquier objeto visible.

c. Hemorragias

La hemorragia es la salida de sangre incontrolada de cualquier vaso sanguíneo (venas, arterias y capilares) por causas traumáticas como heridas o fracturas.

Las hemorragias son causa de emergencia médica, por lo que la actuación del socorrista debe ser rápida y decidida, de lo contrario la oxigenación de los tejidos se verá reducida o eliminada, produciendo la muerte de los mismos.

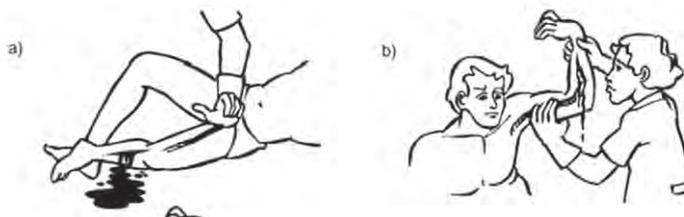
- **Hemorragia externa:** Se produce cuando, además de romperse el vaso sanguíneo, se corta la piel y la sangre derrama al exterior. Puede ser arterial, venosa y capilar.

Secuencia de Acción Ante Hemorragia Externa:

1. Aplicar **presión directa** sobre la zona de sangrado con apósito estéril o tela limpia, por 5 a 10 min. y evaluar.
2. Si el sangrado no cede, **comprimir con otro apósito sin retirar vendaje inicial y elevar la extremidad afectada.**
3. Si aún así no cede el sangrado; aplicar **compresión digital sobre arteria** que irriga la zona, comprimiendo con 4 dedos la arteria. **En caso del brazo la arteria humeral;** en las extremidades inferiores la arteria femoral aplicando el **talón de la mano.** (Figura N°3).
4. Si a pesar de estas medidas continúa sangrando derivar al servicio de emergencias más cercano.
5. El torniquete se debe utilizar como último recurso, debido a las graves consecuencias que trae su utilización (necrosis) y está reservado sólo a los casos donde la hemorragia es tan grave que los métodos anteriores han fallado, como una amputación, donde deberá ser el primer paso para el control efectivo de la hemorragia (la vida del paciente está siendo amenazada).

Figura N°3.

- a. Compresión femoral
- b. Compresión humeral.



Hemorragia interna: Son aquellas que se producen en el interior del organismo, sin salir al exterior, por lo tanto no se ve, pero sí que se puede detectar porque la persona presenta signos y síntomas de shock (al igual que el resto de las hemorragias).

Secuencia de Acción Ante Hemorragia Interna:

1. En caso de hematoma, poner una bolsa de hielo sobre la piel; el frío contrae los vasos sanguíneos y así hace que el hematoma que se está formando sea menor.
2. En caso de haber sufrido un fuerte golpe abdominal, caídas y /o accidentes y presentar: vómitos con sangre, abdomen muy rígido o sensible y manifestaciones de shock como alteración de la conciencia, estado ansioso, nervioso, pulso rápido y débil, respiración rápida y superficial, palidez de mucosas, sudoración fría y pegajosa, generalmente en manos, pies, cara y pecho, se debe:
 - Tranquilizar al herido.
 - Evitar la pérdida de calor corporal. Taparlo.
 - Colocar al accidentado estirado con la cabeza más baja que los pies (posición de trendelenburg) y siempre que sus lesiones lo permitan.
 - Control de signos vitales cada 5 minutos.
 - Trasladar lo antes posible a centro asistencial.

d. Intoxicaciones

Es la reacción del organismo a la entrada de cualquier sustancia tóxica (veneno, alimento, medicamento) que causa lesión o enfermedad y en ocasiones la muerte. El grado de toxicidad varía según la edad, sexo, estado nutricional, vías de penetración y concentración del tóxico.

Según la naturaleza del tóxico, la sensibilidad de la víctima y la vía de penetración, los signos y síntomas pueden ser:

- Cambios en el estado de conciencia: delirio, convulsiones, inconsciencia.
- Dificultad para respirar (disnea).
- Vómito o diarrea.
- Quemaduras alrededor de la boca, la lengua o la piel, si el tóxico ingerido es un cáustico, como sustancias para destapar cañerías o blanqueadores de ropa.
- Mal aliento por la ingestión de sustancias minerales.
- Pupilas dilatadas o contraídas.
- Dolor de estómago.
- Trastornos de la visión (visión doble o manchas en la visión).
- Lesiones de la piel asociados a síntomas sistémicos (picaduras, mordeduras).

Secuencia de Acción Ante Intoxicaciones:

En caso de ingestión:

1. Evalúe a la persona y verifique conciencia, respiración y pulso.
2. Si la persona presenta vómitos colocar a la persona en posición de seguridad para evitar la aspiración del vómito. En ningún caso se debe inducir el vómito.
3. Mantener vigilada a la persona y controlar signos vitales.
4. Trasladar a centro asistencial más cercano.

En caso de inhalación:

1. Trasladar a la persona fuera de la zona contaminada y avisar al servicio de urgencia.
2. Aflojar ropa ajustada (cinturón, botones) para facilitar respiración, vigilando respiración y ritmo cardiaco.
3. No dar de beber agua si está inconsciente o semi inconsciente ya que podría atragantarse.

II. Urgencias Médicas

Posibles urgencias médicas: traumatismos menores, quemaduras leves, las palpitaciones, heridas, la hipertensión arterial sintomática, la pérdida de conocimiento recuperada, problemas relacionados con la diabetes, taquicardia, traumatismo de cráneo, abdomen y tórax, etc.

a. Quemaduras:

En caso de quemadura grave:

- No tocar quemadura, ni intentar despegar ropa adherida al sitio.
- Dejar caer abundante agua sobre el área afectada.
- Cubrir con apósitos limpios y húmedos y trasladar a servicio de urgencia.

En caso de quemadura leve:

- Dejar caer abundante agua sobre el área afectada.
- Dejar cubierto con apósitos.
- Si las quemaduras ocurren en extremidades, estas deben quedar en alto.

b. Heridas:

En caso de herida grave:

- No intervenir en herida.
- Dar aviso a profesional a cargo.
- Comprimir levemente con apósito estéril.
- Trasladar a servicio de urgencia.

En caso de herida leve:

- Limpiar herida de cualquier cuerpo extraño que pueda presentarse (tierra, piedrecillas, etc.) con abundante agua.
- La herida quedará descubierta o cubierta de acuerdo a criterio profesional.
- Si hay sangramiento comprimir levemente.

c. Convulsiones:

Las crisis epilépticas generalmente son impredecibles, pueden ocurrir en cualquier momento y lugar por lo que resulta muy importante saber qué es lo que se debe hacer para ayudar a una persona que las presenta. Estas crisis se detienen espontáneamente y generalmente duran pocos minutos.

Secuencia de Acción Ante Convulsiones:

- Mantener la calma y tranquilizar a las personas que se encuentran alrededor.
- No intentar contener ni detener los movimientos involuntarios.
- Tomar el tiempo de duración de la crisis con reloj.
- Despejar el área cercana de cualquier cosa que pueda dañar a la persona.
- Soltar prendas apretadas como corbatas o cinturones para mejorar la entrada del aire.
- Colocar algo blando debajo de la cabeza para evitar que se golpee.
- Colocar a la persona de lado, esto permite mantener la vía aérea permeable.
- No intentar abrir la boca a la fuerza ni introducir elementos. Al forzar la boca se puede dañar la dentadura o la mandíbula. Durante una crisis la persona no se traga la lengua.
- No suministrar nada de beber ni tratar de administrar los medicamentos durante la crisis.
- Mantenerse junto a la persona hasta que la crisis haya finalizado y recupere completamente el conocimiento.
- Una vez finalizada la crisis déjelo descansar.

Se debe derivar al servicio de urgencia en caso de:

- Si la crisis dura más de 5 minutos.
- Si se repite una tras otra, sin que entre ellas se recupere la conciencia.
- Si la persona no recupera la conciencia y/o la respiración es regular una vez finalizada la crisis.
- Si la persona continúa confusa 1 hora después de la crisis.
- Si ocurre una crisis en el agua.
- Frente a una crisis en una persona sin historia previa de epilepsia.
- Si la persona se lesiona producto de la crisis.

III. Traslado a Servicio de Salud por Urgencias Médicas

- Llamar al servicio de urgencia solicitando una ambulancia para el traslado del adulto mayor. La persona deberá ser acompañado por quien designe la enfermera/o, lo que debe estar considerado de manera previa.
- En caso que la urgencia médica suceda durante la noche o no se encuentre la enfermera/o, la dirección técnica deberá tener de manera previa, designada a una persona responsable para que acompañe la salida de la persona mayor.
- Para el traslado de la persona mayor, quien acompañe deberá llevar la cédula de identidad y la ficha individual de la persona mayor.
- Para la notificación de la familia, él/la trabajadora social deberá coordinarse previamente, para informar a familiares y/o persona significativa, sobre situación de traslado de la persona mayor, de manera inmediata. Lo que resulte de la notificación a la familia, deberá ser informado al director/a técnico.
- Supervisar y en su caso, retirar los objetos personales que pueda llevar por temor a que se pierdan en el hospital.
- Durante el traslado en ambulancia se estará atento en todo momento a sus signos vitales. En caso de que la familia no haya llegado aún, se comunicará esta situación en la ventanilla de admisión de urgencias donde se dejará la documentación de manera oportuna.
- Durante la estancia del residente en urgencia, quien acompañe de la residencia, se comunicará con la familia continuamente para informar el estado, o en su caso con el personal de urgencias, para saber cómo se encuentra.
- En caso de que la persona mayor quede hospitalizada/o, la familia se ocupará de su atención; si es posible a diario el equipo de enfermería se comunicará con la familia y/o el personal de planta (médico, enfermeras) para conocer su estado. De estas comunicaciones se dejará constancia por escrito en el registro correspondiente.
- En caso de que el residente no tenga familia y carezca de recursos para pagar una empresa de asistencia en hospitales o a un particular, él/la trabajadora social de la residencia se comunicará con las/os profesionales del área social del Hospital para comunicar esta situación y ver las opciones para solucionar.

- Desde la residencia, en la medida de lo posible, se visitará a la persona mayor y se mantendrá contacto telefónico con él/ella todas las veces que se requiera para saber su estado de salud.
- En caso de que el residente no desee traslado a urgencia y/o someterse a cualquier tratamiento o procedimiento vinculado a su atención de salud, éste debe firmar un consentimiento informado al ingreso a la residencia, donde el profesional de salud a cargo debe entregar la información adecuada, suficiente y comprensible.
- Cuando la persona se encuentre en incapacidad de manifestar su voluntad y no es posible obtenerla de su familia o persona referente, por no existir o por no ser habido, en estos casos, se adoptarán las medidas apropiadas en orden a garantizar la protección de la vida. Sobre todo en aquellos casos que la condición de salud o cuadro clínico de la persona implique riesgo vital o secuela grave.

IV. Registro

Enfermero a cargo y/o Auxiliar de enfermería registra una breve descripción del evento y los resultados de éste en ficha individual del adulto mayor, en el cuaderno de novedades de los adultos mayores y en la notificación de eventos adversos si lo requiere (Ver Anexo N°1).

PERIODICIDAD

- Según surja.

MATERIAL

- Botiquín de primeros auxilios. Depende de la emergencia.

REGISTRO

- Cuaderno de novedades.
- Ficha individual del adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- American Heart Association. (2010). AVB para equipo de salud. USA, Normas.
- OTEC Trauma y PCR. (2015). Manual "Atención Prehospitalaria", APH II, Soporte Vital en trauma y Reanimación Cardiopulmonar Básica. Sexta Edición.
- geriaticos.org. protocolo de Emergencia Sanitaria. Marzo 2016, de geriaticos.org Sitio web: <http://www.geriaticos.org/gestion/protocolos/emergencia.pdf>

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nombre Residente

Edad.....Rut.....

Patologías asociadas

Tipo De Evento Adverso

- Caída¹
- Intoxicación
- Quemadura
- Herida/Corte
- Úlcera por presión

Otro ¿Cuál?.....

Fecha Incidente Hora Incidente

Descripción Del Incidente

.....
.....
.....
.....

Medidas Tomadas

.....
.....
.....
.....

Evento adverso informado por

Notificado por

Observaciones

¹ En caso de caída completar la hoja de notificación.

Protocolo Extravío de Residentes

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Director/a técnico

OBJETIVO

Establecer lineamientos generales para la actuación frente al extravío de un residente.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Los episodios de extravíos de los residentes pueden tener diversas causas y no suelen ocurrir por decisión propia. En muchos casos ocurren por alteraciones cognitivas que producen extravíos involuntarios, por tratamientos médicos que requieren de un alto consumo de medicamentos, episodios de delirio, alteraciones de la orientación, etc.

En el caso de las residencias, puede suceder eventualmente que algunas personas mayores abandonen los establecimientos de manera voluntaria, lo que se debe poner en alerta para identificar la causa de esta decisión, principalmente si se evidencian situaciones internas del propio funcionamiento que la originen.

Los episodios de extravíos son esporádicos y no afectan a todos los residentes. Son más bien hechos puntuales que afectan a algunas personas, bajo condiciones o circunstancias especiales. Por este motivo este protocolo no busca generalizar, sino más bien, entregar directrices en caso de ocurrencia.

Tener claridad del estado de salud de cada residente, así como que ellos estén informados sobre las normas básicas de funcionamiento de la residencia es central. Por esto se sugiere tener en cuenta factores de riesgo intrínsecos, características personales de cada residente y factores extrínsecos, asociados a las características de funcionamiento de la residencia, u otros, que puedan conducir a la pérdida, extravío o abandono voluntario de un residente.

Para efectos de este protocolo, extravío o pérdida del residente considera:

- Que el suceso ocurra fuera de la residencia.
- Que la persona se encuentre ausente por un periodo prolongado. Se sugiere considerar como tiempo prolongado al transcurrido por más de dos horas (no habiendo dado aviso con anterioridad, por lo que no aplica a las salidas habituales).
- Puede haber o no denuncia, lo que será explicado en las etapas del protocolo.

Considerar algunos factores clave contribuye a reducir el riesgo de extravío de un residente, por ello se mencionan algunos que pueden afectar esta situación.

Factores de Riesgo

Intrínsecos (propios de la persona)	Extrínsecos (residencia, familia, entorno).
Estado de confusión, desorientación y/o alucinación.	Existencia de medidas de resguardo especiales, desde la perspectiva médica o de acompañamiento, que sean impuestas a los adultos mayores respecto de las salidas de la residencia.
Déficit sensorial (auditivo, visual, vestibular u otro).	Episodios de maltrato institucional, por parte de funcionarios de la residencia. Conflictos entre residentes no abordados.
Enfermedades neurológicas.	Nulo conocimiento de las características personales y de salud de las personas mayores por parte de cuidadores y del equipo profesional. Nulo conocimiento de la rutina e intereses de la persona residente.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Prevención

Las etapas en la prevención serán:

- Difundir en la red local la existencia de la residencia.
- Contar con registro actualizado de servicios de seguridad, redes formales (carabineros, municipio) e informales (negocios cercanos, familia).
- Contar con información actualizada sobre la valoración inicial de los residentes en todos sus ámbitos.
- Conocer la rutina diaria de los residentes. Especial atención con los nuevos integrantes.
- Elaborar Tarjetas de Identificación de todos los adultos mayores, la que llevarán consigo cada vez que salgan de la residencia. Se sugiere que por un lado presente la copia de la Cédula de Identidad y al reverso los datos de la dirección y contacto del establecimiento. No se incluyen datos de familiares, ya que es la residencia la que debe dar aviso a los familiares. Si la residencia así lo desea podrá utilizar otras formas de identificación adicionales, como pulseras, en circunstancias que se detecten factores de riesgo de extravío en algún residente particular.
- Capacitar a los trabajadores en el protocolo de Extravío de los Residentes.
- Capacitar a los trabajadores y cuidadores en buen trato al adulto mayor, con el fin de prevenir situaciones de abuso y/o maltrato que impliquen abandono voluntario de la residencia por parte de los residentes.
- Contar con acceso controlado, tanto para la recepción de las visitas como para estar informado acerca de las salidas habituales de las personas mayores.

Actuación

Las etapas en la actuación serán:

- **Detectar:** Se manifiesta la falta de un residente sin motivo aparente.
- **Confirmar:** Cuando se detecta la ausencia de un residente, en primer lugar se debe realizar una revisión general del edificio, inspeccionar habitaciones, servicios, espacios comunes, el recinto completo en general y consultar con el asistente del adulto mayor y/o personas cercanas. Si se confirma que el adulto mayor no está en la residencia, y que tampoco ha dado aviso de alguna actividad de rutina diaria o de salida, es necesario activar la búsqueda lo antes posible.
- **Informar al encargado de seguridad:** Si bien la responsabilidad de este protocolo está en el Director Técnico, éste delegará a un funcionario que esté a cargo de la seguridad de la residencia, quien deberá activar el protocolo.
- **Recabar información personal del residente:** La persona encargada de seguridad debe recopilar toda la información posible sobre la situación actual del residente, y por ende, orientar respecto de las causas del aparente extravío.
- **Coordinar la búsqueda:** El encargado de seguridad deberá definir una comitiva de personas de la residencia para que recorran los lugares cercanos a la residencia y los lugares más frecuentados por la persona mayor, para iniciar una búsqueda temprana.
- **Activar la red local:** También informará a los servicios de seguridad (seguridad ciudadana, plan cuadrante), así como en las redes informales del sector (colegios, juntas de vecinos), entregando detalles sobre la descripción física de la persona (aspecto, edad, la ropa que vestía) para que, antes de la denuncia, se pueda identificar la presencia de la persona en el sector.
- **Contactar a familiares o personas significativas para el adulto mayor:** Sin levantar alarma, se deberá contactar telefónicamente a todos los familiares y amigos cercanos para ver si la persona mayor ha tenido algún contacto con ellos, a fin de descartar opciones de ubicación del residente. Si la familia no cuenta con información, se dará a conocer la situación y las acciones tomadas. La persona designada con anterioridad deberá dar aviso de esta situación.
- **Localización de la persona mayor:** Si la persona mayor es localizada en este proceso, se debe verificar su estado de salud y recabar la mayor información sobre su estadía, si la situación lo amerita. No se deberá transmitir ansiedad. Cualquiera sea la causa, extravío o abandono voluntario, se deberá hacer seguimiento y recurrir a los profesionales pertinentes. Se registra en la ficha individual de la persona y en el libro de novedades. Si la persona mayor no es localizada, se deberá realizar seguimiento de la denuncia y estar vinculado y acompañando a los familiares.
- **Denuncia:** Si transcurrido un tiempo mayor a dos horas (sugerido) desde que se detecta la desaparición, no se cuenta con información de la persona mayor, la residencia deberá realizar la denuncia en Carabineros o PDI. Para esto, se considerará la mayor cantidad de antecedentes que se puedan manejar sobre la persona mayor y cualquier dato útil respecto de su identificación. Es importante tener presente que mientras menos tiempo transcurra desde el extravío de la persona, mejor es el panorama de hallazgo.
- **Seguimiento de denuncia:** Una vez realizada la denuncia se debe efectuar un seguimiento completo de la situación hasta su resolución. Es importante tener presente que al iniciar el proceso, le corresponderá a la PDI y al Ministerio Público comenzar una investigación y realizar las diligencias respectivas de acuerdo a sus protocolos. En este caso, tanto la residencia como los familiares, deben estar dispuestos a ser soporte y referente para cualquier tipo de información que la investigación amerite.

- **Medidas finales:** Una vez que la persona es encontrada, se deberá hacer una evaluación del estado de salud y estado anímico. Dependiendo de las causas que produjeron el extravío o abandono voluntario, se deberán tomar las medidas pertinentes de acompañamiento al residente. Si la persona mayor hubiese hecho abandono voluntario del establecimiento, por alguna causa externa o interna, se debe hacer seguimiento y acompañamiento de la situación. Si el extravío no tiene causas personales intrínsecas, se sugiere una evaluación interna de la residencia, considerando que eventualmente podrían haber factores propios del funcionamiento de la residencia que puedan generar dicha situación. Si la causa fuese una decisión personal y la persona mantiene su voluntad de abandono de la residencia, se debe respetar la autodeterminación de la persona mayor frente a cualquier medida, incluida la opción de egreso.

PERIODICIDAD

- Según ocurrencia.

MATERIALES

- Tarjetas de identificación y/o pulseras, si la residencia lo considera.

REGISTRO

- Ficha individual del adulto mayor.
- Libro de novedades.

BIBLIOGRAFÍA

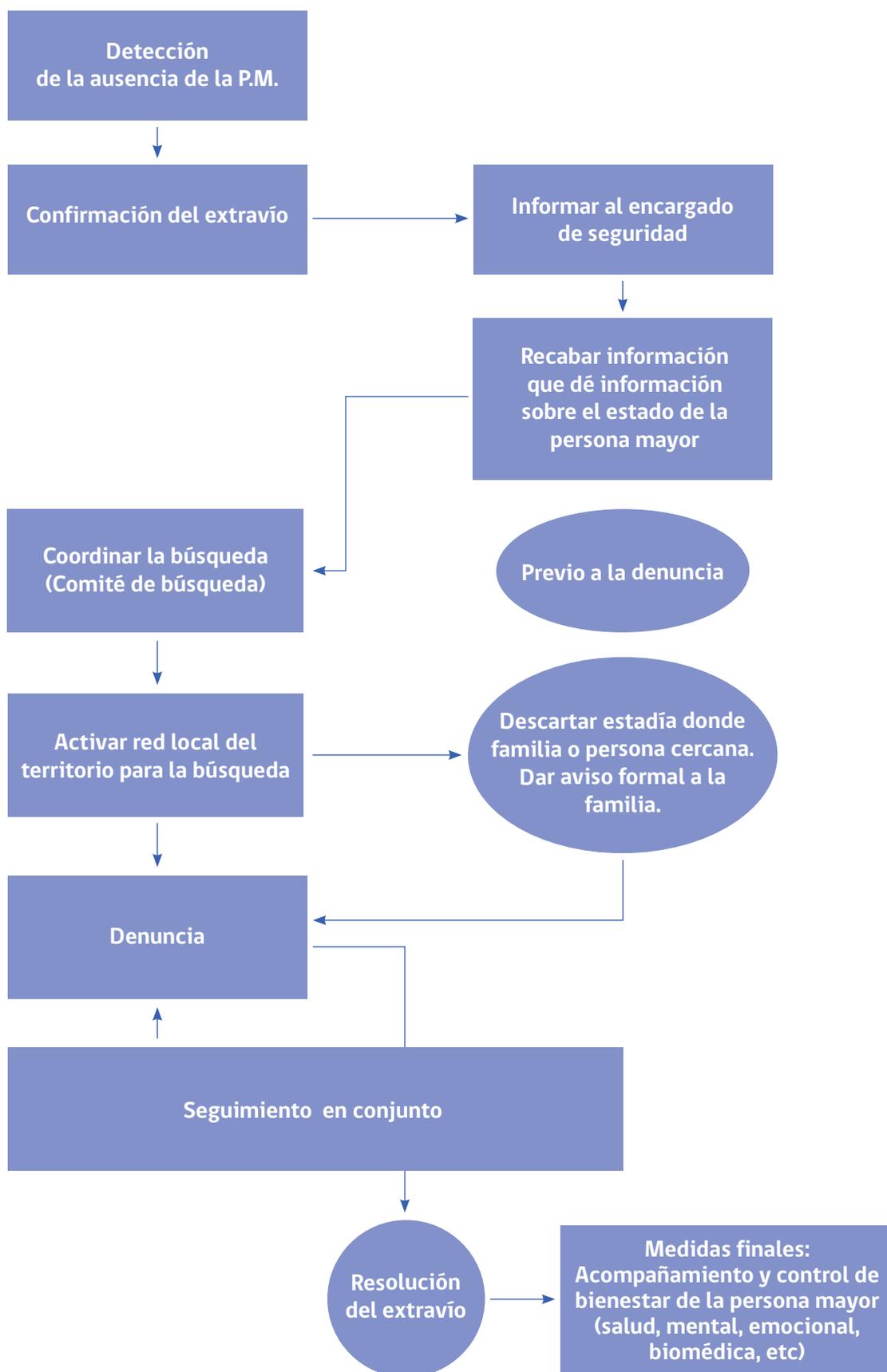
- Policía de Investigaciones de Chile; Extravío de personas. Disponible en http://www.policia.cl/ubicacion_personas/portada/index.htm Recuperado el martes 21 de junio.

