



Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores



La Suma de Todos

Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Introducción



**Protocolos de Actividades
Básicas de la Vida Diaria**



**Protocolos
de Atención Geriátrica**

**Protocolos
de Gestión Asistencial**



**Documentación:
Normativa, Legislación
y Bibliografía**



Servicio Regional de Bienestar Social

Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores

Introducción

- Presentación
- Prólogo
- Introducción: Protocolización en Residencias de Mayores
- Plan de Mejora Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social
- Fases del proyecto de protocolización asistencial
- Metodología de trabajo asistencial en el Servicio Regional de Bienestar Social

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria

- Atención a la Alimentación e Hidratación
- Atención a la Higiene Personal
- Atención para el Vestido
- Atención a las Transferencias y la Deambulación
- Atención a la Evacuación
- Atención al Baño
- Atención al Sueño y al Reposo

Protocolos de Atención Geriátrica

- Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión
- Prevención y Tratamiento de las Caídas
- Prevención y Tratamiento de la Incontinencia
- Prevención y Uso de las Sujeciones
- Actividades Preventivas en Residencias de Mayores
- Detección y Control de Hipertensión arterial en Residencias de Mayores
- Prevención y Actuación ante el Riesgo de Suicidio
- Prevención y Actuación ante Toxiinfecciones Alimentarias en Residencias de Mayores

Protocolos de Gestión Asistencial

- Desinfección y Esterilización en Residencias de Mayores
- Atención a la Defunción
- Atención al Duelo
- Actuación ante Muerte Violenta de un Residente
- Derivación a Consultas Programadas fuera de la Residencia
- Derivación a Urgencias Hospitalarias
- Ausencias No Justificadas de Usuarios en Residencias de Mayores


Normativa, Legislación y Bibliografía



Introducción



La Signa de Toledo

 Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Proyecto de Protocolización de la Actividad Asistencial en el Servicio Regional de Bienestar Social



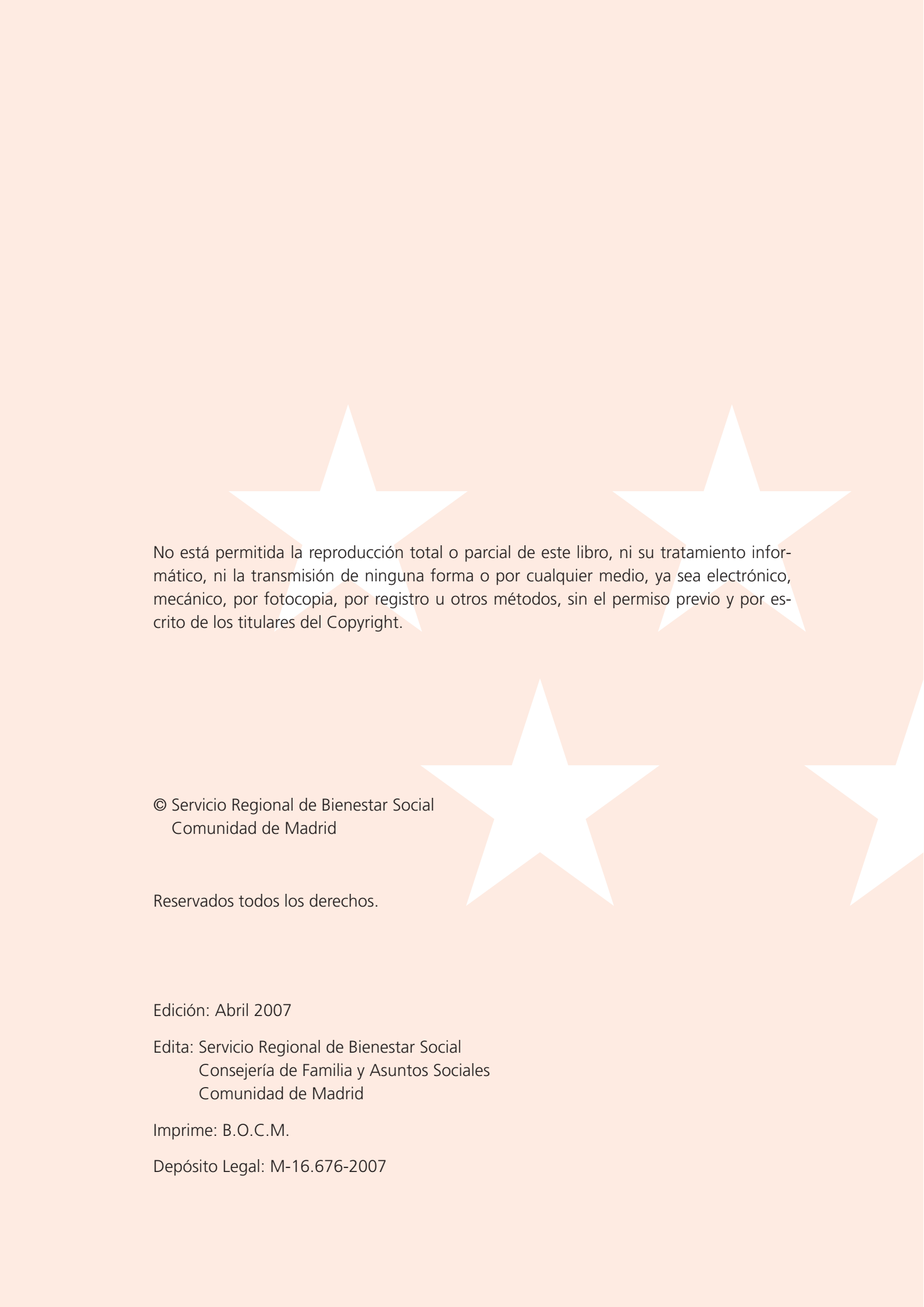
La Suma de Todos

Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid



No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

© Servicio Regional de Bienestar Social
Comunidad de Madrid

Reservados todos los derechos.

Edición: Abril 2007

Edita: Servicio Regional de Bienestar Social
Consejería de Familia y Asuntos Sociales
Comunidad de Madrid

Imprime: B.O.C.M.

Depósito Legal: M-16.676-2007

Proyecto de Protocolización de la Actividad Asistencial en el Servicio Regional de Bienestar Social

Grupo Promotor

Gonzalo Quiroga Churruca

Isabel Pemau González

Diego José Trinidad Trinidad

Jesús Romero Vadillo

Coordinación General

Diego José Trinidad Trinidad

Coordinación Técnica y de los Grupos de Trabajo

Primitivo Ramos Cordero

Jesús Gregorio Alastruey Ruiz

Carlos María Galán Cabello

Antonio Onrubia Pecharromán

Engracia del Mar López Andrés

Diego José Trinidad Trinidad

Coordinación del Sistema de Registro de Propiedad Intelectual

Rosa Gómez Barduzal

Begoña Ortúzar Albarrán

Equipo Directivo del Servicio Regional de Bienestar Social Responsable del Proyecto y Aprobación de los Protocolos

Gonzalo Quiroga Churruca

Gerente

Rosa Gómez Barduzal

Secretaria General

Isabel Pemau González

Subdirectora General de Centros y Programas

Javier Salvador Temprano

Subdirector General de Personal

José Antonio Egea González

Coordinador Técnico de Mantenimiento

Patricia Restrepo Ramírez

Coordinadora de Calidad y Comunicación Interna

Diego José Trinidad Trinidad

Coordinador de Centros Asistenciales

Listado de Autores en el Proyecto de Protocolización de la Actividad Asistencial en el Servicio Regional de Bienestar Social

Autor	Título/Cargo	Residencia de Mayores
Abellá Fernández, M ^a Jesús	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Navalcarnero
Alastruey Ruiz, Jesús Gregorio	Médico	Servicios Centrales
Alonso Ojeda, Alicia M ^a Julia	Médico	Reina Sofía
Alonso Palomar, M ^a José	Fisioterapeuta	La Paz
Álvarez López, Oscar	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Colmenar Viejo
Álvarez Moreno, M ^a Isabel	Diplomado en Enfermería	Nuestra Señora del Carmen
Arias Salgado, Inocencia	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Vallecas
Arroyo Ponciano, Javier Miguel	Médico	San Fernando
Asenjo Cedillo, Carolina	Diplomado en Enfermería	Reina Sofía
Bañuelos Irusta, Pilar	Médico	Arganda del Rey
Barbarroja Rodríguez, Concepción	Auxiliar de Enfermería	Gran Residencia
Burgos Arguijo, Manuel	Diplomado en Enfermería	Parla
Cabezas Cerrato, Julia	Auxiliar de Enfermería	Getafe
Calvo Barrio, Soterraña	Trabajadora Social	Arganda del Rey
Camps Álvarez, Ángel Luis	Médico	Vista Alegre
Caño Ramírez, Mercedes	Auxiliar de Enfermería	Carabanchel
Castro García de Vinuesa, Rosario	Terapeuta Ocupacional	Vallecas
Cebrián Rayuela, Elisa	Diplomado en Enfermería	La Paz
Celaya Palomar, Ana Belén	Jefe de Cocina II	Carabanchel
Corujo Martínez, Pablo Francisco	Médico	Arganda del Rey
Cuñarro Alonso, Juan Manuel	Diplomado en Enfermería	Manoteras
Cures Rivas, Olga	Fisioterapeuta	Alcorcón
De Castro Ojeda, Pedro Antonio	Médico	Manoteras
De Lucas Matesanz, Marta	Terapeuta Ocupacional	Navalcarnero
Delgado Hernández, Francisco José	Diplomado en Magisterio/ Jefe Área Técnico Asistencial	Alcorcón
Deza Gómez, Julio	Farmacéutico/ Jefe de Área Técnico Asistencial	San Martín de Valdeiglesias
Díaz-Mayordormo Fraile, Antonio	Médico	Manoteras

Domingo Sayago, M ^a Inmaculada	Terapeuta Ocupacional	Manoteras
Fernández Guardia, Cristina	Diplomado en Enfermería	Vallecas
Fernández Pesquera, M ^a Carmen	Diplomado en Enfermería	González Bueno
Fraile Muñoz, Paloma	Fisioterapeuta	Navalcarnero
Galán Cabello, Carlos María	Diplomado en Enfermería	Servicios Centrales
García Díaz, Begoña	Diplomado en Enfermería	Villaviciosa de Odón
García García, Inmaculada	Auxiliar de Enfermería	Manoteras
García Novoa, Juan Manuel	Diplomado en Enfermería	Colmenar Viejo
García Oviedo, Manuela	Auxiliar de Enfermería	Arganda del Rey
García Rubí, M ^a Pilar	Trabajadora Social	San Fernando de Henares
García-Lairosa Mediavilla, M ^a Luisa	Trabajadora Social/ Directora CAMP	Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos de Mirasierra
Gómez Cabezero, Yolanda	Diplomado en Enfermería/ Jefe Área Técnico Asistencial	Gastón Baquero
Gómez Fernández, Juan Pedro	Médico	Servicios Centrales
González Carrera, Teresa	Auxiliar de Enfermería	La Paz
González Gómez, Ángeles	Gobernanta	Parla
González Polo, Rosario	Trabajadora Social	Villaviciosa de Odón
Grossocordone Martínez, Patricia	Diplomado en Enfermería	Santiago Rusiñol
Hernández Ovejero, Hilario	Médico	La Paz
Hernando Galiano, Ángel	Fisioterapeuta/Director Centro de Mayores	Centro de Mayores de Móstoles
Honorato Ferrero, Dolores	Fisioterapeuta	Manoteras
Larios González, Olga	Trabajadora Social	La Paz
Lobato Morchón, M ^a Jesús	Médico	Villaviciosa de Odón
López Andrés, Engracia del Mar	Diplomado en Enfermería	Servicios Centrales
López Corral, Maribel	Auxiliar de Enfermería	Santiago Rusiñol
López Gil, José Antonio	Médico	Alcorcón
López Hernández, Isabel	Terapeuta Ocupacional	Parla
López Martínez, Manuel	Médico	Vallecas
Luna Porta, Juan Alberto	Médico	Nuestra Señora del Carmen
Mansilla Baudot, M ^a José	Terapeuta Ocupacional	Colmenar Viejo
Martín Garrido, Amaya	Diplomado en Enfermería	Vista Alegre
Martín Moreno, Elías	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Gran Residencia
Martín Ramos, Dolores	Auxiliar de Enfermería	San José
Martínez-Valero González, Belén	Médico/Directora de Residencia	Parla
Matellán Pérez, Elena	Trabajadora Social	Vallecas
Mayor Gallego, Rosa M ^a	Diplomado en Enfermería	Manoteras
Mejino Moreno, Amelia	Médico	Getafe

Mena Cañadas, M ^a José	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Francisco de Vitoria
Miguel Aquello, Ricardo	Trabajador Social/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Villaviciosa de Odón
Miranda Herrera, Marta	Auxiliar de Enfermería	Alcorcón
Monfort Ayestarán, Sonia	Médico	Francisco de Vitoria
Morales Blanca, Carmen	Médico	Navalcarnero
Moreno del Prado, Javier	Médico	Reina Sofía
Moreno Rodríguez, Máxima	Diplomado en Enfermería	Villaviciosa de Odón
Nieto Hernández, Aránzazu	Gobernanta	Colmenar Viejo
Novillo Briceño, Luis Miguel	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Manoteras
Ochoa Zamora, Luis	Diplomado en Enfermería	Reina Sofía
Onrubia Pecharrromán, Antonio M ^a	Médico	Servicios Centrales
Ortega Rodríguez, M ^a Pilar	Diplomado en Enfermería	La Paz
Ortúzar Albarrán, Begoña	Gobernanta	Servicios Centrales
Palomar del Cerro, Jaime	Psicólogo/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Arganda del Rey
Pedreira Copín, Carlos	Médico	Colmenar Viejo
Pemau González, Isabel	Subdirectora General de Centros y Programas	Servicios Centrales
Peñafiel Olivar, Antonio	Diplomado en Enfermería	Santiago Rusiñol
Prada Mansilla, Santiago	Médico	Gran Residencia
Quesada Pérez, Agustín	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Carabanchel
Quiroga Churruca, Gonzalo	Gerente del Servicio Regional Bienestar Social	Servicios Centrales
Ramos Cordero, Primitivo	Médico	Servicios Centrales
Redondo Famoso, Luis Miguel	Trabajador Social	Manoteras
Rincón Cortés, Ana María	Diplomado en Enfermería	Getafe
Rodríguez Díaz, M ^a Teresa	Diplomado en Enfermería	Santiago Rusiñol
Rodríguez Prada, Manuela	Terapeuta Ocupacional	Santiago Rusiñol
Romero Vadillo, Jesús	Médico/Director Residencia	Villaviciosa de Odón
Ruiz Grima, Santiago	Médico	Colmenar Viejo
Ruiz Ríos, Luis Alberto	Médico	Santiago Rusiñol
Sacristán Fernández, Raquel	Diplomado en Enfermería	San Fernando de Henares
Sánchez Fernández, Amparo	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Santiago Rusiñol
Santos Arranz, M ^a Isabel	Trabajador Social	Colmenar Viejo
Sastre Rosa, Marta	Médico	Torrelaguna
Schnell Quiertant, M ^a José	Diplomado en Enfermería	Carabanchel

Seyller García, Eduardo	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	González Bueno
Teja Marina, Juan	Médico	Gran Residencia
Toral Revuelta, Ángel	Médico	Navalcarnero
Trinidad Trinidad, Diego José	Médico/Coordinador de Centros Asistenciales	Servicios Centrales
Valverde Moyer, M ^a Victoria	Médico	Manoteras
Vázquez García, M ^a Luisa	Médico	Gastón Baquero
Vela Carbonero, M ^a Isabel	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Nuestra Señora del Carmen
Vélez Navarro, M ^a José	Fisioterapeuta	González Bueno
Vélez Vélez, Amparo	Diplomado en Enfermería/ Jefe del Área Técnico Asistencial	Vista Alegre
Vicente Pavón, José Luis	Médico	Goya
Zamorano Baena, Concepción	Auxiliar de Enfermería	Reina Sofía



Presentación

La evolución histórica de la gestión de los centros residenciales para personas mayores ha obligado a que la adaptación a una gestión acorde con los tiempos actuales, requiera proporcionar servicios esenciales, cuya demanda social crece de forma exponencial, conforme la sociedad va envejeciendo. Además, los gestores de estos Centros han entendido perfectamente que no se trata sólo de añadir años a la vida, sino también vida a los años, en acertada expresión acuñada por la Organización Mundial de la Salud, y por ello han establecido como guía general de su trabajo potenciar la calidad de vida de sus usuarios y mejorar sus capacidades, con unas metas claras de cumplir: curar, recuperar, mantener y cuidar.



Como Consejera de Familia y Asuntos Sociales, resulta gratificante apreciar cómo estos centros han sido capaces de reivindicarse a sí mismos como organizaciones capaces de perseguir la excelencia profesional y proyectarse como un modelo a imitar en otros niveles asistenciales y en otros ámbitos territoriales.

Los centros residenciales suponen hoy en día un pilar básico en el esquema de los servicios sociales generales, pero el envejecimiento de la población, el aumento de personas con necesidad de atención que no puede ser proporcionada por sus familias, hace que estos centros estén llamados en un futuro no muy lejano a ser un pilar fundamental en el esquema de los servicios de atención a la dependencia, creando nuevos sistemas de atención, gestión y coordinación.

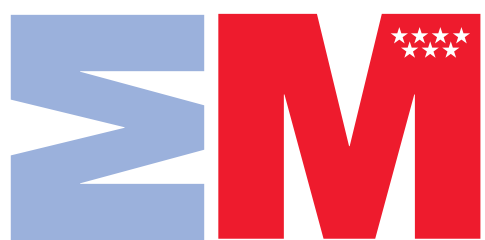
En la Consejería de Familia y Asuntos Sociales creemos que usuarios y profesionales conforman un binomio capaz de funcionar perfectamente si la organización, como en este caso el Servicio Regional de Bienestar Social, se convierte en un instrumento a su servicio, que apoya a los profesionales. Cuando esto ocurre aparecen las mejores prácticas, y la iniciativa y la libertad de juicio se convierten en instrumentos de progreso. En definitiva, las organizaciones son capaces de mejorar la atención a sus usuarios y de proyectarse hacia el futuro.

En este proyecto han colaborado más de cien personas: directivos y técnicos de Servicios Centrales del Servicio Regional de Bienestar Social, junto con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, auxiliares de enfermería, jefes de área técnico asistencial y directores de las 25 residencias públicas gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social; en definitiva, un conjunto de profesionales, cuya actitud ha demostrado los valores de los empleados públicos, así como su capacidad para cooperar en equipos, el interés por lo que hacen y su profesionalidad. Son las personas las que definen las organizaciones y no su estructura.

Por ello, quiero agradecerles a todos su magnífica participación en este proyecto. Es una gran satisfacción sentirme orgullosa de dirigir una organización que cuenta con equipos, tanto humana como profesionalmente tan capaces, comprometidos con el futuro y con ganas de liderar proyectos.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Beatriz', with a long horizontal line extending to the right.

Beatriz Elorriaga Pisarik
Consejera de Familia y Asuntos Sociales



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos Asistenciales en Residencias de Mayores

Introducción



 **Comunidad de Madrid**
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

El nuevo siglo ha traído unos avances notables en los Servicios Sociales. Esta cuestión es clara y a nadie se le escapan estas mejoras conseguidas. La protección social cada vez abarca mayores contingencias y prestaciones, hasta el punto que en algunos aspectos como el de la protección social a la dependencia, llega a constituirse en uno de los pilares del Estado de Bienestar, equiparándose a la Sanidad, Educación y Seguridad Social.

También podríamos hablar de los cambios sociológicos producidos en la institución familiar, plural y cambiante, con una disminución acusada del principio del “deber filial” y una reclamación permanente a los poderes públicos para que asuman institucionalmente los cuidados que antes proporcionaba la familia.

Si han sido importantes los avances conseguidos en los Servicios Sociales en general, no es menos cierto que en gran parte se deben al progreso y transformación que se ha llevado a cabo en los centros residenciales. Estos centros han debido superar el reto de adaptación a los nuevos tiempos, para transformarse en centros vanguardistas de desarrollo personal y donde se presta una atención integral multidimensional, en todas las áreas que conforman la dimensión humana.

Es bien conocido por todos que la Comunidad Autónoma de Madrid, a través de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, ha desarrollado un esfuerzo extraordinario en la última década, para incrementar cuantitativamente el número de plazas residenciales pasando de unas 8.500 plazas en 1996, hasta las 24.000 plazas actuales, incremento muy por encima de la media nacional.

En todo este contexto, el Servicio Regional de Bienestar Social, como Organismo Autónomo gestor de plazas públicas residenciales, no se ha mostrado impasible a los acontecimientos, sino que ha apostado enérgicamente por la modernización y la mejora cualitativa de la atención y servicios que se ofertan en las residencias gestionadas por el mismo.