FLUJOGRAMA: Sí

ANEXOS: No

GLOSARIO: No

Flujograma Actuación Extravío de Personas Mayores



Protocolo Robo o Hurto

Etapas del Proceso: Todas las etapas

Responsable del Cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la Ejecución: Encargado de seguridad designado por el Director Técnico

OBJETIVO

Entregar orientaciones para la prevención y actuación frente a robos o hurtos en la residencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Un robo o hurto es una situación especial, frente a la cual la residencia debe estar informada para saber cómo actuar, sobre todo cuando se trata de una situación que afecte directamente a residentes o funcionarios. Para ambas situaciones entenderemos como robo o hurto, aquella acción en que sin la voluntad de su dueño y con ánimo de lucrar, se apropia de alguna cosa mueble ajena, usando en el caso de robo, la violencia o intimidación en las personas o de fuerza en las cosas. Por su parte el hurto, es cuando no se realiza a través de la violencia, la intimidación o la fuerza (Código Penal, Art. 432).

En este protocolo se debe tener en consideración que:

- Es importante delegar un responsable de la seguridad, que maneje íntegramente el protocolo y que se encargue de difundir, prevenir y actuar frente a estas situaciones.
- Ambos sucesos, robo o hurto, pueden implicar la pérdida material, de recursos y/o equipamiento de la residencia, como también artículos personales de residentes y/o funcionarios.
- Si la residencia detecta que ha perdido parte de su equipamiento inmobiliario, dinero u otro tipo de recursos, es importante que actúe rápidamente, sobre todo si el objeto robado o hurtado es utilizado para prestar servicios de salud a los residentes.
- Es primordial mantener contactadas y actualizadas las redes policiales y también las redes informales de la localidad, a fin de que sean factibles de localizar a través de cualquier medio de comunicación convencional o no convencional (Timbre de llamada, alarma, botón de pánico, teléfono móvil), ya sea al presenciar un delito o posterior a él.
- Además de robo o hurto también se podrán producir otras situaciones como la apropiación indebida, delito que hace referencia al ilícito penal cometido por una persona que recibe una cosa, por ejemplo una suma de dinero (es lo más habitual), por título que produzca la obligación de entregarla o devolverla pero que, en lugar de cumplir tal obligación y devolverla o entregarla, la incorpora a su patrimonio de forma definitiva. (Legalitas, 2014)
- En caso de robo a la residencia, siempre se deberá denunciar.
- Todo lo anterior puede producir estados de angustia, preocupación, sensación de inseguridad y conflictos, lo que debe ser manejado por todos los funcionarios de la residencia hacia las personas mayores pero también hacia los funcionarios.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Prevención

La residencia deberá poner especial importancia en:

<p>Medidas de vigilancia y seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener informados y vinculados a los servicios de seguridad del sector sobre la existencia y ubicación de la residencia (Carabineros, Policías de Investigaciones (PDI), Barrio Seguro, Juntas de Vecinos). ▪ Mantener el inventario actualizado y conservar una copia impresa de él para que sean fácilmente identificables los bienes faltantes en caso de delito. También hay que considerar por ejemplo, en el caso de los artículos o implementos de enfermería, verificar aquellos más importantes, tras el cambio de cada turno, para discernir entre extravío o robo, en caso de ocurrir. ▪ Además del encargado de seguridad, es importante poder identificar un representante por cada turno, ya que estos hechos pueden ocurrir en horario nocturno o fines de semana. ▪ Inspeccionar diariamente las dependencias de la residencia, principalmente en horarios nocturnos, verificando el adecuado cierre de puertas y ventanas, cierres perimetrales, portones, entre otros.
<p>Medidas estructurales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisar periódicamente el estado de las medidas de seguridad. Si éstas están en mal estado se sugiere incluir dentro de las prioridades del plan de mejora anual de la residencia (protecciones de ventanas, chapas, etc.). ▪ Instalar iluminación adecuada dentro y fuera de la residencia. ▪ Si los recursos lo permiten, contar con vigilancia, alarmas o cámaras de seguridad. La residencia podrá averiguar, por ejemplo, si hay fondos concursables para acceder a tecnologías que permitan reforzar la seguridad.
<p>Medidas de resguardo de bienes personales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar en la identificación de las pertenencias de la persona mayor, cuando corresponda y lo desee. Resguardar que cuenten con un lugar seguro para su cuidado. ▪ Los adultos mayores tienen derecho a guardar los objetos de manera privada, en los espacios destinados para ello. Por ejemplo, caja fuerte, cajón con llave. ▪ No siempre son conocidos todos los objetos de las personas mayores. Sus familiares pueden haber entregado presentes o regalos que no son identificados, y tampoco tienen por qué serlo, ya que son elementos privados. ▪ Disponer de un espacio seguro que custodie el dinero de las personas mayores, si éstas así lo solicitan. ▪ Contar con un lugar seguro para el manejo de dinero de la residencia. ▪ Mantener sólo un mínimo de dinero en efectivo en la residencia. Se sugiere depositar el dinero en una caja fuerte o en el banco.

II. Actuación al Presenciar un Robo:

- Ante un robo siempre se debe conservar la calma y permanecer atento ante situaciones que podrían usar en su favor. El equipo de profesionales o funcionarios deberá asumir la responsabilidad de ayudar a las personas mayores a mantener la calma y apoyarlas para que no entren en pánico.
- Al enfrentar un robo, y en caso que las personas no estén tan próximas a enfrentar un riesgo, se debe intentar ver opciones para dar a conocer la situación mediante señas, activar la alarma de emergencia, y sólo si las circunstancias son óptimas, comunicarse vía telefónica.
- Buscar un refugio seguro donde esconderse.
- “Cooperar” con quien o quienes ejerzan el robo, no oponer resistencia. Lo anterior para evitar el uso de la fuerza excesiva o violencia.
- En la medida de lo posible, tratar de retener información y descripción de los asaltantes. Esto servirá para una posible denuncia y para prevenir próximas situaciones.
- Una vez finalizada la situación de riesgo, se debe verificar el estado de salud de cada residente o funcionario que pudo haber estado expuesto directamente ante el robo. Así mismo, se debe contener y escuchar activamente la experiencia vivida por cada uno.
- Se debe realizar la denuncia ante el organismo policial respectivo (Carabineros o PDI). Se espera que sea el Director Técnico quien la realice. Sin embargo, si éste no se encuentra en la residencia, será la persona a cargo de la seguridad quien la efectúe.

III. Actuación al Percatarse de un Hurto:

- Dar aviso inmediato al responsable de la seguridad.
- Investigar la veracidad del evento, consultando en el inventario y preguntando a los involucrados.
- Aislar la dependencia donde se detecta la pérdida para proteger las evidencias requeridas para la investigación, según corresponda.
- Cuando afecte a un residente, se acompañará y dará contención emocional a través de escucha activa.
- No levantar juicios respecto de quién pudo haber sido el causante del hurto, sobre todo si se considera alguien de la misma residencia, sea éste del personal o de los adultos mayores.
- Si es necesario, y dependiendo de las características del elemento extraviado, así como de la voluntad afirmativa de la víctima directa, se presentará la denuncia policial y/o solicitará la presencia de carabineros en el establecimiento.
- Recopilar información relevante y fidedigna de los hechos, para colaborar con la investigación policial, realizando lo siguiente: Determinar la cantidad y características del equipamiento faltante a través del inventario.
- Una vez confirmado se registrará en el libro de novedades o bitácora que la residencia use en estos casos.

Finalmente, frente a cualquiera de estas situaciones:

- Una vez informado y notificado el evento, se aplicará en el Plan de Mejora Anual de la residencia, con el objeto de asegurar condiciones propicias de un ELEAM lugar seguro para los residentes y personal en general (protecciones inseguras, chapas en mal estado, evaluar uso de cámaras).
- En caso de haber seguros comprometidos, es necesario iniciar los trámites con la compañía aseguradora, con el fin de reponer el equipamiento perdido y reparar los daños ocasionados. Para ello se debe contar con la póliza de seguro vigente y la copia del parte policial. Informar a la contraparte de Senama regional correspondiente.
- En la eventualidad de que algún episodio de apropiación indebida sea realizado por un funcionario de la residencia hacia las personas mayores, será la administración de ésta quien defina algún tipo de sanción a través de la normativa de funcionamiento de los estamentos que allí se desempeñan.

PERIODICIDAD

- Según ocurrencia del hecho.

MATERIALES

- Teléfono habilitado (Siempre con carga activa si es teléfono móvil). Este deberá permanecer las 24 horas en la residencia.
- Registro telefónico actualizado de redes policiales, de seguridad o de referencia en el barrio.
- Opcionales: Timbre de pánico, alarmas, cámaras de seguridad.

REGISTRO

Para tales efectos se dispondrá del libro de novedades y/o bitácora, en el cual se detalle la fecha, lugar del hecho, observaciones y seguimiento del caso de ser necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Justicia, (1874). Código penal. Ley Chile (Sitio web <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984#robo0>, visitado 28 junio de 2016)
- Legalitas, (2014). ¿Qué es la Apropiación Indebida? Legalitas Inteligencia Legal (Sitio web <https://www.legalitas.com/actualidad/que-es-apropiacion-indebida>, visitado 28 marzo de 2016)

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: No

GLOSARIO: No

Protocolo de Donaciones

Etapas del Proceso: Funcionamiento

Responsable del Cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la Ejecución: Director o personal administrativo

OBJETIVO

Entregar orientaciones para la adecuada gestión y administración de las donaciones en la residencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El presente protocolo busca regular la gestión y coordinación de donaciones. Para esto se deberá formar un **Consejo de Donaciones**.

- Este protocolo aborda tanto la recepción como la gestión de donaciones. Más adelante en el protocolo se detallarán los flujos correspondientes:
 - Solicitud de donaciones.
 - Recepción de donaciones (espontáneas).
- Las donaciones deben ser pertinentes con las necesidades de la residencia, por tanto en caso de recibir donaciones que no correspondan a las necesidades o características de la residencia, podrán ser rechazadas.
- Donaciones serán todas aquellas que se realicen a través de bienes muebles, especies o recursos financieros. No se entenderá por donación las acciones de voluntariado y no se aceptarán donaciones de medicamentos.
- Para efectos de solicitar donaciones, la residencia debe tener precaución de no utilizar imágenes estereotipadas de énfasis negativo hacia los adultos mayores, como campañas de difusión o publicitarias, vale decir, aquellas que validen los mitos o prejuicios asociados a la vejez.
- La residencia siempre deberá informar de las donaciones que reciba, a través de un informativo que sea visible tanto para residentes como para trabajadores.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

El Consejo de Donaciones debe estar conformado por el Director(a), un representante del Consejo de Residentes (o de los residentes) y un profesional administrativo o quienes la dirección designe. El Consejo de Donaciones deberá gestionar, coordinar, supervisar e informar el correcto uso de las donaciones. El representante del consejo de mayores podrá solicitar apoyo de algún profesional, si lo desea.

I. Solicitud de Donación

- El Consejo de Donaciones identificará alguna necesidad o requerimiento de la residencia, que sea factible de ser cubierta a través de donaciones.
- Investigar el tipo de empresa o institución que más se relacione con el tipo de donación que se busca.

- Generar contactos con la institución existente. Esto puede ser mediante carta o de manera personal. Cuando se trate de una primera aproximación, se aconseja dirigirse personalmente, concertando una reunión para contextualizar a la empresa o institución sobre la solicitud.
- Presentación de la residencia y su misión.
- Explicar los motivos de la solicitud, para dar a conocer a la Institución el destino de los recursos o servicios solicitados.
- Si la situación lo amerita, se espera destinar un tiempo de respuesta de no más de 10 días, para que la empresa o institución señale si acogerá la solicitud.

II. Donación espontánea

- Al recibir donaciones en forma espontánea el funcionario de la residencia que lo recibe deberá evaluar, en el momento, la donación que se realiza, resguardando que el contenido sea pertinente a los requerimientos de la residencia.
- Una vez evaluada la pertinencia de la donación, se procederá a su registro (como se indica en punto III) asimismo se deberá detallar el nombre del funcionario que lo recibe, fecha y firma.
- Informar al Consejo de Donaciones. Si en el momento en que se efectúa la donación no se encuentra ningún miembro del Consejo de Donaciones, se le informará sobre lo sucedido señalando que la donación ha sido registrada. Si corresponde, se espera que estos definan el destino de la donación en resguardo de las necesidades de la residencia.

III. Recepción de donaciones

Cualquiera sea el origen de la donación, se procederá a su **registro** a través de un documento que contenga al menos: Tipo de donación, cantidad o monto, datos generales de la persona o institución que realiza la donación (números de contacto y nombre), así mismo se deberá detallar el nombre del funcionario que lo recibe, fecha y firma.

¿En qué debemos fijarnos al momento de recibir una donación?

Si bien las donaciones pueden estar constituidas por elementos de distinta naturaleza, existen algunos tipos de donación que suelen ser más recurrentes. Entre estos podemos señalar donaciones en dinero, alimentos, vestuario y artículos de aseo. En todos los casos la residencia deberá tener especial atención al momento de revisar la donación, principalmente cuando sean especies o bienes inmuebles.

1. Donación de alimentos

- Verificar su fecha de vencimiento.
- Si son frutas o vegetales, que estos se encuentren en buen estado para su consumo.
- Verificar el estado de sus envases, para el correcto almacenamiento de estos.

2. Donación de productos de aseo personal y limpieza

- Examinar el etiquetado de los productos.
- Examinar la fecha de vencimiento.
- Revisar el estado de sus envases, para resguardar el correcto almacenamiento de estos.
- Si se almacenan, procurar dejarlas en cajas cerradas y etiquetadas.

3. Vestuario

- Verificar el estado de las prendas y que sean pertinentes al perfil y características de las personas mayores.
- Verificar talla y material de confección.
- Si se trata de calzado, verificar el estado de estos así como el material de fabricación, ya que un calzado en mal estado puede provocar caídas o generar alteraciones en la marcha.

4. Las donaciones en recursos financieros

- Las residencias podrán recibir donaciones financieras, informando por escrito previamente a SENAMA.
- Las donaciones pueden ser en efectivo, cheques o transferencias bancarias.
- Si es transferencia, ésta debe ser realizada a la Cuenta que la residencia tenga destinada para estos efectos. No podrá ser realizada a cuentas personales.
- Si el donante expresó voluntad del uso de los recursos, la residencia debe respetar el uso de estos requerimientos. De lo contrario, se espera que el Consejo de donaciones, priorice los recursos según el orden de necesidades de la residencia.
- Cada ingreso por concepto de donación debe ser establecido en un recibo para la persona que entregó la donación.
- Una vez utilizado los recursos, se deberá elaborar un informe de ejecución de los mismos, adjuntando documentación que respalde el gasto realizado, señalando las razones del destino final de los recursos. Finalmente el informe debe ser publicado en un lugar visible para todos.

5. Otras donaciones

- En el caso de donaciones de bienes muebles que no estén enumeradas anteriormente, como ayudas técnicas, mobiliario u otros, se deberá solicitar la autorización de SENAMA, de acuerdo a los procedimientos respectivos.

PERIODICIDAD

- Según ocurrencia del hecho.

MATERIALES

- Talonario o tarjetas de notificación de recepción de donación.

REGISTRO

- Planilla o cuaderno de donaciones: para control interno (debe indicar fecha, identificación del donante, se detallará la donación y destino de ésta, así como el nombre y firma de quien recibió la donación)
- Talonario de donaciones.

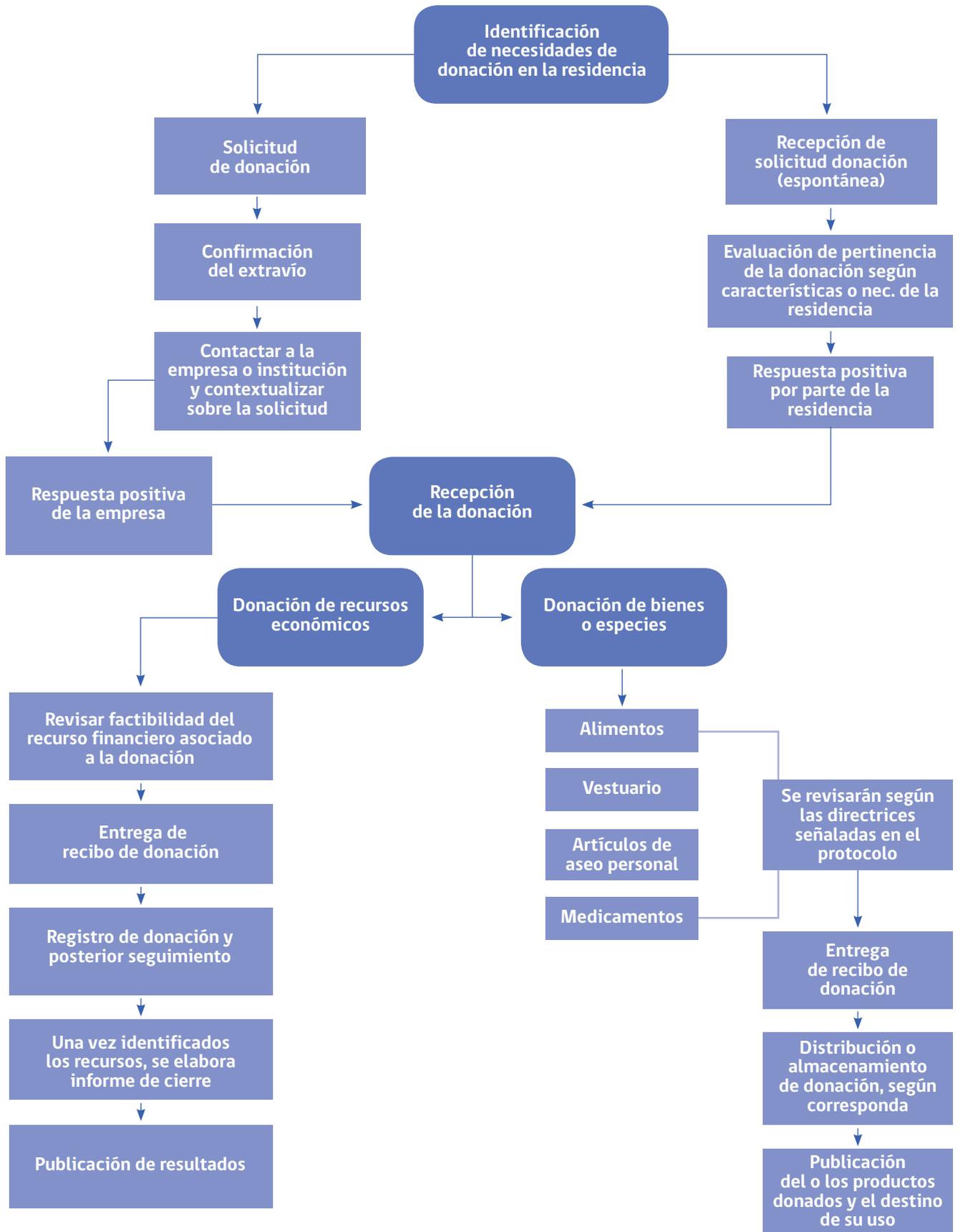
BIBLIOGRAFÍA: No

FLUJOGRAMA: Sí

ANEXOS: No

GLOSARIO: No

Flujograma



Protocolo de Voluntariado

Etapas del Proceso: Permanencia

Responsable del Cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la Ejecución: Trabajador social

OBJETIVO

Entregar orientaciones para el desarrollo y seguimiento de acciones de voluntariado en las residencias.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Para efectos de este protocolo entenderemos por voluntariado aquellas acciones dirigidas a la mejora de servicios que se entregan en la residencia. Estos servicios podrán ser realizados por una persona, grupos de personas o instituciones que realicen actividades de apoyo, por decisión propia y sin recibir remuneración de por medio.

El voluntariado puede surgir bajo dos modalidades:

1. Por solicitud de la residencia.
2. Por iniciativa de un grupo de voluntariado o voluntario/a en particular.

Cualquiera sea la acción voluntaria que se realice, ésta debe responder a las necesidades presentadas por los adultos mayores, por el consejo de residentes o por el equipo de profesionales y/o técnicos de la residencia.

Cuando se requiera contar con los servicios de voluntariado, deberá tener en consideración:

- Que los servicios de voluntariado deben estar orientados a complementar o colaborar con las acciones del ELEAM, podrán ser ejercidos por personas, grupos u organizaciones tanto internas como externas (Ver Glosario), pero en ningún caso deben cubrir o reemplazar la falta de planta de personal requerida para su funcionamiento.
- Se podrán considerar como servicios de voluntariado la entrega de acciones inmediatas que se ejecuten durante una jornada, y también aquellos servicios permanentes o ejecutados durante períodos prolongados.
- La permanencia y modalidad de funcionamiento de los voluntarios, podrá ser evaluada periódicamente, pudiendo terminarse si se considera alguna falta grave (maltrato, robo, entre otras) dentro de su funcionamiento.
- Si las actividades de voluntariado son esporádicas, y requieren ser efectuadas los fines de semana, se deberán generar turnos de profesionales y asistentes para que las supervisen. En este caso los voluntarios no necesitan ser capacitados, pero si se les informará previamente del perfil de los adultos mayores.
- Existen grupos de voluntarios que desean realizar actividades de entretención con los adultos mayores (colegios, universidades, jardines infantiles, entre otros) por lo que es fundamental que estos grupos sean supervisados además por el terapeuta ocupacional, ya que en ocasiones, estos grupos realizan actividades que no son acorde al perfil de los residentes.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Diagnóstico

- a. **Levantamiento de necesidades de la residencia.** Si el consejo de residentes, los residentes, el equipo de profesionales o técnicos de la residencia manifiestan la necesidad de contar con servicios voluntarios, se deberá acoger y evaluar qué tipo de acción es la que busca impulsar el ELEAM y evaluar si es factible resolverla mediante el trabajo voluntario.
- b. **Identificación de la oferta de voluntariado.** De acuerdo a las necesidades detectadas por la residencia, se identificarán en el territorio organizaciones o personas voluntarias que cuenten con experiencia afín. También se podrá consultar a otras residencias por experiencias similares, o bien, ser receptivos frente a peticiones espontáneas de voluntarios que se acerquen a ofrecer sus servicios. En el caso de existir solicitud espontánea por parte de un voluntario, la residencia recogerá la solicitud de participación, se evaluará e identificará su pertinencia.
- c. **Registro de la oferta.** Es importante que la residencia registre toda la oferta de voluntarios disponible, independientemente de si la utiliza o no, ya que esto permite construir una red de posibles contactos sobre oferta de voluntarios. Se espera contar con una **“Ficha de Registro de Voluntarios” (Ver Anexo N°1).**

II. Selección de los Voluntarios y Coordinación de la Propuesta de Trabajo

- a. **Propuesta.** Una vez identificada la oferta de voluntariado, se contactará al organismo, institución o persona voluntaria y se convocará a reunión para presentar y revisar la propuesta en conjunto a los requerimientos de la residencia. En esta fase se debe dejar claro que el voluntariado es una actividad sin remuneración económica.

Si la propuesta es aceptada como favorable, se informará a la organización de voluntariado y se extenderá formalmente la invitación a participar (correo, citación, carta). Si la oferta no es adecuada, y por tanto no contribuye a las acciones del ELEAM, el profesional a cargo informará que no ha sido calificada y le orientará sobre otras posibles oportunidades de participación.

- b. **Selección de los voluntarios:** Si bien no todos los tipos de voluntariado requieren pasar por un proceso de entrevista o evaluación formal, siempre es importante contar con una pauta que nos oriente en este proceso (Ver **Anexo N°2 “Pauta de entrevista de voluntariado”**). Si la residencia cuenta con psicólogo, se espera que sea él/ella quien apoye en esta acción. No obstante, cuando se realice una acción de voluntariado dirigida al trabajo directo con personas mayores, vale decir, aquel donde él o los voluntarios establecen una relación directa con las personas mayores, se debe realizar un proceso de entrevista a él o los voluntarios. Si se trata de un voluntario o un grupo pequeño de voluntarios la entrevista se podrá hacer personalizada, de lo contrario la entrevista se podrá adaptar a un grupo más amplio como la residencia estime conveniente. A continuación se entregan algunos consejos prácticos para el proceso de selección.

<p>Si el voluntariado realiza acciones de trabajo indirecto con los residentes. (Ej: apoyo en ornamentación de residencia, presentación artística, mejora de espacios comunes, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Según la opinión del equipo de la residencia se verá si se aplica o no la entrevista. Si se aplica se espera que lo haga el psicólogo de la residencia. ▪ Reunión de coordinación entre el trabajador social y voluntario/ organización de voluntariado, para la entrega de información del proceso. ▪ Evaluación de las actividades a realizar por parte del voluntario / organización de voluntariado según las características de la residencia y necesidades presentadas por las personas mayores. ▪ Notificación de aceptación o rechazo de participación. ▪ En caso de aceptación; invitación al voluntario u organización de voluntariado a firmar una "Carta de Compromiso" (Ver Anexo N° 3), que permita respaldar el cumplimiento de las acciones y respetar las normas de funcionamiento interno, aparte del registro de los voluntarios.
<p>Trabajo directo con los residentes. (Ej.: Cuidado o acompañamiento de los residentes, trabajo de fortalecimiento del rol de personas mayores, vinculación familiar o comunitaria de los residentes, etc.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicación de entrevista de selección. ▪ Evaluación interna del equipo de la residencia sobre las apreciaciones generales de la entrevista. ▪ Notificación de aceptación o rechazo de participación. ▪ En caso de aceptación; invitación al voluntario u organización de voluntariado a firmar una "Carta de Compromiso", que permita respaldar el cumplimiento de las acciones y respetar las normas de funcionamiento interno, aparte del registro de los voluntarios.

III. Planificación

Toda planificación de acciones a desarrollar, es en base a los voluntarios/organizaciones de voluntariados aceptados para trabajar en la residencia:

- **Coordinación para la acción.** Posterior a la selección se realizará una reunión de coordinación. En ella se definirá la planificación de actividades, objetivos, metodología, fechas y cronogramas tentativos, según corresponda. La residencia deberá gestionar, dentro de sus posibilidades, de un espacio para las reuniones, así como material de trabajo básico en caso de necesitarlo.
- **Información a la residencia:** Se informará a los residentes, consejo de residentes y equipos de trabajo respecto de la participación e inserción del voluntariado. Si es preciso se presentará a los voluntarios con los residentes y funcionarios.

IV. Ejecución

- a. **Inducción:** Antes del inicio de las acciones, y cuando corresponda, se deberá propiciar un espacio de inducción de los voluntarios sobre aspectos relacionados con la vejez y envejecimiento, así como aspectos generales de la residencia. Si el voluntariado se realiza por un período prolongado y directamente con los residentes, se deberá instar a que cursen una capacitación formal en materias gerontológicas y /o específicas en su acción (Ver Protocolo de Capacitación), donde además el equipo de profesionales deberá estar constantemente retroalimentando.

- b. Acompañamiento, supervisión y seguimiento:** El funcionario designado apoyará al voluntariado en lo que este requiera. Se espera coordinar reuniones periódicas con los voluntarios para la entrega de información, aclarar dudas, entregar asesoría técnica, recoger sugerencias y observaciones. Se deberá participar de reuniones y principalmente llevar registro de las acciones realizadas y los avances del voluntariado de acuerdo a lo programado. El registro se deberá consignar en un cuaderno de campo o bitácora de trabajo que el profesional maneje para los voluntarios.

V. Cierre

Finalmente, al término o cierre de un periodo de trabajo voluntario, se sugiere realizar un proceso de evaluación y retroalimentación de la experiencia. Si la experiencia no fue positiva, se informarán las razones y se limitará su próxima participación.

Consideraciones finales:

A modo de sugerencia el ámbito de acción del voluntariado podrá ser, por ejemplo:

- Promover la participación social de los residentes.
- Mantenimiento y buen estado de espacios de uso común en la residencia.
- Vinculación de la residencia con la comunidad.
- Apoyo en actividades sociales o cívicas de los residentes (votación, visitas a familiares).
- Apoyo en actividades recreativas de los residentes y sus familias.
- Promoción de la cultura de vejez y envejecimiento.
- Difusión local del ELEAM.
- Otros.

PERIODICIDAD

- Según demanda.

MATERIALES

- Sala para entrevista y reuniones.

REGISTRO

- Fichas de Registro de Voluntarios
- Orientaciones para Entrevista Individual de Selección de Voluntarios.
- Carta de compromiso.
- Libro de novedades.

BIBLIOGRAFÍA: No

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
VOLUNTARIADO EXTERNO	Aquellas organizaciones o personas voluntarias cuya conformación y funcionamiento es externa a la residencia. (Colegios, organizaciones de voluntariado territorial, voluntario de consultorios, instituciones).
VOLUNTARIADO INTERNO	Aquellas organizaciones (personas o instituciones) voluntarias cuya conformación es al interior de la residencia, pero podrían tener funcionamiento tanto interno como externo a ésta.
TRABAJO DIRECTO CON RESIDENTES	Es aquel donde él o los voluntarios establecen una relación directa con las personas mayores, pasan tiempo juntos o la acción de voluntariado espera generar un cambio o apoyo en la persona mayor. En este tipo de relación se puede generar un vínculo de confianza entre ambos.
TRABAJO INDIRECTO CON LOS RESIDENTES	Es aquel donde él o los voluntarios no establecen una relación directa con las personas mayores, no suelen pasar tiempo juntos y la acción de voluntariado no va en directa relación con la persona mayor, sino más bien está dirigida al funcionamiento de la residencia. En este tipo de relación no se genera necesariamente un vínculo de confianza entre ambos.

ANEXO N° 1

FICHA DE REGISTRO DE VOLUNTARIOS

Fecha	
Tipo de Voluntariado	Individual _____ Grupo de personas (No constituida) _____ Institución formal (Constituida) _____
N° de voluntarios que conforman la organización	
Nombre del Voluntario, Organización o Institución	
Área de experiencia	
Breve descripción de la acción voluntaria que realiza (opcional)	
Tiempo dedicado a la actividad de voluntariado	
Frecuencia de la actividad de voluntariado	
Teléfono y correo electrónico de contacto	
Nombre de contacto	

ANEXO N° 2

ORIENTACIONES PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL DE SELECCIÓN DE VOLUNTARIOS

Cuando los voluntarios realicen trabajo directo con las personas mayores, se sugiere que se realice una entrevista de selección individual previo a su inserción, que permita conocer más sobre su perfil, a fin de prevenir situaciones que puedan significar un riesgo para los adultos mayores. La entrevista deberá contener como mínimo:

ÍTEM	SUGERENCIAS DE TEMAS A CONSULTAR
1. Identificación del voluntario (datos personales, nivel educacional, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre del voluntario. ▪ Domicilio. ▪ Grupo familiar. ▪ Nivel de escolaridad.
2. Experiencia en voluntariado (Cuánto tiempo, dónde, etc.)	<p>¿Ha tenido experiencia como voluntario?</p> <p>¿Dónde?</p> <p>¿Por cuánto tiempo?</p> <p>¿Qué piensa usted de los adultos mayores o de la etapa de la vejez?</p> <p>¿Conoce el trabajo de una residencia?</p>
3. Motivación para realizar voluntariado en esta área (por qué y para qué)	<p>¿Qué lo motiva a participar del voluntariado?</p> <p>¿Qué expectativas tiene sobre el voluntariado?</p> <p>¿Con cuánto tiempo dispone usted para dedicarle al voluntariado?</p> <p>De acuerdo a lo que hemos conversado, ¿Cree usted que cuenta con la experiencia y/o conocimientos para desarrollar este voluntariado?</p>
Sugerencias adicionales	<p>Si la situación lo amerita y según criterio del profesional, se podrán realizar preguntas que se sustenten en el trabajo de caso.</p>

Observaciones finales respecto de aprobación o rechazo de participación del voluntario:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Nombre, Cargo y Firma

ANEXO N° 3

CARTA DE COMPROMISO

Fecha/...../.....

En consideración a los acuerdos establecidos con la Residencia
..... Yo (Persona Natural o Institución de voluntariado que
corresponda).....
..... me comprometo a:

1. Colaborar con las acciones planificadas, trabajar en ellas y finalizarlas.
2. Dar aviso con anticipación cuando no pueda llevar a cabo alguna acción comprometida.
3. Respetar las normas internas de la residencia.
4. Respetar los derechos y deberes de los adultos mayores.
5. Mantener contacto permanente con el funcionario referente de la residencia.
6. No recibir dinero de los residentes, en ninguna circunstancia.

Otros acuerdos definidos:

.....
.....
.....

.....

Nombre Rut Firma

Protocolo Gestión de Medicamentos

Etapas del Proceso: Permanencia en la residencia

Responsable del Cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Enfermera/o

OBJETIVO

- **Garantizar el acceso a la salud de las personas mayores, resguardando su integridad y evitando acciones de negligencia que puedan afectar su calidad de vida.**
- **Cumplir con las acciones técnicas y administrativas indicadas en la residencia, para disponer de medicamentos según las indicaciones médicas individuales a cada persona mayor.**
- **Colaborar en la prevención de los eventos adversos y de las reacciones adversas producidas por medicamentos, reportando la totalidad de estas últimas tal como lo establece la normativa vigente.**

CONSIDERACIONES PREVIAS

Dicho protocolo se entenderá como el conjunto de acciones que orientarán al equipo de salud en las distintas etapas de la cadena del uso racional y seguro de los medicamentos. Estas son:

- I. Adquisición.
- II. Almacenamiento.
- III. Prescripción.
- IV. Administración.
- V. Reporte de sospecha de reacciones adversas (medicamentos y vacunas).
- VI. Eventos adversos relacionados a la medicación.

De acuerdo al DS N° 14/2010 del MINSAL, el responsable de entregar acceso a la salud al adulto mayor en la residencia, y por lo tanto responsable también de obtener los medicamentos, es el Director Técnico. Del mismo modo, la enfermera como responsable de la ejecución, deberá llevar el registro de los medicamentos desde su adquisición, para lo cual, se deberá completar un "Formulario de Ingreso de Medicamentos al ELEAM" cada vez que se adquiera e ingrese un medicamento (Ver anexo N°1)

En la ejecución de esta actividad los demás responsables son:

Médico	Encargado/a de la prescripción.
Enfermera/o	Encargado/a de almacenamiento, supervisión, administración y registro de los medicamentos de cada residente.
TENS	Encargado/a de almacenamiento y administración. Según indicación de enfermera/o.

De los medicamentos

Código Sanitario, Libro IV Título I De los productos Farmacéuticos, Art. N° 95: Se considera medicamento *“cualquier sustancia natural, biológica, sintética o la mezcla de ellas, originada mediante síntesis o procesos químicos, biológicos o biotecnológicos, que se destine a las personas con fines de prevención, diagnóstico, atenuación, tratamiento o curación de las enfermedades o sus síntomas o de regulación de sus sistemas o estados fisiológicos particulares, incluyéndose en este concepto los elementos que acompañan su presentación y que se destinan a su administración.”*

Es importante reforzar que dentro de la categoría de medicamento se consideran también vacunas, productos biológicos, fitofármacos (plantas medicinales), productos homeopáticos, vitaminas, minerales y gases medicinales, entre otros, y en todas sus diferentes formas farmacéuticas (cápsulas, comprimidos, cremas, ungüentos, jarabes, soluciones, suspensiones, gotas oftálmicas, gotas óticas, etc.)

De las sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM) y eventos adversos asociados a la medicación

Se debe considerar que toda situación adversa asociada a la medicación puede traer graves consecuencias de tipo clínica para las personas mayores, jurídicas para los profesionales y económicas para la institución. Por lo tanto, es de suma importancia llevar un registro de cada una de ellas cuando se presenten con el fin de contar con un detalle formal que registre, tanto la situación ocurrida, como las intervenciones realizadas.

De la comunicación con el residente

Existe la posibilidad de que alguna de las etapas de este proceso, o parte de ellas, deba ser descrita al residente adulto mayor. Lo importante en ese caso es entregar la información con el detalle adecuado, es decir, en un lenguaje claro y adaptando la información de acuerdo a la capacidad cognitiva de la persona mayor. Es importante siempre considerar la evaluación cognitiva para así, en caso de ser necesario, generar las adaptaciones que permitan un desempeño lo más adecuado posible respecto de su medicación.

En torno a la administración de medicamentos cabe destacar la necesidad de respetar la voluntad del adulto mayor cuando desee realizarla por sí mismo. Esto con el objetivo de conservar sus habilidades y capacidades, y además para que haga pleno uso de sus derechos. Siempre se deberá facilitar y supervisar el proceso, resguardando que el adulto mayor entienda la importancia del mismo.

Si la persona mayor desea suspender la ingesta de su(s) medicamento(s) se le deberá explicar previamente cuáles son las consecuencias de dicha acción y se le deberá alentar o estimular a que continúe con su terapia, primando su decisión sobre el tema.

En todos los casos, se deberá mantener permanentemente informada a la familia del residente, con el fin de transmitir todo lo que implica este proceso, otorgando así tranquilidad a la persona mayor y a sus familiares y/o personas significativas.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Adquisición de Medicamentos:

Según el DS N°14/2010 del Minsal, Art.10, es responsabilidad de la Dirección Técnica entre otras acciones relacionadas con la salud del adulto mayor en la residencia y, por lo tanto, de la obtención de los medicamentos. Esto incluye:

- Verificar el sistema previsional de salud a que esté afiliado el residente. En el evento que no cuente con uno, gestionar su incorporación al sistema que le corresponda.
- Coordinar y asegurar que los adultos mayores reciban atención de salud primaria en un establecimiento público o privado y que se encuentren inscritos en aquel que corresponde a la ubicación de la residencia, para que reciban las prestaciones que requieran, en caso de pertenecer al sistema público de salud.
- Gestionar la red de derivación para la atención de salud de los residentes, estableciendo las coordinaciones y sistemas de colaboración necesarios con los centros de salud cercanos.

Es así, que los adultos mayores residentes dispondrán de acceso asegurado para la obtención del medicamento, y en caso que no se consiga o se dificulte su adquisición, se sugiere coordinar con la familia y/o persona significativa su obtención, u otra opción que se gestione en la residencia con la persona mayor, incluyendo la adquisición por la misma, en caso que ninguna de las otras opciones se logre. Lo anterior, se debe registrar en el Formulario de Ingreso de Medicamentos al ELEAM (Ver Anexo N°1).

Se debe prestar especial atención a las condiciones del(los) medicamento(s) adquirido(s), en concreto a su aspecto físico, identificando señales de deterioro, a su rotulado claro respecto del nombre del principio activo y de su dosis y también a la fecha de vencimiento.

II. Almacenamiento de Medicamentos:

Es importante prestar atención al lugar de almacenamiento de los medicamentos, ya que sus propiedades físicas y químicas pueden verse seriamente alteradas por factores externos como la luz, el calor y la humedad. Dentro de estas alteraciones se encuentra la disminución de la actividad farmacológica; situación de extremo cuidado, sobre todo, en adultos mayores bajo terapias más sensibles, como por ejemplo, hipoglicemiantes, anticoagulantes e inmunosupresores, entre otros.

Las condiciones del sitio de almacenamiento deben considerar por lo tanto:

- Lugar seco (alejado de fuentes de humedad como baños o cocina)
- Lejos de la luz y calor (temperatura ambiente hasta 25°C)
- Ordenado para evitar posibles confusiones entre medicamentos.
- Respetando la cadena de frío para aquellos medicamentos que deben permanecer refrigerados (entre 2° y 8°C). Nunca congelar.

III. Prescripción de Medicamentos

La prescripción de un medicamento es el acto de dar una indicación respecto de la administración de un fármaco a una persona, detallando la posología del mismo. Según la ley chilena sólo los médicos, médicos dentistas, médicos veterinarios y matronas pueden realizar la prescripción de fármacos (Art. 117, Cód. Sanitario y Art. 37 DSN 466/84).

La prescripción de fármacos se realiza utilizando una receta, siendo esta el instrumento definido como la orden suscrita por el médico, médico dentista, médico veterinario o matrona, con el fin de que una cantidad de cualquier medicamento sea dispensado conforme a lo señalado por el profesional que la extiende. (DS MINSAL N° 466/1984).

Las recetas deben extenderse de la siguiente manera:

3.1. Medicamentos no sujetos a control legal:

- Nombre completo del paciente, RUT, edad.
- Fecha.
- Nombre genérico del fármaco (con mayúscula) y marca que se desea prescribir (sin abreviaturas, siglas o símbolos), junto con la dosis indicada.
- Cuando se desea indicar dos o más medicamentos en la misma prescripción, se deben detallar, en renglones separados, cada uno de ellos con su nombre, dosis y cantidad.

La receta debe incluir la individualización del médico con su nombre, RUT, Registro del Colegio Médico y dirección. Se completa con la firma del médico, con tinta o lápiz indeleble.

3.2. Medicamentos sujetos a control legal:

(Artículo 23 DS N° 405 de 1983, Ministerio de Salud, y Artículo 23 DS N° 404 de 1983, Ministerio de Salud)

- En la parte superior izquierda de la receta deberá contener impreso los nombres y apellidos del médico cirujano, su cédula de identidad, la ubicación de la consulta, el teléfono y la ciudad.
- A continuación se dejará un espacio para identificar al paciente:
 - Nombres y apellidos.
 - Edad.
 - Número de cédula de identidad.
 - Domicilio y ciudad.
- Cuerpo de la receta donde aparece la prescripción que señalará:
 - Nombre genérico del medicamento a prescribir. (Mayúsculas)
 - Forma farmacéutica y dosis de presentación.
 - Período que comprende el tratamiento.
 - Total de unidades a despachar.
 - Fecha de emisión. (La receta médica retenida tiene una vigencia de 30 días continuados luego de extendida. Posterior a este plazo no podrá despacharse ni renovarse)

- Nombres y apellidos del médico cirujano que suscribe la receta, su número de cédula de identidad consignados manual y personalmente y su firma.

La receta médica retenida debe incluir la identificación de la imprenta que confecciona los recetarios, debiendo especificar nombre, RUT, dirección y teléfono de la misma. La imprenta debería exigir la identificación del profesional médico antes de imprimir los formularios.

De la transcripción de la orden médica

La transcripción de la indicación médica será realizada por un profesional enfermero/a o un técnico de enfermería capacitado a quien se le asigne esta tarea bajo la supervisión del profesional.

Ejemplo general de una receta prescrita:

UNIDAD DEL PROFESIONAL **RECETA**

FECHA	HORA	CI
-------	------	----

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ CI: _____

Mr:

Marca comercial
NOMBRE GENÉRICO

Tabletas de 500 mg.

Tomar 1 tableta cada 12 horas durante 14 días

TOTAL 28 UNIDADES

 FIRMA MÉDICO

Escribir con letra **MAYÚSCULA**, sin abreviaturas, siglas o símbolos.

IV. Administración de Medicamentos:

La administración de medicamentos es un proceso mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de salud a una persona por distintas vías de administración, según indicación médica escrita, siendo debidamente registrado e informado.

Para la administración efectiva del tratamiento, se usará un cuaderno de registro de "administración diaria de medicamentos", el cual debe presentar los siguientes datos:

- Nombre y apellido del residente.
- Nombre genérico del medicamento y presentación (dosis y forma farmacéutica).
- Dosis indicada por el médico (mg, gramos, UI, gotas, etc.). Nunca indicar dosis únicamente en número de comprimidos, ampollas o fracciones de estos (1/2 comprimido, 1/3 de ampolla, 2 frascos, etc.).
- Vía de administración (oral, intramuscular, intravenosa, subcutánea, etc.).
- Horario programado.
- Dificultades.
- Observaciones.

Se sugiere siempre realizarlo en un lugar tranquilo, sin distracciones y bien iluminado. Una vez definida la ubicación, se deben considerar los pasos que ayudarán a una administración segura, alejada de un potencial error de medicación:

Previo a la administración:

- Lavado clínico de manos
- Recoger medicamento(s) confirmando contra indicación médica y contra nombre del residente a tratar.
- Verificar condiciones óptimas de almacenamiento del(os) medicamento(s) a utilizar (ej. lugar seco, sin humedad, mantención de cadena de frío, etc.). De no confirmar estas condiciones debe considerarse el cambio por una nueva unidad del fármaco.
- Verificar fecha de vencimiento vigente. De no confirmar esta condición debe considerarse el cambio por una nueva unidad del fármaco. Aclaración: la fecha puede aparecer bajo dos formatos: a) 22/06/2016, la cual indica el día 22 de vencimiento o b) 06/2016, en la cual se debe considerar el último día del mes en curso el vencimiento.
- Indagar sobre posibles alergias a medicamentos o posibles dificultades vistas en el uso de medicamentos con el residente a tratar.
- Preparar bandeja clínica de acuerdo a indicación médica y tarjetero.
- Acondicionar cada medicamento en caso de ser necesario (ej. reconstituir soluciones, agitar suspensiones, disolver comprimidos dispersables, temperar medicamentos bajo cadena de frío, etc.)
- Presentarse ante el adulto mayor que va a recibir el medicamento y explicar el procedimiento.
- Informar al adulto mayor la técnica de administración de cada medicamento.
- Informar al adulto mayor sobre probables contraindicaciones del procedimiento.
- Preparar al adulto mayor en posición adecuada para recibir medicamento, según vía de administración a utilizar.

Durante la administración:

- Confirmar los cinco correctos antes de la administración de los medicamentos:
 1. *Paciente correcto*
 2. *Medicamento correcto*
 3. *Dosis correcta*
 4. *Vía de administración correcta*
 5. *Horario de administración correcto*
- Administrar el medicamento según indicaciones y condiciones del adulto mayor, cumpliendo con las normas técnicas universales y de prevención. Para mayor información, se adjunta el siguiente link que contextualiza a nivel de la OMS <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js8121s/7.2.html#Js8121s.7.2> la seguridad y calidad de los medicamentos.

Posterior a la administración:

- Retirar y desechar material de enfermería utilizado
- Registrar el medicamento administrado de acuerdo a normas internas de la unidad.
- Educar e informar a la persona mayor sobre el medicamento. (ej. uso, efectos secundarios más esperados, precauciones importantes, etc.).
- Considerar cualquier dificultad encontrada durante el procedimiento y dejar registro de ella para evaluar posteriores intervenciones.
- Lavado de manos al término del procedimiento.
- Observar, en la medida de lo posible y cuando corresponda (especialmente para los medicamentos nuevos) la conducta o comportamiento del residente en el período posterior a su administración.

V. Reporte de Sospecha de Reacciones Adversas a Medicamentos

Una reacción adversa a un medicamento (RAM) se puede definir como *“cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales para la profilaxis, diagnóstico o tratamiento...”* (OMS). Por tanto, las RAM son efectos no deseados ni intencionados de un medicamento, incluidos los efectos idiosincrásicos, que se producen durante su uso adecuado. Difieren de la dosificación excesiva accidental o intencionada o de la mala administración de un fármaco. En este contexto, y tal como indica la Norma General Técnica N° 140 sobre Sistema Nacional de Farmacovigilancia, Art. 7, *“los profesionales de la salud tienen el deber de notificar toda sospecha de reacción adversa de las que tengan conocimiento durante su práctica habitual y enviarla en el formulario de notificación de reacciones adversas a medicamentos (Anexos N° 2 y N° 3), de forma electrónica o impresa, dando prioridad a las reacciones adversas a medicamentos graves e inesperadas de cualquier medicamento y a todas aquellas de medicamentos de reciente comercialización en el país. Estas notificaciones se deben enviar al Instituto de Salud Pública en los plazos establecidos en el Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de uso humano, para lo cual deberá acogerse a los procedimientos establecidos en la institución en la que se desempeña.”*

Plazos establecidos:

- RAM graves: hasta 72 horas siguientes a la toma de conocimiento del hecho.
- RAM no graves: hasta 30 días siguientes a la toma de conocimiento del hecho.

Reacción adversa grave: Aquella que cumple al menos una de las siguientes condiciones:

- Poner en peligro la vida o ser mortal.
- Implique incapacidad o invalidez grave.
- Cause o prolongue una hospitalización.