La realidad actual que acontece en las residencias, así como la demanda social, hacen que éstas deban transformar sus servicios adaptándolos al momento histórico, social y cultural en el que nos encontramos. La atención ha de ir más allá de la puramente hostelera y de alojamiento común de usuarios. Esta atención debe abarcar una atención más holística e integral, en la que sin descuidar los aspectos y servicios anteriormente enumerados, responda a las demandas en todas las dimensiones que integran al ser humano: físicas, afectivo-relacionales, sociales, funcionales y espirituales.

La apuesta del Servicio Regional de Bienestar Social para afrontar este reto asistencial, se ha basado en la implantación de un Plan de Mejora de la Actividad Asistencial, en el que se han estudiado y mejorado distintos elementos de esta atención.

El plan de mejora abarcaba una adecuación de las herramientas informáticas utilizadas, una adecuada valoración y clasificación de los usuarios por grupos funcionales de necesidades de cuidados, una mejora en los sistemas de atención y procedimientos que se llevan a cabo en los mismos y en la elaboración de programas asistenciales específicos para problemas que afectaban a gran número de nuestros usuarios.

Todo ello, buscando una mejora de la calidad asistencial y, por ende, de la calidad de vida de los usuarios a los que prestamos nuestros servicios.

Dentro de esta mejora, se ha llevado a cabo la elaboración de unas pautas de intervención en cada una de las actividades más determinantes que se prestan en las residencias, a través de protocolos y normas técnicas que determinan los procedimientos adecuados.

Para ello se procedió a la elaboración de los protocolos que presentamos, diseñando primeramente todos aquellos que en mayor grado significaban una mejora en los principales procesos de atención o que por su significación repercutían en la vida diaria de los centros. Pero no hemos querido detenernos en esto, ya por sí suficiente y que supone un gran salto en la mejora de la atención a proporcionar, sino que hemos querido definir el mapa completo de los protocolos a desarrollar en un futuro inmediato, con la finalidad de convertir al Servicio Regional de Bienestar Social en pionero entre las organizaciones dedicadas a la atención a los mayores.

Para la elaboración de estos protocolos se ha seguido la bibliografía y evidencia científica más representativa, así como la opinión de expertos de nuestros centros, sin los cuales no habría sido posible su confección. Hemos abordado este proyecto con ilusión y esfuerzo, pero siendo conscientes que nuestro trabajo redundará en una mejora de la vida de nuestros mayores y supone un paso adelante en el futuro inmediato de atención a la dependencia.

Por todo ello me siento orgulloso del magnífico trabajo realizado por todos los autores, trabajadores de nuestros centros, que plasman en estos Protocolos las singularidades que en el trabajo del día a día aprecian y sin las cuales perderían esa perspectiva tan real que reflejan.

Agradezco su trabajo e iniciativas a todos los autores, así como a los directores de los centros, conscientes que esto significaba un trabajo de todos. También quiero recalcar y agradecer la dedicación y entrega de todo el equipo del Área de Coordinación de Centros Asistenciales, de la Subdirección General de Centros y Programas, por el liderazgo que han asumido en cada una de las áreas temáticas abordadas, así como su generosa implicación en llevar a buen puerto este proyecto de protocolización y en la publicación de este libro.

Estoy seguro que la implantación de lo que hoy presentamos supondrá un esfuerzo personal importante, ya que indudablemente, redundará en la mejora de nuestros usuarios, que constituyen la razón de ser y el núcleo de toda nuestra actividad.

Es para mí un placer poder prologar una obra como la actual, por el reto de modernización que supone, pero al mismo tiempo les emplazo para que este espíritu de mejora cualitativa de los servicios no haya sido más que el punto de inflexión o partida de un proceso dinámico que perdure en el tiempo.

Gonzalo Quiroga Churruca
Gerente del Servicio Regional de Bienestar Social



Introducción

Grupo de Trabajo

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO

D. ANTONIO ONRUBIA PECHARROMÁN

D^a. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS

Protocolización en Residencias de Mayores

En un entorno en que la demanda social obliga al sistema de servicios sociales a hacer cada vez más con menos, se impone la necesidad de mejorar todas las dimensiones de la atención, la eficiencia incluida.

Si hasta hace poco proporcionar los servicios primordiales de alojamiento y manutención al usuario era el objetivo fundamental (y afortunadamente así ha sido para llegar hasta donde nos encontramos), el espectacular desarrollo de nuevos centros residenciales, junto a la reducción de las diferencias en equipamientos y tecnologías de los centros sociales y sanitarios de un mismo entorno y el aumento de la expectativa social, han provocado que la mayor variabilidad entre éstos se encuentre ahora en la forma en que cada centro planifica y organiza la atención a sus usuarios y, concretamente, en cómo gestionan los elementos que, en definitiva, condicionan la calidad percibida por el usuario.

Debemos hacer nuestras las palabras de Deming cuando afirmaba que *“una organización sólo alcanzará el éxito a medio plazo si es capaz de comprender y mejorar continuamente su capacidad de satisfacer y superar las necesidades y expectativas de sus clientes”*. El concepto de Mejora Continua se basa fundamentalmente en esta premisa y obliga a las organizaciones que tienen a gala el compartir esta cultura de la calidad a poner en el centro de su atención al cliente (externo e interno), obligándonos a aplicar reingeniería organizativa para *“orientar nuestra atención hacia el usuario”*, siendo éste el eje sobre el que asentar la organización y todas y cada una de las sus operaciones.

Las actividades asistenciales realizadas diariamente en un Centro residencial por los profesionales de atención con sus usuarios tienen, como mínimo, cuatro aspectos fundamentales:

- **Atención en las actividades básicas de la vida diaria.** Los profesionales de atención les proporcionan todos los cuidados que el usuario no puede proporcionarse a sí mismo por sus deficiencias físicas, psicológicas o por el simple deterioro de la edad. Esto se produce en mayor medida en los mayores de 80 años (Estudio del CIS-INERSO 1998). En personas mayores institucionalizadas el 20% presentan altos índices de dependencia.

El conseguir que estos cuidados se den de la forma más natural posible y de acuerdo a unos criterios mínimos de calidad y según las preferencias de los usuarios es el principal aspecto de la atención residencial.

- **Gestión de problemas de atención.** El profesional recoge e interpreta los datos que pone de manifiesto el usuario, le interroga acerca de otros datos que considera necesarios, examina al residente en busca de signos físicos relevantes, solicita o realiza las exploraciones complementarias que considera necesarias obteniendo nueva información a través de ellas y, finalmente, decide la causa del problema que presenta el usuario y la conducta a seguir en el cuidado que le parece más apropiada.

- **Actividades preventivas.** Éstas no sólo implican la mera prevención de la enfermedad, como podría ser el tratamiento preventivo de algunas patologías que podría llegar a padecer un individuo mediante, por ejemplo, las vacunaciones, sino también la prevención y reducción de la dependencia, la promoción de la salud y la autonomía, mediante la educación sanitaria destinada a que los pacientes conozcan y sean conscientes de los principales factores de riesgo que más probablemente podrían afectar a su salud. Es importante la búsqueda sistemática de enfermedades prevalentes en período presintomático y en las cuales una intervención precoz puede mejorar el pronóstico funcional en el anciano.
- **Seguimiento y control de Síndromes Geriátricos y enfermedades crónicas.** Los mayores tienen unas características fisiológicas que les predisponen a padecer unas determinadas patologías. Algunas de ellas, debido a su alta prevalencia e incidencia en la población anciana, a su origen multifactorial, a las distintas consecuencias a las que abocan, y a la alteración significativa de la capacidad funcional del anciano, son a lo que llamamos grandes síndromes geriátricos.

El control y seguimiento de pacientes con enfermedades establecidas, ya sean crónicas o recurrentes, y el de los llamados Síndromes Geriátricos, para prevenir y controlar el desarrollo de complicaciones en las que una intervención precoz podría mejorar los resultados, son algunas de las funciones principales de los profesionales de atención en residencias de mayores. Sin olvidar el pautar el tratamiento correcto, así como todas aquellas actividades de cuidado que minimizan los efectos de estas enfermedades en los residentes que las padecen.

Todos estos aspectos implican una serie de decisiones asistenciales que los profesionales de atención deben tomar diariamente. Estas decisiones pueden ser distintas dependiendo del profesional que la tome, pues todos sabemos que existen infinitas combinaciones de posibles conductas a seguir en la atención.

Esta diferencia en la conducta a seguir se convierte en uno de los problemas más serios que aparece en la atención de mayores, es decir, la manera muchas veces diferente que se adopta por los profesionales en las formas de atención. No solo nos referimos a las decisiones a tomar en las posibles patologías, sino también a la atención de cuidados a proporcionar en las actividades básicas de la vida diaria.

Por ello, dentro de un **plan de mejora de la actividad asistencial de cualquier organización dedicada a la atención a las personas mayores** y como un elemento importante en el objetivo de armonizar la atención proporcionada a los usuarios, debe realizarse la protocolización de las principales actividades de la atención diaria facilitada a estas personas y de todos aquellos problemas geriátricos que les afecten en mayor medida. También es importante protocolizar aquellos aspectos de la atención que por su importancia en la gestión, por su significación social o por su trascendencia legal, aconseja que la decisión a tomar en cada caso no esté solo sujeta a la variabilidad de las decisiones individuales de los profesionales.

¿QUÉ PROTOCOLIZAR?

Lo que es fundamental en la atención

Lo que significa riesgos

Lo que se repite y es complejo

Lo que se repite y es costoso

Lo que genera desacuerdos

Lo que requiere una actuación rápida

Lo que exige la Norma

Lo que nos permite mejorar

Cuando hablamos de protocolización, nos referimos a estructurar las acciones a realizar de una forma clara y común basándonos en la experiencia acumulada, de aquellas actividades que, por su significación clínica o por su frecuencia, suponen las principales acciones que realizamos con los usuarios en la atención asistencial. Esto nos permite comparar nuestra actuación con un punto de referencia que de forma consensuada se ha considerado óptimo.

Toda residencia de mayores debe contar con un marco asistencial global en el cual se defina el concepto de residencia que se desea, los objetivos y los principales criterios organizativos y asistenciales. Mediante los protocolos asistenciales se establecen los pasos a seguir con el objetivo de conseguir una correcta asistencia del residente, de forma que cada profesional sepa como actuar en todo momento. Un protocolo, ya sea de actuación clínica o de gestión, implica como premisa fundamental, el acuerdo entre todas las partes afectadas por el mismo. Eso se realiza mediante la creación de grupos de trabajo con profesionales.

Los protocolos profesionalizan el sector de atención a los mayores: son como un manual de buena práctica, una guía de pasos a seguir en cada intervención de trabajo de los diferentes profesionales presentes en la residencia. Los protocolos sirven de pauta de trabajo, indican como se ha de hacer cada cosa y en que orden, a fin de conseguir prácticas adecuadas. Son orientaciones para el personal de nueva incorporación y expresan, en definitiva, el grado de calidad que como servicio público deseamos conseguir a fin de mejorar cualitativamente la atención que ofrecemos a nuestros mayores.

Definimos como protocolo, aun sabiendo la dificultad que entraña esta definición, a una estructuración ordenada sobre un tema específico que permite definir una pauta de actuación unificada, consensuada entre los profesionales que van a utilizarla, sencilla metodológicamente, eficiente y que crea un formato de registro de datos que permite evaluar su aplicación y resultados, con objeto de mejorar la calidad de la asistencia.

El establecimiento de protocolos de actuación que sirvan como punto de referencia óptimo con el que compararse es uno de los elementos tradicionalmente ligados a la calidad del proceso asistencial. Debe establecerse un sistema dinámico de actuación-comparación con lo establecido previamente que permita, por un lado, garantizar la calidad del servicio y, por otro, enriquecerse incorporando al quehacer diario la experiencia contrastada. Es preciso, por tanto, protocolizar detalladamente los procesos asistenciales de cada área de actuación.

Pero no debemos olvidar en la protocolización de la atención al usuario, este ha de adquirir un papel protagonista, no sólo como receptor de servicios, sino como creador de opinión sobre aquellos aspectos de su atención que le importan: organización del método de información, voluntades anticipadas, elaboración de documentos relativos al consentimiento informado, cuidados básicos del anciano enfermo, etc. Cuidar estos aspectos, o más bien realizar todas las fases del proyecto pensando en lo que desea el usuario, no lo que nosotros creemos que necesita el anciano, es lo que va a garantizar el éxito del proyecto de protocolización.

Asimismo, para que esta protocolización sea efectiva, es preciso disponer de un sistema de información a tiempo real que proporcione a los gestores bases concretas para planificar, medir, seguir y controlar en cada nivel, los elementos ligados a los objetivos marcados.

Los protocolos deben constar, para ser eficientes y cumplir los objetivos marcados, de unos componentes básicos. Los componentes básicos que integran un protocolo son los siguientes:

- ❑ **Introducción:** Concretar el tema del que hablamos y por qué lo hablamos.
- ❑ **Objetivo:** Explicar cuál es la finalidad del protocolo y qué pretendemos conseguir con su aplicación.
- ❑ **Población a quien va dirigido:** Es un protocolo que aplicamos a todos o algunos de los residentes, o a otros implicados. Hay que concretar a quién se dirige.
- ❑ **Profesionales implicados:** Definir qué profesionales actuarán en este protocolo y cuales serán sus principales actuaciones.
- ❑ **Descripción del procedimiento:** Hacer constar de forma explícita cuáles son las actuaciones que se van a realizar, qué profesional es responsable de éstas en cada etapa del proceso y en qué momento y con qué medios se van aplicar.
- ❑ **Normas técnicas:** Son criterios de correcta atención específicamente definidos para cada protocolo, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico, por lo que su cumplimiento permite asegurar la correcta prestación del servicio.
- ❑ **Registros:** Indican en qué registros se anotarán las actividades dadas a término, especificando qué se registrará, como y las incidencias producidas.
- ❑ **Elaboración y vigencia:** Se hará constar la fecha de realización, profesionales que han colaborado y vigencia del protocolo.
- ❑ **Fecha de revisión:** La revisión se llevará a cabo en la fecha prevista o antes si se cree conveniente. Hará falta que conste qué profesionales lo han revisado tanto si hay modificaciones como si no y la fecha.
- ❑ **Bibliografía y documentación manejada.**

Ventajas e inconvenientes de la protocolización

La utilización de protocolos de manera sistemática en la atención residencial nos proporciona una serie de ventajas que inciden directamente sobre la calidad de la asistencia prestada a los mayores, al control de dicha calidad y sobre la efectividad y eficiencia de la actividad asistencial.

La aplicación de protocolos nos asegura un estándar mínimo de calidad asistencial, mejorando la calidad global de las decisiones de atención de los profesionales, regulando el uso de actuaciones innecesarias y racionalizando las pautas de atención de cada profesional. La introducción de protocolos en la práctica asistencial diaria produce un cambio cualitativo en la forma de actuación de los profesionales, mejorando la precisión en los diagnósticos y disminuyendo la utilización de recursos inapropiados.

Esta mejora en la calidad de la asistencia se acompaña de un ahorro en el tiempo empleado en el diagnóstico y atención de los pacientes, si bien a corto plazo y mientras dura el proceso de adaptación al nuevo método de trabajo, pueda suponer una sobrecarga en el trabajo diario. Es decir, que los protocolos son un buen instrumento para el mantenimiento de un nivel alto de calidad asistencial, aumentando por tanto la eficiencia.

Permiten también introducir elementos de control de calidad en nuestro trabajo, ya que favorecen el registro escrito de los datos. Su estructura permite realizar una evaluación de su aplicación y resultados y permite establecer comparaciones de práctica entre varios profesionales o varios centros al tener criterios de calidad bien definidos y unificados. Por este motivo, sirven para detectar e identificar problemas, tanto de la práctica asistencial directa como de la relación con otros elementos de la organización, facilitando asimismo la introducción de cambios en los cuidados a proporcionar y su seguimiento.

El establecimiento del trabajo protocolizado ha sido tradicionalmente criticado por varios motivos, como son el consumo de tiempo que requiere su aplicación y la coartación de la libertad en el ejercicio profesional que supone su uso. Pero, sin duda alguna, la mayoría de las críticas se derivan de un cierto desconocimiento de su metodología y posibilidades de aplicación.

Existe la idea de muchos profesionales de que el uso rutinario de protocolos es engorroso y enlentece la actividad asistencial debido a que habitualmente requieren una cuidadosa recogida de datos. Esto se produce si utilizamos protocolos que precisen una recogida de datos excesiva. Sin embargo, el considerar exagerada la información a recoger depende de la experiencia previa de cada uno y, por otro lado, está comprobado que una cuidadosa recogida de datos se asocia a un incremento en la mejora de la atención. Sin duda alguna, el rechazo del trabajo protocolizado es de alguna manera, en la mayoría de los casos, un problema de actitud de los profesionales, más que un verdadero problema de aplicación de los mismos.

Debe realizarse en cada protocolo una evaluación para conocer la relación existente entre el tiempo empleado y los resultados o beneficios de la aplicación del trabajo protocolizado, tanto en su conjunto como de cada protocolo en particular y de los componentes del mismo. Dicho de otra manera, se requieren estudios de eficiencia del trabajo protocolizado ya que, si bien por una parte consumen tiempo en su aplicación, por otra racionalizan la utilización de recursos.

Por otra parte, debemos señalar que los protocolos de manera alguna coartan la libertad de actuación de los profesionales que los utilizan a causa de su rigidez. Los protocolos proporcionan los estándares básicos de atención sin actuar de cortapisa. Pensamos que no son un techo de actuación sino una base mínima de calidad asistencial a partir de la cual se pueden producir desviaciones si un caso concreto lo requiere.

Fases en la puesta en marcha de un proyecto de protocolización asistencial

- **Identificación de la necesidad:** la necesidad de realizar una protocolización es impulsada por los propios profesionales que necesitan sentir la seguridad de la evidencia científica y de las buenas prácticas en las decisiones asistenciales que debe tomar diariamente. Esta necesidad se transmite a los gestores que deben impulsar el proyecto.
- **Identificación de los elementos de la atención a protocolizar:** los profesionales deben identificar las áreas y elementos de la atención asistencial que pretenden mejorar al protocolizar, bien sea una entidad nosológica o bien una actividad asistencial, creando un mapa consensuado de los principales protocolos a realizar, basándonos en lo explicado anteriormente sobre qué es lo que hay que protocolizar. La realización del mapa de protocolos lo puede realizar un grupo director del proyecto, respetando siempre la interdisciplinariedad en ese grupo director. Ese grupo marcará también la preeminencia en el tiempo de los protocolos a realizar.
- **Creación del grupo de trabajo para cada protocolo:** Se deben crear grupos de expertos interdisciplinarios y que cubran en gran medida la variabilidad existente en las actuaciones u opiniones clínicas a tratar en el protocolo. Este grupo debe ser abierto, adaptable a diferentes tareas y guiado por las necesidades del paciente.
- **Fase de diseño del protocolo:** Se realiza mediante acuerdos operativos, establecidos por consenso de expertos. Para su elaboración podrán recurrir a la literatura publicada, la opinión de comités de expertos o bien, a su propia opinión y experiencia personal. Este será el punto de partida. La fase de diseño deberá tener una duración lo menos prolongada posible, siempre en función de la complejidad y el volumen de los datos que se deban manejar. Una vez realizado el protocolo, todos los integrantes del grupo deben convertirse en agentes promotores y facilitadores del mismo en sus respectivos Centros de trabajo.

- **Fase de implantación:** El protocolo debe darse a conocer a todos los que deben utilizarlo, marcando los límites del mismo y la fecha prevista de implantación si se convierten en normativos. En aquellos protocolos consultivos cada centro debe decidir la fecha de la implantación, debiendo conocer que su no seguimiento, mientras el resto de los centros de su organización si lo siguen, introduce una variabilidad en sus decisiones que puede afectar al trabajo común y a la atención facilitada.
- **Fase de evaluación:** Como ya dijimos antes, debe realizarse en cada protocolo una evaluación del mismo, comparando los resultados obtenidos con su aplicación y los beneficios que esta ha tenido sobre el trabajo protocolizado. También deben valorarse las dificultades que han tenido su implantación y los posibles errores o disfunciones que su implantación ha generado.
- **Fase de Revisión:** En los plazos marcados, cada protocolo debe revisarse introduciendo en el mismo la experiencia conseguida, las nuevas evidencias científicas y retirando del mismo todo aquello que los profesionales consideren que no aporta nada a la atención o entorpece la misma.