Es importante reforzar la notificación de RAM de aquellos medicamentos de reciente incorporación en el mercado (4-5 años de antigüedad) debido a que de cierta manera, aún están en etapa de prueba; más aún en la población geriátrica, pues la mayoría de los estudios clínicos excluyen este grupo de personas.

Los formularios de notificación pueden obtenerse desde el siguiente enlace: http://www.ispch.cl/anamed_/farmacovigilancia_1/nram

También es posible notificar por esta vía:

- Mal uso de medicamentos y errores de medicación asociados a sospechas de RAM.
- Situaciones de abuso o dependencia, cuando no son conocidas previamente para un medicamento o cuando cumplen algún criterio con la clasificación de RAM grave.
- Falta de eficacia de medicamentos de alto impacto (ej. antimicrobianos, medicamentos de impacto en ciertas patologías, medicamentos de uso masivo).
- Casos de intoxicación aguda o crónica.

En caso de que un residente sufra una reacción adversa por medicamentos se debe informar de forma inmediata al médico de cabecera y realizar los primeros auxilios necesarios de acuerdo a la circunstancia. Posteriormente se debe dejar constancia de lo sucedido utilizando el formulario de notificación, sospecha de reacción adversa a medicamentos (Ver Anexo N° 2) o evento supuestamente atribuible a la vacunación ESAVI (Ver Anexo N° 3), documentos que debe ser enviados al centro de farmacovigilancia del ANAMED -ISP y además archivados dentro de los registros internos de la institución.

IV. Eventos adversos asociados a la medicación:

Según indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) un evento adverso es un *Incidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación al paciente y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece.*

En el caso de los medicamentos, un evento adverso podría ser cualquiera de las siguientes eventualidades, las cuales suelen ser parte de un proceso:

- Prescripción incorrecta de una orden médica
- Dispensación de un medicamento equivocado
- Administración de un medicamento no indicado
- Administración de una dosis incorrecta
- Uso de una vía de administración incorrecta
- Utilización de una forma farmacéutica incorrecta
- Administración de un medicamento caducado / alterado
- Omisión de una dosis
- Reacción inesperada durante el uso de fármacos (intoxicación, reacción alérgica, interacción, etc.)

Muchas veces estos eventos adversos o errores de medicación pueden pasar desapercibidos si no se aprecia un daño evidente en la persona. Sin embargo, siempre que se detecten deben ser abordados con el fin de evitar que vuelvan a ocurrir. Es con esta finalidad, que en caso de existir un evento adverso en el adulto/a mayor, es importante que posteriormente se mantenga un registro de lo acontecido, incluyendo las discusiones y análisis realizados de los posibles factores gatillantes del error, con la finalidad de proponer mejoras mediante la implementación de intervenciones como por ejemplo; charlas, talleres, habilitación de espacios u otras acciones que permitan responder a la mejora. Lo importante es que se trabaje en una solución conjunta que involucre a todo el equipo de la residencia.

PERIODICIDAD

- Según indicación médica, de cada persona mayor.

MATERIAL

- Stock de medicamentos.
- Tarjetero actualizado, según visita médica.
- Sistema de registro según procedimiento de cada unidad.
- Bandeja clínica de enfermería, para administración de medicamentos.
- Insumos de enfermería necesarios.
- Cuaderno de “administración diaria de medicamentos”.

REGISTRO

- Ficha individual del adulto mayor.
- Ficha de ingreso Valoración Geriátrica Integral, VGI.
- Formulario de notificación de sospecha reacciones adversas a medicamentos (Anexo N°2).

BIBLIOGRAFÍA

- Res. Ex. N° 42/85 Determina formato de receta cheque y receta médica retenida y fija claves correspondientes a estupefacientes y productos psicotrópicos. MINSAL.
- Decreto N° 14, MINSAL.
- Frazier SC. (2005 Sep 31) *Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals: an integrated literature review*. J Gerontol Nurs.(9):4-11. PMID: 16190007.
- Lacasa C., Humea C., Cot R.. (2001). *Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Capítulo N° 19 “Recomendaciones a las enfermeras para prevenir errores de medicación”* (215-219). Barcelona, España: E.A.S.O.C.
- Lacasa C., Humea C., Cot R. (2001). *Errores de medicación. Prevención, diagnóstico y tratamiento. Capítulo N° 13 “Conductas a seguir tras un error de medicación”*. (161-165). Barcelona, España: E.A.S.O.
- Marín P., Gac H., Carrasco M. (2002) (72-76) Santiago, Chile: Ediciones UC
- Marín P., Gac H., Carrasco M. (2002) *Geriatría y Gerontología Capítulo 7.3 “ Uso de fármacos en personas mayores”* (230-239) Santiago, Chile: Ediciones UC.
- “Guía de trabajo para la revisión sistemática de medicación en pacientes polimedcados en Atención Primaria” (2013) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Pág. 6-9.
- Boletín de Farmacovigilancia N° 1, Diciembre 2013. Instituto de Salud Pública de Chile. Págs. 2-5.
- Arriagada L., Jirón M., Ruiz I. (2008). *Uso de medicamentos en el adulto mayor*. Rev. Hosp. Clin. Univ. Chile, 19, 309-317.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
EVENTO ADVERSO	Incidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación a la persona y que es consecuencia directa de la asistencia sanitaria que recibe y no de la enfermedad que padece. (OMS).
REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS	Cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.
POSOLOGÍA	Determinación de las dosis en que deben administrarse los medicamentos.
VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Lugar por donde se administra el medicamento. Puede ser: oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, ótica, nasal, inhalatoria, endovenosa, intramuscular, subcutánea, intradérmica, epidural, intratecal, intraarticular, etc.
ERROR DE MEDICACIÓN	Incidente prevenible que puede causar daño a la persona o que da lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos mientras están bajo control de personal sanitario, paciente o consumidor.

ANEXO N°1

FORMULARIO DE INGRESO DE MEDICAMENTOS A ELEM

El siguiente formulario busca llevar un registro completo de todos los medicamentos que ingresan a la residencia y su finalidad es llevar un control del total de ellos para hacer un uso óptimo de estos activos. Este formulario se deberá completar cada vez que se adquiera e ingrese un medicamento a la residencia.

Dentro del registro existen algunas especificaciones técnicas las cuales se detallan a continuación:

MARCA COMERCIAL	Corresponde al nombre de fantasía asignado a un medicamento (ej. Aspirina, Kitadol, Tapsin).
FORMA FARMACÉUTICA	Corresponde a la presentación del fármaco (comprimidos, cápsulas, frasco ampolla, jeringa prellenada, colirio, pomada, gotas óticas, ungüento, jarabe, suspensión oral, etc.).
PRINCIPIO ACTIVO	Nombre de la(s) droga(s) que componen el medicamento (en el caso de Aspirina el principio activo es el ácido acetil salicílico).
DOSIS	Cantidad de principio activo contenido en una unidad del medicamento (ej. 500mg, 1gr, 5000 UI, 200 mcg, etc.).
CANTIDAD RECIBIDA	Total de dosis recibidas (ej. si se reciben dos cajas por 30 comprimidos cada una, la cantidad recibida son 60 comprimidos, no 2 cajas).
LOTE	Identificación de las diferentes producciones del fármaco, útil para realizar trazabilidad en caso de ser necesaria. Suele ir junto con la fecha de vencimiento.
VENCIMIENTO	Fecha de expiración de la actividad del medicamento. Posterior a esta fecha el fármaco no debe utilizarse ya que existen riesgos.
MODO DE ADQUISICIÓN	El medicamento fue adquirido por la misma persona mayor, por la residencia, por algún familiar o por compra directa.

FECHA	MARCA COMERCIAL	LABORATORIO FABRICANTE	FORMA FARMACEUTICA	PRINCIPIO ACTIVO Y DOSIS	CANTIDAD RECIBIDA	LOTE	VENCIMIENTO	MODO DE ADQUISICIÓN	ADULTO MAYOR DESTINATARIO

ANEXO N°2

FORMULARIO NOTIFICACIÓN SOSPECHA REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS



NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTOS (RAM)
 (NOTA: LA IDENTIDAD DEL INFORMANTE Y DEL PACIENTE SON CONFIDENCIALES)
 Completar todos los campos, si desconoce el dato señalar "desconocido"

Datos del Paciente:

Iniciales del paciente: N° de Ficha: Unidad/Servicio: (Nombre, Apellido)

Sexo: M F Desconocido Edad: (A) (Meses) (Días) (Años) Pesa: kg Talla: cm

Declara pueblo originario: (Señale los dos alijos correspondientes según el siguiente listado)

Aymara Mapuche Quechua Colla No se puede precisar el país

Mestizo Guaraní No sabe/No Otro pueblo originario desconocido

Descripción de la Reacción Adversa (Incluir todos los datos de laboratorio)

FECHA INICIO RAM * Duración de la RAM: (mencione con la unidad de tiempo)

Minutos Horas Días Meses Años

DESCRIPCIÓN DE LA REACCIÓN ADVERSA:

S	C	Fármaco(s)	Marca	Recibió Fármaco Conscientemente			Vía de Adm.	Fecha Inicio	Fecha Término	Notas de la Prescripción
				SI	No	Desconocido				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Tratamiento de la RAM

Paciente recibió tratamiento de RAM (incluyendo suspensión de fármacos e ajuste de dosis): SI No Desconocido

Describe:

Resultado de la RAM Recuperado No Recuperado Muerto Fecha de muerte:

Causa de muerte:

¿Se suspendió el fármaco sospechoso luego de la aparición de la RAM? SI No Desconocido

¿Tras disminuir o suspender el fármaco sospechoso disminuyó o desapareció la RAM? SI No No Aplica

¿Se readministró el fármaco sospechoso luego de suspenderlo? SI No No Aplica

¿Recuperó o se intensificó la RAM luego de la readministración del fármaco sospechoso? SI No No Aplica

Consecuencia de la RAM Requiere hospitalización SI No Prolongó hospitalización SI No Señal SI No

Describe señales:

Comentarios (Ej. Antecedentes Clínicos Relevantes, Patología de Base, Alergias, Exposición Previa al fármaco y Evolución)

Describe:

Informado por:

Médico Químico Farmacéutico Enfermero Otro (Señalar):

Nombre:

Establecimiento (donde se inició la RAM): Fecha de Reporte:

Dirección: Teléfono:

E-Mail: Ciudad:

Reporte Inicial: Seguimiento:

ANEXO N°3

FORMULARIO NOTIFICACIÓN SUSPECHA REACCIONES ADVERSAS A VACUNAS (ESAVI)

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUFICIENTEMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

1. DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL

N° 11 4011 Documento 11

2. TIPO DE EVENTO EN EL SUJETO

Identificación de evento: [] Sección de salud de la institución [] Sección de salud de otro establecimiento []

3. DATOS DEL SUJETO

Nombre y apellido del paciente: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

4. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Señalar todos los signos y síntomas que se presentaron durante el evento:

6. EVALUACIÓN DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación () Sí. () No. () No se puede atribuir a la vacunación.

7. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

8. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

9. DATOS DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

10. DATOS DEL EVENTO

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUFICIENTEMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

1. DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL

N° 11 4011 Documento 11

2. TIPO DE EVENTO EN EL SUJETO

Identificación de evento: [] Sección de salud de la institución [] Sección de salud de otro establecimiento []

3. DATOS DEL SUJETO

Nombre y apellido del paciente: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

4. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Señalar todos los signos y síntomas que se presentaron durante el evento:

6. EVALUACIÓN DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

7. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

8. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

9. DATOS DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

10. DATOS DEL EVENTO

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUFICIENTEMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

1. DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL

N° 11 4011 Documento 11

2. TIPO DE EVENTO EN EL SUJETO

Identificación de evento: [] Sección de salud de la institución [] Sección de salud de otro establecimiento []

3. DATOS DEL SUJETO

Nombre y apellido del paciente: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

4. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Señalar todos los signos y síntomas que se presentaron durante el evento:

6. EVALUACIÓN DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

7. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

8. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

9. DATOS DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

10. DATOS DEL EVENTO

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE EVENTOS SUFICIENTEMENTE ATRIBUIDOS A VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVI) O ERROR PROGRAMÁTICO.

1. DATOS DEL CENTRO ASISTENCIAL

N° 11 4011 Documento 11

2. TIPO DE EVENTO EN EL SUJETO

Identificación de evento: [] Sección de salud de la institución [] Sección de salud de otro establecimiento []

3. DATOS DEL SUJETO

Nombre y apellido del paciente: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

4. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

5. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

Señalar todos los signos y síntomas que se presentaron durante el evento:

6. EVALUACIÓN DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

7. DATOS DEL PACIENTE

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

8. DATOS DEL EVENTO

Fecha de inicio de síntomas: [] Fecha de diagnóstico: [] Fecha de inicio de tratamiento: []

9. DATOS DEL EVENTO

¿Puede atribuirse a la vacunación? (SI) () No. () Sí. () No se puede atribuir a la vacunación.

10. DATOS DEL EVENTO

Nombre y apellido: [] Fecha de nacimiento: [] Sexo: []

ANEXO N°4

POLIFARMACIA

(Anexo elaborado por: Luis López Mendoza, Químico Farmacéutico)

1. ¿Qué es la polifarmacia?

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la polifarmacia corresponde al uso concomitante de 3 o más medicamentos.

2. ¿Por qué se produce polifarmacia en los adultos mayores?

Factores como el estado de salud, el acceso a varios profesionales que indican medicamentos por las perspectivas de prescripción de parte de la persona, el fácil acceso a fármacos y, por ende, la automedicación, y el nivel educacional entre otros son los causantes del uso simultáneo de más de tres medicamentos por una misma persona.

3. ¿Qué riesgos existen?

Una terapia de tres o más medicamentos tiene diferentes riesgos, entre ellos:

- Complejidad para el adulto mayor generando confusión, por ejemplo, entre los horarios de administración, entre un medicamento y otro o entre una dosis y otra, lo que se acentúa si consideramos las potenciales limitaciones propias de la edad (dificultad visual, auditiva, cognitiva). En concreto aumenta la probabilidad de un error de medicación.
- La adherencia a la terapia puede verse afectada.
- Aumenta la probabilidad de interacciones entre fármacos y también entre fármacos y alimentos.
- Aumenta la probabilidad de reacciones adversas a medicamentos (RAM). Entre las más frecuentes se encuentran caídas, sedación, estreñimiento, delirio, depresión y demencia. Entre ellas las caídas son de especial consideración pues pueden resultar en fracturas, dolor crónico y discapacidad, disminuyendo de manera importante la funcionalidad del adulto mayor.

La probabilidad de sufrir una RAM aumenta al ir incorporando nuevos medicamentos (1)

- Uso de 2 medicamentos: 13% de riesgo de RAM
- Uso de 5 medicamentos: 38% de riesgo de RAM
- Uso de 7 medicamentos: 82% de riesgo de RAM
- Uso de 10 medicamentos o más: 99% de riesgo de RAM

La alta probabilidad de sufrir una RAM en adultos mayores es consecuencia de la respuesta a los fármacos en estas personas, la cual es diferente a la de un individuo joven pues existen cambios fisiológicos propios del envejecimiento que pueden modificar la acción de los medicamentos, al igual que las dosis a utilizar y la eliminación de los mismos.

Se ha confirmado que entre el 30 y el 60% de las RAM pueden ser previstas y evitadas (Nurs, 2005: 4-11)

¿Cómo abordar la polifarmacia?

Se pueden utilizar diferentes herramientas para abordar la polifarmacia, entre ellas se pueden destacar:

1. *Mantener un listado actualizado de todos los medicamentos utilizados por el adulto mayor:* tanto aquellos adquiridos con receta médica como los adquiridos directamente (ej. suplementos naturales, hierbas, vitaminas, productos homeopáticos, etc.) con el fin de que cada uno de los médicos a cargo lo conozca en detalle. Se sugiere elaborar este listado con el nombre genérico del medicamento, la dosis, el horario de administración y la indicación.
2. *Mantener un listado de alergias y RAM presentadas:* por ejemplo sensación de sueño, agitación, trastornos estomacales, mareos, boca seca, estreñimiento, etc. percibida con el uso de medicamentos anteriores.
3. *Entregar indicaciones claras respecto del uso de cada medicamento:* informar sobre el nombre del medicamento, su dosis, el horario y la forma de administración (ej. en ayunas o con alimentos), la indicación y el perfil de efectos secundarios, tanto para la persona mayor como para familiares o cuidador, idealmente de manera presencial y también por escrito corroborando la información entregada con retroalimentación de la misma. Se puede considerar el uso de rótulos gráficos en cada una de las cajas de medicamentos indicando dosis y horario de administración para aquellas personas con dificultades como mala visión, sordera o incluso aquellos analfabetos.
4. *Revisión periódica del arsenal de medicamentos del adulto mayor:* con el objetivo de intentar disminuirlo al eliminar fármacos sin indicación médica, agentes sin beneficio terapéutico y medicamentos vencidos. Además ayudará a controlar la superposición de terapias por medicamentos duplicados y permitirá sustituir aquellos medicamentos potencialmente inapropiados para el adulto mayor.
5. *Evitar la automedicación:* reforzando el no repetir recetas médicas ni recomendando o utilizando tratamientos de familiares o amigos.
6. *Almacenamiento adecuado de los medicamentos:* evitando la confusión entre ellos y el deterioro de los mismos, favoreciendo el uso de lugares amplios, lejos de la luz, humedad, de los niños y mascotas. Evitando también dejar comprimidos/cápsulas sueltos.
7. *Mantener un horario de toma de medicamentos:* intentar establecer una rutina que ayude como recordatorio para la toma de la medicación (ej. puede ayudarse distribuyendo aquellos medicamentos que deben ser consumidos con alimentos). Es importante reforzar que la administración se realice en un lugar con buena iluminación.
8. *No suspender los tratamientos sin consultar a su médico.*
9. *Dar preferencia a terapias con las siguientes características:* terapias simples, con posologías y frecuencias sencillas, con formas farmacéuticas apropiadas y con seguridad probada para su utilización en adultos mayores, dentro de lo posible.

Protocolo Consejo de Residentes

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Trabajador/a social

OBJETIVO

Entregar orientaciones para la conformación, mantención y acompañamiento del Consejo de Residentes, ejerciendo el derecho de asociación de los mayores residentes.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El Consejo de Residentes es un derecho y una oportunidad de encuentro y participación con la que cuentan los adultos mayores, constituyéndose en el espacio para exponer sus inquietudes, resolver dudas y proponer mejoras para el ELEM. Por este motivo la residencia deberá resguardar las condiciones necesarias para la conformación y acompañamiento en el desarrollo de sus actividades, en función de la promoción de la autonomía y la toma de decisiones. Para esto se deberá tener en consideración:

- Todos los residentes que lo deseen, podrán participar del Consejo, independientemente del nivel de funcionalidad. El rol del equipo profesional estará dirigido a adaptar y facilitar las condiciones de las reuniones de acuerdo a las características de todos los miembros del Consejo. Por eso, aparte de que sea el trabajador social el encargado del protocolo, se espera que realice un trabajo colaborativo con el terapeuta ocupacional o psicólogo, si la residencia dispone de uno.
- Respetar la voluntad de los residentes en la participación y en la toma de decisiones de las actividades a desarrollar.
- No se debe confundir el Consejo de Residentes con un Club de Adulto Mayor, dado que son instancias distintas. Sin embargo la existencia del Consejo de Residentes no implica que no pueda existir un club, por el contrario, son complementarios.
- Todas las acciones realizadas por el equipo profesional para la conformación y operación del Consejo de Residentes deben considerar las características propias de las personas mayores, tales como: experiencias previas de participación en organizaciones, intereses personales y grupales, habilidades personales, nivel cognitivo, nivel funcional, etc., para ajustarlas y así facilitar la participación de la mayor cantidad de residentes.
- El trabajo del equipo profesional se delimitará a la orientación y acompañamiento de los mayores en el proceso, instando a que sea el propio Consejo quien se empodere de su función.
- El trabajo directo con el Consejo deberá considerar:
 - Utilizar lenguaje sencillo.
 - Utilizar técnicas de comunicación analógicas (información gráfica, letras grandes) así como hablar en un tono comprensible para todos.
 - Respeto de usos y costumbres.
 - No discriminar participación, sino acompañar en el proceso.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Diagnóstico de la situación del Consejo de Residentes

Con el diagnóstico se espera conocer la situación de los mayores al interior de la residencia en cuanto a su participación y organización, si están conformados como tal o no, cómo se relacionan los individuos entre sí y qué potencialidades pueden ser fortalecidas, además de conocer cuáles son las principales dificultades que enfrenta el Consejo (si está conformado) o grupo de personas para su conformación. El diagnóstico será un proceso, por lo cual no basta con una sola reunión, por lo que se sugiere realizar un período de “investigación”, tanto del grupo como de sus integrantes. Dicho diagnóstico debe ser participativo, es decir los residentes tienen que involucrarse en el proceso, por lo que formar vínculos o alianzas con aquellos líderes naturales que se identifiquen, es una estrategia para aproximarse de mejor forma al resto de los mayores. Para llevar a cabo el diagnóstico se espera contar con el interés y motivación del grupo por participar. Es relevante poder observar en esta etapa aquellas características asociadas a las inequidades de género que se pudiesen observar al interior del Consejo o residentes, por ejemplo roles rígidos o delimitados sólo a las mujeres, o que las decisiones sean tomadas por aquel grupo con mayor número participativo, y no desde la equidad.

En términos generales el proceso de diagnóstico implica:

- **¿Qué queremos conocer?**

Esto es aclarar qué nos interesa conocer de las personas mayores de la residencia o del Consejo: Identificar liderazgos, habilidades y capacidades, necesidades que el grupo represente respecto de los residentes, dinámica de comunicación del grupo y de éste con su medio y roles desempeñados, entre otros.

- **¿Cómo lo queremos conocer?**

Metodología utilizada para recopilar la información. Entrevistas, focus group y observación. La técnica utilizada deberá ser la más apropiada según el nivel de funcionalidad de los residentes y las características y necesidades propias del grupo.

- **Sistematización de información**

La información recopilada debe ser establecida de acuerdo a lo que se propuso al inicio del diagnóstico para su análisis. Mantener en orden la información es vital, ya que con esta se realizará el posterior análisis. Se sugiere bajar la información a través de un cuaderno de campo del profesional o bien, en una pauta diagnóstica que evidencie claramente ¿cuál es el problema o necesidad identificada? La definición del problema debe especificarse en donde radica la situación problema: en la dinámica del grupo, en una persona, en los roles, liderazgo, etc. Debe especificarse cuál es la situación que afecta a la organización. Se deja como sugerencia revisar: Pauta de Diagnóstico (Ver Anexo N°1)

- **Análisis e interpretación de la información**

El análisis debe ser realizado con perspectiva gerontológica, de manera conjunta con los residentes y en base a las necesidades planteadas por estos. La mirada de este análisis debe ser emplazada también desde la perspectiva de género y derechos.

- **Socialización de información y toma de acuerdos para la resolución de mejoras**

Al finalizar, se debe entregar y socializar los resultados a los involucrados y encontrar soluciones de manera conjunta.

Todo proceso diagnóstico debe ser orientado por el equipo profesional, pero liderado por las personas mayores de la residencia. Esta etapa permitirá avanzar con la conformación del consejo de residentes y/o fortalecimiento del mismo, para luego elaborar el plan de trabajo que cumpla sus objetivos.

II. Conformación o Fortalecimiento del Consejo de Residentes

a. Residencia NO cuenta con Consejo de Residentes.	b. Residencia CUENTA con Consejo de Residentes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de no existir Consejo de Residentes, se debe informar sobre la posibilidad de conformación de un Consejo, difundiendo las principales características de su funcionamiento. ▪ Se espera identificar intereses de participación en algunos residentes, con los que se promoverá dicha posibilidad. ▪ Luego de identificar a las personas mayores que demuestren interés en participar, se establecerá una reunión informativa sobre el rol del Consejo en la residencia. ▪ Se espera contar con un Quorum de al menos 10% del total de residentes, para la conformación del Consejo. ▪ Los residentes que constituyan el Consejo, elegirán al o los representantes del mismo. ▪ Posterior a ello se formalizará la conformación del Consejo y sus representantes a través de la elaboración del Acta de Conformación Anexo N°2. Paralelamente se apoyará al Consejo en la definición de normas de su funcionamiento, las que quedarán explícitas en el Reglamento Interno del Consejo de Residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si en la residencia ya existe un Consejo de residentes, se espera poder coordinar actividades para su fortalecimiento, averiguando sobre la historia de desarrollo del Consejo, sus principales actividades e impulsar una evaluación del proceso y de la historia del mismo, con la finalidad que los miembros del Consejo tengan un análisis más objetivo de su proceso de participación. ▪ Si el Consejo evalúa que no ha funcionado adecuadamente, se podrá orientar un proceso de acompañamiento para su fortalecimiento. ▪ Se debe intencionar la vinculación del Consejo con otras instancias participativas de la comunidad, de intercambio de experiencias con otros referentes dirigentes de personas mayores, así como el diálogo permanente con otras organizaciones de otras residencias.

III. Planificación de las Actividades

Elaboración del Plan de Trabajo. Con la información recopilada en el diagnóstico, el equipo profesional deberá apoyar al Consejo en la elaboración del Plan de Trabajo Anual. El que deberá contener como mínimo:

-
1. Objetivos.
 2. Actividades.
 3. Definición de responsables.
 4. Fechas estimadas para el cumplimiento de las actividades.
 5. Evaluación sobre el avance o retroceso de las actividades.
(¿Por qué se logró?, ¿Por qué no se logró?)
-

Aspectos logísticos: Para las reuniones del Consejo, el equipo técnico deberá gestionar la existencia de un espacio amplio y acogedor. Cuando sea necesario, el espacio se deberá adaptar al nivel de funcionalidad de las personas, considerando rampas de acceso, pasamanos, espacios libres para sillas de ruedas, etc.

Se publicará un calendario de actividades del Consejo que sea visible para todos los residentes y la comunidad de la residencia. Se entregarán materiales de trabajo para sus actividades (Actas, libros, lápices, etc.). Para este apartado se puede contar con el apoyo del protocolo de ambientes facilitadores.

IV. Acompañamiento para el funcionamiento

- El Consejo se podrá reunir sin requerir de la participación o asistencia del equipo de profesionales, ya que se espera generar autonomía en la toma de decisiones y que sea asumida como una actividad propia de los residentes. Sin embargo hay acciones que el equipo de profesionales debe orientar, por lo cual se sugiere un acompañamiento continuo en el cumplimiento del plan de trabajo anual así como de otros temas. Se espera que:
- Que el Consejo lleve un registro de las reuniones para identificar las actividades realizadas y los temas tratados a fin de dar seguimiento de las acciones planificadas, para ello completar Acta de Reuniones. (Ver Anexo N° 3)

Resguardar que el Consejo se reúna al menos trimestralmente con la Dirección, o cuando exista una situación puntual que amerite reunirse de inmediato. Frente a alguna solicitud hecha por los adultos mayores a través del Consejo, la dirección del ELEAM, tendrá 5 días hábiles para dar respuesta formal a lo planteado por los residentes, siendo el Acta de Reuniones el registro pertinente para ello.

V. Declive de la participación del Consejo

Si se identifica que el Consejo se encuentra desmotivado, existe bajo interés o está en riesgo de disolverse, el equipo profesional está llamado a estimular la participación de éste. Frente a esta situación se sugiere: Favorecer el conocimiento entre los integrantes, sus expectativas y aptitudes individuales para contribuir al desarrollo del Consejo.

- Realizar actividades para la mejora del clima, en el sentido que disminuyen las tensiones, malos humores, por tanto apoyar en ambientes relajados y entusiastas para el trabajo.
- Posibilitar un ambiente grupal que propicie la comunicación, el intercambio, la participación, la espontaneidad, la igualdad, etc.
- Generar liderazgos compartidos en la toma de decisiones.
- Potenciar el trabajo cohesionado a través del conocimiento de los objetivos y del sentido que tiene la conformación del Consejo para las personas mayores y la residencia.
- Identificar a través de discusiones las ventajas y desventajas de conformar o mantener el Consejo de residentes.
- Conocer y compartir con experiencias externas el trabajo de otros Consejos de Residentes.

▪ **Sugerencias de temas a desarrollar por el Consejo de Mayores**

Finalmente se detallan algunas sugerencias o marcos de acción sobre los que se podrá orientar al Consejo, a modo de guía propositiva.

- Identificación, abordaje y resolución de necesidades o problemáticas que los aquejan (Alimentación, actividades recreativas, apoyo directo prestado por los cuidadores, etc.).
- Participación política y cívica.
- Acción social y cultural.
- Trabajo conjunto con las instancias de voluntariado existentes.
- Colaborar en las actividades cotidianas o extra programáticas que se generen en la residencia.
- Proponer y desarrollar actividades de vinculación familiar, social, comunitaria o intergeneracional.
- Denunciar, cuando sea pertinente, acciones de vulneración de derechos como malos tratos o hechos puntuales que afecten a los residentes.
- Entre otras.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIAL

- Reglamento de la residencia.
- Reglamento interno del Consejo de residentes.
- Calendario de actividades.
- Sala Multiuso.

REGISTRO

- Acta de Conformación del Consejo de Residentes.
- Acta de Reuniones.
- Plan de actividades.
- Archivador de resguardo de las Actas.

BIBLIOGRAFÍA: No

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIOS: No

ANEXO N° 1

PAUTA DIAGNÓSTICA

<p>Breve reseña histórica del grupo u organización. (Si corresponde, identificar fecha de conformación del Consejo y principales hitos. Si no está constituido el Consejo se puede hacer mención de las veces que el grupo de residentes ha intentado conformarse pero no lo ha logrado, por ejemplo).</p>	
<p>Caracterización del grupo u organización. (Vínculos establecidos entre las personas, N° de personas vinculadas, Relación de la residencia con el Consejo, etc.).</p>	
<p>¿Cuál es el problema o necesidad identificada? (Definición concreta y acotada del problema o necesidad identificada).</p>	
<p>Mapa de red Si el Consejo de residentes o grupo de residentes se ha vinculado o se vincula con instituciones formales o informales para el desarrollo de sus actividades, se deberá definir en este recuadro de manera gráfica, identificando entre, familias, vecinos, iglesia, organizaciones de adultos mayores, servicios de salud, etc.</p>	
<p>Simbología a utilizar en la gráfica anterior.</p>	<p>NATURALEZA DE LAS CONEXIONES:</p> <p>FUERTE </p> <p>DÉBIL </p> <p>ESTRESANTES </p> <p>FLUJO DE ENERGÍA Y RECUEROS  </p>

ANEXO N° 2

ACTA DE CONFORMACIÓN DEL CONSEJO DE RESIDENTES

Fecha.	
Nombre de la Residencia.	
Descripción de la actividad.	
Objetivo del Consejo.	Promover mecanismos de participación para las personas mayores de la residencia en función de potenciar la autonomía y la toma de decisiones de los residentes en el desarrollo de sus actividades.
Características generales del consejo de residentes que se conformará <i>Ej: El consejo de residentes deberá ser representativo de las necesidades de los residentes; Respetar las normas internas; etc.</i>	
Persona mayor seleccionada como representante del Consejo <i>Nombre y firma.</i>	
Mecanismo de selección <i>Ej.: A mano alzada.</i>	
Objetivos del Consejo de la residencia <i>(Establecido por la residencia).</i>	
Fechas y periodicidad de las sesiones o reuniones <i>(Ej.: Mensuales, semanales, etc. Ultimo viernes del mes, primer lunes del mes, etc.).</i>	
Duración del Consejo <i>(Ej.: Se actualizará cada 2 años).</i>	
N° de integrantes.	
Firmas.	

NÓMINA DE LOS INTEGRANTES DEL CONSEJO

NOMBRE	APELLIDOS	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	FIRMA

ANEXO N° 3

ACTA DE REUNIONES DEL CONSEJO DE RESIDENTES

Fecha		
N° de sesión		
N° de personas que asisten		
Temas abordados y/o actividades desarrolladas	1. 2. 3. 4.	
Acuerdos		
Pendientes		
Firmas		
	Representante del Consejo	Profesional
Nombre de personas mayores que asisten	Firma	

Protocolo de Visita

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Administrador

OBJETIVO

Entregar orientaciones para la coordinación, acogida y vinculación de los adultos mayores con familiares o personas cercanas que realicen visitas en la residencia.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El sentido de este protocolo es apoyar el desarrollo habitual de las relaciones interpersonales de las personas mayores residentes, ya sea con la familia, amigos o personas significativas, a través de la coordinación de acciones que faciliten la integración a través de las visitas. Para esto la residencia deberá considerar que:

- Las visitas se podrán realizar todos los días de la semana, en cualquier horario, siempre que no interfiera la privacidad y la entrega de servicios o espacios de descanso de los adultos mayores. El Consejo de Residentes podrá sugerir normas internas para el establecimiento de horarios y otros temas sobre las visitas.
- Organizar internamente los turnos de los fines de semana, considerando que existe menos personal y que el número y frecuencia de las visitas es mayor.
- La residencia debe facilitar el acceso y acogida de las visitas, disponiendo de un espacio íntimo y acogedor, el que deberá estar siempre habilitado para ello.
- Cada vez que se reciba una visita se deberá informar al adulto mayor de su llegada y consultar si desea recibirlo.
- Si los residentes cuentan con habitación individual, podrán recibir a sus visitantes en sus dormitorios, si así lo prefieren. Si comparten habitación, podrán recibir visitas de común acuerdo con su compañero, procurando que no sean más de tres personas. Excepcionalmente lo podrán recibir en habitaciones compartidas si la persona mayor visitada se encontrase enferma.
- Los visitantes que así lo deseen podrán colaborar, durante el tiempo de permanencia en la residencia, con las actividades cotidianas que involucren la atención del adulto mayor.
- Cuando los visitantes estén acompañados de niños/as, estos deberán estar sujetos a su responsabilidad, no obstante, la residencia deberá prestar especial atención resguardando, por ejemplo, la presencia de residentes que tengan episodios de conductas inadecuadas (sobre-erotizadas, agresivas o disruptivas) que puedan afectar a las visitas, principalmente a los niños/as. Además, en lo posible cautelar que los menores que ingresan a la residencia no presenten algún tipo de síntoma de enfermedad evidente, como tos, resaca, etc., ya que podrían generar riesgo de contagio para las personas inmunodeprimidas. En este caso se tomarán medidas tanto con adultos como con niños a través del uso de mascarillas.
- El trabajador social por su parte, podrá tener un rol técnico, entregando atención en los momentos en que el residente así lo requiera, o bien, hacer intervenciones caso a caso para fortalecer o disminuir niveles de conflictos entre un residente y alguna persona cercana si se considera necesario. Por ejemplo, estar atento a posibles cambios de conducta o alteración del estado de ánimo de los residentes, que pudiesen dar señales de relaciones o conflictos que afecten su estado emocional al momento de recibir visitas. Y de manera general, se deberá tener especial cuidado, con aquellas conductas de familiares o de otras personas cercanas, que hagan presumir, abuso patrimonial y/o económico.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Etapas

I. Ingreso de las visitas

Toda visita será informada previamente al adulto mayor, se confirmará que esté de acuerdo en recibirla y se verificará que se encuentre en condiciones adecuadas para atenderlo. Luego de ello se permitirá el ingreso del visitante. En ningún caso el personal del ELEAM impedirá el ingreso de una o más visitas de un adulto mayor que esté dispuesto a recibirlas. En algunos casos, cuando se trate de una primera visita, si la residencia lo considera, se podrá acompañar al visitante, para observar la reacción del residente y respetar en caso de no querer recibirlo.

II. Registro y entrega de “Carta de Derechos y Deberes de los Visitantes”

Quando una persona se presente por primera vez como visita, se informará que la residencia cuenta con un proceso de registro de ingreso que se realiza una sola vez, a fin de dejar antecedentes generales sobre su identificación. Al mismo tiempo se hará entrega de la **Carta de Deberes y Derechos del Visitante** (Ver Anexo N°1), la que se revisará de manera conjunta. Una vez leída, se firmará la **Ficha de Registro** (Ver Anexo N° 2), la que se dejará como resguardo en la carpeta del residente. Se optimizará el proceso de ingreso de la persona mayor a la residencia para informar al familiar o persona cercana sobre esta situación.

Los visitantes que ya se encuentren registrados, para las sucesivas visitas sólo deberán anotarse en el Libro de Visitas, u otro registro que la residencia disponga. Los datos mínimos que se deben solicitar son: fecha, nombre del visitante, nombre del residente al que visita y firma. Se sugiere señalar la relación con el residente y número de contacto. Es importante que el registro diario de visitas o la Ficha de Registro sea traspasado de forma digital cada cierto tiempo, ya que bajo cualquier situación se puede requerir información para los familiares y/o personas significativas que no contestan o cambiaron el teléfono, entonces se puede buscar rápidamente en el registro a alguna otra persona que haya visitado al adulto mayor para tomar contacto. También sirve como un instrumento estadístico de visitas.

III. Recepción de la visita

Se le pedirá a la persona que espere mientras se va en busca del residente, si éste cuenta con capacidades funcionales adecuadas será el mismo quien concurra a recibirlo.

Si la persona mayor residente no puede o no quiere recibirlo en su habitación, se orientará para que se reúnan en el espacio dispuesto para ello. No obstante, se procurará dar plena libertad al residente para que reciba y atienda a la visita en el lugar que desee, siempre que no afecte la intimidad de otras personas.

IV. Salida de la persona visitante

El residente, el personal administrativo o el personal de turno, acompañarán al visitante para su retiro, momento en el que se registrará su salida. En este momento el funcionario podrá recibir consultas o comentarios que la persona tenga sobre la persona mayor, sobre el funcionamiento del ELEAM u otra situación. Si son relevantes se podrán registrar para dar seguimiento.

V. Consideraciones finales

Además de la atención y acogida del visitante, la residencia debe contar con otros medios de contacto o de comunicación para que las personas mayores interactúen con sus familiares o cercanos.

Contacto telefónico. Tener un teléfono disponible y habilitado de manera permanente, ya sea móvil o fijo. Si es móvil se procurará que esté siempre en la residencia, y que se encuentre operativo para los fines pertinentes.

Otros medios de comunicación: La residencia facilitará el uso de otros medios de comunicación, para recibir o enviar saludos o mensajes, como por ejemplo los programas de video llamadas, cuando corresponda. Además la residencia debe crear un correo electrónico exclusivamente para mantener contacto con los familiares o amigos de los residentes, para recibir consultas o información de los familiares. Este correo debe permanecer activo y debe entregar respuestas efectivas en un plazo máximo de 10 días.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIALES

- Carta de Derechos y Deberes del Visitante

REGISTRO

- Ficha de Registro del visitante
- Libro para registro de visitas
- Libro de sugerencias o reclamos

BIBLIOGRAFÍA

- "Modelo Técnico de Residencia al Adulto Mayor", Hogar de Cristo, 2012.

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N° 1

“CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL VISITANTE”

<p>DERECHOS</p>	<p>Los visitantes tienen derecho a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener información oportuna sobre las condiciones generales para realizar visitas. ▪ Visitar a los residentes en cualquier horario, siempre que no afecten actividades de la residencia o la intimidad de otros residentes. ▪ Visitar a sus familiares en el momento que desee, sin tener restricciones injustificadas. ▪ Entregar apoyo y acompañamiento a los adultos mayores residentes en sus actividades diarias, si este así lo solicita. ▪ Visitar a sus familiares en un espacio cómodo, acogedor y que esté siempre habilitado para tales fines. ▪ Visitar a los residentes en sus habitaciones cuando estos lo decidan, o bien, cuando se encuentren enfermos. ▪ Entregar presentes a los residentes (alimentación, especies, artículos de aseo, etc.). ▪ Contar con las facilidades de visita y permanencia en el ELEAM, al final de la vida del residente.
<p>DEBERES</p>	<p>Los visitantes deben cumplir con el deber de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener precaución y prestar atención cuando realicen visitas acompañados de niños. Su seguridad será su responsabilidad. ▪ No entregar dinero o especies a los cuidadores o profesionales de la residencia por el motivo tener tratos especiales con algún residente. ▪ Dar aviso en el momento en que se retira. ▪ Cuando una visita se presente en la residencia deberá considerar la información entregada por el equipo de profesionales sobre el estado actual de salud. ▪ Respetar las opiniones y deseos de la persona mayor residente.

ANEXO N°2

FICHA DE REGISTRO DEL VISITANTE

(Documento aplicable sólo una vez)

FECHA:

I. DATOS DEL VISITANTE

Nombre de la persona(s)	
Dirección	
Teléfono	
Correo electrónico de contacto	
Relación con el residente	

II. DATOS DEL RESIDENTE

Nombre de la persona (s)	
He leído y tengo conocimiento de la carta de Deberes y Derechos	

Nombre y Firma del Visitante

Protocolo Fallecimiento

Etapas del proceso: Egreso

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Trabajador social, enfermero/a.

OBJETIVO

Ejecutar de manera oportuna y pertinente las acciones inmediatas al suceso de fallecimiento y posteriores, apoyando y orientando a la familia o persona significativa del residente fallecido, cuando corresponda, dando cumplimiento a la normativa médico legal correspondiente cuando fallece una persona.

CONSIDERACIONES PREVIAS

El presente protocolo pretende orientar el actuar de los equipos profesionales de la residencia al momento que ocurra un fallecimiento, principalmente en los aspectos administrativos que este implica. Lo relacionado al proceso de cuidados paliativos será abordado en el protocolo respectivo.

Personas directamente involucradas en la actuación del protocolo

Enfermera/a o Auxiliar de enfermería: Toma conocimiento del fallecimiento; realiza labores de aseo terminal del cuerpo y apoya en el retiro de elementos personales de la persona fallecida. El enfermero/a realiza la coordinación con el médico para certificar la defunción (sólo el médico puede entregar este documento).

Enfermera/o y Personal de Aseo: Equipo de enfermería coordinará con el personal de aseo, las acciones correspondientes para una adecuada limpieza de la habitación posterior al retiro del cuerpo. (Ver Protocolo de Cuidados Básicos de Enfermería: Aseo Terminal).

Trabajador Social o Enfermero/a (según corresponda): Toma contacto con familiares, realiza trámites y gestiones propias del proceso post fallecimiento, apoya en el manejo de documentación personal de la persona fallecida y rescata elementos fundamentales sobre el proceso de intervención que permitan respetar las creencias y voluntades de la persona fallecida.

Familia o persona cercana al residente: El fallecimiento de las personas es un tema cuando corresponda enfrentar dicha situación. Por ello, se debe promover el trabajo coordinado durante el proceso de permanencia de la persona en la residencia, donde la familia o persona significativa debe tener un rol fundamental, y por lo mismo, se deben concordar responsabilidades compartidas en este proceso.

Transversalmente los profesionales de la residencia, en especial el trabajador social, facilitará la participación y acompañamiento a la familia, persona significativa o compañeros de la residencia que lo deseen. La residencia deberá respetar las creencias y voluntades de la persona fallecida, considerando los aspectos espirituales de acuerdo a credos o intereses del propio adulto mayor (facilitar acceso a pastor, sacerdote, a sacramentos, entre otros) que se han logrado recabar durante todo el proceso de intervención de la persona en la residencia. La residencia está llamada a respetar la voluntad manifestada por el residente en vida, respecto de sus voluntades post fallecimiento, trabajo abordado previamente con la persona significativa o familia.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

Elementos previos al fallecimiento que se deben considerar de la persona mayor en la residencia.

- Contar con una base de datos actualizada con los antecedentes más importantes del adulto mayor, ya que en ocasiones, la familia o persona significativa que se indica al ingreso del adulto mayor a la residencia, no es la misma que se hará responsable al momento del fallecimiento. También se debe considerar la situación en que el tutor esté inubicable o no exista vínculo familiar efectivo. La base de datos debe contener a lo menos: Nombre completo de adulto mayor, Rut, fecha de nacimiento, edad, identificación de vínculo significativo (ojalá más de una persona), teléfonos actualizados de estos, dirección y correo electrónico, si la persona tiene. Lo anterior, para dar aviso frente a ésta u otra situación.
- Que la persona mayor se encuentre informada sobre las acciones que se realizan posterior al fallecimiento, por ejemplo de la entrega de sus objetos personales. De este modo, podrá determinar qué hacer con ellos, y si lo desea, los podrá donar en vida a quien determine.
- Las cédulas de identidad de los mayores deben estar en enfermería, por alguna emergencia o en este caso, por fallecimiento durante la noche o fin de semana. Este documento de identificación debe estar al día, de lo contrario, pueden existir problemas para emitir el certificado de defunción y la posterior inscripción en el registro civil.
- Tener en cuenta que la carpeta de salud de cada adulto mayor debe estar actualizada, es decir, con toda la documentación y exámenes correspondientes, además de las evaluaciones de cada profesional de la salud (Médico, Enfermero/a; Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo/a), ya que si el certificado lo realiza el médico del CESFAM se guiará por la evolución médica del adulto mayor.

¿Qué hacer cuando una persona residente fallece?

- **Detección y Confirmación:** El profesional de enfermería dará aviso al médico de la residencia, si corresponde, o al médico con quien la residencia tenga coordinación para este fin, pudiendo ser el médico del Hospital, del Cesfam o incluso, si la residencia trabaja directamente con funerarias, éstas coordinan con el médico correspondiente. En su defecto se solicitará al profesional del SAMU que pueda presentarse para constatar el fallecimiento y posteriormente extensión del Certificado de Defunción. Al mismo tiempo se dará aviso al Director Técnico. Si el adultomayor fallece en un Hospital o Servicio de Urgencia, es el mismo establecimiento quien entrega Certificado de Defunción y el personal de la residencia o familiar y/o personal significativo es quien debe acudir al lugar para vestir y luego trasladar al lugar acordado, paravelatorio.
- **Informar a la familia.** El trabajador social informará a la familia o persona significativa sobre el fallecimiento de la persona residente. En su ausencia asumirá esta función el enfermero/a de planta, o quien la residencia determine en caso de no presentarse este profesional.
- **Realizar aseo terminal:** El profesional de enfermería llevará a cabo el aseo terminal y preparación del cuerpo. Al amortajar tener especial atención en: peinar, afeitarse, cerrar bien la boca, colocar la venda y el algodón de la nariz de buena manera para que no se vea, poner la dentadura (en su defecto suplir con algodón) y vestirle. El /la enfermera, deberá designar de manera previa, a otra persona que cumpla esta función en caso de que él/ella no se encuentre. Por otra parte, en cuanto al aseo del espacio habitación en que se encuentre la persona fallecida, revisar Protocolo de Cuidados Básicos de Enfermería: Aseo terminal de la Unidad del Adulto Mayor. Considere que si el adulto mayor fallece en una habitación que compartía con más personas, es primordial resguardar a los otros adultos mayores, en cuanto a la vivencia de su duelo y lo que implica observar este tipo de procedimientos. Para esto, es importante instalar "separadores de ambiente" alrededor de la cama e idealmente trasladar el cuerpo a otra habitación, si la residencia dispone de ella.

- **Coordinación de trámites con la familia.** Una vez que la familia o persona significativa se encuentre informada, se activarán los procesos de tramitación y actuación que hayan sido definidos previamente entre la residencia, la persona mayor y la familia. Entre estos tenemos la activación de servicios funerarios y sepultación, según corresponda a la situación de cada residente, estipulada en la Ficha individual. Se debe consultar a la familia si desea que otra funeraria preste el servicio, por lo que es primordial a la hora de avisar sobre el fallecimiento del adulto mayor, preguntar si se llama a la funeraria de residencia o ellos llaman a otra funeraria. Las situaciones que se pueden presentar son:
 - **Tenencia familiar de la sepultura:** Corroborar en los antecedentes personales del residente fallecido, si él/ella o la familia cuentan con sepultura. De ser así se orientará en la tramitación.
 - **Tramitación con funeraria:** En este caso corresponde a la residencia que se encuentre coordinada con alguna funeraria. Cuando se contratan los servicios de una funeraria, ellos se encargan de hacer todos los trámites requeridos:
 - Inscribir la defunción en el Registro Civil;
 - Proveer de un ataúd y
 - Cobrar la cuota mortuoria.

Los recursos para la sepultura deberán coordinarse entre la familia, persona significativa y residencia través de la red de apoyo social.