Plan de Mejora Asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social

La cobertura y oferta de servicios de los Centros Residenciales han ido variando a lo largo del tiempo, prestándose múltiples servicios pero habitualmente sin concretar ni definir de forma pormenorizada aquellos que deben constituir el conjunto básico de procedimientos de obligado cumplimiento de cada centro. Pese a que se haya buscado siempre el máximo grado de bienestar de las personas que viven en las residencias de mayores, en los tiempos actuales se hace necesario tener definido de una forma clara la cobertura asistencial mínima.

Como es bien sabido y aceptado por todos, la transformación acaecida en estos centros, que nacieron con una concepción inicialmente hostelera o de alojamiento con cierto grado de fomento de la convivencia, hasta la actualidad, en la que sin excluir los aspectos básicos de alojamiento se han ido potenciando otras funciones como las relaciones sociales y, más recientemente, la asistencial, con una cobertura de servicios cada vez más compleja.

Este cambio filosófico y conceptual de los Centros, no ha sido caprichoso, sino fruto de la evolución de las poblaciones que se alojan en ellos. Estas poblaciones envejecen en las residencias deteriorándose su salud. Los nuevos usuarios que ingresan lo hacen cada vez con más edad, con peor estado de salud, con múltiples enfermedades asociadas entre sí (comorbilidad), con tendencia hacia la discapacidad, pérdida de autonomía y por tanto dependientes de otros lo que dificulta que puedan seguir viviendo en su hogar y entorno de forma autónoma y en condiciones dignas.

Estos hechos descritos han ido modificando sustancialmente la oferta de servicios, polarizándose progresivamente hacia el plano del desarrollo interpersonal y hacia el plano asistencial (atención a la dependencia).

Estos usuarios cuyas necesidades asistenciales comprenden tanto cuidados sanitarios como cuidados de larga duración, los convierte en ancianos vulnerables. Esta característica como es lógico, es la consecuencia directa de que en estas personas concurren simultáneamente tanto problemas de salud como de dependencia.

En efecto, a medida que los individuos envejecen, la imposibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas acontece por dos motivos no excluyentes: por un lado, esa dependencia puede tener su origen en una o, generalmente, varias enfermedades crónicas; por otro lado, puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas atribuible al proceso global de senescencia, es decir, con la pérdida de vitalidad que experimentan la mayoría de organismos con la edad.

Los cuidados que se proporcionan desde un centro residencial serían, en un sentido amplio, todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas mayores dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible.

Ayudar a una persona mayor a comer, a vestirse, o a bañarse, serían todas ellas actividades que se desarrollan durante períodos de tiempo prolongados. Estos cuidados hay que diferenciarlos de los cuidados sanitarios con los que suelen confundirse, ya que los primeros pueden ser dispensados sin grandes requerimientos tecnológicos. Así, por ejemplo, para que alguien pueda ayudar a comer a una persona mayor, no siempre se necesita tener unos conocimientos específicos ni tampoco un instrumental sofisticado. De hecho, esa ausencia de grandes requerimientos, tanto humanos como materiales, es lo que permite que estos cuidados puedan ser provistos por los familiares de la persona dependiente.

Cuando el grado de dependencia de la persona mayor aumenta, la necesidad de ayuda se requiere de un modo más continuado. Entonces, las personas encargadas de proporcionar los cuidados deben permanecer mucho tiempo junto al individuo dependiente y requieren ya conocimientos específicos y técnicos adecuados. Esa continuidad, precisamente, es la que determina que el componente residencial sea de crucial importancia en los cuidados a personas mayores dependientes.

Las Residencias, actualmente, son centros multiservicios donde se trabaja de forma interdisciplinar, lo que determina la verdadera idiosincrasia y personalidad de nuestros Centros y donde las demandas de nuestros usuarios, con alto componente asistencial y más dependientes, ha obligado a aumentar el peso del personal del área asistencial y a definir los servicios que se ofertan de forma clara.

Pero eso no basta: La actividad asistencial con personas mayores conlleva una necesidad de actualización y mejora continua de todas las actividades realizadas hacia ellos. Debemos, por tanto, marcarnos objetivos de mejora continua en nuestro trabajo diario.

En los Centros dependientes del Servicio Regional de Bienestar Social, aún trabajando de forma adecuada, no existía un modelo unificado o unitario de actuaciones, existía una falta de homogeneidad, en las acciones realizadas como consecuencia del origen o procedencia dispar de nuestros centros. Con ese fin, y siendo conscientes del buen hacer de los profesionales de los Centros pero que existía una diferencia en la forma, en el registro de los distintos componentes de una actividad e incluso en la persona responsable de realizarlo, es por lo que fue necesario acometer un **Plan de Mejora de la Actividad Asistencial** en el Servicio Regional de Bienestar Social.

Con este Plan, se pretendía armonizar procedimientos entre los distintos Centros, crear elementos de registro comunes y proporcionar a los profesionales unas actualizaciones de lo existente en la literatura en relación a la actividad asistencial.

En este marco, resultaba prioritario establecer unas pautas que definan principios asistenciales de nuestros Centros, un modelo racional normalizado y homogéneo que se plasme a través de Programas, Protocolos o Guías de Intervención, basados en la evidencia científica o en el consenso de expertos, que determinen la Cartera de Servicios.

El Servicio Regional de Bienestar Social, a través del Área de Coordinación de Centros Asistenciales de la Subdirección General de Centros y Programas, identificó las principales áreas de mejora de nuestra organización desde el punto de vista asistencial. Se procedió a adecuar y mejorar las herramientas informáticas utilizadas, se valoró y clasificó a los usuarios por grupos funcionales de necesidades de cuidados y se desarrolló la protocolización de las principales actividades dirigidas a la atención diaria a las personas mayores y de aquellos problemas geriátricos que les afecten en mayor medida. También, y como elemento impor-

tante del plan, se elaboraron programas asistenciales específicos para problemas que afectaban a gran número de nuestros usuarios (Programa de Alimentación y Nutrición, Programa de Salud Bucodental). Todo ello buscando una mejora de la calidad asistencial y, por ende, de la calidad de vida de los usuarios a los que prestamos nuestros servicios.

Para ello, metodológicamente, se utilizó el conocimiento científico junto al análisis de las principales áreas que los profesionales consideraban necesarias de protocolizar, llegando a la relación que se expone en el índice de esta publicación. Una vez identificadas, se procedió a la priorización para efectuar el abordaje de las mismas en forma de protocolos, estableciendo un proceso de estudio, consenso e implantación gradual y progresiva, adaptado a la dinámica y complejidad de los centros.

Atendiendo al orden de prioridad, se identificaron áreas de abordaje inmediato por afectar a todos los usuarios y ser esenciales en su vida diaria, como la Atención en las Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Baño, Higiene, Vestido, Alimentación e Hidratación, Transferencias, Evacuación, y Sueño. Del mismo modo, se detectaron áreas de atención geriátrica que requerían una pronta intervención para normalizar criterios entre los centros como la Hipertensión Arterial, Actividades Preventivas, Prevención y Actuación en Toxiinfecciones Alimentarias, Prevención y Actuación ante el Riesgo de Suicidio y algunos de los conocidos como Síndromes Geriátricos: Sujeciones Mecánicas, Caídas, Incontinencia, Úlceras Por Presión y los Cuidados en la Agonía al final de la vida.

Finalmente, se abordaron otros aspectos de la atención que, por su importancia en la gestión, por su significación social o por su trascendencia legal, aconsejaba llegar a un consenso en las actuaciones, como la Atención a la Defunción y la Muerte Violenta, Derivaciones a Urgencias Hospitalarias y a Consultas Programadas y la Actuación ante Ausencias No Justificadas.

En la actualidad, se sigue trabajando en otros aspectos de la atención que, sin perder relieve respecto a las enumeradas, en las que se detectó que existía una actuación más consensuada y homogénea entre los centros y, al mismo tiempo, eran objeto de menores insatisfacciones para los usuarios.

Ello ha determinado que se pospusieran para una segunda fase, el abordaje de algunas de las siguientes: Detección y Actuación en la Diabetes Mellitus, Alimentación-Nutrición e Hidratación, Deterioro Cognitivo o Demencias, Bienestar Psicosocial, Uso Racional de Medicamentos y Prevención de la Yatrogenia, Manejo de las Adicciones y Prevención del Maltrato, entre otras.

En definitiva, hemos elaborado el mapa general de los protocolos a abordar, consensuar e implantar en el Servicio Regional de Bienestar Social, estableciendo, como puede verse en el índice, el total de los protocolos que consideramos necesarios en el Área Asistencial en una residencia de mayores, sin que esto quiera decir que en un futuro no sea necesario, tal como se explico en la introducción, abordar otras áreas temáticas.

Fases del Proyecto de Protocolización Asistencial

Enero de 2005

Detección de la necesidad de mejorar la calidad de la asistencia en las residencias de gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social. El Gerente del Servicio Regional de Bienestar Social, Gonzalo Quiroga Churruca, decide poner en marcha el proyecto de diseño de protocolos que definan las principales áreas del trabajo asistencial en residencias.

Desde el departamento de Coordinador de Centros Asistenciales se impulsan los trabajos iniciales para definir las principales áreas asistenciales a protocolizar.

Marzo de 2005

Desde el departamento de Coordinación de Centros Asistenciales de la nueva Subdirección General de Centros y Programas se da inicio a los primeros grupos de trabajo para elaborar protocolos de atención a Síndromes Geriátricos como la prevención y tratamiento de caídas, úlceras por presión, incontinencia y sujeciones.

Mayo de 2005

Se convoca a los miembros de los equipos interdisciplinarios de todas las residencias del Servicio Regional de Bienestar Social para presentar los tres primeros protocolos asistenciales elaborados, y aprobados por el Equipo directivo del Servicio Regional de Bienestar Social. La implantación del protocolo de prevención y uso de sujeciones queda pendiente de consultas legales para comprobar su adecuación a la normativa legal vigente en ese momento.

Julio de 2005

Implantación del protocolo de prevención y uso sujeciones una vez comprobada su idoneidad legal y aprobación por el Equipo directivo del Servicio Regional de Bienestar Social.

Puesta en marcha del grupo de trabajo de estudio y desarrollo de los protocolos asistenciales de atención a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (Alimentación, Baño, Evacuación, Higiene, Sueño, Vestido y transferencias y deambulación).

Septiembre de 2005

Se realiza una primera evaluación del grado de implantación de los protocolos instaurados así como de las dificultades que se detectan en el proceso de establecimiento de los protocolos en la práctica asistencial diaria en los centros residenciales.

Octubre de 2005

Finalización de la redacción de los protocolos de atención a las Actividades de la Vida Diaria, aprobación por el Equipo directivo del Servicio Regional de Bienestar Social, e inicio de su implantación en las residencias.

Diciembre de 2005

Se trabaja para mejorar el procedimiento de cumplimentación de los registros de cuidados asociados a los diferentes protocolos en vigor por lo que se constituye un grupo de trabajo específico que modifique y actualice los registros para hacerlos más simples y operativos.

Se inician los trabajos para el desarrollo de los Protocolos de Cuidados al Final de la Vida, dentro de los que se incluyen defunción, muerte violenta y duelo.

Febrero de 2006

Elaboración de la Circular nº 1/2006 en la que el Gerente del SRBS establece la obligatoriedad del empleo de los Protocolos Asistenciales en todos los centros residenciales dependientes del Organismo Autónomo y la Circular nº 2/2006 por la que se convierte en normativo el procedimiento de valoración de los residentes utilizando CFR.

Marzo de 2006

Implantación de los protocolos de Cuidados al Final de la Vida en las residencias del Servicio Regional de Bienestar Social.

Se inicia una campaña de visitas a los centros residenciales por técnicos del Área de Coordinación de Centros Asistenciales para comprobar "in situ" el grado de implantación de los diferentes protocolos, las dificultades de adaptación de los anteriores esquemas de trabajo asistencial al sistema de protocolización y recoger las propuestas de mejora surgidas de los profesionales asistenciales.

Junio de 2006

Se remite al Director, Jefe de Área Técnico-Asistencial y Equipos Interdisciplinarios un documento de propuesta de mejoras elaborado a partir de los informes obtenidos por los técnicos del Área de Coordinación de Centros Asistenciales. Dicho informe debía ser estudiado en los centros y como resultado, elaborar una propuestas de mejora en la que se establecen los objetivos a cumplir, los profesionales implicados y las fechas de consecución de los mismos.

Julio de 2006

Se finaliza el proceso de visitas a los distintos centros residenciales del SRBS. Simultáneamente, se firman los compromisos de mejora de los distintos centros residenciales por parte del Director y el Jefe de Área, con la Subdirectora General de Centros y Programas y el Coordinador de Centros Asistenciales.

Septiembre de 2006

Constitución de los distintos grupos de trabajo para el estudio y redacción de nuevos protocolos asistenciales como el de Actividades Preventivas en residencias y el de Desinfección y Esterilización.

Diciembre de 2006

Aprobación por el Equipo directivo del Servicio Regional de Bienestar Social de los protocolos de Actividades Preventivas y el de Desinfección y Esterilización y envío a los Centros para su aplicación.

Enero de 2007

Constitución de distintos grupos de trabajo para el estudio y redacción de Protocolos de Atención a la Agonía, Hipertensión Arterial, Toxiinfecciones Alimentarias, Prevención del Suicidio, Derivaciones a Consultas Programadas fuera de la residencia y a Urgencias Hospitalarias, Control de Ausencias no Justificadas de los centros.

Febrero de 2007

Inicio de los trabajos para la edición del conjunto de protocolos realizados así como la definición del mapa de nuevos protocolos a desarrollar por el Servicio Regional de Bienestar Social.

Marzo de 2007

Aprobación por el Equipo directivo del Servicio Regional de Bienestar Social de los protocolos de Atención a la Agonía, Hipertensión Arterial, Toxiinfecciones Alimentarias, Prevención del Suicidio, Derivaciones a Consultas Programadas fuera de la residencia y a Urgencias Hospitalarias y Ausencias no Justificadas de Usuarios.

Abril de 2007

Presentación oficial del documento con los protocolos asistenciales.



CRONOGRAMA DE DESARROLLO E IMPLANTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS ASISTENCIALES EN EL SERVICIO REGIONAL DE BIENESTAR SOCIAL

	2005												2007				
	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	
Definición de necesidades																	
Redacción de protocolos de S. Genérricos: caídas, incontinencia, sibilancias, úlceras por presión																	
Implantación de protocolos de caídas, incontinencia y úlceras por presión																	
Implantación del protocolo de sibilancias																	
Elaboración de los protocolos de atención a las ABVD																	
Evaluación del grado de implantación de los protocolos aprobados																	
Implantación de los protocolos de atención a las ABVD																	
Creación de nuevos registros de actividades para los protocolos de atención a las ABVD																	
Elaboración e implantación de protocolos de atención al final de la vida: defunción, duelo y muerte violenta																	
Remisión a los centros de las circulares 3/2006 y 2/2006 sobre protocolos y CRP																	
Visitas a residencias para valorar la implantación de los protocolos. Redacción de Planes de Mejora en los centros a partir de los protocolos y de Clas. Func. de Residentes																	
Elaboración de los protocolos de Actividades Preventivas y Desinfección y Esterilización																	
Implantación de los protocolos de Actividades Preventivas y Desinfección y Esterilización																	
Elaboración de los protocolos de agonía, FTA, Toxicofarmacología Alimentarías, Prevención de Suicidio, Derivaciones y Control de Ausencias																	
Definición del Mapa Final de protocolos a elaborar																	
Aprobación de los protocolos de agonía, FTA, Toxicofarmacología Alimentarías, Prevención de Suicidio, Derivaciones y Control de Ausencias																	
Edición y presentación del documento sobre los Protocolos Asistenciales del SREBS																	

Metodología de Trabajo Asistencial en el Servicio Regional de Bienestar Social

Introducción

La gestión de los cuidados que se deben prestar a los usuarios de centros de larga estancia como son las residencias del Servicio Regional de Bienestar Social, necesita de una serie de elementos que debidamente interconectados unos con otros, permitan asegurar la mejor atención posible en dichos centros.

Hasta el momento actual, la atención prestada en el área asistencial ha girado alrededor de una serie de elementos que, aun funcionando en muchos casos de manera adecuada, no tenían la suficiente coherencia entre sí. Esto genera riesgo de ineficiencia al no poderse detectar en muchos casos las áreas en las que es preciso mejorar y cómo hacerlo.

Hemos visto que los Protocolos Asistenciales del Servicio Regional Social de la Comunidad de Madrid son una palanca esencial a la hora de sistematizar y normalizar la atención que se presta en las residencias de Mayores pero, de forma aislada, su capacidad de alcanzar estos objetivos se reduce de forma muy importante.

Por tanto, la planificación de los cuidados al residente estará asentada en los siguientes acciones interconectadas:

1. Valoración
2. Detección de áreas problemáticas
3. Aplicación de las mejores atenciones disponibles
4. Ejecución de los cuidados
5. Registro
6. Evaluación de los resultados

Valoración

Es casi superfluo afirmar que una buena valoración sirve como base para la elaboración de un buen plan de cuidados y prescripción de un tratamiento adecuado. En el ámbito de la atención a las Personas Mayores, la Valoración Geriátrica Integral permite recoger muchos datos de calidad relacionados con la situación clínica, mental, emocional, funcional y social de los usuarios que son atendidos en nuestros centros.

Esta información permite a los profesionales asistenciales plantear decisiones para los problemas previamente detectados en los usuarios en base a los conocimientos profesionales, la experiencia y el sentido común.

El esquema de trabajo definido en el párrafo anterior sigue siendo válido en la actualidad, pero presenta una serie de lagunas que dificultan la mejora continuada en la calidad de la atención residencial:

1. Falta de una sistemática común de valoración que permita tener el mismo tipo de información de todos los residentes y para todos los profesionales de la organización y a lo largo del tiempo.
2. Dificultades para estandarizar aquellas intervenciones que tienen demostrada una mayor efectividad para solucionar un problema.
3. Dificultad de usar un lenguaje y una metodología común que favorezca el trabajo interdisciplinar.
4. Dificultad para evaluar el resultado de las diferentes intervenciones.
5. Imposibilidad de conocer de forma global las características de los usuarios de la organización, de cara a utilizar adecuadamente los recursos asistenciales que deben emplearse en cada caso.

Es por todo lo anterior el que en la década de los años 80, la administración de los Estados Unidos de América puso en marcha una iniciativa de reforma de la atención asistencial en Centros de Media y Larga Estancia que acabó desembocando en un sistema de valoración de residentes estandarizado y de aplicación universal. Este sistema se basaba en la filosofía anteriormente descrita de la Valoración Geriátrica Comprensiva o Integral y tenía como objetivos evitar el empleo de valoraciones insuficientes o incompletas, vincular los resultados de la valoración al diseño de un Plan de Cuidados Individualizado y disponer de información estandarizada para poder evaluar el resultado de las distintas intervenciones. Este sistema de valoración es el denominado RAI-NH (Resident Assessment Instrument – Nursing Home) es decir, Instrumento de Valoración de Residentes de aplicación en Residencias.

Este sistema de valoración RAI facilita entre otras cosas:

- ❑ Ayuda a los profesionales de los centros a acumular información adecuada sobre aquellas aptitudes y necesidades de cada residente hacia las que habrá de dirigir el plan de cuidados individualizado.
- ❑ Orienta al personal del centro a considerar a sus residentes de forma integral, es decir, como individuos para los que la calidad de vida y la calidad de los cuidados recibidos resultan importantes y necesarios.
- ❑ Permite un seguimiento de la evolución de cada residente en función del tiempo ya que establece una periodicidad fija para realizar nuevas valoraciones.
- ❑ El trabajo del Equipo Interdisciplinar con la herramienta RAI favorece un planteamiento más integral de los cuidados de los residentes estimulando, al mismo tiempo, la comunicación del equipo. Es preciso aprovechar el potencial de todos los profesionales asistenciales para asegurar que los residentes tengan el más alto nivel

funcional posible (calidad de cuidados), manteniendo al mismo tiempo su sentido de la individualidad (calidad de vida). La implicación de todos los profesionales asistenciales en esta sistemática de valoración y elaboración de planes de cuidados tiene como consecuencia una mayor comprensión y compromiso en dicho plan. Obliga al personal, además, a afinar sus habilidades profesionales.

- ❑ El uso de una documentación más clara ya que cuando los planteamientos y medios necesarios para lograr un objetivo específico se comprenden y resultan claros, disminuye la necesidad de documentación. Del mismo modo, cuando los miembros del personal se comunican de forma eficaz con respecto a los cuidados del residente, se elimina la necesidad de documentación repetitiva, y no se producen notas contradictorias. Además, los nuevos miembros del Equipo Interdisciplinar, los especialistas o cualquier otro profesional que revise las historias clínicas observará que la información recogida acerca de cada uno de los residentes es más clara y resulta más fácil el seguimiento del proceso de cuidados, así como de sus resultados.
- ❑ Ayuda al personal a evaluar si se han logrado los objetivos previstos y a revisar los planes de cuidados, ya que permite al centro seguir cualquier cambio en el estado del residente.

Vemos por tanto que el RAI aporta un procedimiento estandarizado y estructurado que permite aplicar un método de identificación de problemas en centros de cuidados crónicos. El resultado final es un proceso que fluye sin interrupción desde un componente al siguiente y permite una buena comunicación y el seguimiento de los cuidados de cada uno de los residentes.

El Servicio Regional de Bienestar Social adoptó en el año 2000 la decisión de adecuar la metodología RAI al entorno específico de la Institución. Para ello se procedió a realizar aquellas adaptaciones que, manteniendo las virtudes anteriormente expuestas del sistema RAI, permitiera una mejor adaptación al trabajo asistencial de la Institución. Nace así el sistema Clasificación Funcional de Residentes (C.F.R.).

El sistema C.F.R. conserva las herramientas en las que basa su potencia el sistema RAI-NH. Éstas son:

- ❑ **Conjunto Mínimo Básico de Datos (Minimun Data Set-MDS en el original del RAI).** Es el elemento central, que regula la información necesaria a recoger para que el sistema funcione. Se emplea un método que estandariza las áreas de valoración por medio de unas definiciones específicas cerradas. Además, la información se recoge de forma codificada, lo que es esencial para su utilización y explotación posterior. Vemos, por tanto, que Los datos recogidos en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sirven para crear un lenguaje común que facilita la comunicación sobre problemas y trastornos de cada uno de los residentes dentro del mismo centro, entre diversos centros y entre centros y organismos externos.
- ❑ **Grupos por Utilización de Recursos (Resource Utilization Groups-RUG en el original).** Aplica la información recogida en el CMBD para clasificar a cada residente de la institución en un grupo en función del consumo de recursos asistenciales. Cada grupo está constituido por aquellos residentes que tienen caracterís-

ticas asistenciales similares y, por tanto, tienen un consumo de recursos equivalentes. Esta herramienta tiene gran valor para la gestión eficiente de los servicios.

- ❑ **Puntuación de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria.** A partir de algunos ítems recogidos se puede medir el grado de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria para cada residente. Se trata de una escala validada y que sirve para hacer el seguimiento de la evolución del residente en esta esfera específica.
- ❑ **Nivel de deterioro cognitivo.** Al igual que en el epígrafe anterior, se puede obtener el grado de deterioro cognitivo, estableciéndose unos puntos de corte que definen distintas situaciones cognitivas.
- ❑ **Procedimientos para Identificar Alertas-P.I.A. (Resident Assessment Protocols-RAP en el original).** Elemento fundamental del sistema ya que permite detectar los problemas y las necesidades de cada residente a partir de la valoración. En algunos casos, esta señal de “alerta” deberá asociar una investigación más profunda que permita obtener la causa del problema y sus posibles soluciones. Por tanto, los P.I.A ayudan a identificar problemas sociales, sanitarios y psicológicos y sirven de base para la planificación de cuidados individualizados.

Detección de Áreas Problemáticas

La valoración con el cuestionario C.F.R. actúa como sistema de cribado inicial para obtener una imagen global del residente, de su situación funcional y cognitiva. Además, nos permite identificar problemas específicos que requieran de un estudio e intervención más profunda. Esta función de “detector de problemas” es la que recae sobre los P.I.A.

Los P.I.A intentan detectar de forma sistemática problemas en las principales áreas que influyen en la capacidad funcional y en la calidad de vida del residente. Estas facetas que se valoran con los P.I.A. se describen en el cuadro siguiente:

P.I.A.			
1	Delirium	11	Mantenimiento de actividades A y B
2	Deterioro cognitivo/demencia	12	Caídas
3	Función visual	13	Situación nutricional
4	Comunicación	14	Sondas de alimentación
5	Rehabilitación A para las ABVD	15	Deshidratación/mantenimiento hídrico
6	Mantenimiento B para las ABVD	16	Cuidados dentales
7	Incontinencia vesical/sonda vesical	17	Uso de fármacos psicotropos
8	Bienestar psicosocial	18	Úlceras por presión
9	Estado de ánimo	19	Dispositivos de sujeción física
10	Síntomas conductuales		

Para llevar a cabo su función de detección, los PIA utilizan algunos ítems específicos del CMBD que actúan como “disparadores” que desencadenan la valoración de un área específica. En la versión original del RAI-NH, los RAP’s incluyen una sistemática específica de valoración en profundidad que ayuda al Equipo Interdisciplinar a identificar factores causales, determinar la gravedad, el impacto funcional y la repercusión de los problemas y ayuda a descartar factores de confusión.

En el modelo asumido en el Servicio Regional de Bienestar Social, los profesionales asistenciales tienen a su disposición en la Historia Integral del Residente (H.I.RE.) estos procedimientos de valoración RAP. El resultado final de la valoración es el fruto de la combinación de la aplicación de los RAP’s y de la información necesaria para la aplicación del Protocolo Asistencial específico para cada problema.

Este cambio permite integrar en un solo proceso:

- ❑ la valoración en profundidad del área afectada.
- ❑ las funciones a desempeñar por cada profesional y por el Equipo Interdisciplinar, con el rediseño de los procedimientos de trabajo.
- ❑ la estructuración de las intervenciones a adoptar en cada situación específica.
- ❑ la manera concreta de ejecutar los cuidados que se precisan.

Vemos que los Protocolos Asistenciales se convierten en elemento crítico del proceso asistencial ya que:

- toman la información procedente de la valoración CFR.
- la integran con el resto de la valoración clínica de cada residente.
- dirigen de forma estandarizada el proceso de toma de decisiones.
- indican aquellas intervenciones asistenciales con mayor evidencia para cada caso concreto.

Este proceso de valoración y toma de decisiones se apoya en la aplicación informática H.I.RE. (Historia Integral del Residente), que facilita de forma importante el manejo de toda la información al alcance del Equipo Interdisciplinar, para el estudio de la situación clínica y diseño de las intervenciones más oportunas para cada residente.

Adaptación de Intervenciones Individualizadas

Los Protocolos Asistenciales del Servicio Regional de Bienestar Social han sido diseñados por grupos de trabajo interdisciplinares, que han reflejado en cada uno de ellos aquellas intervenciones diagnósticas y de cuidados, que en estos momentos tienen el mayor aval disponible desde el punto de vista técnico. Los mismos protocolos llaman la atención sobre la necesidad de actualizar periódicamente su contenido, adaptándolo a las nuevas evidencias que se vayan añadiendo desde el punto de vista de la información científica y la experiencia asistencial de su aplicación en condiciones reales.

Los Protocolos Asistenciales ayudan al equipo asistencial a evaluar sistemáticamente la importancia y la repercusión de un problema concreto detectado en un residente y darán pautas estandarizadas, sobre las directrices a aplicar para diseñar los cuidados más idóneos en cada caso.

En esta situación, la función de los Equipo Interdisciplinares es nuclear, ya que los Protocolos Asistenciales no dan directrices que se deban aplicar de forma automática y ciega, sino que son herramientas de ayuda para que los profesionales asistenciales puedan tomar decisiones apoyados en la mejor evidencia a su disposición. Son los profesionales los que, apoyados en la información a su disposición, deben decidir cuál es la actitud más adecuada en cada caso y deben planificar aquellos cuidados a aplicar desde la coordinación con cada uno de los agentes implicados en el equipo asistencial. Es muy probable que objetivo asistencial no sea exclusivo de un solo profesional sino común a todo el equipo y que debe ser abordado conjuntamente desde intervenciones específicas de cada técnico. Estas actuaciones deben ser consensuadas para que no sean contradictorias entre sí. En este proceso, la Historia Integral del Residente (H.I.RE) se convierte en un elemento de apoyo esencial para la toma de decisiones.

Ejecución de los Cuidados

Los distintos Protocolos Asistenciales establecen de forma concreta y exhaustiva cuáles son los pasos que, una vez evaluada la situación de necesidad de cuidados de un residente y establecidos cuáles son las intervenciones que cada profesional del Equipo Interdisciplinar debe aplicar dentro de su área profesional, se deben dar para implantar los cuidados definidos. El cumplimiento de estas directrices no podrá ser nunca ciego pero siempre ayudará al profesional a sistematizar su trabajo recordando aquellas etapas que se deben verificar para aplicar correctamente el cuidado decidido.

Los protocolos disponen de un apartado específico en el que se desglosan las normas técnicas aplicables en cada situación para que cuidado se preste con la mayor calidad y corrección posible. El seguimiento de estas normas es un aval técnico y legal de la institución ante las intervenciones concretas de cada profesional. Esto no significa que el profesional no pueda modificar lo establecido en el protocolo, sino que si lo hace sea con una justificación técnica suficiente para ello. En este caso, actuará bajo su responsabilidad y sin el aval técnico de la institución.

Registro

La labor asistencial de los distintos profesionales que prestan sus servicios en un centro residencial ya es de por sí suficientemente ardua y compleja como para añadir la confusión que genera la inexistencia o el mal uso de registros documentales. La anotación cuidadosa y sistemática de los distintos pasos del proceso asistencial que hemos ido describiendo hasta ahora es una herramienta fundamental ya que:

- ❑ Todos los profesionales tienen a su disposición la información precisa para desarrollar su labor de manera óptima, evitando los riesgos asociados a la descoordinación y al desconocimiento del trabajo de otros profesionales, especialmente aquellos que prestan sus servicios en diferentes turnos laborales.
- ❑ Los nuevos profesionales que se vayan incorporando al trabajo asistencial del centro tienen a su disposición una fuente completa de información que les permita mantener la continuidad de los cuidados que se venían prestando al usuario.
- ❑ La recopilación de la información precisa para actuaciones, como la derivación del residente a un centro externo, es muy compleja, cuando no existe una buena sistemática de registro documental de todos los datos de interés del residente.
- ❑ Un buen registro es la base para la evaluación periódica de los resultados obtenidos por los distintos cuidados aplicados y para comprobar si realmente se han cumplido los objetivos pautados (y registrados) previamente.
- ❑ En situaciones extremas en las que se producen reclamaciones legales, la mejor manera de poder justificar las actuaciones efectivamente realizadas por el conjunto del Equipo Interdisciplinar y por cada uno de los profesionales asistenciales es la existencia de un registro sistemático y de buena calidad. Permite verificar que se han tomado las decisiones adecuadas independientemente de que el resultado haya sido el esperado. Su inexistencia puede convertir en bastante problemática la labor de justificar la actuación de cada profesional.

Todos los Protocolos Asistenciales llevan incorporados una descripción de cuáles son los registros imprescindibles para disponer de una documentación adecuada de todas las actuaciones realizadas en su aplicación.

Evaluación de los Resultados

Hemos visto, en los puntos previos, que el empleo de una sistemática en la valoración y diseño de cuidados interdisciplinares de cada usuario, es fundamental para desarrollar una buena calidad en la atención asistencial en el medio residencial. Esta labor no puede ser nunca estática y anclada en un momento temporal. Es imprescindible que, tanto el conjunto del Equipo Interdisciplinar como cada uno de sus miembros, se planteé periódicamente la evaluación del resultado de su trabajo con el residente. Para ello, es imprescindible revalorar periódicamente a cada residente y verificar su estado de salud. Esto permitirá detectar nuevas necesidades de atención y comprobar si los objetivos terapéuticos planteados en anteriores intervenciones se han cumplido parcial o completamente. Solamente desde este esquema de trabajo de replanteamiento periódico de nuestras intervenciones asistenciales, podremos verificar si nuestra actividad efectivamente redundará en el mantenimiento o mejoría de la situación funcional y en la calidad de vida de los usuarios de nuestros centros.

Equipo Interdisciplinar

El usuario de los centros residenciales presenta unas características personales complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, (mayores con enfermedades crónicas, enfermedades terminales, alteraciones de las funciones cognitivas, alteraciones de conducta, etc.). Esto hace que un modelo asistencial estrictamente sanitario o estrictamente social, no responda a sus necesidades globales. Cada profesional aisladamente no es capaz de dar respuesta adecuada a todos los problemas, que padecen las personas mayores ingresadas en centros residenciales.

Es por todo lo anterior, por lo que el proceso de valoración integral del residente y de elaboración de planes de cuidados en función de sus necesidades individuales tiene, en los centros residenciales del Servicio Regional de Bienestar Social, como agente principal al EQUIPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINAR.

El trabajo en equipo implica la existencia de funciones diversas y diferentes profesionales que trabajan juntos, de tal manera que cada uno de sus miembros aumenta el rendimiento del resto de sus compañeros. La dinámica de trabajo en equipo se basa en algunos principios como los siguientes:

- ❑ Los grupos se originan en la necesidad de alcanzar objetivos difíciles de lograr con el solo esfuerzo individual.
- ❑ Un grupo es un conjunto de personas que se organizan para alcanzar un objetivo común.
- ❑ La organización del grupo quiere decir que se reparten las tareas entre todos.

Características de los equipos eficaces

Los equipos eficaces son equipos que:

- Demuestran liderazgo.
- Tienen valores y estándares claros.
- Están todos comprometidos para mantener y mejorar la calidad.
- Promueven el aprendizaje a través del desarrollo personal y profesional del equipo.
- Cuidad de cada miembro.
- Tienen una cultura de "no culpa".
- Están comprometidos con el principio de revisión externa.
- Están abiertos a abordar su profesionalidad.

Los equipos eficaces utilizan:

- Guías clínicas y protocolos operativos.
- Buenos sistemas.
- Buenos datos.
- Buenos registros.
- Enfocados en la educación y formación de habilidades.
- Auditoría sistemática del rendimiento con retroalimentación.
- Evaluación frecuente y formativa por parte de sus compañeros.
- Revisión de incidentes graves.
- Métodos de gestión de riesgos.

Hemos ido viendo más arriba como el proceso asistencial de atención a la personas mayores se van desplegando en una serie de etapas. Es en el Equipo Interdisciplinar en donde todo ese trabajo alcanza su máximo valor ya que en él es en donde se:

- ❑ VALORA al usuario (necesidades y problemas) con C.F.R.
- ❑ FORMULAN diagnósticos profesionales, problemas interdependientes e interdisciplinarios (PIA),
- ❑ ELABORAN HIPÓTESIS sobre etiologías, factores relacionados, causas,
- ❑ EJECUTAN CUIDADOS: qué, quién, cuándo: Planes de Cuidados Interdisciplinarios,
- ❑ EVALÚAN, REVISAN Y REFORMULAN las intervenciones previamente decididas.

En los centros residenciales del Servicio Regional de Bienestar Social se establece que la composición del Equipo Interdisciplinario será la siguiente:

1. COORDINADOR: cualquier profesional asistencial del área.
2. Médico.
3. Diplomado en enfermería de los tres turnos.
4. Fisioterapeuta.
5. Terapeuta ocupacional.
6. Auxiliar de enfermería de los tres turnos.
7. Trabajador social.

El Jefe de Área Técnico Asistencial actúa como elemento iniciador, promotor y supervisor de los equipos pero debe formar a profesionales para que asuman las tareas de coordinación del equipo en cuanto esto sea posible.

En centros residenciales grandes será necesario formar varios equipos independientes, cada uno con sus propios profesionales y con asignación de la parte correspondiente de los residentes para hacer más operativo el trabajo del equipo.

El trabajo centrado en el Equipo Interdisciplinar no diluye la responsabilidad de cada uno de los profesionales del área asistencial, sino que actúa como marco de referencia para todos ellos. Cada profesional deberá salir de cada reunión del equipo con unos objetivos bien definidos sobre su labor específica dentro del Plan de Cuidados individual de cada residente, incorporándolos a su Historia profesional. Estos objetivos deben reflejar detalles como:

- ❑ Contenido: lo que el residente tiene que hacer.
- ❑ Modificadores: Qué, cuándo, dónde, cuánto, cómo.
- ❑ Tiempo de consecución.

Pueden ser objetivos de mejoría, prevención, paliativos, o de mantenimiento.

Tecnología: Aplicaciones Informáticas

Sistemas de Información

Cualquier sistema de información se diseña con el objetivo fundamental de obtener la información necesaria para mejorar la capacidad de toma de decisiones en una organización. No tiene sentido que cada elemento funcional de una organización desarrolle sistemas de información independientes y no interconectados de lo que suceda en el resto.

El desarrollo de nuevos Sistemas de Información específicos para centros residenciales de mayores permite obtener datos fiables y comparables sobre la actividad de toda la institución. Este es, en la actualidad, un requisito fundamental para conseguir un funcionamiento eficiente del sistema.

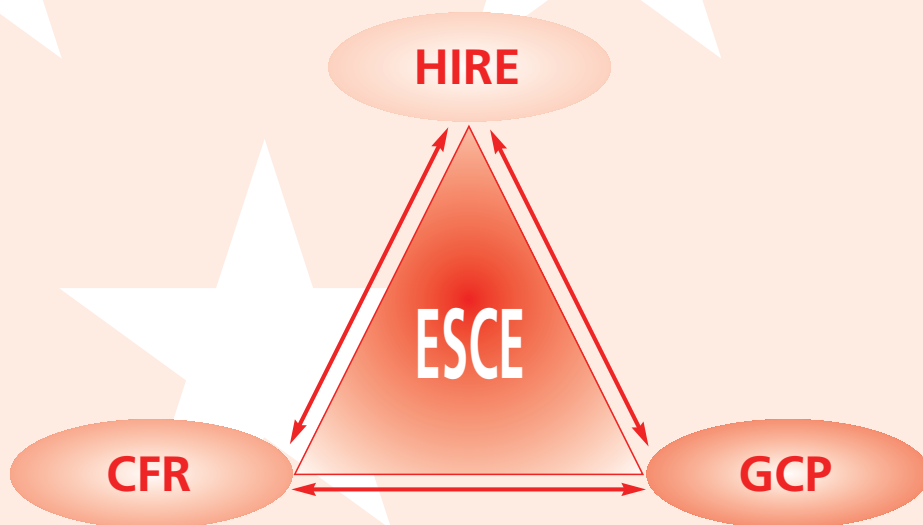
Los sistemas de información permiten controlar y optimizar mejor los diferentes elementos que forman parte del proceso asistencial; así, por ejemplo, se puede tener una información mucho más completa y exacta sobre datos de tipo sociosanitario y epidemiológico, crucial para establecer prioridades de la institución. Además, un buen sistema de información, con datos fiables y transparentes es básico para poder asignar de forma racional los recursos, definir las mejores prácticas clínicas para cada situación en función de la evidencia disponible, poder evaluar el cumplimiento de objetivos asistenciales y de gestión, simplificar procesos administrativos, como por ejemplo la emisión de recetas, hojas de tratamiento, informes...

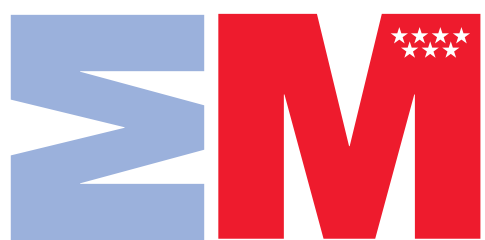
Las tecnologías existentes en la actualidad nos proporcionan herramientas informáticas, que agilizan y facilitan la recogida y explotación de la información contenida en las diversas bases de datos del Servicio Regional de Bienestar Social.

Aplicaciones Informáticas

- **C.F.R.** Es la aplicación que permite gestionar el sistema Clasificación Funcional de Residentes. Permite la recogida de toda la información de las valoraciones de los residentes necesaria para obtener el C.M.B.D. A partir de aquí, una vez que toda la información precisa está incluida, la aplicación calcula automáticamente el grupo RUG-III al que se asigna al residente, su grado de deterioro cognitivo, el nivel de autonomía para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y aquellos P.I.A. que se activan en función de la situación del residente. Además, la aplicación permite la explotación de la información del C.M.B.D. con fines estadísticos y de gestión.

- ❑ **H.I.RE.** Es la aplicación informática central para la gestión asistencial en los centros del Servicio Regional de Bienestar Social. Su función básica es la de actuar como Historia Clínica común para los distintos profesionales asistenciales del Servicio. Además de servir como herramienta para el trabajo asistencial de cada profesional asistencial, permite la gestión centralizada de todos los protocolos asistenciales facilitando tareas como las de seleccionar a los residentes que cumplen requisitos para ser incluidos en un protocolo específico, cumplimentar la información precisa para valorar al residente según lo establecido en cada protocolo, imprimir las hojas que recogen los cuidados individualizados para cada residente, obtener listados de residentes con características específicas.
- ❑ **G.C.P.** (Gestión y Control de Plazas). Este sistema ordena la información administrativa de cada residente. Por medio de esta aplicación, el resto de herramientas del sistema no precisan recoger nuevamente los datos identificativos de cada usuario, sino que los puedan extraer directamente desde G.C.P.
- ❑ **ES.CE.** Herramienta para la explotación de la información contenida en las distintas aplicaciones informáticas del Servicio Regional de Bienestar Social. Permite obtener información histórica y combinar distintas variables así como expresar mediante gráficos los datos obtenidos.