- **Activación de la red social.** De no identificarse familiar o persona cercana, o si ésta informa que no se encuentra en condiciones de asumir los gastos funerarios y de sepultación, será el área social de la residencia quien debe realizar las gestiones necesarias para su financiamiento, acudiendo al municipio, evaluar existencia de seguros, etc.
- **Definir fecha de funeral.** Es el cementerio el que define la mayoría de las veces el día y hora del funeral, ya que depende de la demanda que tengan.
- **Inscribir la defunción en el Registro Civil.** Si el trámite no es efectuado por la funeraria, se deberá realizar la inscripción. Para esto se requiere certificado de defunción, cédula de identidad de la persona fallecida y de quien concurre a realizar la inscripción. El Registro Civil dará una autorización de sepultación.
- **Preparación del velorio.** Según la situación familiar de cada residente, se requiere que tanto la familia como personas cercanas participen y se vinculen en el proceso, organizando activamente los actos de despedida. (Bizkaia, 2011)

Se debe tener en cuenta la voluntad expresada por parte de la persona respecto de sus creencias, ritos, preferencias o disposiciones, recogidas previamente en el proceso de intervención, así como toda la información sobre la espiritualidad del residente fallecido. (Bizkaia, 2011). También es importante indagar la existencia de testamentos.

Si la familia o persona cercana del residente fallecido lo desea, podrá requerir la presencia de un representante de su credo religioso, o podrá considerarse a la persona que realice estos servicios en la residencia. Para estos efectos se podrá acceder al servicio de velatorio de la residencia, o si la familia o persona significativa lo prefiere, puede gestionar el uso de otro recinto.

Se espera que la adecuación del recinto para el velatorio sea de manera conjunta. Se entregará información para que los compañeros, residentes u otros familiares que así lo deseen, puedan acompañar y despedir a la persona fallecida. No poner límites de tiempo a la familia respecto del velorio, siempre y cuando no afecte la dinámica de los demás residentes. (Bizkaia, 2011).

Trámites para la sepultación

- Tener presente que desde la fecha del deceso no pueden pasar más de 48 horas hasta la sepultura, **Ver Anexo N°2.** (Minsal, 1968)
- Se debe confirmar con el cementerio el día y hora del funeral. Los residentes que deseen podrán asistir al funeral.
- Cobrar la asignación por causa de muerte (cuota mortuoria). Para ello se necesitan: dos certificados de defunción del fallecido; factura original de la funeraria a nombre de la persona o institución que haya realizado los gastos funerarios del fallecido; última liquidación de sueldo o pensión del fallecido; documentos que acrediten la relación de parentesco con el afiliado, cuando corresponda.
- Se deberá facilitar el uso de un vehículo de traslado para las personas residentes y cuidadores que deseen participar del funeral.

Trámites y /o consideraciones finales

- Se coordinará con la familia la revisión de los objetos personales del residente fallecido.
- En el momento más oportuno se citará al familiar o persona significativa para hacer entrega de las pertenencias de la persona mayor fallecida.
- Los dos puntos anteriores, se efectuarán luego de revisar si existe testamento, en el que se dispone de los bienes quedados al fallecimiento de la persona.
- Se solicitará a la familia o persona significativa que revise los objetos personales que el fallecido haya dejado en su habitación. Se deberá dejar constancia de toda la documentación y la información entregada en el Formulario de recepción de objetos personales. (Ver Anexo N°1)
- Se entregará a los familiares las pertenencias, lo que será formalizado a través de la firma del "Formulario de Recepción de Bienes" una vez que hayan presentado copia del certificado de posesión efectiva que los incluye como herederos, en tanto el auxiliar de enfermería recogerá los elementos personales y los consignará a Recepción para que lo guarden en la bodega debidamente rotulados.
- No olvidar archivar un certificado de defunción en la ficha individual del adulto mayor.
- Al día siguiente se realizará aseo terminal de la habitación y se dejará preparada para el próximo ingreso.
- Los antecedentes personales de la persona fallecida, como la Ficha Personal y Clínica de la persona mayor deberán ser entregados a la familia. La residencia deberá archivar copia de esta información (digitalizada o no) al menos por un periodo de 6 meses. Si la familia o persona significativa no desea recibir esta documentación, la residencia la guarda por el mismo tiempo.

PERIODICIDAD

- Según suceso.

MATERIALES

- Ficha personal del residente (Antecedentes familiares, voluntades, etc.)
- Cédula de Identidad Vigente

REGISTRO

- Formulario de recepción de objetos personales
- Ficha personal y de salud del residente

BIBLIOGRAFÍA

- BFA DFB. (S/I). Manual de buena práctica Residencias de personas mayores. abril 01, 2016, de Bizkaia Sitio web: <http://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPT03/Temas/Pdf/Manual%20de%20Buena%20pr%C3%A1ctica%20en%20residencias%20de%20personas%20mayores.pdf?idioma=CA>.
 - Ministerio de Salud Pública. (1968). Código Sanitario. abril 20, 2016, de LeyChile Sitio web: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=5595>
-

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: No

ANEXO N°1

FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE OBJETOS PERSONALES

Formulario de recepción de objetos personales

Fecha ____/____/____

Yo Rut

señalo que:

_____ He recibido la custodia de objetos personales previa presentación de la posesión efectiva.

Pertenecientes a Sr.(a) residente del Establecimiento
"....." por las causas que
se señalan a continuación:

Los objetos recibidos son:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Firma y timbre Representante residencia

Firma persona receptora

ANEXO N°2

GENERALIDADES CÓDIGO SANITARIO

Generalidades Código Sanitario

De acuerdo al Código Sanitario DFL N° 725, en su Artículo 139, del Ministerio de Salud, señala que “ningún cadáver podrá permanecer insepulto por más de 48 horas, a menos que el Servicio de Salud, lo autorice o cuando se requiera practicar alguna investigación de carácter científico, judicial o penal”.

También señala que “la obligación de dar sepultura a un cadáver recaerá sobre el cónyuge sobreviviente o sobre el pariente más próximo que estuviere en condición de cubrir los gastos o la persona con la que el difunto haya mantenido un acuerdo de unión civil vigente al momento de su muerte”. Sin embargo, cuando se informe que la persona mayor no cuenta con personas cercanas que puedan financiar la sepultura, la residencia tramitará las solicitudes de apoyo social que la oferta local permita obtener.

Agrega además en su Artículo 141 que “queda prohibido inscribir en el Registro Civil las defunciones e inhumaciones de cadáveres sino se justifican previamente las causas del fallecimiento mediante un certificado del médico que lo asistió. A la falta de este médico, corresponderá extender dicho certificado al Servicio Nacional de Salud en las condiciones que determine el reglamento”.

También señala en su Artículo 50 que para inscribir “a una persona fallecida en el registro civil se deberá contar al menos con la información asociada a nombre, sexo, profesión u oficio, nacionalidad, estado civil, fecha y lugar de defunción, causa del fallecimiento. También es importante contar con los datos de la persona que haya solicitado la inscripción”.

Protocolo Aseo y Limpieza en la Residencia

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Director/a administrativo: equipo de aseo

OBJETIVO

**Disponer de un conjunto de acciones permanentes y coordinadas para la
mantención del aseo y limpieza de la residencia.**

CONSIDERACIONES PREVIAS

Dicho protocolo se entenderá como el conjunto de acciones que orientan al equipo de la residencia a mantener el aseo y limpieza del establecimiento, resguardando los espacios donde se desenvuelvan las personas mayores.

Se dividirá en las siguientes acciones:

- Manejo de residuos.
- Aseo de dependencias.
- Limpieza de ropa blanca y de los adultos mayores.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Manejo de residuos

Generalidades:

La diversidad de residuos que se generan en una residencia, requiere que éstos sean clasificados y tratados de acuerdo al tipo y a los riesgos asociados a su manipulación, para dar cumplimiento a la legislación y normativa vigente. Se clasifican en:

- a. Residuos Sólidos Generales:** Aquellos que se originan en los núcleos de población como consecuencia de la actividad habitual y diaria del ser humano, con el mínimo riesgo para la salud y el medio ambiente, lo que se conoce comúnmente como basuras y están compuestos por:
 - **Residuos orgánicos:** Restos de comidas, hojas, restos de jardín, papeles, cartones, madera en general y biodegradables, polvo y pelusas de aspiradoras y aseo de instalaciones.
 - **Residuos inorgánicos:** Vidrio, tubos fluorescente, plástico, metales, caucho, tarros de conservas, pintura, material inerte.
- b. Residuos Tóxicos:** Por su naturaleza son peligrosos de manejar y pueden causar daño para la salud de las personas y el medio ambiente. (Plumavit; polietileno).
- c. Residuos Peligrosos:** Todo desecho, ya sea de origen biológico o no que constituye un peligro potencial y, por lo cual, debe ser tratado de una forma especial. Por ejemplo, material médico, infeccioso, residuo radioactivo y sustancias corrosivas, pilas, mercurio de termómetros y esfigmomanómetro.
- d. Eliminación:** Se debe colocar en forma definitiva el residuo en un sitio habilitado para ello o su destrucción total o parcial.

Etapas:

1.1. Acumulación de Residuos Sólidos Generales:

- Todos los residuos deben ser acumulados en bolsas plásticas, cerradas y sin sobrepeso, de manera de facilitar su manipulación.
- Las cenizas, restos de suelo, polvo de bolsas de aspiradoras y polvos en general, deberán ser dispuestos en bolsas plásticas reforzadas y bien cerradas: Las cenizas deben estar completamente libres de fragmentos combustibles encendidos, de manera de evitar incendios y/o destrucción de contenedores.
- Los vidrios rotos, latas o cualquier material con aristas cortas punzantes deberán ser empaquetados con papel, cartón o plástico de alta densidad, para evitar riesgos laborales al personal recolector.

1.2. Retiro de Residuos Sólidos Generales:

- Se retirarán las bolsas con residuos y se dispondrán en los contenedores, ubicados en sala de basuras o donde cada residencia lo determine, los que serán sacados al exterior para su retiro municipal en los días y horarios que se determine.
- Los contenedores deben ser lavados una vez terminada la operación de disposición final.
- El personal de aseo deberá cumplir con el uso de elementos de trabajo y protección personal: uniforme, (pechera, guantes y mascarilla desechable), cuando cumpla la función de retiro de basuras.

1.3. Acumulación de Residuos Patológicos:

- El personal capacitado, que maneja estos residuos, debe realizar su manipulación cumpliendo con la normativa vigente. <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/REAS.pdf>.
- Es importante que la residencia evalúe la posibilidad de realizar un convenio con la Dirección de Salud Municipal para el retiro de este material.

Recomendaciones:

- Utilizar kit de trabajo.
- Nunca re-encapuchar las agujas.
- Lavarse las manos antes y después de tener contacto con el material.
- Evitar comer, beber, fumar, aplicarse maquillaje o cremas en el área de trabajo.
- No almacenar alimentos y bebidas en refrigeradores donde se encuentre vacunas y medicamentos.

II. Aseo de dependencias

Generalidades:

Se realizará limpieza y/o desinfección al piso y al mobiliario cada vez que esté sucio o con restos de alimento.

Etapas:

- 2.1. Antes de comenzar esta actividad procure informar a los adultos mayores que se encuentren en el lugar.
- 2.2. Retire los objetos movibles.
- 2.3. Por arrastre, elimine suciedad gruesa del piso con escobillón y retire con pala. (Si es necesario retire material orgánico adherido usando espátula o raspador destinado a este uso). Disponga los residuos sólidos en basurero asignado para estos fines.
- 2.4. Delimite el área de trabajo e instale señal ética de piso mojado en el sector que va a aplicar el procedimiento.
- 2.5. Antes de iniciar actividad asegurar que el carro mopero con un balde y utensilios se encuentren limpios y dispuestos para su uso. Prepare la solución de producto químico, de acuerdo a las instrucciones del proveedor.
- 2.6. Humedezca la mopa apretando el dispensador enérgicamente para la evacuación de la solución de limpieza. Empape toda la solución derramada en el piso desde el dispensador en la mopa utilizada para la actividad.
- 2.7. Comience la operación de limpieza desde el punto más alejado al sitio de acceso, o bien, desde la zona más limpia hacia la zona más sucia (use movimientos en forma de 8).
- 2.8. Una vez finalizado el lavado, eliminar solución residual en:
 - Zona de lavado, área sucia.
 - WC baños.
 - Desagües de las zonas respectivas.
- 2.9. Una vez finalizada la limpieza del piso, retirar pad de la mopa y lavarla en lugar destinado para ello. Una vez lavadas, desechar el agua en WC.
- 2.10. La limpieza del mobiliario se debe realizar periódicamente y cada vez que se requiera, con el fin de mantener la limpieza del mismo.

III. Limpieza de ropa blanca y de los adultos mayores

Generalidades:

Mantener la ropa de cama y prendas de vestir de residentes visiblemente limpios, exentos de manchas y residuos de cualquier origen, secados y planchados.

Se deben considerar los siguientes conceptos:

- *Lavado*: Remoción mecánica de materia orgánica por medio de procesos de lavado en máquinas industriales determinados para ello.

- *Secado*: Procedimiento mediante el cual se debe eliminar la humedad de la ropa a través procesos de centrifugado.
- *Planchado*: Procedimiento mediante el cual se utilizan artefactos a altas temperaturas con el objeto de quitar arrugas de las prendas lavadas.
- *Recepción de ropa*: Actividad a través de la cual el auxiliar de lavandería recoge la ropa de los residentes para llevarla a la lavandería.
- *Entrega de ropa*: Actividad a través de la cual el auxiliar de lavandería se encarga de repartir las prendas de ropa previamente clasificadas por residente.
- *Ropa de residentes marcada con su nombre*: Toda la ropa del residente debe ser marcada previamente con su nombre, en algún lugar no visible de la prenda, para resguardar el uso individual de la misma.

Etapas:

- La ropa debe ser recogida por el auxiliar de lavandería, quien pasará por las habitaciones del establecimiento recibiendo la ropa de cama y las prendas de vestir, utilizando carro de transporte con bolsa cerrada.
- Se le debe informar al residente las prendas que serán enviadas, para evitar que las crea extraviadas.
- La recepción de ropa debe ser firmada por el auxiliar de lavandería, detallando cada una de las prendas en el cuaderno de "Recepción y Entrega de Ropa".
- Previo al lavado, la ropa debe ser clasificada, pesada y almacenada en sala de ropa sucia.
- La ropa se llevará a central de lavandería para ser lavada, secada y planchada para ser ubicada finalmente en área de ropa limpia.
- Una vez lavada la ropa, será clasificada por residente y almacenada en la sala de ropa limpia.
- Para la distribución de ropa limpia, esta debe ser llevada a cabo por auxiliar de lavandería, quien pasará por las habitaciones utilizando carro de transporte entregando la ropa limpia al cuidador de adulto mayor o paramédico de turno, el cual informará al adulto mayor el reintegro de la ropa.
- La entrega de ropa debe ser firmada por quien recibe la ropa, en cuaderno de "Recepción y Entrega de Ropa".

Considerar:

- Hay que separar el personal destinado al tratamiento de la ropa sucia, de aquel que se preocupa de la manipulación de la ropa limpia.
- Es de gran importancia el entrenamiento a los trabajadores, a los que deberá enseñarse el modo más seguro de utilizar toda la maquinaria de lavandería y recibir instrucciones sobre los posibles peligros que puedan presentarse.
- Todo el personal que esté en contacto con la ropa sucia debe recibir instrucciones de cómo protegerse a sí mismo y a otros.
- Los carros de suministro de ropa limpia deben guardarse en un área cerrada y limpia (no en pasillos), y deben estar cubiertos o cerrados (según tipo) en todo momento.
- La ropa limpia será manipulada de forma tal, que evite la contaminación por contacto de superficie o del medio ambiente.
- La ropa limpia debe quedar doblada y ordenada para ser distribuida a cada dormitorio de los residentes para luego hacer el cambio de ropa, ya sea de cama, como también la ropa personal de los residentes.

PERIODICIDAD

- **Manejo de residuos:** Diario
- **Aseo de dependencias:** Inicio y término de turno
- **Limpieza de ropa blanca y de los adultos mayores:** El recambio de sábanas de cada residente se realizará semanalmente. El recambio de frazadas, cobertores y almohadas, se realizará de manera mensual. Es importante señalar que en caso que cualquiera de los dos se encuentre visiblemente sucio, éstas serán reemplazadas en forma inmediata por el cuidador del adulto mayor, y para ello, en cada turno se dispondrá de un stock de ropa de cama.
- Cada residencia deberá determinar los días y horarios de distribución de ropa limpia, de acuerdo a su calendarización.

BIBLIOGRAFÍA

- Normativa Sanitaria vigente:
 - DS N°594. 1999. Ministerio de Salud. Reglamento Sanitario sobre Condiciones Sanitarias y Ambientales Básicas en los Lugares de Trabajo.
 - DS. N° 6. 2009 Ministerio de Salud. Reglamento sobre manejo de residuos de establecimientos de atención de salud (reas).
-

FLUJOGRAMA: No

ANEXO: No

GLOSARIO: No

Protocolo Capacitación

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Profesional del equipo, que designe el director técnico.

OBJETIVO

Orientar en el diseño, ejecución y evaluación de un plan de formación continua dirigido a todos los trabajadores y colaboradores de la residencia (profesionales, técnicos, administrativos, asistentes de trato directo del adulto mayor, seguridad, voluntarios, entre otros), a fin de mejorar permanentemente la entrega de servicios a las personas mayores.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La residencia deberá elaborar un Plan de Formación Anual, que se desarrolle en las siguientes áreas:

- **Inducción**
 - **Capacitación y**
 - **Formación continua**
- Para la elaboración del Plan, se considera la opinión de todo el equipo de la residencia; profesionales, administrativos, técnicos, personal de trato directo y otros.
 - Para la formulación, preparación y presentación de los contenidos y temas, podrá recurrir a instituciones externas; privadas o públicas, a los profesionales de la residencia y/o SENAMA.
 - A la hora de elaborar el Plan, se sugiere considerar especialmente los recursos de formación y capacitación disponibles al interior de la residencia y en la red. En este sentido será útil contar anualmente con el CV actualizado de cada uno de los profesionales de la residencia y con un mapa actualizado de redes disponibles (Municipios, Cefam, Hospitales, Servicios Públicos, ONG, Fundaciones, Universidades, etc.)
 - Podrán existir capacitaciones dirigidas a todo el equipo de la residencia, diferenciadas por área de intervención, competencia o capacitaciones que surgen a partir de necesidades emergentes, entre otras, por ejemplo; capacitación sobre protocolos, robos, prevención de caídas, síndrome de burn out u otras específicas por área como enfermería, de trabajo comunitario, entre otras.

- Se sugiere que la residencia genere las condiciones necesarias para posibilitar la capacitación de los colaboradores cuando corresponda, por ejemplo: a través de permisos de asistencia o turnos flexibles, velando para que se cubran las funciones que tendría que realizar el trabajador durante las horas o período de capacitación, a fin de no poner en riesgo la atención de los residentes. Asimismo, la residencia deberá intencionar que la formación y/o capacitación sea en horario laboral, resguardando -de esta manera- los derechos laborales de sus trabajadores.
- El trabajador/a podrá declinar su participación sólo en caso justificado.
- Aquellos trabajadores que hayan gestionado de manera externa y particular su formación y/o capacitación en alguno de los contenidos mínimos obligatorios o complementarios definidos en este protocolo, podrán eximirse de realizar lo programado en el Plan de Formación Anual de la Residencia, previa visación con el Director Técnico y respuesta a los enfoques esperados por la residencia.
- La residencia deberá contar con un registro donde poder individualizar las actividades de formación y/o capacitación recibidas por cada trabajador, tanto aquellas que respondan al Plan de Formación Anual como aquellas externas (cursos, seminarios, talleres, congresos, etc.), archivándolas en un registro individual.
- En el caso de las actividades de formación certificables, se deberá contar con un medio de verificación que acredite la formación y/o capacitación entregada.
- Los certificados, deberán ser visados por las contrapartes correspondientes, y su formato estándar deberá señalar el nombre de la actividad de capacitación, número de horas y créditos (cuando aplique), período en que se realizó la capacitación, individualizar al participante con su nombre y RUN, señalar a las instituciones que brinden y/o financien el curso o capacitación, de la residencia y de SENAMA.

Contenidos:

Algunos contenidos a capacitar serán establecidos como mínimos obligatorios, mientras que otros se sugerirán como complementarios, éstos se deben **incluir e identificar de esta forma, en el Plan de Formación Anual** a elaborar.

En el cuadro a continuación, se diferencian los contenidos y en el **Anexo N° 1** de este protocolo, se profundiza sobre los temas generales a tratar por contenido:

CONTENIDOS PARA PLAN DE FORMACIÓN ANUAL	
Contenidos mínimos obligatorios	Contenidos complementarios
1. Gerontología y Geriatría. 2. Políticas públicas para personas mayores/ Maltrato y VIF. 3. Capacitaciones y/o formación de protocolos; de acuerdo a cada área de intervención (VGI, SG, etc.). 1. Herramientas para la prevención y actuación frente al burnout.	1. Ayudas técnicas y/o adaptaciones. 2. Emergencias y catástrofes. 3. Trato directo al adulto mayor.

Aspectos transversales a tratar en los contenidos mínimos y complementarios:

- **Enfoque de derecho**
- **Atención Centrada en la Persona**
- **Promoción autonomía**
- **Género**
- De acuerdo a los contenidos a tratar y lo que haya arrojado el diagnóstico inicial, se definirá la participación de cada trabajador, considerando sus necesidades, las de la residencia y área de trabajo en la que sedesenvuelven.
- La metodología de enseñanza de cualquiera de las acciones de formación y/o capacitación a desarrollar, deberá incorporar técnicas de aprendizaje para adultos, considerando la realización de adaptaciones según el nivel de instrucción de los participantes y la revisión constante de la pertinencia de cada contenido a tratar. La metodología también deberá considerar la aplicación práctica de los contenidos, ejemplificando mediante casos o situaciones.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

I. Diagnóstico: detección de necesidades de acción de formación y/o capacitación

1.1 Diagnóstico de necesidades de formación y/o capacitación para trabajadores.

De acuerdo al funcionamiento de la residencia, se evaluará la necesidad de formación y capacitación en temas que se hayan detectado como necesarios, por posibles vacíos, fallas en procedimientos, incorporación de nuevos protocolos, alta rotación de profesionales o cuidadores, necesidad de incorporar actualizaciones a los procedimientos, etc. Este diagnóstico deberá considerar la participación del equipo interdisciplinario de profesionales, administrativos y asistentes de trato directo de la residencia y se priorizarán por el director técnico.

Para la elaboración del diagnóstico, se deberá revisar el temario sugerido de los contenidos mínimos obligatorios y complementarios (Ver anexo N°1) y construir el Plan de Formación Anual (Ver anexo N°2).

1.2 Diagnóstico de recursos de capacitación y formación disponibles en la residencia y en la red.

Se requiere levantar las posibilidades de formación y/o capacitaciones disponibles en la residencia, en la red y el territorio donde ésta se inserta. Para ello, se sugiere contar con los CV actualizados de cada uno de los profesionales que se desempeñan en la residencia y un mapa actualizado de redes disponibles; Municipios, Cefam, Hospitales, Servicios Públicos, ONG, Fundaciones, Universidades, etc.

Se deberá considerar a SENAMA como un recurso disponible para la implementación de actividades de formación y/o capacitación, ya que la Institución brindará instancias para el desarrollo de los contenidos mínimos obligatorios a los profesionales de las residencias, realizando al menos, una actividad en el año mediante modalidad a distancia (video conferencia).

II. Diseño: Elaboración del plan de formación anual

De acuerdo a los temas priorizados en etapa de diagnóstico, se elaborará el **Plan de Formación Anual**, el cual deberá consignar claramente objetivos, contenidos teóricos y prácticos, equipo docente, duración, modalidad, metodología general, ejecutor de la actividad de capacitación o formación, evaluaciones, personas que participarán y a qué estamento pertenecen, entre otras informaciones que pudiesen ser relevantes. A su vez, el Plan deberá diferenciar claramente las actividades que desarrollan contenidos mínimos obligatorios de aquellas que desarrollan contenidos complementarios, así como la etapa en la que se espera implementar la actividad de capacitación o formación (inducción, capacitación o educación continua) y estamento(s) que participará(n).

Para facilitar la elaboración del plan, se sugiere revisar Anexo N°2 (Formato Plan de Formación Anual) y las orientaciones contenidas en dicho anexo. En la tabla a continuación se indica a modo de ejemplo, cómo elaborar el Plan según contenidos, temas, etapas y estamentos.

Tabla de contenidos mínimos obligatorios y complementarios

Contenidos mínimos obligatorios	Temas	Etapa	Estamento		
			Profesionales y/o técnicos	Administrativos	Asistentes de trato directo
Gerontología y Geriatría		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Políticas públicas para personas mayores / Maltrato y VIF		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Capacitación y/o formación de protocolos (VGI-SG)		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Herramientas para la prevención y actuación frente al burnout		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Ayudas técnicas y/o adaptaciones		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			

Contenidos mínimos obligatorios	Temas	Etapa	Estamento		
			Profesionales y/o técnicos	Administrativos	Asistentes de trato directo
Emergencias y catástrofes		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Trato directo al Adulto Mayor		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			

Los estamentos básicos que se desempeñan en una residencia son:

- **Profesionales y/o técnicos:** Médico, enfermera, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, trabajador social, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo, TENS, técnicos paramédicos, otros.
- **Administrativos:** Director administrativo, asistentes administrativos, personal de aseo, cocina, lavandería, seguridad, mantención, otros.
- **Asistentes de trato directo:** Asistentes de adulto mayor, auxiliares, otros.

Se considerarán como otros a; los voluntarios y alumnos en práctica, a quienes se incluirán en caso que la dirección técnica de la residencia lo determine.

III. Gestión de expertos y preparación de contenidos

Según la naturaleza de los contenidos a tratar, la residencia deberá evaluar la necesidad de gestionar los servicios de entidades formales de capacitación y/o formación, expertos externos o fuentes de financiamiento. En este punto, cabe recordar que las entidades de este tipo deberán cumplir con la entrega de un programa que consigne claramente el nombre de la entidad ejecutora de la actividad de capacitación y/o formación, objetivos, equipo docente, temas, metodología, evaluaciones, horas de duración de la actividad y créditos (si corresponde).

La gestión de servicios provenientes de entidades de este tipo o expertos, la dirigirá el director técnico y se deberá incorporar al Plan de Formación Anual de la residencia.

En síntesis, como ya se ha señalado en otros apartados de este protocolo, las actividades de capacitación y/o formación se podrán ejecutar empleando recursos propios de capacitación (profesionales de la residencia), recursos de la red y expertos.

IV. Ejecución: Información y socialización

Se difundirá un calendario de actividades que incluirá el nombre de la actividad de capacitación y/o formación, estamento y etapa a la que está dirigida y lugar de realización, con el fin de convocar a los participantes con la anticipación necesaria para gestionar su efectiva participación, organizando y coordinando permisos, reemplazos, entre otros que corresponda.

En caso de existir modificación al Plan de Formación Anual, se informará con la debida anticipación a SENAMA y a los trabajadores de la residencia, a través del mismo calendario.

a. Invitación y convocatoria de los participantes

La convocatoria se formaliza mediante un listado de participantes confirmados.

b. Inicio de la actividad de formación y/o capacitación

Al inicio de las clases, quien esté a cargo de la actividad de formación y/o capacitación deberá entregar un programa a los participantes, donde se formalicen las condiciones generales de la actividad, tales como; calendarización definitiva de temas/docentes y evaluaciones, porcentaje mínimo de asistencia, evaluaciones (si aplica), contenidos a tratar, etc. Será un espacio para resolver dudas.

El programa de cada actividad de capacitación y/o formación, deberá señalar los aspectos formales de evaluación, ya sea formativas o sumativas, grupales, individuales, etc.

SENAMA podrá realizar supervisión a la formación, para corroborar el cumplimiento de las orientaciones técnicas del Programa y de los enfoques señalados. Así como también que se cumpla con la cantidad de horas estipuladas y las técnicas y metodología de enseñanza a aplicar.

V. Seguimiento de la implementación y de la participación de los asistentes.

Se deberá realizar seguimiento, desde el profesional designado de la residencia, a la implementación de cada actividad de formación y/o capacitación, detectando nudos críticos, con la finalidad de solucionar problemas o realizar mejoras, dependiendo de la circunstancia. Se acompañará a los participantes en caso de posibles dudas o deserciones.

A quienes se vean en la obligación de desertar a una actividad de capacitación y/o formación, por razones de fuerza mayor justificadas, se les deberá incorporar a una nueva actividad programada, según la situación particular de cada uno.

VI. Gestión, elaboración y entrega de certificados (si corresponde)

En el caso de las actividades de formación y/o capacitación que contemplen la evaluación de conocimientos, paralelamente a su ejecución se gestionará la elaboración de certificados en función de los participantes que finalicen conforme los requisitos de aprobación. Según corresponda, se propiciará la realización de una ceremonia de certificación, o bien, se distribuirán los documentos de aprobación entre quienes aprueben la instancia de formación.

VIII. Evaluación: retroalimentación de los participantes y fortalecimiento curricular.

Desde la perspectiva de la mejora continua se proporcionará a los participantes de cada actividad de capacitación y/o formación de una retroalimentación de su desempeño, independientemente de que esta actividad tenga o no evaluaciones formativas o sumativas. De esta manera, se propicia que el trabajador observe y mejore sus debilidades o carencias y explote sus fortalezas y competencias. Así mismo se acompañará para que fortalezcan su hoja curricular, de acuerdo a los logros obtenidos.

Los participantes de cada actividad de formación y/o capacitación deberán evaluar la calidad de las instancias en las que participaron a través de una encuesta de satisfacción, que permita dilucidar los impactos que la capacitación y/o formación recibida, ha tenido en su desempeño cotidiano dentro de la residencia. (Anexo N°3).

Estos datos constituirán insumos que podrán ser considerados en la elaboración del Plan de Formación Anual siguiente.

PERIODICIDAD

- Anual

MATERIALES

- Sujeto al tipo de capacitación y al perfil de los participantes.

REGISTRO

- Diagnóstico.
- Plan de Formación Anual.
- Calendario y programas de actividades de formación y/o capacitación.
- Nómina de participantes.
- Pauta de evaluación-satisfacción.
- Evaluación del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Educarchile. (2012). Evaluación formativa. Marzo 2016, de Educarchile Sitio web: <http://www.educarchile.cl/ech/pro/app/detalle?ID=217495>

FLUJOGRAMA: No

ANEXOS: Sí

GLOSARIO: Sí

GLOSARIO	
CONCEPTO	DEFINICIÓN
EVALUACIÓN FORMATIVA	También llamada evaluación diagnóstica. Su objetivo es que el alumno pueda mejorar y ajustar su proceso de aprendizaje, en miras de alcanzar las metas u objetivos previstos. Pone de manifiesto dónde se han producido los errores de aprendizaje (si es que los hay) y la información que aporta debe dar herramientas tanto a los estudiantes, como a los ejecutores del programa de capacitación.
EVALUACIÓN SUMATIVA	Es una evaluación que pone de manifiesto si se han cumplido los objetivos finales del programa de estudios, a nivel del alumno. Por ejemplo: un control de lectura que da cuenta si el alumno ha comprendido los contenidos entregados en el curso, o un análisis de caso de que da cuenta si el alumno está en condiciones de aplicar ciertas herramientas de análisis de manera adecuada.

ANEXO N° 1

CONTENIDOS PARA ELABORAR PLAN DE FORMACIÓN ANUAL

Los contenidos a tratar, se deberán incorporar en el **Plan de Formación Anual** que cada residencia elabore. Para ello, existirán contenidos mínimos y complementarios, que se distribuirán de acuerdo a quien se les brinde (estamento) y en el tiempo que se realice (etapa). Se tendrán que considerar, las necesidades e intereses de los trabajadores, así como de la residencia, además del nivel de instrucción de cada participante para el correcto abordaje de los contenidos.

La Residencia deberá elaborar su Plan de Formación Anual, desarrollando los contenidos mínimos obligatorios en su totalidad. Cada residencia en base a su diagnóstico inicial, deberá definir los temas dentro de cada contenido mínimo obligatorio y a quien se le brindará la formación y/o capacitación (estamento), como también, la modalidad que utilizará.

I. Contenidos

1.1. Mínimos Obligatorios

CONTENIDOS PARA PLAN DE FORMACIÓN ANUAL	
Contenidos mínimos obligatorios	Temas generales a tratar por contenido.
1. Gerontología y Geriatria.	<p>a. Generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Gerontología. ▸ Geriatria. ▸ Aspectos biopsicosociales del envejecimiento y/o vejez. ▸ Transición Demográfica y Epidemiológica. ▸ Mitos y prejuicios.
	<p>b. En el abordaje de la persona mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Salud. ▸ Autonomía. ▸ Funcionalidad. ▸ Actividades de la Vida diaria básica, instrumental y avanzada. ▸ Discapacidad. ▸ Dependencia. ▸ Calidad de Vida. ▸ Calidad de Vida Relacionada a la Salud. ▸ Tipología de personas mayores. ▸ Envejecimiento Saludable, Activo.

<p>2. Políticas públicas para personas mayores/ Maltrato y VIF.</p>	<p>a. Políticas Públicas dirigidas a personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Política Pública e institucionalidad. ▸ Oferta programática SENAMA (Centros de Día, ELEAM, Cuidados Domiciliarios y SG), MINSAL (RBC, Taller Caídas MINSAL, GES y SG; Orientación de Manejo de personas mayores en APS y SG, Más Adultos mayores autovalentes, Plan de Demencia, otros) IPS (PBS, APV), otros. <p>b. Derechos de las personas mayores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Estableciéndose el marco jurídico de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, como parámetro y algunas normativas que establecen prerrogativas, como por ejemplo, el derecho de alimentos. <p>c. Promoción, prevención y protección del maltrato a personas mayores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Concepto de maltrato y tipos de maltrato. ▸ Ley de violencia intrafamiliar que incluye el maltrato al adulto mayor (Ley 20.066 VIF y Ley 20.427). ▸ Entorno, redes y gestión local.
<p>3. Capacitaciones y/o for- mación de protocolos: de acuerdo a cada área de intervención.</p> <p>(Diferenciar por PM con deterioro cognitivo)</p>	<p>La capacitación en protocolos, se deberá realizar en base a los requerimientos que el equipo de la Residencia señale como prioritarios, sin embargo, se sugiere considerar de manera transversal:</p> <p>a. Valoración Geriátrica Integral (VGI).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Conceptualización, objetivos de la VGI, beneficios de la VGI, generalidades de la VGI, resumen de los VGI (mostrar nombres y áreas): Social, Mental, Biomédico y Funcional. (Agregar Ambiental y Calidad de Vida). ▸ Instrumentos de la VGI a utilizar (Revisar Protocolo de Evaluación y Diagnóstico). <p>b. Síndromes Geriátricos (SG).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Conceptualización: Concepto, origen de los SG, clasificación actual: 12 IES, clasificaciones actuales, fenomenología; Causas, consecuencias, características comunes, intervención. <p>Los síndromes geriátricos a abordar son:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Fragilidad. ▸ Incontinencia urinaria y fecal. ▸ Polifarmacia. ▸ Malnutrición sarcopénica. ▸ Deterioro cognitivo. ▸ Demencia. ▸ Síndrome confusional. ▸ Trastornos del ánimo.

	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Trastornos del sueño. ▸ Alteraciones de la marcha y caídas. ▸ Dismovilidad. ▸ Úlceras por presión. <p>c. Otros Protocolos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Priorizar y ordenar de acuerdo a las necesidades de formación que el equipo de la Residencia considere. <p>d. Otros contenidos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Que la residencia considere necesarios y que no estén incluidos con anterioridad.
<p>4. Herramientas para la prevención y actuación frente al burnout.</p>	<p>Esta formación y/o capacitación se encuentra dirigida a todo el equipo de la Residencia, ya sea: profesionales, administrativos, asistentes de trato directo, etc. Se deberá incorporar en cualquiera de las etapas, ya sea de inducción, capacitación y/o formación continua.</p> <p>Se podrá realizar mediante; jornadas de planificación, evaluación, talleres de autocuidado al cuidador, etc.</p>

1.2. Contenidos Complementarios

CONTENIDOS PARA PLAN DE FORMACIÓN ANUAL	
Contenidos complementarios	Temas generales a tratar por contenido.
1. Ayudas técnicas y/o adaptaciones	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Tipos, acceso, uso, etc. ▸ Diferenciar entre quién utiliza la ayuda técnica y quién apoya en su uso y manejo.
2. Emergencias y catástrofes	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Aplicación de Protocolo ante emergencias y catástrofes. ▸ Vinculación con comunidad, ▸ Aplicación del plan en residencias: conocimiento del quehacer del equipo de trabajadores y personas mayores que componen la residencia.
3. Trato directo al Adulto Mayor	<p>a. Habilidades blandas para mejorar la atención al adulto mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Empatía. ▸ Lenguaje verbal - no verbal / Disposición corporal. ▸ Asertividad. ▸ Comunicación clave y afectiva. ▸ Escucha activa. ▸ Límites. ▸ Sobre involucramiento. <p>b. Educación para el cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Antecedentes del Cuidado: características del cuidador. ▸ Cuidado al cuidador: El ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social. Necesidad de espacios de autocuidado (Técnicas de Autocuidado). Acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar. ▸ Respiro al cuidador principal y al entorno: cuáles son las acciones asociadas a mi rol de cuidador. Necesidad de espacios de autocuidado para el cuidador. Estrategias de intervención psicosocial y autonomía personal. ▸ Manejo de situaciones desde un enfoque de derechos. <p>c. Liderazgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Negociación. ▸ Resolución de conflictos.
4. Otros	Que la residencia defina en su diagnóstico inicial.

Aspectos transversales a tratar en los contenidos mínimos y complementarios:

- **Enfoque de derechos**
- **Atención Centrada en la Persona**
- **Promoción autonomía**

Los contenidos, deberán ser abordados bajo una modalidad teórico-práctica (taller, juego de roles, videos, etc.).

ANEXO N° 2

FORMATO PLAN DE FORMACIÓN ANUAL

Los contenidos a tratar, se deberán incorporar en el **Plan de Formación Anual** que cada Residencia elabore. Para ello, existirán contenidos mínimos obligatorios y complementarios, que se distribuirán de acuerdo a quien se los brinde y en el tiempo que se realice. Se tendrá que tener en consideración, las necesidades, intereses y mejoras de cada persona que reciba formación, además del nivel de instrucción para el abordaje de los contenidos.

Antecedentes Generales

Residencia			
Región		Comuna	
Fecha elaboración plan		Año durabilidad plan	

II. Objetivo Plan de Formación Anual.

III. Contenidos

En base a los contenidos (mínimos y complementarios), etapa y equipo profesional, administrativo y de trato directo que compone la residencia, se deberá elaborar la planificación anual.

Es importante señalar, que los contenidos mínimos, deberán incorporarse de manera obligatoria al plan, definiendo los temas específicos y a quien va dirigido (estamento). En este sentido, se debe entender que **no es necesario abarcar todos los contenidos para todos los estamentos y en todas las etapas**, sino que en base a la detección de necesidades (diagnóstico), abordar los temas requeridos para cada estamento y etapa que se estime conveniente, a modo de asegurar la formación y/o capacitación a todo el equipo que conforma la residencia, a lo menos una vez al año.

A continuación, se indica tabla de contenidos, temas, etapas y estamentos que se deberá completar a modo de ejemplo.

3.1. Tabla de contenidos mínimos obligatorios y complementarios

Indicaciones: Complete los temas a abordar de cada contenido (Revisar Anexo N°1) y marque con una X el estamento al cual va dirigido.

Contenidos mínimos obligatorios	Temas	Etapa	Estamento		
			Profesionales y/o técnicos	Administrativos	Asistentes de trato directo
Gerontología y Geriatría		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Políticas públicas para personas mayores / Maltrato y VIF		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Capacitaciones y/o formación de protocolos (VGI-SG)		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Herramientas para la prevención del burnout / autocuidado		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Contenidos Complementarios	Temas	Etapa	Estamento		
			Profesionales y/o técnicos	Administrativos	Asistentes de trato directo
Ayudas técnicas y/o adaptaciones		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Emergencias y catástrofes		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			
Trato directo al Adulto Mayor		Inducción			
		Capacitación			
		Formación continua			

IV. Metodología y/o Modalidad

V. Cronograma

Etapa XXXXX													
Nombre de la actividad	Responsable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

VI. Anexos

Se sugiere que de todas las actividades de capacitación y/o formación realizadas, se anexasen los siguientes medios de verificación:

- Programa que dé cuenta de los objetivos, contenidos, metodología, cantidad de horas y evaluación, entre otros.
- Informe de actividades
- Fotografías
- Nómina de participantes
- Listado de asistencia

ANEXO N° 3

FORMATO PAUTA DE EVALUACIÓN - SATISFACCIÓN

El objetivo principal de esta pauta, es conocer la opinión del equipo de la residencia sobre la formación y/o capacitación recibida durante el año, y de ese modo, poder nutrir el proceso de evaluación y considerar las mejoras necesarias para el próximo diagnóstico y construcción del plan de formación anual siguiente.

Marque con una X

Estamento		Sexo			
Profesional y/o técnico		Hombre		Mujer	
Administrativo					
Asistentes de trato directo					

Con la finalidad de saber su opinión y mejorar permanentemente, agradeceremos que conteste las siguientes preguntas.

1. En cuanto a la **capacitación y/o formación** recibida, marque de 1 a 7 donde, donde uno es lo peor y siete, lo mejor. Coloque sólo números enteros, sin decimales.

Evaluación	Nota
Se dan a conocer los objetivos y aspectos generales de la capacitación y/o formación que recibió, como: evaluaciones, fechas, etc.	
El docente aborda los contenidos con un nivel de profundidad adecuado, con conocimientos sólidos y actualizados.	
El docente/relator/expositor explica con claridad las materias abordadas.	
El docente/relator/expositor presenta los contenidos de tal forma que facilita el aprendizaje de los/as participantes.	
El docente/relator/expositor responde y aclara con exactitud y precisión las preguntas y/o consultas que presentan los/as participantes.	
El docente/relator/expositor demuestra compromiso e interés por los contenidos entregados.	
El docente/relator/expositor motivó a los alumnos/as a participar activamente de la capacitación y/o formación.	
La metodología utilizada para la capacitación y/o formación que recibió, fue adecuada.	
Promedio.	

2. En cuanto su **nivel de satisfacción**, marque con una X la alternativa que más lo identifique de cada variable.

Nivel de satisfacción del participante.	Si	No
Se cumplieron los objetivos esperados con la capacitación y/o formación recibida.		
Le otorgó respuesta a sus expectativas personales.		
Su participación en la capacitación y/o formación recibida, mejoró su desempeño al interior de la Residencia.		
Las temáticas abordadas, fueron una contribución y/o aporte a la labor que realiza con las personas mayores.		
Se siente conforme con la organización y coordinación de la actividad en cuanto a horario, días, material de apoyo, salas, etc.		
Fue pertinente su capacitación y/o formación.		

3. Otros.

¿Qué contenidos se deberían incluir?	
Observaciones, comentarios y/o sugerencias:	

ANEXO N° 4

PROPUESTA PARA ABORDAR EL BURN OUT EN LA RESIDENCIA

A continuación se presenta una propuesta para abordar el burn out con los asistentes de trato directo del adulto mayor.

Relevancia de los asistentes de adulto mayor

Entendiendo la relevancia que implica el bienestar del asistente de trato directo del adulto mayor, en relación al adecuado acompañamiento y calidad de cuidado que éste brinda a la persona, se considera como un área crucial a abordar por parte de la institución. Esto, habiéndose demostrado ampliamente la relación existente entre calidad del cuidado vs. Burn out de asistente de trato directo (CEOMA, 2010). Frente a ello, se desarrollarán las siguientes acciones:

a. Evaluación de sobrecarga del asistente de trato directo del adulto mayor

Con el objetivo de identificar el grado de sobrecarga, afectación emocional u otros factores de riesgo que puedan incidir negativamente en la relación de los asistentes de trato directo del adulto mayor y los residentes, el psicólogo deberá aplicar -en forma semestral- el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) a cada asistente de trato directo.

Es importante, previo a la aplicación de dicho instrumento, alentar a los asistentes de trato directo del adulto mayor, que respondan con la mayor honestidad posible, promoviendo un clima de aceptación ante los resultados que se obtengan.

Posterior a la aplicación de dicho instrumento, se deben tabular sus resultados e identificar aquellos temas que presenten una mayor incidencia para las personas mayores y asistentes de trato directo.

b. Sesiones grupales

Se sugiere que las sesiones grupales se realicen **2 por mes** con los asistentes de trato directo. De manera que las sesiones no calcen con los turnos de los asistentes, el psicólogo dividirá el grupo de trabajo en dos, a modo de facilitar la implementación de dichas sesiones. Es decir:

Grupos	Productos esperados
Grupo 1	2 sesiones mensuales
Grupo 2	2 sesiones mensuales

Las sesiones estarán orientadas a intervenir sobre aquellos temas pesquisados en la aplicación del Cuestionario MBI, posibilitando su abordaje constructivo, la expresión de sentimientos asociados a su manifestación, orientando frente a la percepción de síntomas que puedan afectarles (realizando derivación a consulta individual si lo amerita). De la misma forma, se espera favorecer la reflexión sobre sus causas y apoyar en elaboración de potenciales estrategias de afrontamiento.

c. Talleres

En complemento, durante el año, el psicólogo deberá desarrollar tres talleres orientados a intervenir sobre cada una de las áreas que configuran el Síndrome de Burn Out, con el objetivo de fortalecer recursos personales, grupales e institucionales, que permitan actuar de manera preventiva a su aparición.

Los talleres deben realizarse en base a las temáticas relevadas por parte de los asistentes de trato directo del adulto mayor como prioritarias. **Las tres áreas temáticas**, recomendadas a profundizar son las siguientes:

- Agotamiento emocional vs. Fortaleza emocional.
- Despersonalización del cuidado vs. Humanización del cuidado.
- Postergación personal vs. Realización personal.

De ser observado como necesario, debe considerarse la posibilidad de realizar talleres e intervenciones con otros grupos identificados como vulnerables a sobrecarga dentro de la institución.

Como se mencionó anteriormente, estas medidas debieran repercutir directamente en la calidad de cuidado y por lo tanto en la calidad de vida del adulto mayor.

PAUTA DE EVALUACIÓN (A):**Cuestionario de Maslach Burnout Inventory**

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. Esta escala tiene una alta consistencia y fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

1. Subescala de agotamiento emocional. Consta de 9 respuestas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
2. Subescala de despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La clasificación de las afirmaciones es la siguiente: cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. La escala se mide según los siguientes rangos:

0= Nunca

2= Una vez al mes o menos

3= Unas pocas veces al mes o menos 4= Una vez a la semana

5= Pocas veces a la semana

6= Todos los días.

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout. Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Importante para la aplicación en ELEAM: Cambiar la referencia a “pacientes” por “residentes”

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= nunca. 1= pocas veces al año o menos. 2= una vez al mes o menos. 3= unas pocas veces al mes. 4= una vez a la semana. 5= pocas veces a la semana. 6= todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.	
9	Siento que estoy influyendo positivamente.	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado en mi trabajo.	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.	

Se suman las respuestas dadas a los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor Total
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20	
Despersonalización	5-10-11-15-22	
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21	

Los resultados de cada subescala:

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas de trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout.

Otro test para medir las áreas de impacto del síndrome Burnout es el siguiente;

Conteste con qué frecuencia estas situaciones le molestan en su trabajo.

(Raramente) 1-2-3-4-5-6-7-8-9 (Constantemente)

A	IMPOTENCIA	
1	No puedo darle solución a los problemas que se me asignan.	
2	Estoy atrapado en mi trabajo sin opciones.	
3	Soy incapaz de influenciar en las decisiones que me afectan. Estoy incapacitado y no hay nada que pueda hacer al respecto.	
B	DESINFORMACIÓN	
4	No estoy claro sobre las responsabilidades en mi trabajo. No tengo la información necesaria para trabajar bien.	
5	Las personas con las que trabajo no comprenden mi rol. No comprendo el propósito de mi trabajo.	
C	CONFLICTO	
6	Me siento atrapado en medio. Debo satisfacer demandas conflictivas.	
7	Estoy en desacuerdo con las personas en mi trabajo. Debo violar procedimientos para hacer mi trabajo.	
D	POBRE TRABAJO DE EQUIPO	
8	Mis compañeros de trabajo me subestiman, la dirección muestra favoritismo.	
9	La burocracia interfiere con la realización de mi trabajo. Las personas en mi trabajo compiten en vez de cooperar.	
E	SOBRECARGA	
10	Mi trabajo interfiere con mi vida personal.	
11	Tengo demasiadas cosas que hacer en muy poco tiempo. Debo trabajar en mi propio tiempo.	
12	Mi carga de trabajo es abrumadora.	

F	ABURRIMIENTO	
13	Tengo pocas cosas que hacer.	
14	El trabajo que realizo actualmente no está acorde con mi calificación. Mi trabajo no es desafiante.	
15	La mayoría del tiempo la utilizo en labores de rutina.	
G	POBRE RETROALIMENTACIÓN	
16	No sé qué es lo que hago bien o mal.	
17	Mi superior (supervisor) no me retroalimenta en mi trabajo. Obtengo la información demasiado tarde para utilizarla.	
18	No veo los resultados de mi trabajo.	
H	CASTIGO	
19	Mi superior (supervisor) es crítico.	
20	Los créditos por mi trabajo los obtienen otros. Mi trabajo no es apreciado.	
21	Soy culpado por los errores de otros.	
I	ALINEACIÓN	
22	Estoy aislado de los demás.	
23	Soy solo un eslabón en la cadena organizacional.	
24	Tengo poco en común con las personas con las que trabajo.	
25	Evito decirles a las personas donde trabajo y que cosa.	
J	AMBIGÜEDAD	
26	Las reglas están cambiando constantemente. No sé qué se espera de mí.	
27	No existe relación entre el rendimiento y el éxito.	
28	Las prioridades que debo conocer no están claras para mí.	

K	AUSENCIA DE RECOMPENSAS	
29	Mi trabajo no me satisface. Tengo realmente pocos éxitos.	
30	El progreso en mi carrera no es lo que he esperado.	
31	Nadie me respeta.	
L	CONFLICTO DE VALORES	
32	Debo comprometer mis valores.	
33	Las personas desapruaban lo que hago. No tengo credo en la institución	
34	Mi corazón no está en mi trabajo.	

Puntuación	Riesgo de Burnout	Recomendaciones
De 48 a 168	Bajo	Tome decisiones
Entre 169 a 312	Moderado	Desarrolle un plan para corregir las áreas problema.
Más de 313 (máx. 432)	Alto	Necesidad urgente de acciones correctivas.

Protocolo Desarrollo Sociocomunitario

Etapas del proceso: Permanencia

Responsable del cumplimiento: Director/a técnico

Responsable de la ejecución: Trabajador/a Social

OBJETIVO

Entregar lineamientos generales para la vinculación de la residencia y los residentes al entorno comunitario, ejerciendo el derecho a la participación de los residentes.

CONSIDERACIONES PREVIAS

Las residencias están insertas en un espacio local con un alto componente sociocomunitario, disponiendo para su funcionamiento de la posibilidad de gestión y articulación con las redes e instituciones que se encuentran en el territorio.

Este protocolo busca optimizar esfuerzos instalados en el espacio sociocomunitario para la entrega de servicios a los residentes, por lo tanto, el funcionamiento de la residencia debe ser permeable a lo que el entorno ofrece.

En este sentido se debe entender la red no sólo como un espacio para la complementariedad y eficiencia en la entrega de servicios, sino también reconocer que la persona mayor sigue formando parte de una comunidad o de un barrio. En términos generales, la residencia deberá realizar las acciones necesarias para que las personas mayores se integren a espacios comunitarios formales e informales y –a su vez– optimizar los recursos para el mejor funcionamiento de los servicios que se ofrecen.

Para reconocer el espacio sociocomunitario se debe tener en cuenta que:

- El desarrollo comunitario es central para el adecuado bienestar de las personas mayores.
- Reconoce en el territorio las redes de apoyos formales e informales, como instituciones aliadas para la mejor realización de sus actividades.
- No se remite sólo a una comuna, sino a un barrio o espacio local que es funcional a la residencia, y que por tanto, está al alcance en la gestión, jurisdicción o posibilidades de acción.
- Identifica recursos sociales, políticos, económicos, institucionales.
- Tiene en cuenta la diversidad cultural de los territorios.
- Reconoce que el sistema de relaciones con el entorno es particular y dinámico pero siempre necesario.
- Tiene estrecha relación con las redes de apoyo de las personas mayores ya que estas pueden satisfacer gran parte de sus necesidades de afecto, compañía, reconocimiento, entre otros.
- Se sustentan en valores de reciprocidad, solidaridad y confianza.

El desarrollo y articulación de los recursos comunitarios es central, ya que permite asegurar y complementar las prestaciones de la residencia para una mejor intervención de las personas mayores.

DESCRIPCIÓN DE LAS ETAPAS Y/O PROCESOS

ETAPA I: Diagnóstico

La etapa de diagnóstico permite realizar un ejercicio simple de reflexión e identificación de las redes o instituciones existentes y contrastarlas con las necesidades detectadas en la residencia. Esta acción debe ser liderada por el o la trabajadora social pero en conjunto con los demás estamentos y residentes, principalmente en sustento a aquellas demandas más sentidas por la residencia.

Identificación de redes

Para la identificación de redes en el territorio podemos utilizar el **Mapa de Oportunidades**, que consiste en una herramienta que permite visualizar las oportunidades y servicios disponibles. Esto es, representar esquemáticamente instituciones, redes formales e informales y servicios que pueden representar aliados para mejorar la calidad de vida de los residentes y contribuyen a la entrega de servicios (Covarrubias, 2015). Este mapa puede ser elaborado de manera general o específica a un tema que se relacione con las necesidades de la residencia, por ejemplo, el mapa de oportunidades para la participación cultural y recreativa para las personas mayores. Otro instrumento a utilizar puede ser un Catastro de redes del territorio.

FIGURA N° 1

Esquema Básico Mapa de Oportunidades
 "Participación cultural y recreativa para las personas mayores"



Identificación de necesidades de la residencia respecto de la vinculación socio comunitaria

Así como se deben identificar las redes existentes, también se requiere conocer las necesidades de la residencia. Las necesidades pueden ser muchas, de diversa índole y de distinta envergadura, sin embargo, es importante priorizar por las más urgentes. En este sentido se identifican primero las redes y luego las necesidades, considerando que estas últimas son más dinámicas que la existencia o no de las redes o instituciones.

Priorización de las redes mínimas

Al igual que no se pueden satisfacer todas las necesidades, no se puede trabajar con todas las redes existentes al mismo tiempo, un primer paso es identificarlas para luego reconocer las más prioritarias. Dependerá de las necesidades de la residencia, de las posibilidades de gestión, las personas mayores y de las redes definidas en el entorno. Esto es conocer cuál es su quehacer (oportunidades y límites) y cuál de todas es más pertinente para la contribución a los servicios de la residencia, protección y promoción de los derechos de los residentes. Se sugiere ver **Anexo N° 1 Redes Sociocomunitarias**, donde se identifican las principales redes o instituciones localizadas a nivel territorial.

ETAPA II: Vinculación o Fortalecimiento

Establecer contacto con instituciones y/o redes locales

Una buena posibilidad es hacer coordinación y gestión con instituciones formales reconocidas a nivel local, como el municipio, ya que es el ente que organiza administrativamente una comuna. También es importante incorporarse a las mesas de trabajo comunal o provincial que se desarrollen, ingresar de manera formal y participar activamente de ellas. Es la oportunidad para que la residencia se visualice a nivel territorial. En este sentido la Coordinación Regional de Senama podrá apoyar en las gestiones y compromisos cuando corresponda.

Por su parte el o la trabajadora social podrá desarrollar una labor en red, contactándose con redes formales e informales de base comunitaria. También debe vincular a las familias o personas significativas de los residentes con las actividades de la residencia y viceversa.

Según la naturaleza de las redes, formales o informales, se espera que este contacto sea formalizado a través de convenios de colaboración u otros mecanismos que se estimen.

Organizar breves flujos de actuación

Una vez establecidos y formalizados los contactos, se espera poder definir breves protocolos de actuación que orienten los pasos a realizar para hacer uso efectivo y eficiente de las redes. En el caso de instituciones formales se consideran flujos de derivación a centros de salud, atención domiciliaria del registro civil cuando corresponda, jornadas de participación intergeneracional con colegios, instancias de celebraciones familiares, protocolo de salida de las residencias, salidas recreativas y culturales, entre otros.

En el caso de redes cercanas o familiares se espera entregar orientación, derivación y apoyo psicosocial a la persona mayor y a su familia. Para esto se debe mantener contacto desde el ingreso de la persona a la residencia, propiciando que no se pierdan los vínculos o lazos y permitiendo que participen y se involucren de las actividades mutuas. El rol del profesional está dirigido a trabajar la relación entre la persona mayor, su familia, amigos o cercanos, comprometiéndolos a ambos sobre el sentido de relación que tienen, y por lo tanto reconociendo la utilidad y valor de la vida de cada uno con el otro. Así mismo se debe priorizar el desarrollo de actividades socioeducativas, culturales y recreativas, para un envejecimiento activo y saludable. Dentro de este marco se realizan talleres, paseos, charlas, etc.

Seguimiento y evaluación

Es importante establecer reuniones periódicas coordinadas por el encargado del protocolo, pero también posibilitando el involucramiento de la dirección técnica cuando corresponda a instancias más formales.

Si existen convenios de colaboración, cartas de compromiso o algún medio de respaldo, se debe hacer seguimiento de los acuerdos establecidos.

Registro

El registro de todas las etapas se debe realizar en el cuaderno de campo del profesional, siendo flexible a los requerimientos de la residencia, no obstante, debe contener como mínimo ciertos acuerdos que se exponen en el siguiente ejemplo:

Nombre de la institución	Necesidad de la residencia	La institución, red u organización contribuye a:	Referente regulatorio
Ej: Universidad El Peral	<ul style="list-style-type: none"> Capacitación de los cuidadores. 	Jornadas de capacitación sobre cuidados y movilización del adulto mayor dependiente.	<ul style="list-style-type: none"> Convenio de colaboración entre la Universidad y la residencia.
Formación gerontológica.	<ul style="list-style-type: none"> Formación gerontológica. 	En este caso y para optimizar recursos, se puede coordinar con Senama para el apoyo en formación a los profesionales y a los cuidadores. También se puede identificar la posibilidad de postulación a diplomados en gerontología.	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud de la residencia a Senama.

PERIODICIDAD

- Permanente

MATERIALES

- Catastro actualizado de redes locales.
- Convenios, acuerdos de colaboración, cartas de compromiso, actas de reuniones, etc.
- Mapa de Red.

REGISTRO

- Cuaderno de campo del profesional a cargo del protocolo.

BIBLIOGRAFÍA

- Covarruvias C. (2015). Capítulo: Gestión de la red social comunitaria en función del cuidado. Para el Diplomado en el desarrollo de herramientas sociosanitarias para personas mayores.
-

ANEXOS: Sí

FLUJOGRAMA: No

ANEXO N°1

REDES SOCIOCOMUNITARIAS

El presente anexo busca identificar las principales redes de base sociocomunitaria existentes, sin embargo alcanza a ser sólo un ejemplo debido a la gran diversidad existente según la realidad territorial de cada residencia y de acuerdo a los vínculos que se hayan establecido entre la residencia y las redes.

Área	Institución	Beneficios para la residencia (Incluye personas mayores y funcionarios)
Salud	Cesfam	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Inscripción de los residentes en atención de salud primaria. ▸ Contar de atenciones médicas y cuidados básicos en salud. ▸ Gestión de ayudas técnicas. ▸ PACAM (Programa de Alimentación Complementaria). ▸ AUGE, o Acceso Universal con Garantías Explícitas. ▸ Participar de las instancias o estrategias de participación de APS (Consejos, talleres informativos, Oirs, etc.). ▸ Inscripción en programa de atención a la dependencia severa, cuidados paliativos u otro pertinente al residente. ▸ EMPAM (examen de medicina preventiva), EFAM. ▸ Programa salas ERA. ▸ Programa de inmunización (vacunas). ▸ Otras.
	Hospitales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Atención de especialista según corresponda. ▸ Otras.
	Centros de Urgencia y Postas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Acceso atención de Urgencia según corresponda. ▸ Otros.
	Cosam	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Atención en salud mental y psiquiatría. ▸ Entrega de información y asesoría. ▸ Otros.

Social	Municipios	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Gestión de ayudas sociales. ▸ Formalización de clubes de adulto mayor. ▸ Vinculación con departamento de organizaciones comunitarias. ▸ Postulación a proyectos para personas mayores u organización de personas mayores. ▸ Inscripción y participación en actividades de la comuna recreativas, culturales, políticas. ▸ Inscripción en registro de discapacidad o pueblos originarios. ▸ Talleres informativos y espacios de capacitación para los funcionarios de las residencias. ▸ Vinculación a los comités de emergencias. ▸ Otros.
	Corporaciones judiciales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Asesoría judicial gratuita. ▸ Consultas jurídicas. ▸ Tramitación gratuita de posesión efectiva. ▸ Otras.
	Instituciones previsionales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Pensiones Básicas Solidarias de Vejez e Invalidez. ▸ Aporte previsional solidario. ▸ Pensiones (ex Cajas de Previsión Social) Ej.: Empleados particulares, seguro social. ▸ Asignación por fallecimiento. ▸ Establecer nexo con IPS para establecer trabajo conjunto. ▸ Talleres informativos. ▸ Otros.
	Registro Civil	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Cédula de identidad. ▸ Certificados de defunción. ▸ Talleres informativos. ▸ Otros.

Educación	Colegios	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Acciones de voluntariado. ▸ Participación intergeneracional. ▸ Trabajos comunitarios. ▸ Espacio de participación e integración para los adultos mayores residentes. ▸ Otros.
	Universidades	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Realizar acciones de bien común para las personas mayores. ▸ Participar de comités técnicos respecto de necesidades de las residencias. ▸ Promover información y conocimiento a través de capacitaciones a funcionarios de la residencia. ▸ Generación de convenios para el desarrollo de prácticas profesionales o aporte de profesionales especializado para el apoyo de servicios de la residencia. ▸ Otros.
Participación, organización	Organizaciones de personas mayores (CAM, UCAM, Consejo de Mayores)	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Visitas y realización de encuentros participativos al interior de la residencia. ▸ Intercambio de experiencias participativas con el Consejo de mayores de la residencia o con los residentes. ▸ Apoyo en la vinculación familiar o significativa de los residentes con las personas mayores. ▸ Sensibilización y promoción de una nueva imagen de la vejez en función de la autonomía y la toma de decisiones. Promoción de la realización de proyectos autogestionados. ▸ Otros.
	Voluntariado	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Promover la participación social de los residentes. ▸ Mantenimiento y buen estado de espacios de uso común en la residencia. ▸ Vinculación de la residencia con la comunidad. ▸ Apoyo en actividades sociales o cívicas de los residentes (votación, visitas a familiares). ▸ Apoyo en actividades recreativas de los residentes y sus familias. ▸ Promoción de la cultura de vejez y envejecimiento. ▸ Difusión local del ELEAM. ▸ Otros.

Instituciones privadas	Empresas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo financiero o entrega de recursos (mejoras en la residencia, recursos para actividades, entrega de equipamiento, etc.). ▸ Donaciones. ▸ Otros.
	Fundaciones/ ONG.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo metodológico. ▸ Difusión de información. ▸ Intercambio de experiencias innovadoras. ▸ Otros.
Comunidad	Vecinos, familias o personas cercanas a los residentes.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo emocional. ▸ Apoyo en la realización de actividades de la residencia. ▸ Apoyo en la gestión de trámites y colaboración de la familia o personas significativas para servicios de los residentes. ▸ Otros.
	Iglesias	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Espiritualidad. ▸ Instancias de participación comunitaria. ▸ Encuentros participativos de apoyo. ▸ Ayuda voluntaria. ▸ Apoyo en realización de ritos religiosos. ▸ Otros.

Fuente: Elaboración propia, SENAMA, 2016.

Algunas consideraciones:

- La atención primaria, generalmente resulta ser el primer contacto del adulto mayor con la red de salud, sin perjuicio de ello, la residencia deberá establecer la red necesaria para que la persona mayor haga uso de todos los niveles de atención de acuerdo a sus necesidades y a la oferta local.
- En cuanto a las redes sociales, considerar que no necesariamente la persona mayor que cuenta con las capacidades funcionales adecuadas requiere que se gestionen todos los servicios desde la residencia, sino que él mismo podrá realizar trámites de manera independiente o acompañado. También, y cuando corresponda, la residencia podrá gestionar con las instituciones que algunos trámites se ejecuten en la residencia, considerando las imposibilidades de traslado de los residentes por situaciones de dependencia.
- Los centros educacionales, de acuerdo a las necesidades de la residencia pueden apoyar con diversas acciones. En el caso de las universidades en la difusión y formación de personas, en el caso de los colegios con el desarrollo de relaciones intergeneracionales para una vejez más inclusiva.
- Las organizaciones de base comunitaria que promueven la participación, además de colaborar con las actividades de la residencia, pueden también acoger e intercambiar con algunos residentes que puedan incorporarse a sus centros o a sus actividades, si la persona así lo desea.
- Las instituciones privadas pueden ser un aliado al momento de requerir recursos específicos, o también, el desarrollo de experiencias innovadoras que sean un estímulo para el quehacer de la residencia.
- El ámbito de la comunidad referida a los vecinos, lazos efectivos de redes primarias, personas significativas son uno de los elementos más importantes para el bienestar de las personas mayores, ya que además de que se evidencia un debilitamiento de estas redes cuando se ingresa a una residencia, existe la creencia de que al estar las personas mayores “en la residencia” y al cuidado de ésta, no los necesitan. El rol que cumplen en el aspecto afectivo o de compañía no se evidencia como importante. Es aquí donde la residencia debe fortalecer esta vinculación.
- Finalmente destacar que la red sociocomunitaria es un referente importante al momento de la detección de situaciones de violencia o maltrato a los residentes, por lo cual se debe establecer un contacto permanente para la prevención, detección y abordaje de estas situaciones.

COLABORADORES

COLABORADORES

1. **María Teresa Abusleme Lama**, socióloga. Profesional del Departamento de Salud Mental, Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud.
2. **Pamela Acevedo Vera**, asistente social. Encargada Nacional Programa ELEAM, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
3. **Alejandra Araya Gutiérrez**, enfermera - matrona. Profesora, investigadora, Universidad Andres Bello.
4. **Mariela Araya Espinoza**, terapeuta ocupacional. Coordinadora Nacional Unidad Terapia Ocupacional, Fundación Las Rosas.
5. **Angela Arena Massa**, abogada. Investigadora Unidad Formación General, Universidad Finis Terrae.
6. **José Miguel Ayala Riquelme**, nutricionista. Asesor Técnico del Depto. de Nutrición y Alimentos, División Políticas Públicas Saludables y Promoción, Ministerio de Salud.
7. **Marilú Budinich Villouta**, médico geriatra. Directora Centro KINTUN Peñalolén, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
8. **Margarita Cadenas Valenzuela**, trabajadora social. Profesional Centro KINTUN Peñalolén, Servicio de Salud Metropolitano Oriente.
9. **Daniel Cid Cofré**, kinesiólogo. Gestión Clínica, cIDEAS.
10. **Isabel Cornejo Molina**, kinesióloga. Directora ejecutiva, Liga Chilena Contra el Mal de Parkinson- Presidenta Soc. Científica de Kinesiología Gerontológica de Chile. SOKIGER - Liga Chilena Contra el Mal de Parkinson.
11. **Constanza Cortés Vera**, enfermera. Red ESAM.
12. **Claudia Covarrubias Farías**, trabajadora social. Asesora Nacional de Desarrollo Área Adulto Mayor, Hogar de Cristo.
13. **Mirta Crovetto Mattassi**, nutricionista. Decana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha.
14. **Gerardo Fasce Pineda**, médico geriatra. Jefe Sección Geriatría Hospital Clínico, Universidad de Chile.
15. **Gladys González Álvarez**, asistente social. Encargada Unidad Servicios Sociales, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
16. **Francisco González Mendoza**, sociólogo. Coordinador Equipo Medida Presidencial N°13, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
17. **Nanet González**, kinesióloga. Profesional Asesor División de Atención Primaria, Ministerio de Salud.
18. **Nelson González Toledo**, kinesiólogo. Director Equipo de Salud Hogar N°28, docente clínico y capacitador nacional. Miembro del Comité de Ética Asistencial, Fundación Las Rosas.

19. **Marcela Herrera Videla**, enfermera. Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor, Red ESAM.
20. **Patricio Herrera**, médico. Encargado Programa Adulto Mayor, Ministerio de Salud.
21. **Jaime Hidalgo Anfossi**, médico geriatra, Universidad de Chile.
22. **Rafael Jara López**, médico geriatra, Hospital Clínico Universidad de Chile.
23. **Pablo Jofré Fuentes**, psicólogo. Encargado Programa Voluntariado País de Mayores, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
24. **Felipe Lavanderos Cornejo**, antropólogo. Profesional Equipo Medida Presidencial N°13, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
25. **Verónica Loeb**, terapeuta ocupacional.
26. **Mauricio Loo Vidal**, nutricionista. Jefe Central de Alimentación, Hospital Gustavo Fricke.
27. **Luis López Mendoza**, químico farmacéutico. Encargado área Dispensación y Validación, Farmacia Interna, Clínica San Carlos de Apoquindo, Red Salud UC - Christus.
28. **Dominique Masferrer Riquelme**, nutricionista. Asesora Técnica Depto. Nutrición y Alimentos, División Políticas Públicas Saludables y Promoción, Ministerio de Salud.
29. **Cristian Massad Torres**, Sociólogo, encargado Unidad de Estudios, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
30. **Nataly Mersey**, terapeuta ocupacional. Profesional Centro Diurno de Recoleta.
31. **Tania Mora Biere**, abogada. Encargada Unidad Jurídica, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
32. **Alison Morales San Martín**, terapeuta ocupacional. Profesional Subsecretaría de Redes Asistenciales, Departamento de Modelos de APS, Ministerio de Salud.
33. **Laura Moreno Pimienta**, asistente social.
34. **Natalia Muñoz Palma**, nutricionista. Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha.
35. **Luis Ojeda Aguirre**, trabajador social. Encargado Nacional Programa Subsidio ELEAM, Servicio Nacional del Adulto Mayor.
36. **Jessica Olate Andaur**, enfermera. Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Chile.
37. **Patricia Pinto Aguilar**, psicóloga. Gestora de Calidad Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
38. **Rafael Pizarro Mena**, Kinesiólogo. Docente Escuela de Kinesiología Universidad San Sebastián - Director OTEC SAGERED SpA.
39. **Vanessa Ramírez Martín**, profesora. Profesional Programa Subsidio ELEAM, Servicio Nacional del Adulto Mayor.

- 40. Fernando Rivero Diez**, kinesiólogo. Coordinador de Kinesiología Fundación Las Rosas.
- 41. Macarena Rojas Gutiérrez**, trabajadora social. Directora Programa Adulto Mayor, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- 42. Andrea Rojas**, terapeuta ocupacional. Profesional del Departamento de Políticas y Coordinación Intersectorial, Servicio Nacional de la Discapacidad.
- 43. Reinaldo Salazar**, fonoaudiólogo. Docente, Escuela de Fonoaudiología, Universidad Bernardo O´Higgins, UDLA, UDV.
- 44. Javiera Sanhueza Chamorro**, socióloga. Coordinadora Académica Programa Adulto Mayor. Universidad Católica de Chile.
- 45. Doris Sequeira Daza**, enfermera profesional, Red de Enfermería en Salud del Adulto Mayor- Chile, REDESAM, docente Red REDESAM, Universidad Central.
- 46. Carolina Tanco Gajardo**, médico geriatra. Médico especialista en Geriátría, Sociedad de Geriátría y Gerontología, Hospital Clínico Mutual de Seguridad, Clínica Los Coihues.
- 47. Carlos Vargas Becerra**, ingeniero en prevención de riesgos.
- 48. Claudia Verdugo Labbé**, terapeuta ocupacional. Profesional del Departamento de Política y Coordinación Intersectorial, Servicio Nacional de la Discapacidad.





**Servicio
Nacional del
Adulto Mayor**
Ministerio de
Desarrollo Social

Gobierno de Chile