La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria



La Suena de Todos

Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Alimentación e Hidratación



 **Comunidad de Madrid**
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Alimentación e Hidratación



Introducción

En el ámbito residencial, la alimentación es una de las actividades básicas de la vida diaria más íntimamente relacionada con el bienestar físico y psíquico de las personas mayores y es de vital importancia, mediante un protocolo que regule esta tarea, asegurar que todos los residentes que lo precisen reciban la ayuda personalizada que mejor se adapte a su nivel de dependencia. Los trastornos relacionados con la nutrición son considerados como uno de los grandes síndromes geriátricos hasta el punto que se recomienda realizar una valoración nutricional básica dentro de la valoración geriátrica integral.

Actualmente el 26% de las personas que viven en alguna de las residencias gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social, necesitan algún tipo de ayuda física directa o ayuda en la preparación, guía o supervisión del alimento.

No debemos olvidar la importancia del agua como elemento de aporte en la dieta y como un requerimiento básico desde el punto de vista nutricional. Con la edad se produce una disminución de la adaptación a las irregularidades de los aportes de líquidos y electrolitos. En los mayores, los trastornos hidroelectrolíticos son muy frecuentes y pueden aparecer asociados a múltiples enfermedades y son una de las mayores amenazas de morbi-mortalidad de estas personas.

La importancia de la deshidratación radica en sus graves consecuencias sobre la salud, por este motivo, dentro de la valoración integral será importante identificar aquellos ancianos con factores de riesgo de deshidratación e implantar el uso de estrategias e intervenciones para mantener una adecuada ingesta de líquidos.

La prevención de este riesgo constituye un paso elemental hacia la optimización de la asistencia en centros sociosanitarios.

Este protocolo ofrece una metodología, para el equipo asistencial, para la valoración de la hidratación, la detección del riesgo de deshidratación y la instauración de un plan preventivo de actuación.



Objetivos

- Proporcionar una alimentación e hidratación adecuada a las necesidades de los residentes.
- Asegurar al menos cuatro ingestas diarias (desayuno, comida, merienda y cena).
- Conservar y/o restaurar las capacidades para lograr el máximo nivel de suficiencia en la alimentación e ingesta hídrica.
- Supervisar, apoyar o ayudar al residente durante la ingesta alimentaria e hídrica.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes, especialmente los residentes dependientes, con problemas para la ejecución autónoma de la actividad, así como a los residentes que necesitan estímulos para llevar a cabo una ingesta adecuada y que constituyen un grupo de riesgo de malnutrición.

Definiciones y conceptos

Alimentación: Son acciones voluntarias que llevan a cabo la ingesta de alimentos en el organismo, para proporcionar un adecuado aporte nutricional. Esta actividad hace referencia a cómo se alimenta (presentación, temperatura y densidad de la dieta; apetito, rechazo, ingesta parcial, ingesta externa) y como maneja los utensilios el residente (cómo parte, trocea y pela; cómo ingiere, mastica y deglute los alimentos...). También incluye la ingesta alimentaria por otras vías como sondas, gastrostomías, etc.

Malnutrición: Déficit o desequilibrio energético y/o nutrientes en relación a las necesidades orgánicas.

Hidratación: Aporte de líquidos y agua en cantidades suficientes para el mantenimiento de las funciones básicas del organismo.

Unidades y/o profesionales implicados

5



- 1. Evaluación del grado de dependencia para la alimentación, diseño de un plan personalizado de conservación y potenciación de habilidades para la alimentación así como de asistencia para la supervisión, apoyo y/o ayuda al residente en las funciones que no pueda ejecutar autónomamente:** Diplomado en Enfermería de referencia, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.
- 2. Ejecución del plan personalizado:**
 - ❑ Fisioterapeuta: establecerá las técnicas precisas en aquellos residentes susceptibles de mejorar para llevar a cabo la actividad de la alimentación e hidratación.
 - ❑ Terapeuta Ocupacional: determinará las ayudas técnicas precisas, así como la necesidad de estimular, apoyar o reeducar para la alimentación e hidratación.
 - ❑ Médico: prescribirá el tipo de dieta, densidad, suplementos, productos espesantes y los complementos así como la Nutrición Enteral, que pueda precisar cada usuario.
 - ❑ Diplomado en Enfermería (DUE): supervisará la alimentación e hidratación de los residentes, prescribirá los cuidados precisos en aquellos que los necesiten y ayudará en residentes especiales (sondados, encamados,...). En ausencia de Médico, realizará las prescripciones dietéticas que considere oportunas.
 - ❑ Aux. Enfermería: supervisará la alimentación e hidratación de todos los residentes y ayudará en la actividad a todos los que lo precisen, asegurando una ingesta adecuada.
 - ❑ Gobernanta: supervisará que se sirve la dieta, prescrita por el médico, en los comedores.
- 3. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el JATA estará encargado de las mismas.

Descripción del procedimiento

- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:



G1H (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda limitada	Ayuda importante	Dependencia total
G2H (ayuda facilitada)	Ausencia de ayuda	Ayuda preparatoria	Ayuda física de 1 persona		

2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:

- a. Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía para la alimentación:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de autonomía para AVD de CFR cada 6 meses.
 - Definiendo criterios de resultado: establecer **contenido, modificadores y tiempo de consecución**.
- b. Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
 - Valorando la necesidad de ayudas técnicas, estado de las prótesis buco dentales, etc. (el Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta y DUE determinarán y dotarán las mismas)
 - Respetando en lo posible las preferencias de los residentes en cuanto a ubicación en los comedores
 - Los comedores serán supervisados por el Aux. de Enfermería de referencia y/o DUE en el caso de residentes especiales (sondados, encamados,...).
 - El Aux. de Enfermería y/o DUE según el tipo de usuarios, prestarán atención a las condiciones ambientales, intimidad, temperatura de alimentos: calentando los alimentos si es preciso; no utilizando otros líquidos para enfriar, por la dilución que generan.
 - El Aux. de Hostelería y/o el Aux. de Enfermería según el tipo de residente, recepcionarán los alimentos y comprobarán que corresponden a cada usuario y que la presencia y el aspecto son adecuados (esencial para estimular el apetito).
 - El Aux. de Enfermería y/o DUE según los usuarios, explicarán de la forma más empática posible a los residentes dependientes, la actividad que van a realizar y el cuidado que se le va a prestar, estimulándoles para conseguir su colaboración y de esa forma una ingesta de la ración lo más completa posible.
 - Se debe respetar el ritmo de alimentación de cada usuario, evitando las prisas, pues aumentan los riesgos de atragantamientos y bronco aspiraciones.
 - Se debe trocear adecuadamente los alimentos y de una forma homogénea, evitando cambios de textura, especialmente en usuarios con disminución del nivel de conciencia, demencia, etc.



- Hay que asegurar la higiene oral tras la ingesta, así como los cuidados de las vías (sondas, etc.). El Aux. de Enfermería se encargará de mantener una higiene adecuada.
 - En algunos residentes por sus características especiales, se podrán prescribir algún suplemento añadido extraordinario (sobredesayuno o recena).
 - Debe valorarse por el médico la necesidad de medidas especiales: complementos, nutrición enteral, sondajes, etc.
 - El uso y manejo de Sondas, se efectuará según el Protocolo y procedimientos técnicos de enfermería específicos para este fin
- 3. Los profesionales encargados de la atención, realizarán las distintas actividades de este protocolo según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.**
- 4. Cumplimentación del Registro de la ayuda o supervisión prestada al residente si lo precisa:** el Aux. de Enfermería cumplimentará el grado de insatisfacción, la incapacidad de masticación y deglución en función de la textura, y la cantidad rechazada de alimentos y agua, especialmente en los residentes dependientes.

Normas técnicas

1. Ingesta Alimentaria:

- Los centros dispondrán de comedores estructurados para los residentes.
- Los comedores estarán correctamente dotados en cuanto a menaje (mesas, mantelerías, servilletas, cubiertos) y en un adecuado estado higiénico de uso.
- Los comedores dispondrán de sistemas de identificación del residente y de la dieta que tienen prescrita.
- Hay que favorecer un mayor nº de ingestas (4-5/día) y menos cuantiosas, especialmente en los más dependientes para favorecer la digestión, evitar la fatiga, así como el rechazo alimentario.
- Las franjas horarias de las comidas deben adecuarse a las siguientes: 8,30 a 09,30 horas, 13,00 a 14,00 horas, 16 a 17 horas y 20,00 a 21,00 horas respectivamente para Desayuno, Comida, Merienda y Cena.

2. Ingesta Hídrica:

- Mantener una hidratación adecuada es esencial para el buen funcionamiento orgánico (riñón, respiratorio, cardiocirculatorio, endocrino metabólico, etc.).



- ❑ Los mayores tienen una disminución de la percepción de la sed, debiendo estimularse la ingesta hídrica en todos los residentes, pero especialmente en los más dependientes.
- ❑ Cada usuario debe ingerir un promedio de unos 2 litros de líquidos al día (1-1,5 cc./Kcaloría ingerida), salvo restricciones prescritas en función de enfermedad.
- ❑ Los Aux. de Enfermería asignados, aportarán unos 8 vasos/día de líquido (aproximadamente 1/comida y 1 entre cada comida) a los residentes dependientes, evitando la ingesta en horas inmediatamente anteriores a la conciliación del sueño.
- ❑ Debe aprovecharse los despertares nocturnos para ofrecer algún suplemento hídrico, especialmente en etapas estivales.
- ❑ Los líquidos deben guardar una temperatura agradable en función de la etapa del año. Los mayores no precisan normalmente temperaturas tan bajas como los adultos, pues son mal soportadas.
- ❑ Ante casos de atragantamientos y disfagias oro faríngeas, deben añadirse espesantes o utilizar gelatinas.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- PIA nº 14 y 16 del CFR: Estado Nutricional y Deshidratación/Mantenimiento Hídrico.
- Sección K "Estado oral/nutricional" (Pág.: B/79 a B/85) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia del Residente(HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.





La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Higiene Personal



La Suma de Todos

 Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Higiene Personal



Introducción

La higiene personal correcta es una necesidad vital básica para asegurar la comodidad, integridad, seguridad y la salud de toda persona y de los mayores en especial. Para un anciano poder colaborar en el mantenimiento de su higiene favorece su bienestar físico y psíquico. Debemos procurar que todo mayor sea capaz de realizar su aseo personal y mantenga su interés en el cuidado de su piel, cabello y uñas.

En el proceso de envejecimiento normal se producen alteraciones en los tejidos de la piel, como pérdida de elasticidad, sequedad, disminución del grosor, etc. que puede hacer, que pierda su vital papel de barrera y protección ante las agresiones del medio. De ahí la importancia de mantener integra, sana e hidratada la piel con una correcta higiene diaria.

La higiene corporal es una de las actividades que realizada diariamente, puede contribuir a mantener la autonomía de los mayores y a proporcionar a éstos, un adecuada calidad de vida, sin olvidar el valor primordial que tiene en la prevención de enfermedades.

El respeto a las creencias, valores, costumbres e intimidad del residente, debe ser norma de especial cumplimiento, cuando se proporciona ayuda en estas actividades.

Actualmente el 42% de los residentes, de las residencias gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social, precisan algún tipo de ayuda física, en la preparación, guía o supervisión para completar la actividad del aseo e higiene diaria. Incluimos en este concepto de higiene diaria, el lavado y secado de cara, manos y periné, el peinado, el cepillado de dientes, el afeitado o el eventual maquillaje.



Objetivos

- Satisfacer las necesidades vitales de la persona para mantener la autoestima y la calidad de vida.
- Asegurar al menos 1 aseo completo diario, así como cada vez que el residente lo precise.
- Intentar restaurar o conservar las diversas capacidades, para lograr el máximo nivel posible de autosuficiencia en la higiene personal.
- Supervisar, apoyar o ayudar al residente durante la higiene personal diaria.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes, especialmente aquellos con limitaciones de diferente intensidad para las actividades de higiene personal y los residentes que necesitan estímulos para llevar a cabo la higiene personal.

Definiciones y conceptos

Higiene personal: Esta actividad hace referencia a cómo mantiene el residente su higiene personal, cómo se lava y seca la cara, las manos, pies, periné y genitales. Se incluye en esta definición cómo se peina, cómo se cepilla los dientes, como se afeita, la limpieza de prótesis dentales y los cuidados de la imagen personal. Queda excluida la higiene personal en baño y ducha (recogido en protocolo específico).

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Evaluación del grado de dependencia para la higiene personal y diseño de un plan personalizado de conservación y potenciación del autocuidado y de asistencia para supervisar, apoyar o ayudar al residente en las funciones que no pueda ejecutar de forma autónoma:** todos los miembros del equipo interdisciplinar. Se encargará de la coordinación el Diplomado en Enfermería (DUE).



2. Ejecución del plan personalizado:

- ❑ Fisioterapeuta: establecerá las técnicas precisas en aquellos residentes susceptibles de mejorar para la realización de su higiene personal.
- ❑ Terapeuta Ocupacional: determinará las ayudas técnicas precisas, así como la necesidad de estimular, apoyar o reeducar para la actividad.
- ❑ Diplomado en Enfermería (DUE): estimulará a los residentes autónomos para la higiene. Prescribirá los cuidados para la higiene personal. Supervisará la ejecución. Supervisará las existencias de material preciso para la higiene y lo proporcionará a los Auxiliares de Enfermería. Dotará de la ayuda precisa a los usuarios que requieran cuidados especiales (encamados, vías, etc.)
- ❑ Auxiliar de Enfermería: estimulará a los residentes autónomos para la higiene, supervisará, apoyará y ayudará en la higiene personal a los residentes que lo precisen. Informará de la actividad al residente. Asegurará unas condiciones ambientales adecuadas (intimidad, temperatura, etc.). La actividad ha de registrarse en el registro de ABVD.

- 3. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial estará encargado de las mismas y se responsabilizará de proveer el material necesario para la higiene al DUE de referencia.

Descripción del procedimiento

- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:

G1J (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda limitada	Ayuda importante	Dependencia total
G2J (ayuda facilitada)	Ausencia de ayuda	Ayuda preparatoria	Ayuda física de 1 persona	Ayuda física de 2 personas	

- 2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:**

- a. Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de dependencia para AVD de CFR cada 6 meses.



- Definiendo criterios de resultado: Pormenorizar objetivos de mejora medibles, que muestren una evolución favorable por la aplicación de los cuidados establecidos. Detallar el tiempo de valoración para la consecución de la tarea.
- b. Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
- Valorar la necesidad de ayudas mecánicas.
 - Informar al residente del cuidado que se le va a prestar y solicitar la colaboración posible.
 - Prestar especial atención a las condiciones ambientales e intimidad.
 - Asegurar en todo caso la higiene de piel, orejas, ojos, periné, uñas de pies y manos (incluido corte de uñas no patológicas; mínimo 1 vez/mes), pelo, boca, peinado y afeitado (mínimo en días alternos) con técnicas adecuadas.
- 3. Los profesionales encargados de la atención realizarán las distintas actividades de este protocolo según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.**
- 4. Complimentación del Registro de la ayuda o supervisión prestada al residente que lo precise.**

Normas técnicas

1. Higiene en residentes encamados:

- Mantener la intimidad del residente.
- Lavarse las manos y ponerse guantes desechables, no estériles.
- Lavar y secar cara, orejas y cuello.
- Lavar un brazo desde la mano a la axila y seguir con la mitad del tronco, posteriormente secar. Igual en el otro lado
- Colocar al residente en decúbito lateral: lavar y secar la espalda.
- Aplicar crema hidratante en la espalda.
- Lavar las piernas desde los muslos a los pies. Secar.
- Lavar los genitales (ver punto 2 de este apartado).
- Acomodar al residente en la cama.
- Rehacer la cama.

2. Higiene de genitales:

- Mantener la intimidad del residente.



- ❑ Lavarse las manos y ponerse guantes desechables, no estériles.
- ❑ Descubrir solo la zona genital.
- ❑ Si es preciso, retirar restos de residuos.
- ❑ Lavar genitales con agua tibia y jabón.
- ❑ En hombres: retirar prepucio y lavar glande.
- ❑ En mujeres: retirar labios mayores y lavar genitales, siempre de dentro a fuera y de delante a atrás.
- ❑ Lavado de zona perianal
- ❑ Retirar todo el jabón.
- ❑ En hombre: cubrir el glande bajando el prepucio.
- ❑ Secar con cuidado.

3. Higiene de la boca:

a. En residentes con autonomía para su autocuidado:

- ❑ Si hay prótesis dental, animar al residente a extraerla él mismo. Si no es posible, ayudarle con una gasa.
- ❑ Animar al residente a lavarse los dientes con cepillo y pasta dentífrica después de cada comida. Indicar la manera correcta de hacerlo.

b. En residentes con dificultades o incapacidad para el autocuidado:

- ❑ Asegurar la higiene oral después de cada comida.
- ❑ Lavar los dientes con cepillo y pasta dentífrica.
- ❑ Inspeccionar la cavidad oral en busca de anomalías.
- ❑ Enjuagar con agua tibia y/o solución antiséptica.
- ❑ En residentes comatosos o inconsciente:
 - Colocar al residente de lado, para evitar que ingiera líquidos.
 - Poner toalla debajo de la cabeza.
 - Impregnar un depresor envuelto en gasa con suero fisiológico.
 - Limpiar dientes y encías por fuera y por dentro. Evitar fricciones excesivas.
 - Limpiar la lengua desde el interior al exterior arrastrando los restos adheridos a la mucosa.
 - Aclarar con una jeringa con agua evitando que el residente trague líquido.
 - Secar los labios e impregnarlos con lubricante labial.



4. Higiene de las prótesis dentales:

- Manipular con guantes desechables no estériles.
- Una vez extraída (ver punto anterior), lavarla con cepillo y dentífrico o inmersión en solución desinfectante.
- Aclararla con agua y ponerla en un recipiente con solución antiséptica hasta nuevo uso.

5. Higiene de las orejas:

- Hacer una torunda con gasa en unas pinzas.
- Mojar la gasa con agua tibia y pasarla por la oreja, primero por la parte interna del pabellón y luego por la externa.
- Confirmar que no quedan restos.
- Secar correctamente.

6. Corte de uñas:

- Retirar el esmalte con quitaesmalte.
- Sumergir los dedos (de manos y/o pies) en agua tibia con jabón durante unos minutos.
- Lavar bien las uñas y espacios interdigitales.
- Secar con toalla, especialmente los espacios interdigitales.
- Cortar las uñas: en pies de forma recta y en manos de forma ovalada.
- Procurar que las uñas no queden excesivamente cortas.
- Limar y pasar la toalla por la zona.
- Aplicar loción o crema de manos.
- Observar los pies para detectar cualquier lesión así como alteraciones de la coloración y temperatura.

7. Afeitado:

- El método más seguro es con maquina eléctrica de uso individual.
- Lavado y secado previo de la cara.
- Afeitar en el sentido en el que se haga habitualmente (para evitar irritaciones).
- Aplicación de loción o crema hidratante en la cara.

8. Higiene del cabello:

- Preparar todo el material antes de empezar.
- Colocar toalla detrás o delante (según la posición de la cabeza).
- Proteger los oídos se fuera necesario.
- Secar con la toalla y secador.
- Evitar mojar la ropa del residente.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

9



Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- PIA nº 5 del CFR: Desencadenante A de rehabilitación en AVD.
- Sección G “Problemas físicos y estructurales” (Pág.: B/36 a B/62) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención para el Vestido



 **Comunidad de Madrid**
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención para el Vestido

3



Introducción

El vestido sigue siendo en las personas mayores una fuente de expresión de la autoestima y condicionante para las relaciones sociales y familiares. Supone también y de un modo general, un indicador del confort y calidad de vida de estas personas.

En la atención a los mayores, debemos adecuar el tipo de vestido y calzado que se usa a las características del mayor, así como de las condiciones externas y ambientales. Es importante asegurar la individualidad en el vestido, respetando las opiniones y preferencias personales. Asimismo debemos realizar una buena selección de las ayudas técnicas, que proporcionemos a los mayores, que permitan conseguir un mayor grado de autonomía y satisfacción personal, contribuyendo a evitar accidentes y minimizándoles riesgos.

Actualmente el 39% de los residentes de nuestros Centros tienen alguna tipo de dependencia, que precisa ayuda física directa, o ayuda en la preparación de la actividad o bien guía o supervisión en el vestido y arreglo personal.

Objetivos

- Conseguir que el residente se sienta cómodo con su aspecto externo y mantenga o aumente su autoestima.
- Evitar problemas de higiene (olores, humedad...).
- Intentar restaurar o conservar las diversas capacidades, para lograr el máximo nivel posible de autosuficiencia en el vestido.
- Evitar las complicaciones relacionadas con el uso de ropa y/o calzado inadecuado.



Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes, en especial, aquellos con limitaciones de diferente intensidad para el vestido y los residentes que precisen estímulo para vestirse de forma adecuada.

Definiciones y conceptos

Vestido: Hace referencia a la capacidad del residente para ponerse, abrocharse y quitarse todas las prendas de ropa. Incluye cómo se pone, abrocha y quita los zapatos y las prótesis/ortesis, si las tiene.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Evaluación del grado de dependencia para el vestido y diseño de un plan personalizado de conservación y potenciación del autocuidado y de asistencia al residente en las funciones que no pueda ejecutar de forma autónoma:** todos los miembros del equipo interdisciplinar. Se encargará de la coordinación el Diplomado en Enfermería.
2. **Ejecución del plan personalizado:**
 - ❑ Fisioterapeuta: establecerá las técnicas precisas en aquellos residentes susceptibles de mejora, para la realización de la actividad de vestido.
 - ❑ Terapeuta Ocupacional: indicará las ayudas técnicas específicas y el tipo de vestuario adecuado.
 - ❑ Diplomado en Enfermería (D.U.E.): Cuantificará el grado de ayuda para vestirse. Supervisará la prestación de la asistencia. Proporcionará ayuda directa a los encamados.
 - ❑ Aux. de Enfermería: informará al residente. Asegurará las adecuadas condiciones ambientales y de intimidad. Prestará ayuda directa. Detectará problemas asociados (limpieza, deterioro, extravío, alergias...) y comunicará los problemas detectados.
 - ❑ Gobernanta: Asegurará un correcto funcionamiento de la recogida, lavado y devolución de la ropa.
3. **Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área técnico asistencial estará encargado de las mismas.

Descripción del procedimiento

5



- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:

G1G (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda limitada	Ayuda importante	Dependencia total
G2G (ayuda facilitada)	Ausencia de ayuda	Ayuda preparatoria	Ayuda física de 1 persona	Ayuda física de 2 personas	

- 2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:**

- Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía para el vestido:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de dependencia para AVD de CFR cada 6 meses
 - Definiendo criterios de resultado: Pormenorizar objetivos de mejora medibles que muestren una evolución favorable por la aplicación de los cuidados establecidos. Detallar el tiempo de valoración para la consecución de la tarea
- Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
 - Asegurar que el residente está vestido con ropa de calle adecuada salvo situaciones especiales.
 - Comprobar que cada residente cuenta con la cantidad y calidad de ropa necesaria.
 - Preguntar al residente sobre sus preferencias para vestirse.
 - Valorar, teniendo en cuenta lo anterior, qué tipo de vestuario sería el indicado para la situación concreta del residente (encamado, silla de ruedas).
 - Informar al residente del cuidado que se le va a prestar, y solicitar la colaboración posible.
 - Prestar especial atención a las condiciones ambientales, climatológicas y de intimidad.
 - Comprobar a lo largo de cada turno (según la organización de cada centro) que la ropa se mantiene en condiciones adecuadas de higiene. Si es preciso, corregir los problemas detectados.
 - Detectar problemas asociados: falta de ropa adecuada, deterioro, extravíos, alergias, roces.



- Asegurar la limpieza de gafas y/o audífonos.
- En los casos específicamente indicados, comprobar periódicamente (mínimo: 1 vez/mes) el estado de la ropa en los armarios de las habitaciones.
- Comunicar al profesional indicado de cada centro las necesidades detectadas de vestido para solicitar a la familia su reposición (ver documento en anexo).

3. **Los profesionales encargados de la atención, realizarán las distintas actividades de este protocolo según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.**
4. **Registrar la ayuda prestada por parte del Aux. de Enfermería así como la supervisión del vestido en el residente autónomo que lo precise.**

Normas técnicas

- Comprobar que la talla de la prenda se corresponde con la del usuario.
- Evitar que la ropa esté muy ajustada y oprima.
- Utilizar ropa con sistemas de cierre y apertura adecuados a la situación funcional del residente.
- Cuando el residente tenga un miembro paralizado, empezar a vestir siempre por la parte afectada. Para desvestirse, empezar por el lado sano.
- Si el residente tiene alguna vía de perfusión, vestirle enrollando la manga que corresponde al brazo de la perfusión e introduciendo a través de ella, desde la sisa hacia el puño, primero el suero y luego el brazo. Para desvestir, sacar por la manga primero el brazo y luego el suero.
- Uso de calzado adecuado: cómodo, ajustado a nivel del talón (no chanclas), suela plana no deslizante, transpirable, cordones bien anudados. Facilitar el uso de ayudas técnicas (calzador, etc.).

Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.
- ▲ Documento de inventario de vestuario.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

7



Documentos y referencias

- PIA nº 5 del CFR: Desencadenante A de rehabilitación en AVD.
- Sección G “Problemas físicos y estructurales” (Pág.: B/36 a B/62) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.

Residencia:

SERVICIO DE REPOSICIÓN DE VESTUARIO Y PRODUCTOS HIGIÉNICOS DE RESIDENTES

De:
 A:
 Fecha:

Residente:		Habitación:		Unidad:	
------------	--	-------------	--	---------	--

Ropa y/o útiles de aseo personal a reponer:

ROPA A REPONER		MATERIAL DE ASEO A REPONER		
Prenda	Número	Productos	Marca	Número
Batas		Jabón		
Bragas		Gel de baño		
Calcetines		Champú		
Calzoncillos		Crema hidratante		
Camisás		Pasta dentífrica		
Camisetas		Colutorio oral		
Camisones		Cepillo de dientes		
Cazadoras		Seda dental		
Chaquetas		Cortaúñas		
Combinaciones		Tijeras para uñas		
Faldas		Cepillo de pelo/peine		
Jerséis		Pinzas depilado		
Pantalones		Máquina afeitado		
Pañuelos		Cuchilla afeitado		
Pijamas		Espuma afeitado		
Sujetadores		Masaje afeitado		
Medias		Otros (especificar):		
Vestidos		▶		
Zapatillas		▶		
Zapatos				
Otros (especificar):				
▶				
▶				

Firmado:




La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

A photograph of a person in a light-colored sweater assisting an elderly person with a walker in a hallway. The scene is overlaid with a semi-transparent orange filter. The person being assisted is wearing a white long-sleeved shirt and dark pants, and is using a silver walker. The person assisting is wearing a light-colored sweater and dark pants. They are walking away from the camera down a hallway with a wooden floor and light-colored walls.

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a las Transferencias y la Deambulación

Grupo de Trabajo

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a las Transferencias y la Deambulaci3n

3



Introducci3n

La movilidad en los mayores, no s3lo es uno de los elementos que m3s contribuyen a que pueden disfrutar de la vida, sino que adem3s es esencial para la conservaci3n de esta habilidad.

El movimiento es necesario para la salud del paciente geri3trico. Su d3ficit provoca disminuci3n de la fuerza y tono muscular, aumento del riesgo de infecciones y embolias, problemas respiratorios, urinarios, estreñimiento, úlceras por presi3n, aumento de la osteoporosis, dolor, etc.

Para prevenir la aparici3n de estos problemas, es fundamental asegurar una movilidad adecuada y el mantenimiento de posturas correctas.

Las personas mayores suelen adem3s relacionar el d3ficit en la movilidad con la invalidez y esto puede provocar perdidas en la autoestima. El uso adecuado de las ayudas t3cnicas, son en este aspecto de la vida diaria de los mayores, un aliado inestimable en la recuperaci3n de la autonom3a y bienestar del mayor. Es muy importante que los profesionales hagan uso de la educaci3n sanitaria para conservar la movilidad, y para la correcta aceptaci3n y uso de las ayudas t3cnicas por los mayores.

Actualmente el 28% de los mayores que viven en alguna de las residencias gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social, tienen alteraci3n de autonom3a en la deambulaci3n, el 20% en transferencias y el 33% en desplazamientos fuera de su unidad y dentro de la residencia.

Objetivos

- Apoyar o supervisar al residente en la realizaci3n de aquellas transferencias que no pueda ejecutar de forma aut3noma, as3 como favorecer la independencia en la deambulaci3n.



- Intentar restaurar o conservar el m3ximo nivel posible de autosuficiencia en las distintas transferencias y en la deambulaci3n.
- Evitar las complicaciones que se asocian a la inmovilidad (3lceras por presi3n, rigideces...).

Usuarios a los que se dirige

- ✓ Residentes con limitaciones, de diferente intensidad para las transferencias y la deambulaci3n.

Definiciones y conceptos

Transferencia: Desplazamiento del residente de una superficie a otra. Es decir, c3mo se traslada entre la cama, la silla, la silla de ruedas, la bipedestaci3n, as3 como la movilizaci3n en la cama (situarse al borde de la cama, sentarse en la cama, etc.). De esta definici3n se excluyen los movimientos hacia o desde el inodoro (ver protocolo de ayuda a la evacuaci3n) y los movimientos hacia o desde el ba3o/ducha (ver protocolo de atenci3n al ba3o). Los cambios posturales se contemplan en el protocolo espec3fico de UPP.

Deambulaci3n: Desplazamiento del residente entre dos puntos situados dentro de su habitaci3n, por el pasillo de la unidad y dentro del centro. Si el residente utiliza una silla de ruedas, se considerar3 la deambulaci3n una vez instalado en dicha silla.

Unidades y/o profesionales implicados

- 1. Evaluaci3n del grado de dependencia para las transferencias y deambulaci3n y dise3o de un plan personalizado de conservaci3n, potenciaci3n de la autonom3a y de asistencia para suplir las funciones que no pueda ejecutar aut3nomamente:** todos los miembros del equipo interdisciplinar. Se encargará de la coordinaci3n el Diplomado en Enfermer3a (DUE).
- 2. Ejecuci3n del plan personalizado:**
 - Fisioterapeuta: Planificar3 y ejecutar3 medidas espec3ficas encaminadas a mejorar o mantener el grado de autonom3a. Prescribir3 las ayudas t3cnicas necesarias, adiestrando al residente para su uso. Pautar3 la periodicidad de los paseos.



- ❑ Terapeuta Ocupacional: Valorará y adecuará el entorno.
 - ❑ Diplomado en Enfermería (DUE): Cuantificación del nivel de ayuda precisa, determinar la necesidad de uso de grúa, coordinador del diseño del plan de cuidados personalizado, supervisión de la prestación efectiva de los mismos
 - ❑ Auxiliar de Enfermería: Ayuda directa a las distintas transferencias y la deambulación
- 3. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el JATA estará encargado de la misma

Descripción del procedimiento

- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:

G1B, G1C, G1F (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda limitada	Ayuda importante	Dependencia total
G2B, G2C, G2F (ayuda facilitada)	Ausencia de ayuda	Ayuda preparatoria	Ayuda física de 1 persona	Ayuda física de 2 personas	

- 2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:**
- a. Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de dependencia para AVD de CFR cada 6 meses
 - Definiendo criterios de resultado: Pormenorizar objetivos de mejora medibles que muestren una evolución favorable por la aplicación de los cuidados establecidos. Detallar el tiempo de valoración para la consecución de la tarea.
 - b. Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
 - Comprobar que no existe contraindicaciones para la movilización.
 - Determinar el personal necesario para el traslado y el uso de grúa cuando sea precisa.
 - Informar al residente sobre la forma en que se va a realizar el traslado y enseñarle a colaborar dentro de sus posibilidades.



- Asegurar que el uso de la silla de ruedas para realizar los traslados, no se convierta en permanente a lo largo de todo el día.
 - Facilitar los desplazamientos y la deambulaci3n usando bastones, andadores o sillas de ruedas.
 - Asegurar el reposo en cama y/o sill3n de los residentes, que utilizan habitualmente silla de ruedas durante el día, seg3n pauta individualizada.
 - Motivar la deambulaci3n de los residentes en silla de ruedas. El fisioterapeuta elaborará un listado con los residentes que precisan deambulaci3n y lo pautará en la hoja de registro correspondiente.
 - Observar las reacciones del residente al realizar las transferencias por si aparece hipotensi3n, sudoraci3n, etc. En ese caso, volver a la posici3n inicial.
 - Vigilar especialmente que los sueros, sondas..., no se desconectan al efectuar las transferencias.
- 3. Los profesionales encargados de la atenci3n, realizarán las distintas actividades de este protocolo seg3n las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.**
- 4. Registrar la ayuda prestada así como la supervisi3n por parte del Aux. de Enfermería.**

Normas técnicas

a. Transferencia de silla a silla de ruedas y viceversa

- Colocar la silla de ruedas en un ángulo de 90° en relaci3n con la silla normal.
- Asegurar que se frena la silla de ruedas y se retiran los reposapiés.
- Coger al residente por debajo de las axilas, flexionando caderas y rodillas hasta hacer tope con las del residente.
- Girar 90° la pierna más cercana a la silla normal, haciendo que la otra pierna deslice el peso.
- Flexionar caderas y rodillas, para sentar al residente en la silla de ruedas.
- Asegurar que la espalda del residente, quede lo más cerca posible del respaldo del asiento.



b. Transferencia cama/silla/sill3n

- Colocar la silla frenada cerca de la cama retirando los reposapi3s.
- Ayudar al residente a sentarse en el borde la cama.
- Colocarle la bata y las zapatillas.
- Sujetar al residente por la cintura.
- Incorporar al residente, girando simult3neamente con 3l, hasta situarlo delante de la silla y sentarlo.

c. Ayuda para poner al residente de pie

- Coger al residente por debajo de las axilas, poniendo un pie delante de los pies del residente.
- Doblando las rodillas al m3ximo, levantar al residente suave pero firmemente.
- El residente debe apoyar las manos en los hombros del auxiliar.

d. Deambulaci3n con ayudas mec3nicas

- Asegurar que el residente tiene confianza suficiente, para deambular y conserva el equilibrio adecuado.
- Verificar que se ha elegido la ayuda t3cnica prescrita, y que 3sta est3 en condiciones adecuadas.
- Comprobar que el calzado es adecuado y la ropa amplia.
- Permanecer con el residente, mientras aprende la t3cnica y hasta asegurar el dominio de ella.
- Las ayudas mec3nicas deben estar siempre al alcance del residente.
- Respetar el ritmo de la marcha del residente, sin apremiarle en ning3n momento.

e. Transferencias con grúa

- Asegurar la correcta colocaci3n de las cinchas, para evitar el riesgo de caídas o lesiones.
- Utilizar la grúa adecuada para cada tipo de transferencia.
- La grúa deber3 tener visible sus instrucciones de uso.
- Realizar un traslado r3pido pero con suavidad.
- Si el residente no puede mantener la cabeza, sujet3rsela con las manos.
- Si en proceso el residente se agita, detener la transferencia e intentarlo posteriormente.
- Hablar con el residente a lo largo del proceso.



Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- PIA nº 5 del CFR: Desencadenante A de rehabilitación en AVD.
- Sección G “Problemas físicos y estructurales” (Pág.: B/36 a B/62) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Evacuación



La Suma de Todos

 Comunidad de Madrid

www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

Grupo de Trabajo

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención a la Evacuación



Introducción

La evacuación es una de las actividades básicas de la vida diaria más compleja pues intervienen múltiples factores y se relaciona con el mantenimiento de capacidades en todas las áreas.

Los cambios morfológicos y funcionales en los mayores hacen que la evacuación autónoma sea uno de los aspectos más apreciados por los residentes y el conseguir esto es un objetivo prioritario en la atención proporcionada por instituciones y profesionales.

Aunque la dependencia en la actividad de la evacuación no amenaza la vida del paciente, es un problema que suele ir asociado a la incontinencia y provoca incomodidad, humillación, vergüenza y limitación importante de la actividad familiar e individual.

Este tipo de dependencia deteriora la calidad de vida, limita la autonomía personal, posee graves repercusiones psicológicas y sociales y predispone para una mayor morbilidad y mortalidad.

Actualmente necesitan algún tipo de ayuda para satisfacer las necesidades de evacuación el 32% de los mayores ingresados en alguna de las residencias gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social, lo indica la importancia de tener protocolizada la asistencia a facilitar en este aspecto importante de la vida diaria.

Objetivos

- Promover la continencia y la autonomía del residente, facilitando la evacuación.
- Proporcionar bienestar al residente.



- Asegurar la ayuda para la eliminación de orina y/o heces a todos los residentes, con dificultades de autonomía en esta función.
- Evitar las complicaciones asociadas a la existencia de orina y restos de heces.

Usuarios a los que se dirige

- ✓ Residentes con limitaciones de diferente intensidad para la función de evacuación.

Definiciones y conceptos

Se incluye en este apartado la ayuda para realizar las funciones de evacuación: cómo usa inodoro, cuña u orinal; cómo se sienta y se levanta del inodoro (transferencia); cómo entra o sale del cuarto de aseo; cómo se limpia, cambia de pañal, maneja sondas u ostomías y cómo se ajusta la ropa.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Evaluación del grado de dependencia para la evacuación y diseño de un plan personalizado de conservación, potenciación de la autonomía y de asistencia para la evacuación:** todos los miembros del equipo interdisciplinar. Se encargará de la coordinación el Diplomado en Enfermería (DUE).
2. **Ejecución del plan personalizado:**
 - Fisioterapeuta: Planificación y ejecución de medidas específicas dirigidas a mejorar/mantener la autonomía del residente.
 - Terapeuta Ocupacional: Indicación de las ayudas técnicas precisas y adiestramiento del residente.
 - Diplomado en Enfermería (DUE): Asegurar las medidas educativas que favorezcan el mantenimiento de la continencia y autonomía del residente. Cuantificación del nivel de ayuda. Prescribir las ayudas precisas. Cuidados de ostomía y/o sonda. Extracción manual de fecalomas.
 - Auxiliar de Enfermería: Ayuda directa al residente: asegurar la intimidad, asegurar el acompañamiento al retrete, ayuda para levantarse/sentarse del inodoro, limpieza correcta, ajuste de la ropa, asegurar la higiene de la ropa personal. Colaborar en la implantación de las medidas preventivas y educativas.

- 3. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el JATA estará encargado de las mismas

Descripción del procedimiento



- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:

G1G (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda limitada	Ayuda importante	Dependencia total
G2G (ayuda facilitada)	Ausencia de ayuda	Ayuda preparatoria	Ayuda física de 1 persona	Ayuda física de 2 personas	

- 2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:**

- a. Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de autonomía para AVD del CFR cada 6 meses.
 - Definiendo criterios de resultado: Pormenorizar objetivos de mejora medibles, que muestren una evolución favorable por la aplicación de los cuidados establecidos. Detallar el tiempo de valoración para la consecución de la tarea.
- b. Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
 - Acompañar al cuarto de aseo cuando el usuario lo demande (asegurar la intimidad necesaria).
 - Estudiar las ayudas técnicas y las adaptaciones del entorno precisas para mantener la mayor autonomía posible.
 - Aconsejar el uso de ropas adecuadas que no entorpezcan la función evacuatoria.
 - Comprobar que los pestillos de los cuartos de aseo se puedan abrir desde fuera.
 - Proporcionar ayuda para sentarse y levantarse del inodoro.
 - Permitir que el residente disponga del tiempo adecuado para la evacuación.
 - Asegurar, después de la deposición, una limpieza correcta y el ajuste adecuado de la ropa.



- Utilizar una técnica correcta de cambio de pañal de incontinencia (ver protocolo de incontinencia), utilizando siempre el pañal adecuado.
- En residentes con sujeciones, velar especialmente por su accesibilidad al baño.
- En aquellos casos prescritos, asegurar la administración de enemas y la extracción de fecalomas.
- Realizar cuidados adecuados y periodicos de ostomías y/o sondas vesicales.
- Eliminar los residuos siguiendo normas estandarizadas. La bolsa colectora de orina deberá ser vaciada por el Aux. de Enfermería en el inodoro antes de su eliminación.
- El Aux. de Enfermería deberá dejar referencia documental del nº y características de las deposiciones en los casos prescritos. El DUE deberá detectar los casos en los que puedan aparecer problemas en la evacuación.

3. Los profesionales encargados de la atención realizarán las distintas actividades de este protocolo según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.

4. Registrar la ayuda prestada por parte del Aux. de Enfermería así como el control del ritmo intestinal de los residentes autónomos que lo precisen.

Normas técnicas

- El procedimiento de ayuda para sentarse y levantarse del inodoro es similar al empleado para sentar/levantar de un sillón.
- **Administración de enemas**
 - Asegurar que la prescripción corresponde al residente
 - La administración del enema se realizará de forma preferente en el turno de la prescripción o en el siguiente como máximo.
 - Comprobar que no existen alergias a los componentes del enema.
 - Comprobar que la solución tiene una temperatura adecuada (25°-30°).
 - Verificar que la cánula que se va a introducir sea roma y esté bien lubricada.
 - No introducir más de 1500 cc de solución en ningún caso.
 - Si existe resistencia persistente a la introducción de la cánula, retirarla y avisar al médico.



■ **Cuidados de ostomías**

- ❑ Cuando exista vello en la zona periestomal, cortarlo con tijeras, no rasurar.
- ❑ No usar cremas o pomadas que reduzcan la adherencia de la bolsa.
- ❑ No realizar cambios excesivos de la bolsa ya que esto favorece la irritación de la piel.
- ❑ Observar el estoma para detectar cambios de coloración, edemas, úlceras, prolapsos, sangrados.
- ❑ Si aparece exudado purulento alrededor de la bolsa, quitarla y revisar la zona.

■ **Sondaje vesical**

- ❑ Averiguar posibles alergias a los materiales empleados.
- ❑ Evitar sondajes traumáticos o poco asépticos.
- ❑ Comprobar la permeabilidad de la sonda.
- ❑ Evitar acodamientos del circuito.
- ❑ No elevar la bolsa de orina por encima del nivel de la vejiga.
- ❑ Cerciorarse de que la bolsa de orina no se arrastra por el suelo.
- ❑ Fijar el sistema para evitar la salida de la sonda o lesiones uretrales.
- ❑ Cuando sea preciso, pinzar la sonda en la conexión con la bolsa o en el tubo de la misma.

■ **Extracción manual de fecalomas**

- ❑ Comprobar que el residente esté relajado y que colabora.
- ❑ Lubricar adecuadamente el dedo que se vaya a utilizar en la maniobra.
- ❑ Los movimientos con el dedo deberán ser suaves y rotatorios.
- ❑ Realizar pequeñas pausas para favorecer el descanso del residente.
- ❑ Suspender el procedimiento ante sangrados, dolor anal intenso o signos vagales (mareo, sudoración, palidez, palpitaciones...)

Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.



Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- PIA nº 5 del CFR: Desencadenante A de rehabilitación en AVD.
- Sección G “Problemas físicos y estructurales” (Pág.: B/36 a B/62) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Baño

Grupo de Trabajo

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Baño

3



Introducción

La higiene en las personas mayores, o en lo que les rodea, es un indicador importante para conocer si todo marcha correctamente o algo está ocurriendo, en la capacidad de auto atención de estas personas. Las dificultades para moverse, el temor a caerse en el cuarto de baño o los problemas de visión pueden estar detrás de una aparente dejadez.

El baño es una de las actividades donde antes se manifiesta la pérdida de la autonomía y actualmente el 56% de los residentes precisan algún tipo de ayuda física o supervisión, para completar la actividad del baño.

La higiene completa en baño, o ducha geriátrica, suele ser una de las actividades más apreciadas por los mayores y al profesional le permite, entre otras cosas, valorar integralmente la piel y estado general del mayor.

Ayudar en el baño a otra persona no es una simple tarea mecánica, sino que requiere de algunas habilidades especiales de los profesionales asistenciales como la paciencia, flexibilidad y amabilidad. Esta tarea también exige una gran dosis de iniciativa y conocimientos técnicos, para lograr que esta actividad sea terapéutica, sobre todo en mayores con problemas de deterioro cognitivos. Estructurar de una forma clara como realizarlo, y las normas técnicas para ello, es una forma de mejorar la calidad de la atención a nuestros mayores.

Objetivos

- Satisfacer las necesidades vitales de la persona para mantener la autoestima y la calidad de vida.
- Asegurar un mínimo de 1 baño completo por semana y cuando el residente lo precise o lo demande.

- Intentar restaurar o conservar las diversas capacidades para lograr el máximo nivel posible de autosuficiencia en el baño.
- Supervisar, apoyar o ayudar al residente durante la actividad del baño.



Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes, en especial, aquellos con limitaciones de diferente intensidad para el baño y los residentes autónomos que precisen estímulo para el baño.

Definiciones y conceptos

Baño: Esta actividad hace referencia a cómo se baña en bañera o ducha el residente el cuerpo entero (cabello incluido). Incluye la transferencia hacia y desde el baño o la ducha. No se incluye la higiene corporal del residente en la cama.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Evaluación del grado de dependencia para el baño y diseño de un plan personalizado de conservación y potenciación del autocuidado y de asistencia para supervisar, apoyar o ayudar al residente en las funciones que no pueda ejecutar de forma autónoma:** todos los miembros del equipo interdisciplinar. Se encargará de la coordinación el Diplomado en Enfermería DUE).
2. **Ejecución del plan personalizado:**
 - Fisioterapeuta: establecerá las técnicas precisas en aquellos residentes susceptibles de mejorar para llevar a cabo la actividad del baño.
 - Terapeuta Ocupacional: determinará las ayudas técnicas precisas, así como la necesidad de estimular, apoyar o reeducar para la actividad.
 - Diplomado en Enfermería (DUE): prescribirá los cuidados para el baño (la frecuencia y el tipo). Supervisará la ejecución. Comprobará las existencias de material preciso para el baño y lo proporcionará a los Auxiliares de Enfermería. Dotará de la ayuda precisa a los usuarios que requieran cuidados especiales (encamados, vías, etc.).



- ▣ Auxiliar de Enfermería: informará al residente de la actividad. Asegurará las condiciones ambientales adecuadas (intimidad, temperatura y ventilación ambiental, temperatura del agua, secado, etc.). Llevará a cabo la actividad y la registrará en el registro de ABVD.
- 3. Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el JATA estará encargado de las mismas y se responsabilizará de proveer el material necesario para el baño al DUE de referencia

Descripción del procedimiento

- 1. Cuantificación del grado de ayuda y del personal preciso:** la cuantificación del grado de ayuda se realizará siguiendo los criterios de valoración establecidos en la sección G1 y G2 de CFR:

G3A (autonomía)	Independiente	Supervisión	Ayuda física limitada al traslado	Ayuda física parcial en el baño	Dependencia total
G3B (ayuda facilitada)	No precisa preparación ni ayuda física	Sólo ayuda preparatoria del material	Ayuda física de 1 persona	Ayuda física de 2 o más personas	

- 2. Elaboración de un programa individualizado de atención en el que se especifiquen:**
- a.** Unos objetivos razonables de rehabilitación/restauración para conservar y potenciar la autonomía:
 - Definiendo objetivos de mejora/mantenimiento del grado de dependencia para AVD de CFR cada 6 meses
 - Definiendo criterios de resultado: Pormenorizar objetivos de mejora medibles, que muestren una evolución favorable por la aplicación de los cuidados establecidos. Detallar el tiempo de valoración para la consecución de la tarea.
 - b.** Un programa de atención según el nivel de dependencia y el grado de ayuda detectado:
 - Valorar la necesidad de ayudas mecánicas.
 - Asegurar la intimidad del residente (baño individual).
 - Adaptar, en lo posible, los horarios de baño a los deseos de los usuarios.
 - Prestar especial atención a las condiciones ambientales y de temperatura del agua. Evitar temperaturas extremas.
 - Evitar riesgos de caída en el baño.



- Asegurar un secado meticuloso de la piel, en especial, en pliegues corporales.
- Aplicar cremas hidratantes.
- Aprovechar el baño para revisar el estado de la piel y las uñas.
- Recogida y derivación a lavandería de la ropa sucia.
- Eliminación de residuos y material contaminado.

3. Los profesionales encargados de la atención realizarán las distintas actividades de este protocolo según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.

4. Registrar la ayuda prestada por parte del Aux. de enfermería así como la supervisión del baño del residente autónomo que lo precise.

Normas técnicas

- Antes del baño deben tenerse preparados los materiales necesarios:
 - Toalla.
 - Productos para la higiene corporal.
 - Guantes desechables no esterilizados.
 - Bolsas para la ropa sucia ➡ mandar a lavandería.
 - Bolsas para residuos y desechos ➡ procedimiento de eliminación de residuos contaminados.
- Utilizar utensilios y productos de uso individual.
- Comprobar que se han retirado las prótesis auditivas.
- Trasladar vestido al baño, al residente que lo precise.
- Ayudar al residente a entrar/salir del baño/ducha.
- Ayudar al residente a limpiarse las zonas que él no puede, o tiene dificultad.
- Supervisar el baño de forma permanente.
- La ayuda al residente se prestará sujetando por la espalda, no por debajo de los brazos o tirando de ellos.
- No prolongar el baño más de 15 minutos.
- Terminar el baño con la higiene de las zonas más contaminadas (periné, genitales).
- Después del baño, proceder a la limpieza y desinfección de bañera/ducha.



- Cuando se utiliza camilla de baño, tener en cuenta:
 - Ayudar al residente a pasar de la cama a la camilla.
 - En el trayecto de la habitación al baño, cubrir al residente con una toalla.
 - Proteger la cara del residente durante el baño (el agua de la ducha puede ser molesta).
 - Cuidar el secado de la parte posterior del cuerpo.

Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- PIA nº 5 del CFR: Desencadenante A de rehabilitación en AVD.
- Sección G “Problemas físicos y estructurales” (Pág.: B/36 a B/62) del manual Clasificación Funcional de Residentes CFR. Proceso Técnico Asistencial 2. Valoración de Necesidades para la Planificación de Cuidados (Documento nº 8). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.



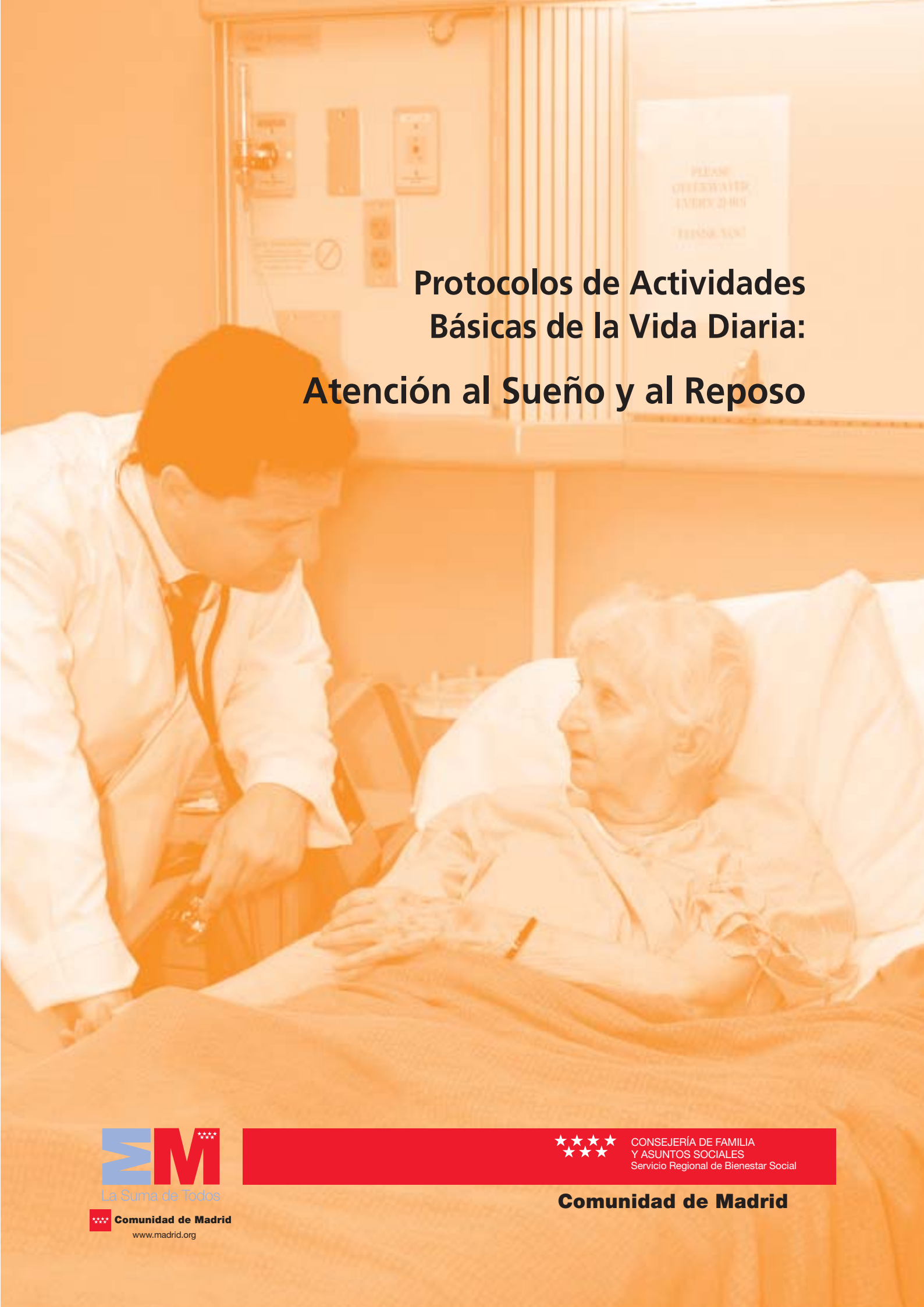
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

www.madrid.org



Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Sueño y al Reposo

Grupo de Trabajo

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ
D. ELÍAS MARTÍN MORENO
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ
D^a. M^a JOSÉ MENA CAÑADAS
D^a. M^a ISABEL VELA CARBONERO
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO
D^a. M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ
D^a. MARTA MIRANDA HERRERA
D^a. CONCEPCIÓN ZAMORANO BAENA
D^a. ROSA M^a MAYOR GALLEGO
D^a. INMACULADA GARCÍA GARCÍA
D^a. M^a CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA
D^a. MANUELA RODRÍGUEZ PRADA
D^a. MANUELA GARCÍA OVIEDO
D^a. M^a LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA
D^a. INOCENCIA ARIAS SALGADO
D. JAVIER MIGUEL ARROYO PONCIANO
D^a. ARÁNZAZU NIETO HERNÁNDEZ
D^a. TERESA GONZÁLEZ CARRERA
D^a. OLGA CURES RIVAS
D^a. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria: Atención al Sueño y al Reposo



Introducción

Son bien conocidos, por todos, los beneficios físicos y emocionales que proporcionan el sueño en un buen descanso nocturno. Cuando se descansa correctamente se tiene una mayor **vitalidad** en la actividad diaria, se mejora el rendimiento físico e intelectual y aumentan los sentimientos de bienestar y autosatisfacción. El **descanso** correcto aumenta nuestra calidad de vida, o lo que es lo mismo **dormir bien** es asimilado por los mayores a vivir mejor.

Los patrones de sueño y reposo en personas mayores están frecuentemente alterados, aumentando la cantidad del sueño ligero y disminuyendo la cantidad del sueño profundo, necesario para el descanso y recuperación física de funciones vitales. Es frecuente que los mayores por las noches se encuentren despiertos, con dificultad de conciliar el sueño, especialmente si durante el día han dormido la siesta.

Los ancianos pueden pasar una noche esporádica sin dormir, y esto tiene escasos efectos sobre su salud ya sea física, o mental. Pero después de varias noches de sin dormir, de estar con insomnio, los mayores se sienten adormilados durante el día, les resulta más difícil concentrarse o tomar decisiones y puede llegar a alterarse su estado de ánimo.

La alteración de la calidad del sueño en los mayores responde tanto a los deterioros propios del envejecimiento como a patologías tratables.

Es muy importante también conseguir un adecuado reposo postural de los mayores dependientes en silla de ruedas, o que por su falta de movilidad autónoma tengan riesgo de sufrir contracturas, úlceras por presión, etc. Por ello se aborda en este protocolo, aquellas medidas a tomar para asegurar un correcto descanso diurno en estas personas, garantizándoles unos correctos cambios posturales.



Más del 20% de los usuarios que viven en alguna de las residencias gestionadas por el Servicio Regional de Bienestar Social, necesitan tomar medicamentos hipnóticos diariamente para dormir. En el protocolo, que presentamos, se establece la adopción de otras medidas higiénicas y ambientales que contribuyan a la mejora de la calidad de sueño y reposo, procurando con ello conseguir resultados parecidos a los que se consigue con la toma de medicación.

Objetivos

- Mantener y/o restaurar el bienestar físico y emocional alterado por la falta de descanso.
- Reducir los problemas de sueño más habituales.
- Pautar de forma equilibrada los momentos de actividad y descanso en el residente.

Usuarios a los que se dirige

Todos los residentes del centro.

Definiciones y conceptos

Insomnio: El DSM-IV define el insomnio primario, como una queja que dura al menos un mes, de dificultades en iniciar o mantener el sueño o de que este no sea reparador (APA, 1994).

Reposo: Tiempo durante el que se descansa para restaurar el bienestar físico y emocional. Sinónimo de descanso y relajación.

Unidades y/o profesionales implicados

1. **Evaluación del patrón de sueño y su repercusión en la calidad de vida:** El médico y Diplomado en Enfermería (DUE) realizarán la evaluación a partir de la información del residente y Equipo Multidisciplinar.

2. **Definición de los cuidados precisos para mejorar el sueño y el descanso:** DUE y médico.
3. **Tratamiento específico del insomnio una vez diagnosticado:** médico.
4. **Ejecución del plan personalizado establecido:** DUE y Aux. de Enfermería.
5. **Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial estará encargado de las mismas.



Descripción del procedimiento

1. **Valoración de la calidad y la cantidad del sueño y del descanso del residente:** El Auxiliar de Enfermería y/o Diplomado en Enfermería (DUE) se encargará de valorar el sueño y descanso, demandando la intervención del Médico cuando sea preciso.
2. **Identificar aquellas situaciones que puedan alterar o dificultar el sueño.**
3. **Establecimiento de medidas generales así como individuales para mejorar la calidad y cantidad del sueño y el descanso:** El DUE programará y prescribirá las medidas oportunas para mejorar el sueño y/o descanso. El Aux. de enfermería se encargará de la cumplimentación de las mismas:
 - a. Durante el día, evitar dormir (salvo el reposo programado en cama y/o sillón para evitar el riesgo de UPP y el cansancio), potenciando la realización de actividades y ejercicio físico regular.
 - b. Introducir medidas ambientales favorecedoras del sueño:
 - Entorno agradable, silencioso, sin estímulos excesivos.
 - Buenas condiciones de intimidad.
 - c. Acostar al residente que lo precise con horarios regulares, siguiendo siempre la misma rutina y rituales.
 - d. Registrar las anomalías del sueño-descanso de los usuarios para el abordaje y corrección pertinentes.
 - e. Efectuar control y supervisión nocturna, cambios posturales y de absorbente en los que lo precisen.
 - f. Aplicar medidas que favorezcan la inducción del sueño:
 - Favorecer el bienestar físico: ropa confortable, limpia y seca, postura cómoda...
 - Apoyar medidas que ayuden al sueño: lectura agradable, bebidas (leche, infusiones)
 - Evitar bebidas excitantes y comer antes de acostarse.



g. Cuidar aquellos factores que puedan alterar el sueño una vez conciliado:

- Evitar ruidos. Se debe entrar con precaución en las habitaciones y solo cuando sea necesario.
- Evitar ingesta hídrica importante antes de acostarse.

4. **Los profesionales encargados de la atención realizarán las distintas actividades de este protocolo, según las normas técnicas descritas en el siguiente apartado.**

5. **Registrar los cuidados prestados al residente.**

Normas técnicas

■ Normas Generales para el Reposo en Cama:

- Informar al residente de los horarios de descanso y solicitarle el máximo respeto hacia los demás.
- Acostar al residente cuando tenga sueño.
- Asegurar una ventilación correcta, ausencia de malos olores y una temperatura adecuada (los mayores tienen una temperatura basal normalmente más baja, no requiriendo por tanto acondicionamientos tan pronunciados).
- Bajar las persianas y eliminar toda luz que no sea necesaria.
- Asegurar que el residente así como la cama están limpios, secos y las sábanas sin arrugas.
- Proporcionar un vaso de agua al alcance de la mano y en los residentes dependientes con despertares nocturnos, estimular la ingesta hídrica, especialmente en etapa estival.
- Facilitar el acceso a algunos elementos como servilleta o pañuelo, botella para orinar si tiene necesidad, timbre e interruptor de la luz.
- Posicionar al residente en una postura que le resulte cómoda.
- Evitar en las rondas de control nocturno utilizar luces innecesarias, hablar en tono alto y los ruidos.

■ Normas para el Reposo en Cama y/o Sillón Geriátrico reclinable durante el Día, vs. Siesta:

Será prescrito por el médico y/o DUE en los siguientes supuestos:

- UPP o elevado riesgo de padecerla (Escala Norton modificada).
- Problemas orgánicos que aumentan el riesgo de UPP (malnutrición, problemas circulatorios, etc.).

- ❑ Usuarios que permanecen durante períodos prolongados en una misma postura o manifiestan incomodidad.

Una vez concluido el periodo prescrito de descanso, se procederá a levantarlo y reintegrarlo a las actividades habituales dentro de la residencia.



Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de ABVD.

Custodia de documentos:

1. Registro de ABVD se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada Residente.

Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Noviembre de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años.

Documentos y referencias

- Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores. SAR Fundación.
- Gestión asistencial de residencias para mayores. Grupo EULEN.
- Manual de procedimientos de enfermería. Hospital Gral. Universitario Gregorio Marañón.
- Manual de Buena Práctica para residencias de personas ancianas. Diputación Foral de Álava.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.

Protocolos de Actividades Básicas de la Vida Diaria:

Manual para la Cumplimentación de la Hoja de Registro del Plan de Cuidados Básicos de Enfermería

CONSIDERACIONES GENERALES

1. La enfermera (DE) responsable y encargada por el Jefe de Área Técnico Asistencial (JATA), elaborará mensualmente las hojas de todos los residentes a su cargo. En residentes autónomos e independientes puede no ser necesaria la cumplimentación de la hoja nº 2, pero la hoja nº 1 debe hacerse a todos los residentes, sin excepción.
2. Cuando el residente sea ingresado en la unidad de enfermería para tratamiento agudo, se mantendrá la misma hoja de registro que ya estuviera abierta con el fin de mantener la continuidad de los cuidados prestados.
3. La DE responsable será la encargada de prescribir los cuidados de manera individualizada, marcando con una x en la casilla correspondiente, que la auxiliar de enfermería (AE) debe aplicar y registrar. Si un cuidado no está marcado no debe ser registrado. NO ES UN PLAN DE CUIDADOS ESTANDAR.
4. Si una vez iniciado el mes, la DE considera necesario cambiar el cuidado a prestar y registrar, hará un círculo sobre la x del cuidado anulado y hará una x sobre el nuevo cuidado a prestar y registrar.
5. La AE de referencia será la encargada por el JATA de:
 - ❑ Participar en las reuniones del equipo multiprofesional previsto en los protocolos para la determinación de los cuidados y objetivos.
 - ❑ De aplicar y registrar los cuidados prescritos. Caso de no poder aplicarlos personalmente se preocupará de que se apliquen y registren haciendo participe a sus compañeras /os del plan.
6. El registro del cuidado lo hará la AE que lo ha prestado, sea o no la auxiliar de referencia. En el caso de que el cuidado lo apliquen 2 o más AE, solo firmará la de referencia o la AE que la este sustituyendo en ese momento.
7. Se anotará en cada casilla del día y turno, el código (número) de los cuidados prestados y las iniciales del nombre y primer apellido de la AE que lo ha prestado.

8. El JATA deberá disponer de un libro de firmas que permita identificar a cada profesional de manera fehaciente y sin dudas.
9. En los apartados AUTONOMÍA y AYUDA de cada registro se deberá marcar con una x el mismo código que se haya codificado en el CFR. Si el nivel de autonomía o ayuda cambiara en el transcurso del mes, según criterios del manual del CFR, la enfermera podrá modificar provisionalmente la valoración previa y alertar al equipo para su reevaluación si fuera precisa.
10. En el apartado OBJETIVOS la enfermera responsable deberá anotar los correspondientes objetivos del plan que se acordaron en la reunión del equipo multiprofesional de asistencia del residente. En caso de que no se haya producido la reunión deberá marcar objetivos provisionales. Si fuera posible se anotara también el problema y las indicaciones necesarias que favorezcan la realización de los cuidados y la consecución de los objetivos.

Ejemplos:

- ❑ *(Déficit de autocuidados en la higiene personal relacionado con deterioro cognitivo, disminución de la fuerza física y la resistencia y manifestado por la incapacidad para lavarse adecuadamente).* Se tratará de mantener la higiene correcta ayudándole totalmente con lavado diario en cama.
- ❑ *(Déficit de autocuidado en evacuación, uso del wc relacionado con trastornos de la capacidad de transferencia y movilidad e intolerancia a la actividad y manifestado por la incapacidad de ir al servicio, sentarse y levantarse del inodoro, desvestirse y vestirse adecuadamente y realizar la higiene adecuada).* Se tratará de que pueda realizar las actividades básicas de la eliminación. Se le prestará la ayuda personal necesaria en el traslado, las transferencias, el vestido y la higiene, siempre que lo pida. Se le pondrá pañal de incontinencia 24 h.
- ❑ *(Déficit de autocuidado de vestido y arreglo relacionado con deterioro cognitivo, depresión y ansiedad severa y deterioro músculo esquelético y manifestado por la incapacidad para completar el vestido).* Se tratará de mantener el aspecto de una manera satisfactoria y se la ayudará totalmente y a diario a vestirse y desvestirse, se le preguntará y se le dará la oportunidad que elija la ropa que quiera ponerse, se la animará a que participe en la medida que pueda en la actividad, se la dará todo el tiempo que sea necesario, se respetará su intimidad y se elogiará los logros.
- ❑ *(Deterioro de la movilidad física relacionado con trastornos neuromusculares y manifestado por trastorno de coordinación y tener rango de movimientos deambulatorios limitados por el uso de andador).* Se tratará de mantener una movilización adecuada a su capacidad, así como que exprese su deseo de cooperar en la movilización de acuerdo a su capacidad. Se le enseñará el uso del material de ayuda en la deambulación y las principales complicaciones y forma de prevenirlas. Se dejará a su alcance los objetos que pueda necesitar de noche así como el sistema de llamada.

11. En el apartado CUIDADOS A REGISTRAR se debe marcar con una x en el cuadro correspondiente al cuidado. En las casillas libres se podrán poner otros cuidados individualizados que se acuerden. Si no hay casilla libre para anotar un cuidado individualizado y uno de los preestablecidos no es necesario, se podrá borrar este y anotar el nuevo.

CUMPLIMENTACIÓN POR PROTOCOLOS

HIGIENE PERSONAL

1. SUPERVISAR O AYUDAR DIARIAMENTE EN LA PREPARACIÓN. Se incluye a los residentes a los que se les tiene que recordar el aseo, a los que se les da toalla, esponja, etc. y a los que aún lavándose ellos se les revisa.
2. AYUDAR PARCIALMENTE LAVADO E HIDRATACIÓN. Se incluye en este grupo a los residentes que colaboran en su higiene pero precisan cualquier grado de ayuda física en el aseo diario y a todos los residentes a los que se les realiza la higiene en el baño en bipedestación. Incluye la hidratación cutánea con crema hidratante
3. LAVADO E HIDRATACIÓN COMPLETO DIARIO. Se incluye a todos los residentes a los que se les realiza la higiene diaria en la cama.
4. ARREGLO DE PELO. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se registrará el arreglo del pelo del residente.
5. ARREGLO DE UÑAS MANOS PIES. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se registrará el día en que se realiza el corte de uñas. Se indicará con una "M" para las uñas de las manos y con un "P" para las uñas de los pies.
6. AFEITAR. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar.
7. LIMPIEZA DE DIENTES O PRÓTESIS DENTAL. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se registrará el lavado de la boca o prótesis dental en caso de que se precise.

EVACUACIÓN

1. CAMBIO ABSORBENTE (HORARIO): Se deberá poner el horario de cambio de absorbente pautado en el protocolo de cada residente. Se marcará este cuidado para los residentes que tengan pautado absorbente para incontinencia urinaria o fecal.
2. CAMBIO ABSORBENTE EXTRAORDINARIO. Se anotará el código 2 cuando se produzca cambio fuera del horario anterior, por heces u otras causas.
3. CAMBIO O VACIADO DE BOLSA DE ORINA O COLOSTOMÍA. Se debe añadir el horario del cambio o vaciado. En residentes con sonda vesical o Colostomía.

4. Si se precisa registrar también a los residentes, a los que se les entregan absorbentes aunque se los pongan ellos, se debe añadir en el cuidado nº 4 ó 5.
5. MEDIR DIURESIS POR TURNO. No es necesario código, si esta marcado con x el casillero el AE debe anotar la cantidad total en su turno.
6. CONTROL DE DEPOSICIONES. No es necesario poner las iniciales de la AE que anota. Si son más de 1 deposición en el turno se pondrán tantas iniciales como deposiciones.

Ejemplo:

LLL = 3 deposiciones líquidas. BBL = 2 deposiciones blandas y 1 líquida.

VESTIDO Y ARREGLO PERSONAL

1. SUPERVISIÓN Y/O PREPARACIÓN. Incluye a los residentes a los que se les coge la ropa del armario y se les deja preparada y a los que únicamente precisan supervisión una vez que se han vestido. Supervisar la ropa de un residente incluye la que esta en el armario, y que la ropa que lleve puesta este en condiciones, tanto higiénicas como de uso, (que no este deteriorada, rota, inadecuada para la temperatura, etc.).
2. AYUDA EN EL VESTIDO Y DESVESTIDO. Se incluye a los residentes a los que se les presta cualquier grado de ayuda en el vestido, incluyendo a los que se les ayuda únicamente con la ropa interior y/o calcetines, etc.
3. AYUDA EN LA COLOCACIÓN DE PRÓTESIS U ÓRTESIS. Se incluye a todos los residentes que precisan ayuda para la colocación de cualquier tipo de prótesis, especificando cual (audífonos, gafas, fajas, medias...).
4. ROPA SOLICITUD (S) RECEPCIÓN (R). Se debe añadir que turno lo debe realizar la solicitud. Se registrará el día que se realice una petición de ropa a la familia o a la trabajadora social con una (S) y el día en que la familia traiga la ropa con una (R).

TRANSFERENCIAS Y DEAMBULACIÓN

1. SUPERVISIÓN TRANSFERENCIAS. Se incluye a los residentes a los que se les supervisa cuando se levantan o se acuestan y a los que únicamente precisan que se les retiren las barras laterales (se especificará retirada de barras).
2. AYUDA DEAMBULACIÓN. Se incluirá a todos los residentes que precisan cualquier grado de ayuda física para deambular o ir en silla de ruedas.
3. AYUDA EN LAS TRANSFERENCIAS. Se incluirá a todos los residentes que precisan cualquier grado de ayuda física para levantarse o acostarse entre superficies.
4. ASISTENCIA A FISIOTERAPIA. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se incluirá a todos los residentes que acuden al servicio correspondiente ya sea que le lleve la AE o el auxiliar de servicios generales, en este último caso la AE se asegurara que va y vuelve del servicio.

5. ASISTENCIA A TERAPIA OCUPACIONAL. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se incluirá a todos los residentes que acuden al servicio correspondiente ya sea que le lleve la AE o el auxiliar de servicios generales, en este último caso la AE se asegurara que va y vuelve del servicio.
6. DAR PEQUEÑOS PASEOS POR LA UNIDAD. Debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se pautará a los residentes que precisen deambular por prescripción facultativa, de fisioterapia o de enfermería.

BAÑO

1. BAÑO EN DUCHA, RECORDAR Y SUPERVISAR. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Incluye a todos los residentes, incluso a los que se duchan de forma autónoma y a los que sólo hay que recordarles o supervisarles.
2. BAÑO EN DUCHA, AYUDA EN PARTE. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se incluye a los residentes que solo hay que ayudarles en el traslado y colaboran en el baño, lavándose alguna zona de fácil accesibilidad (genitales, tórax...).
3. BAÑO EN DUCHA, AYUDA TOTAL. Se debe añadir que días y que turno lo debe realizar. Se incluye a todos los residentes que precisan ayuda total para la actividad del baño.

ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

MEDIR INGESTA DE LÍQUIDOS. Anotar solo la cantidad que el residente toma en centímetros cúbicos.

COMPLEMENTOS. Anotar tipo y cantidad diaria.

1. SUPERVISIÓN Y/O PREPARACIÓN. Se incluirá a todos los residentes que coman de forma autónoma y necesiten supervisión y a los que precisen ayuda para partir alimentos o prepararlos. Por defecto se incluirá a todos los residentes ubicados en módulos asistidos.
2. CONTROL INGESTA: ANOTAR % DE RACIÓN RECHAZADA. Se incluirá a los residentes, que dejen habitualmente un porcentaje de la ración servida, a los que hayan disminuido su peso corporal y a todos los que por otros criterios se les quiera cuantificar de manera objetiva el aporte nutricional y calórico. Se registrará en cada casilla, anotando sobre la ración servida un 25, 50, 75 o 100%, dependiendo de la cantidad rechazada.
3. DAR DE COMER EN LA BOCA/SONDA GÁSTRICA. Se incluirá a todos los residentes a los que se les dé la comida en boca o por sonda gástrica, bien con cubiertos, jeringas o cualquier tipo de instrumento para tal fin.
4. FORZAR INGESTA AGUA HASTA.....cc C/ TURNO. Se pautará este cuidado a residentes con signos de deshidratación, riesgo de la misma, etc. Se pautará la cantidad por turno recomendada.

5. TOMA NOCTURNA. Por defecto será la toma de las 24 horas. Se debe añadir que líquido (leche, zumo, agua, etc.) o alimento pautado se proporcionará. Esta toma va dirigida, en especial a residentes diabéticos, con riesgo de déficit de volumen de líquidos, etc. En el casillero se debe respetar el orden de los cuidados a registrar. Ejemplo:

450 cc	LÍQUIDOS INGERIDOS EN EL TURNO
1	PRESTADO EL CUIDADO DE PREPARACIÓN
25%	PORCENTAJE DE COMIDA RECHAZADA
4	PRESTADO CUIDADO DE FORZAR INGESTA
PG	INICIALES DE LA AE QUE HA PRESTADO LOS CUIDADOS

SUEÑO Y REPOSO

1. ACOSTAR SIESTA A.....H Y LEVANTAR A.....H: Se incluye a todos los residentes que tengan o precisen, que se les acueste la siesta. Se indicará las horas que permanecerá acostado el residente (Siesta estándar de 14 a 16 horas, residentes que precisen quedarse en la cama toda la tarde...).
2. CONTROL DE CALIDAD SUEÑO NOCTURNO: Se pautará este cuidado a los residentes que hayan manifestado cualquier trastorno del sueño y sobre los que interese conocer el patrón de sueño nocturno.

PREVENCIÓN DE LA INCONTINENCIA

Sólo en el caso de residentes incluidos en el protocolo.

1. AYUDA EN DESPLAZAMIENTOS. Residentes continentes que pueden necesitar ayuda para la evacuación por algún problema funcional que les impida hacerlo de manera autónoma. Se entiende que es a petición del residente.
2. RITMO MICCIONAL-FECAL PROGRAMADO. Se incluirá en este cuidado a los residentes que a pesar de llevar absorbentes, se les siente de manera rutinaria en el WC, favoreciendo la deposición o micción. Se pautará el horario, por ejemplo: horas pares o 9 (wc) -14 (wc) -18 (wc) -21 (wc) -3 (cuña).
3. CUIDADOS DE SONDA VESICO-URETRAL. Higiene, tipo de bolsa, colocación, cuidados del prepucio, etc.
4. CUIDADOS DE COLOSTOMIA. Cuidados del estoma, etc.
5. CUIDADOS DE COLECTOR. Cambio de dispositivo y bolsa, higiene, etc.
6. DISPOSITIVOS OCLUSIVOS URETRALES. Se debe indicar tipo y pauta de cambios.
7. TIPO DE ABSORBENTE. Se especificará el tipo y tamaño del absorbente que use el residente según tipo de incontinencia y especificaciones del protocolo.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Sólo en el caso de residentes incluidos en el protocolo.

MATERIAL DE PROTECCIÓN LOCAL. Cuál, dónde, cuándo.

DISPOSITIVOS DE ALIVIO DE PRESIÓN. TIPO: especificar cuál.

COLCHÓN ANTIÚLCERAS POR PRESIÓN: de aire de presión alternante, de agua, etc.

1. **INSPECCIÓN DIARIA POR TURNO.** De la piel, en especial las prominencias óseas. La AE comunicara al DE cualquier cambio en la coloración o textura de la piel del residente.
2. **CAMBIOS POSTURALES EN SILLA DE RUEDAS.** PAUTA: se especificara el horario y si fuese necesario la postura sobre la que tiene que reposar el residente, siempre que este en la silla de ruedas o sillón geriátrico. Ejemplo:

	HORAS	POSTURA
TURNO DE MAÑANA	DE 8'05 A 10	AMBOS GLÚTEOS
	DE 10 A 12	SOBRE GLÚTEO DERECHO
	DE 12 A 14	SOBRE GLÚTEO IZQUIERDO
	DE 14 A 16	AMBOS GLÚTEOS
TURNO DE TARDE	DE 16 A 18	SOBRE GLÚTEO DERECHO
	DE 18 A 20	SOBRE GLÚTEO IZQUIERDO
	DE 20 A 22'05	AMBOS GLÚTEOS

3. **PAUTA DE CAMBIOS POSTURALES EN LA CAMA.** Se especificara el horario y si fuese necesario la postura sobre la que tiene que reposar el residente, siempre que este en la cama. Ejemplo:

	HORAS	POSTURA
TURNO DE MAÑANA	DE 8'05 A 10	DECÚBITO SUPINO
	DE 10 A 12	DECÚBITO OBLICUO DERECHO
	DE 12 A 14	DECÚBITO OBLICUO IZQUIERDO
	DE 14 A 16	DECÚBITO SUPINO
TURNO DE TARDE	DE 16 A 18	DECÚBITO OBLICUO DERECHO
	DE 18 A 20	DECÚBITO OBLICUO IZQUIERDO
	DE 20 A 22'05	DECÚBITO SUPINO
TURNO DE NOCHE	DE 22'05 A 24	DECÚBITO OBLICUO DERECHO
	DE 24 A 3	DECÚBITO OBLICUO IZQUIERDO
	DE 3 A 6	DECÚBITO SUPINO
	DE 6 A 8'05	DECÚBITO OBLICUO DERECHO

EN EL DECÚBITO OBLICUO NO SOBREPASAR LOS 20 GRADOS DE INCLINACIÓN, QUE APOYE SOBRE EL GLÚTEO, NO SOBRE EL TROCANTER. No elevar la cabecera de la cama más de 45°.

4. CONTROL POSTURAL. Especificar que método utilizar (almohadas, cuñas, alzas, etc.).
5. CUIDADOS DE LA PIEL. Los especificados en el protocolo.

PREVENCIÓN DE SUJECIONES

Sólo en el caso de residentes incluidos en el protocolo. AUNQUE SE REPITAN CUIDADOS ES NECESARIO PARA CONOCER LA IMPORTANCIA DE TENER A UN RESIDENTE CON SUJECIONES.

TIPO Y HORARIO. Sólo se podrán poner las autorizadas, y solo éstas.

1. PONER SUJECIÓN DIURNA.
2. QUITAR SUJECIÓN DIURNA.
3. PONER SUJECIÓN NOCTURNA.
4. RETIRADA SUJECIÓN NOCTURNA.
5. SUPERVISIÓN DIURNA C/ HORAS. NOCTURNA C/ HORAS. Pueden coincidir con la de los cambios posturales o de supervisión de incontinencia.
6. MICCIÓN C/ HORAS.
7. DEFECACIÓN C/ HORAS.
8. DESCANSO CAMA C/ HORAS.
9. PASEOS C/ HORAS.
10. MOVILIZACIÓN C/ HORAS.

TIEMPOS DE CUMPLIMENTACIÓN

En la última semana del mes, se celebrará una reunión por unidad asistencial, con el DUE de referencia, el médico de referencia, las auxiliares de enfermería, la fisioterapeuta, la terapeuta ocupacional y la trabajadora social.

En esa reunión se tratará sobre cada uno de los residentes del módulo, constataando los cambios o problemas que hayan surgido en el mes, y toda la información que sea de interés para el Equipo del módulo.

Óscar Álvarez López

Carlos María Galán Cabello

PREVENCIÓN INCONTINENCIA OBJETIVOS		Distribución de días de atención: Total										Códigos administrativos por actividad																				
		Ayuda en Desplazamiento		Cuidados de higiene		Cuidados de alimentación		Cuidados de vestido		Tipo de actividad diaria																						
		Atención Muestral - Focal - Programado		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Tipo de actividad nocturna																						
		Cuidados de Suelo - Neutros		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica																								
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
M																																
T																																
N																																
PREVENCIÓN ÚLCERAS PRESION OBJETIVOS		Distribución de días de atención: Total										Códigos administrativos por actividad																				
		Atención Muestral - Focal - Programado		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Tipo de actividad diaria																				
		Cuidados de Suelo - Neutros		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
M																																
T																																
N																																
PREVENCIÓN SUECIONES OBJETIVOS		Distribución de días de atención: Total										Códigos administrativos por actividad																				
		Atención Muestral - Focal - Programado		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Tipo de actividad diaria																				
		Cuidados de Suelo - Neutros		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica		Evaluación Clínica																						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
M																																
T																																
N																																



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

Comunidad de Madrid


www.madrid.org



Protocolos de Atención Geriatrica



La Suma de Todos

 Comunidad de Madrid
www.madrid.org



CONSEJERÍA DE FAMILIA
Y ASUNTOS SOCIALES
Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid