

# Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. PRIMITIVO RAMOS CORDERO  
D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD  
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO  
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ  
D. JESÚS ROMERO VADILLO  
D. FRANCISCO JOSÉ DELGADO HERNÁNDEZ  
D. LUIS ALBERTO RUIZ RÍOS  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> INMACULADA DOMINGO SAYAGO  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ ALONSO PALOMAR  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA  
D. MANUEL LÓPEZ MARTÍNEZ  
D<sup>a</sup>. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ  
D<sup>a</sup>. MARTA DE LUCAS MATESANZ  
D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ  
D. LUIS MIGUEL NOVILLOS BRICEÑO  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> VICTORIA VALVERDE MOYAR  
D<sup>a</sup>. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS  
D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ  
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Prevención y Tratamiento de las Úlceras por Presión



### Introducción

En los centros residenciales de Mayores, la prevalencia de aparición de úlceras por presión se encuentra en, aproximadamente, un 5% de la población. Entre el 40 y el 60% de los residentes tiene, en condiciones normales, cierto riesgo de desarrollar úlceras por presión.

La aparición de úlceras por presión puede provocar consecuencias graves para la salud del anciano y, además, su tratamiento resulta largo y costoso. Sin embargo, las úlceras por presión son un problema que responde muy bien en la persona mayor a la prevención de los factores de riesgo.

Por lo tanto, la puesta en marcha de un protocolo específico que perfeccione las estrategias de detección de residentes en situación de riesgo, la aplicación de programas individualizados de prevención y la aplicación de los tratamientos y cuidados más adecuados en cada caso, permite prevenir o minimizar las lesiones producidas. Con ello conseguimos disminuir los casos en nuestros centros y mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios.

### Objetivos

- Prevenir la aparición de las lesiones o el agravamiento de las existentes.
- Tratar adecuadamente la lesión producida evitando incapacidades.

### Usuarios a los que se dirige

- ✓ Residentes con factores de riesgo.
- ✓ Residentes con UPP establecidas.



## Definiciones y conceptos

**Úlceras por presión** es aquella lesión (sin/con solución de continuidad) causada por presión continuada y /o de suficiente intensidad, que daña la piel y el tejido subyacente. Independientemente de su etiología unifactorial o multifactorial, el mecanismo de producción es de origen isquémico.

Se clasifican según la Agency for Health Research and Quality (AHRQ) en Grados de I a IV según la afectación de la piel y tejidos subyacentes:

1. **Grado I:** Piel rosada o enrojecida que no cede al desaparecer la presión en los 30 segundos siguientes de aliviar ésta.
2. **Grado II:** Piel con solución de continuidad, vesículas y/o flictenas. Afecta a epidermis y dermis superficial.
3. **Grado III:** Pérdida de tejido que se extiende en profundidad a través de la piel, llegando incluso a la dermis profunda e hipodermis. Se presenta en forma de cráter profundo a menos que se encuentre cubierto de tejido necrótico.
4. **Grado IV:** Pérdida total del grosor de la piel, con frecuente destrucción, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular). Presenta cavernas o trayectos sinuosos.

En este apartado no se incluyen las úlceras por estasis, o lesiones abiertas generalmente localizadas en las extremidades inferiores, provocadas por disminución del flujo sanguíneo debido a insuficiencia venosa crónica o a arteriopatía periférica.

Existen otros problemas de integridad cutánea debidos a erosiones-cortes, heridas quirúrgicas, traumatismos, quemaduras, abrasiones, erupciones, etc.

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Detección de Factores de Riesgo:** el Médico seleccionará a aquellos usuarios con factores de riesgo. Del mismo modo, cualquier miembro del equipo técnico-asistencial que los detecte, lo comunicará al Médico ó al Diplomado en Enfermería (DUE).
2. **Estratificación de Factores de Riesgo:** el DUE, en la valoración del residente, estratificará el riesgo mediante la Escala de Norton modificada.
3. **Intervención ante la Úlcera por Presión:** el Médico y el DUE prescribirán la pauta adecuada de curas. El DUE controlará el proceso, informando o solicitando la intervención del Médico, cuando así lo requiera la evolución; al mismo tiempo programará los cuidados básicos para la UPP.

4. **Cuidados Básicos preventivos y de control de la Úlcera por Presión:** el Auxiliar de Enfermería, aplicará los cuidados básicos (cambios posturales, medidas antipresión, hidratación, alimentación, etc.) según pauta y ritmo prescrito.
5. **Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo:** El Jefe de Área Técnico Asistencial. organizará y supervisará el correcto desarrollo del protocolo, así como la cumplimentación de los registros específicos.



## Descripción del procedimiento

1. **Detección de residentes con riesgo de UPP:** Una vez detectados los factores de riesgo de UPP (malnutrición, inmovilidad, etc.) en la valoración integral del residente, así como a través del PIA n° 18 del CFR. Se aplicará la escala de Norton
2. **Estratificación del nivel de riesgo de UPP** (escala de NORTON Modificada): No Riesgo > 14; Evidente Riesgo: 12-14; Alto Riesgo: 5-11. Ante residentes con nivel Evidente-Alto (5-14) de padecer UPP se realizará lo siguiente:
  - Cuidados específicos de la piel: (Diaria)
  - Inspección cutánea especialmente en prominencias óseas.
  - Higiene cutánea.
  - Exposición a la humedad (*Ver Protocolo de Prevención de la Incontinencia*).
  - Cuidados de la piel seca.
  - Reducción de la presión local.
  - Control postural.
  - Cambios posturales (encamados cada 2 horas. El resto según riesgo).
  - Dispositivos para reducir la presión local con supervisión adecuada.
  - Cambios posturales específicos en residentes en silla de ruedas.
  - Colchones anti-UPP.
  - Mejoría del estado general de salud:
    - Tratamiento de problemas de salud influyentes (Diabetes, Enfermedad Vasculard, Anemia, Infecciones, etc.).
    - Movilidad y grado de actividad funcional.
    - Estado nutricional (*Ver Protocolo de Nutrición, Alimentación y Dietética y PIA n° 14 CFR*)
    - Estado de hidratación (*Ver Protocolo de Atención a la Alimentación e Hidratación y PIA n° 16 del CFR*)



- Continencia urinaria y fecal (*Ver Protocolo de Prevención de la Incontinencia y PIA nº 7 del CFR*).
- Revisión del Tratamiento: Buscar fármacos que favorecen las UPP (corticoides, analgésicos, psicofármacos, quimioterapia, aplicaciones terapéuticas: sondas, etc.).
- Educación sanitaria y Auto cuidados: hábitos saludables, evitar alcohol, colonias, secado meticuloso y sin fricción, etc.

**3. Intervención ante Úlceras por Presión establecida:** Según el grado y características que presente la UPP, se utilizará el correspondiente material de cura según la Guía Farmacogeriátrica (Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. C. de Madrid) y se aplicarán los siguientes procedimientos:

- Limpieza
- Desbridamiento
- Prevención-Control de infección
- Formación Tejido de Granulación

**4. Cuidados Básicos preventivos y de control de la Úlcera por Presión:** Según el Grado de la UPP, el Auxiliar de Enfermería, procederá a realizar los cuidados según la periodicidad programada por D.U.E.

## Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento homologado de Estratificación del riesgo de UPP (Escala de Norton Modificada).
- ▲ Documento homologado de Registro y Tratamiento de UPP.
- ▲ Documento homologado de registro de cuidados básicos de UPP: cambios posturales, soporte técnico, ingesta.

Custodia de documentos:

1. Escala de Norton Modificada y el Registro de localización topográfica de UPP, se archivarán en la Historia de Enfermería.
2. El Registro y Tratamiento de UPP, se archivará en el libro o carpeta específico de cuidados de cada residente.
3. El Registro de Cuidados Básicos de UPP, se archivará en el libro o carpeta específico de cuidados de cada residente.

## Fecha de elaboración y vigencia

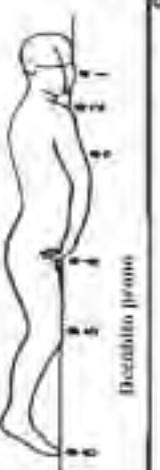
1. **Elaboración:** Febrero de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios de estrategias terapéuticas.

7



## Documentos y referencias

- PIA nº 18 del CFR: Úlceras por Presión 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.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Guía Farmacogeriátrica: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comunidad de Madrid.

| <b>HOJA DE REGISTRO DE TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN</b>   |  | <b>MES:</b>                   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|---|--|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| Nombre y apellidos  | Planta:  | Módulo:                       |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Localización de la úlcera   | Descripción (tamaño, aspecto, fotografía)                                | Tratamientos pautados y fecha |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  <p style="text-align: center;">Decúbito supino</p>  | <div style="border: 1px solid black; height: 200px; width: 100%;"></div> | Fecha:                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  <p style="text-align: center;">Decúbito lateral</p> |  | Fecha:                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|  <p style="text-align: center;">Decúbito prono</p>  |  | Fecha:                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|   |  | Fecha:                        |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| <b>Seguimiento del tratamiento pautado (Nombre o Iniciales)</b>   |  |                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| T   | 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   |  |                               |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

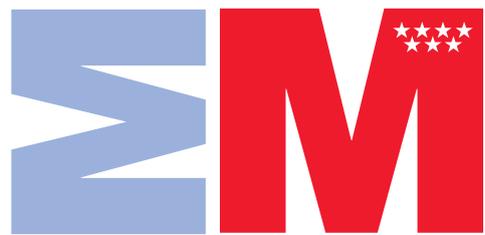


**DIRECTRICES PARA LA PUNTUACIÓN NUMÉRICA DE LA ESCALA DE MORTON MODIFICADA**

| A. ESTADO FÍSICO GENERAL   |  | B. ESTADO MENTAL  |  | C. ACTIVIDAD   |  | D. MOVILIDAD |  | E. INCONTINENCIA |  |
|--|--|---|--|--|--|--------------|--|------------------|--|
| <b>BUENO</b><br>4<br>-Nutrición: Persona que realiza 4 comidas diarias. Toma todo el menú, una media de 4 raciones de proteínas/azúcar y 2.000 Kcal. I.M.C. entre 20 y 25.<br>% enterrar 80.<br>-Ingesta de líquidos: 1.500-2.000 ccfilas (8-10 vasos).<br>-Temperatura corporal de 36 a 37°C.<br>-Hidratación: Persona que tiene poco mantenido con refresco capilar rápido. Mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinchazo. | <b>ALERTA</b><br>4<br>-Paciente orientado en tiempo, lugar y personas.<br>-Respuesta adecuadamente a estímulos: visuales, auditivos y táctiles.<br>-Comprende la información.<br><br><b>VALORACIÓN:</b> Solicitar al paciente que repita su nombre, fecha, lugar y hora.   | <b>TOTAL</b><br>4<br>-Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla.                                       | <b>AMBULANTE</b><br>4<br>-Independiente total.<br>-No necesita depender de otra persona<br>-Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o lleve prótesis.                | <b>NINGUNA</b><br>4<br>-Control de ambos esfínteres.<br>-Implantación de sonda vesical y control de esfínter anal.<br>-Un portador de sonda vesical permanente conlleva un riesgo. |  |              |  |                  |  |
| <b>MEDIANO</b><br>3<br>-Nutrición: Persona que realiza 3 comidas diarias. Toma más de la mitad del menú, una media de 3 raciones de proteínas/azúcar y 2.000 Kcal. I.M.C. <=20< 25.<br>% enterrar 80.<br>-Ingesta de líquidos: 1.000-1.500 ccfilas (5-7 vasos).<br>-Temperatura corporal de 37 a 37,5°C.<br>-Hidratación: Persona que tiene refresco capilar lento y recuperación lenta del pliegue cutáneo por pinchazo.                                      | <b>APÁTICO</b><br>3<br>-Atargado, olvidado, somnoliento, pasivo, torpe, perioso.<br>-Acta un estirido despierto sin dificultad y permanece orientado.<br>-Obedece órdenes sencillas.<br>-Posible desorientación en el tiempo, y respuesta verbal lenta, vacilante.<br><b>VALORACIÓN:</b> Dar instrucciones al paciente como: tocar con la mano la punta de la nariz.             | <b>DISMINUIDA</b><br>3<br>-Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener ajuste de ellos. | <b>CAMINA CON AYUDA</b><br>3<br>-La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de andadores, muletas).  | <b>OCASIONAL</b><br>3<br>-No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.  |  |              |  |                  |  |
| <b>REGULAR</b><br>2<br>-Nutrición: Persona que realiza 2 comidas diarias. Toma la mitad del menú, una media de 2 raciones de proteínas/azúcar y 1.000 Kcal. I.M.C. >= 50<br>% enterrar 70.<br>-Ingesta de líquidos: 500-1.000 ccfilas (3-4 vasos).<br>-Temperatura corporal de 37,5 a 38°C.<br>-Hidratación: Ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa.  | <b>CONFUSO</b><br>2<br>-Inquieto, agresivo, irritable, dormido.<br>-Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos.<br>-Cuando despierta, responde verbalmente pero con discurso breve e incoherente.<br>-Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse. Intermitente desorientación en tiempo, lugar y/o personas.<br><b>VALORACIÓN:</b> Peñizar la piel, pinchar con una aguja. | <b>MUY LIMITADA</b><br>2<br>-Solo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos.            | <b>SENTADO</b><br>2<br>-La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón.<br>-La persona precisa ayuda humana y/o mecánica. | <b>URINARIA O FECAL</b><br>2<br>-No controla uno de los dos esfínteres permanentemente.<br>-Colocación adecuada del colector con atención a fugas, picazones y puntos de fijación. |  |              |  |                  |  |
| <b>MUY MALO</b><br>1<br>-Nutrición: Persona que realiza 1 comida diaria. Toma un tercio del menú, una media de 1 ración de proteínas/azúcar y menos de 1.000 Kcal. I.M.C. >= 50<br>% enterrar 60.<br>-Ingesta de líquidos: <500 ccfilas (<3 vasos).<br>-Temperatura corporal >38,5°C. < 35,5°C.<br>-Hidratación: Edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinchazo.                            | <b>DESTUPOROSO BICOMATOSO</b><br>1<br>-Desorientación en tiempo, lugar y personas.<br>a) Despierto solo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto.<br>b) Ausente total de respuesta, incluso la respuesta refleja.<br><b>VALORACIÓN:</b> Presionar en el tendón de Aquiles. Comprobar si existe reflejo corneal, pupilar y faríngeo.  | <b>INMÓVIL</b><br>1<br>-Es incapaz de cambiar de postura por sí mismo, mantener la posición corporal o sustentarla.   | <b>ENCAMADO</b><br>1<br>-Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total).<br>-Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc).                                    | <b>URINARIA + FECAL</b><br>1<br>-No controla ninguno de sus esfínteres.  |  |              |  |                  |  |

ENFERMEDADES CONCOMITANTES QUE CAUSAN DETERIORO EN LA PIEL: Diabetes, ACVA, Isquemia o Trombosis de MMII, Sepsis, Neoplasias con tratamiento citotóxico.





La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Tratamiento de las Caídas



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://www.madrid.org)



CONSEJERÍA DE FAMILIA  
Y ASUNTOS SOCIALES  
Servicio Regional de Bienestar Social

**Comunidad de Madrid**

## Grupo de Trabajo

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D. JESÚS ROMERO VADILLO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> VICTORIA VALVERDE MOYAR

D<sup>a</sup>. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS

D. FRANCISCO JOSÉ DELGADO HERNÁNDEZ

D. LUIS ALBERTO RUIZ RÍOS

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> INMACULADA DOMINGO SAYAGO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ ALONSO PALOMAR

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA

D. MANUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

D<sup>a</sup>. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ

D<sup>a</sup>. MARTA DE LUCAS MATESANZ

D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

D. LUIS MIGUEL NOVILLOS BRICEÑO

D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Prevención y Tratamiento de las Caídas



### Introducción

Las caídas constituyen uno de los Síndromes Geriátricos más relevantes que acontecen en las personas mayores, especialmente en las institucionalizadas, debido a su elevada incidencia (1/3 de las personas mayores, se caen al menos una vez al año, y en el 50% de éstos se repite otra caída en el mismo año).

Las caídas, además, pueden presentar consecuencias tanto físicas como psíquicas y funcionales inmediatas y tardías, siendo causantes de discapacidad y, en ocasiones, responsables de un incremento de la mortalidad.

Dado el carácter reiterativo de este Síndrome, la estrategia de intervención no ha de limitarse a la atención puntual y episódica del proceso de caída como tal, sino que además debe efectuarse un análisis y evaluación de cada una de las caídas que acontecen, de forma que se detecten los factores de riesgo de las mismas y se establezcan los mecanismos de prevención pertinentes, que disminuyan el riesgo de futuras caídas.

### Objetivos

- Detectar-corriger de forma precoz factores de riesgo
- Valorar y tratar la caída
- Evitar Complicaciones: Síndrome Postcaída, lesiones, fracturas, etc.
- Rehabilitar las consecuencias de la misma
- Tomar medidas de Intervención para evitar o minimizar el número de accidentes y caídas



## Usuarios a los que se dirige

- ✓ Residentes con factores de riesgo de caídas
- ✓ Residentes que han sufrido alguna caída o con caídas de repetición

## Definiciones y conceptos

**Caída:** cualquier acontecimiento que precipita al usuario al suelo en contra de su voluntad (OMS).

**Síndrome Postcaída:** cambio del comportamiento y actitud a corto-largo plazo, en la persona y en su entorno que ha sufrido una caída. Produce miedo a una nueva caída, pérdida de autoconfianza y una restricción de la actividad física y social.

- El riesgo de caídas en los mayores es más elevado. La edad aumenta el riesgo y frecuencia: (1/3 se caen una vez al año. El 40-60% que sufren una caída se repite en el mismo año).
- Colectivos de alto riesgo para las caídas: institucionalizados, dementes (3 veces más riesgo), cambio situación, etc.

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Detección-corrección precoz de factores de riesgo:** los miembros del equipo interdisciplinar o cualquier otro trabajador del centro, alertarán sobre la presencia de factores de riesgo de caídas.
2. **Valoración y Tratamiento de la Caída:** cada caída se evaluará siguiendo la pauta siguiente:
  - Cumplimentación del registro de caídas por el/los trabajadores que presenciaron el episodio.
  - Valoración por parte del Diplomado de Enfermería (DUE) y Médico del Centro: cumplimentando la sección correspondiente del registro de caídas.
  - Valorar la necesidad de derivación para exploraciones complementarias: el Médico o el DUE ante ausencia de éste.
3. **Evitar Complicaciones y Prevenir recurrencias:** todos los miembros del equipo interdisciplinar.



4. **Rehabilitación de las consecuencias:** el Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional del centro se encargarán de corregir, mejorar y evitar las secuelas acontecidas tras la caída.
5. **Supervisión, Ejecución y Coordinación del Protocolo:** el Jefe del Área Técnico Asistencial estará encargado de la misma.

## Descripción del procedimiento

### 1. Detección-corrección precoz de factores de riesgo:

- ❑ Factores Extrínsecos o Ambientales (25% de caos): cualquier trabajador alertará sobre la presencia de factores de riesgo de caídas. Serán evaluados en equipo, estableciendo pautas correctoras que eviten o minimicen el riesgo: se harán correcciones ambientales, de suelos, iluminación adecuada, barras en camas, sujeciones, dotar de ayudas técnicas, correcciones del calzado, educación para la salud, etc.
- ❑ Factores Intrínsecos (75% de casos): pueden actuar como factores de riesgo de caídas: Demencias, Delirium, E. Parkinson, ACVA, Epilepsia, Neuropatías, Depresión, Ansiedad, Déficit Visual (Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Degeneración Macular), Síndrome Menière y Vértigo, Hipoacusia, Poliartrosis, Osteoporosis, Artritis, Gota-Pseudogota, Polimialgia, Miopatías, Arritmias, Insuficiencia Cardíaca, Síncope, Hipertensión, Hipotensión, Diabetes (Hiperglucemias-Hipoglucemias), Hipertiroidismos e Hipotiroidismos, Malnutrición, Anemia, Hemorragias, Infecciones y Síndrome Febril, Incontinencia. También Fármacos-Plurifarmacia ( $\geq$  4-5 fármacos): Diuréticos y Antihipertensivos (Hipotensión, Hipovolemia), Antiarrítmicos, Digitálicos, Antidepresivos, Neurolépticos, Benzodiazepinas, Anticonvulsivantes, Antiinflamatorios, Ácido Acetil Salicílico (Ototóxico).

### 2. Valoración y Tratamiento de la Caída: cada caída, será evaluada según la pauta siguiente:

- ❑ Cumplimentación del Registro de Caídas: los trabajadores que hayan presenciado el episodio, cumplimentarán el registro de caídas. Se describirá la caída, circunstancias ambientales, circunstancias coadyuvantes (localización, actividad, región afectada, etc.).
- ❑ Valoración por parte del DUE y Médico: se dará aviso a éstos, y efectuarán una exploración integral a los siguientes niveles:
  - Neurológica: conciencia, convulsiones, mareo, reflejos, focalidad neurológica, somnolencia, confusión, otorragia, hemorragia nasal, alteraciones visuales, etc.



- Lesión Tejidos Blandos: herida, incisión-contusión, hemorragia, etc.
- Lesión Ósea: evidencia o sospecha de lesión ósea aguda (fractura, fisura, etc.), deformidades, movilidad, etc.
- Exploración básica de constantes: Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca y Ritmo, Temperatura, Glucosa, etc.
- Valorar la necesidad de Derivación para Exploraciones Complementarias: radiografía, TAC craneal, analítica, etc.
- Se cumplimentará la sección correspondiente del registro de caídas, así como en el evolutivo de la Historia Médica y de Enfermería.
- Se contactará con los familiares si existe alguna lesión de consideración y/o para comunicarles el traslado a enfermería o la derivación externa y organizar el acompañamiento.
- Se contactarán con los diferentes dispositivos de salud (Summa112, etc.) para el traslado. *Ver Protocolo de Derivación a Urgencias Hospitalarias.*

**3. Evitar Complicaciones:** se intentará evitar al máximo las complicaciones de las caídas, así como prevenir nuevos episodios y sobre todo evitar el Síndrome Postcaída:

- Una vez valorada cada caída se procederá a levantar al residente del suelo con la mayor prontitud posible y con las medidas de seguridad precisas (cuanto mayor tiempo de permanencia en el suelo, mayores lesiones).
- Establecer las medidas necesarias: urgentes (resucitación cardiopulmonar, etc.), cortar hemorragia, sutura de heridas, hielo local, compresión elástica, vacunación antitetánica, etc.
- Inmovilizar adecuadamente si es preciso, hasta proceder a su traslado.
- Protectores-amortiguadores en población de riesgo con caídas de repetición.
- Prevención Primaria de Complicaciones: intervención precoz sobre la osteoporosis con ejercicio físico, calcio, bifosfonatos, etc.
- Síndrome Postcaída: en la evaluación de la caída se determinará la procedencia de iniciar un programa específico de fisioterapia y apoyo emocional, para evitar o disminuir el síndrome postcaída.

**4. Rehabilitación de las consecuencias:**

- Adiestrar al usuario para levantarse tras la caída.
- Rehabilitación de la lesión específica: marcha en fractura de cadera. Manejo de utensilios ante fractura de Colles, Bipedestación y deambulación ante fractura vertebral, etc.

- Lograr un nivel de autonomía en ABVD y AIVD lo más parecido al estado previo a la caída.

## 5. Medidas de Intervención ante Caídas:

- Evaluación de cada caída, especialmente las de repetición, identificando los Factores de Riesgo (ver factores intrínsecos en punto 1 del protocolo) e intentando la corrección de los mismos si es pertinente. Cumplimentando este aspecto en los 7-10 días siguientes al episodio.



## Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento Homologado de Registro de Caídas.
- ▲ Documento Homologado de Evaluación e Intervención ante Caídas.

Custodia de documentos:

1. Registro de Caídas se archivará en el libro o carpeta específica del programa de caídas
2. Registro de Intervención ante Caídas: se archivará en el libro o carpeta del programa de caídas.

## Fecha de elaboración y vigencia

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

## Documentos y referencias

- PIA nº 13 del CFR: Caídas 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.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.
- Evaluación del anciano con caídas de repetición. 2ª Edición. Grupo de caídas Sociedad Española de Geriatria y Gerontología 2001.

## EVALUACIÓN DE CAÍDAS

| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE |                                     |                                   |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                 |                                     |                                   |                                 |
| FECHA DE NACIMIENTO:                | EDAD:                               | <input type="checkbox"/> MUJER    | <input type="checkbox"/> HOMBRE |
| PLANTA:                             | SECCIÓN:                            | HABITACIÓN:                       |                                 |
| FECHA DE INGRESO:                   | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO | <input type="checkbox"/> TEMPORAL |                                 |

| FECHA Y LUGAR DEL ACCIDENTE |       |  |
|-----------------------------|-------|--|
| FECHA:                      | HORA: | DÍA SEMANA: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D |

| DETECCION DE FACTORES DE RIESGO DE CAIDAS   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <b>A) Factores extrínsecos-ambientales:</b> |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> BARRERA ARQUIT.    | <input type="checkbox"/> OBSTÁCULO               | <input type="checkbox"/> ESCALONES          | <input type="checkbox"/> RAMPAS / PENDIENTES |
| <input type="checkbox"/> SUELO LISO         | <input type="checkbox"/> SUELO IRREGULAR         | <input type="checkbox"/> SUELO MOJADO       | <input type="checkbox"/> SUELO DESLIZANTE    |
| <input type="checkbox"/> FALTA LUZ          | <input type="checkbox"/> DESLUMBRAMIENTO         | <input type="checkbox"/> CALZADO INADECUADO | <input type="checkbox"/> OTROS:              |
| <b>B) Factores intrínsecos:</b>             |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> DEMENCIA           | <input type="checkbox"/> DELIRIUM                | <input type="checkbox"/> E. PARKINSON       | <input type="checkbox"/> ACVA                |
| <input type="checkbox"/> EPILEPSIA          | <input type="checkbox"/> NEUROPATÍA              | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN          | <input type="checkbox"/> ANSIEDAD            |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT VISUAL     | <input type="checkbox"/> SÍNDROME MENIÈRE        | <input type="checkbox"/> HIPOACUSIA         | <input type="checkbox"/> POLIARTROSIS        |
| <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS       | <input type="checkbox"/> ARTRITIS                | <input type="checkbox"/> GOTA               | <input type="checkbox"/> POLIMIALGIA         |
| <input type="checkbox"/> MIOPATÍA           | <input type="checkbox"/> ARRITMIAS               | <input type="checkbox"/> INSUF. CARDÍACA    | <input type="checkbox"/> SÍNCOPE             |
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSION       | <input type="checkbox"/> HIPOTENSION             | <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS  | <input type="checkbox"/> HIPOGLUCEMIAS       |
| <input type="checkbox"/> TIROIDOPATÍA       | <input type="checkbox"/> MALNUTRICIÓN            | <input type="checkbox"/> ANEMIA             | <input type="checkbox"/> HEMORRAGIAS         |
| <input type="checkbox"/> INFECCIONES        | <input type="checkbox"/> SÍNDROME FEBRIL         | <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA      | <input type="checkbox"/> PLURIFARMACIA       |
| <input type="checkbox"/> DIURÉTICOS         | <input type="checkbox"/> ANTI-HTA                | <input type="checkbox"/> ANTIARRITMICOS     | <input type="checkbox"/> DIGITAL             |
| <input type="checkbox"/> ANTIDEPRESIVOS     | <input type="checkbox"/> NEUROLÉPTICOS           | <input type="checkbox"/> BENZODIACEPINAS    | <input type="checkbox"/> ANTICONVULSIVOS     |
| <input type="checkbox"/> AINES              | <input type="checkbox"/> ACIDO ACETIL SALICÍLICO | <input type="checkbox"/> OTROS:             |  |

| VALORACIÓN DEL RESIDENTE                           |                                      |  |  |
|--|--------------------------------------|--|--|
| <b>A) AUTONOMIA/DEPENDENCIA:</b>                   |                                      |  |  |
| <input type="checkbox"/> AUTÓNOMO                  | <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE | <input type="checkbox"/> ENCAMADO                  |  |
| <input type="checkbox"/> BASTÓN                    | <input type="checkbox"/> ANDADOR     | <input type="checkbox"/> SILLA RUEDAS              |  |
| <input type="checkbox"/> INDICE DE BARTHEL PREVIO: |                                      | <input type="checkbox"/> INDICE DE TINETTI PREVIO: |  |

|   |   |   |                                       |
|---|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PFEIFFER PREVIO:     |   | <input type="checkbox"/> MEC LOBO PREVIO: |                                       |
| <b>B) VALORACIÓN-EXPLORACIÓN:</b>             |   |   |                                       |
| <input type="checkbox"/> CONSCIENTE           | <input type="checkbox"/> ORIENTADO            | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE     | <input type="checkbox"/> DESORIENTADO |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES         | <input type="checkbox"/> RELAX ESFÍNTERES     | <input type="checkbox"/> MAREO            | <input type="checkbox"/> CONFUSIÓN    |
| <input type="checkbox"/> REFLEJOS             | <input type="checkbox"/> SENSIBILIDAD         | <input type="checkbox"/> PUPILAS:         |                                       |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO             |   | <input type="checkbox"/> LOCALIZACIÓN:    |                                       |
| <input type="checkbox"/> HERIDA               |   | <input type="checkbox"/> LOCALIZACIÓN:    |                                       |
| <input type="checkbox"/> DEFORMIDAD           |   | <input type="checkbox"/> LOCALIZACIÓN:    |                                       |
| <input type="checkbox"/> IMPOTENCIA FUNCIONAL |   | <input type="checkbox"/> LOCALIZACIÓN:    |                                       |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL:    | <input type="checkbox"/> FRECUENCIA CARDÍACA: | <input type="checkbox"/> RITMO:           |                                       |
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA:             |   |   |                                       |
| OTROS:  |   |   |                                       |

| MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE NUEVAS CAIDAS                            |     | FECHA: / / 200 |                |           |
|---|-----|----------------|----------------|-----------|
| A) Corrección de factores ambientales (especificar):              |     |                |                |           |
| B) Ayudas técnicas a implantar (especificar):                     |     |                |                |           |
| C) Tratamiento de alguna patología (especificar):                 |     |                |                |           |
| D) Modificación de algún tratamiento farmacológico (especificar): |     |                |                |           |
| E) Indicación de Fisioterapia (especificar):                      |     |                |                |           |
| F) Indicación de Terapia Ocupacional (especificar):               |     |                |                |           |
| G) Otras medidas a implantar (especificar):                       |     |                |                |           |
| MÉDICO  | DUE | FISIOTERAPIA   | T. OCUPACIONAL | T. SOCIAL |

## REGISTRO DE CAÍDAS

| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE |                                     |                                   |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                 |                                     |                                   |                                 |
| FECHA DE NACIMIENTO:                | EDAD:                               | <input type="checkbox"/> MUJER    | <input type="checkbox"/> HOMBRE |
| PLANTA:                             | SECCIÓN:                            | HABITACIÓN:                       |                                 |
| FECHA DE INGRESO:                   | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO | <input type="checkbox"/> TEMPORAL |                                 |

| FECHA Y LUGAR DEL ACCIDENTE              |  |  |  |
|--|--|--|--|
| FECHA:                                   | HORA:  | DÍA SEMANA: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D |  |
| Identificación del lugar del accidente:  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> PLANTA          | <input type="checkbox"/> ENFERMERÍA          | <input type="checkbox"/> HABITACIÓN  | <input type="checkbox"/> BAÑO              |
| <input type="checkbox"/> BAÑO GERIÁTRICO | <input type="checkbox"/> PASILLOS            | <input type="checkbox"/> SALA ESTAR  | <input type="checkbox"/> VESTÍBULO ENTRADA |
| <input type="checkbox"/> ESCALERAS       | <input type="checkbox"/> ASCENSOR            | <input type="checkbox"/> PATIOS  | <input type="checkbox"/> COMEDOR           |
| <input type="checkbox"/> PELUQUERÍA      | <input type="checkbox"/> JARDINES            | <input type="checkbox"/> PODOLOGÍA   | <input type="checkbox"/> CAFETERÍA         |
| <input type="checkbox"/> CONSULTA        | <input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA  | <input type="checkbox"/> MORTUORIO         |
| <input type="checkbox"/> CAPILLA         | <input type="checkbox"/> OTROS:              |  |  |

| DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE                |   |  |   |
|--|---|--|---|
| A) Actividad que realizaba:              |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> AL ACOSTARSE    | <input type="checkbox"/> ACOSTADO                 | <input type="checkbox"/> AL LEVANTARSE   | <input type="checkbox"/> AL SENTARSE    |
| <input type="checkbox"/> SENTADO         | <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA            | <input type="checkbox"/> ANDABA          | <input type="checkbox"/> CORRÍA         |
| <input type="checkbox"/> COMÍA           | <input type="checkbox"/> HIGIENE-BAÑO             | <input type="checkbox"/> VESTIDO         | <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO    |
| <input type="checkbox"/> OTRA:           |   |  |   |
| B) Mecanismo de producción:              |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> MAREO           | <input type="checkbox"/> TROPIEZO                 | <input type="checkbox"/> DESLIZAMIENTO   | <input type="checkbox"/> DE CABEZA      |
| <input type="checkbox"/> HACIA DELANTE   | <input type="checkbox"/> HACIA ATRÁS              | <input type="checkbox"/> LADO DERECHO    | <input type="checkbox"/> LADO IZQUIERDO |
| <input type="checkbox"/> SENTADO         | <input type="checkbox"/> SOBRE LOS BRAZOS         | <input type="checkbox"/> SOBRE LAS MANOS | <input type="checkbox"/> DE RODILLAS    |
| <input type="checkbox"/> OTROS:          |   |  |   |
| C) Inspección y detección:               |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> CONSCIENTE      | <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE             | <input type="checkbox"/> ORIENTADO       | <input type="checkbox"/> DESORIENTADO   |
| <input type="checkbox"/> CONVULSIONES    | <input type="checkbox"/> RELAJACIÓN DE ESFÍNTERES | <input type="checkbox"/> SANGRADO        | <input type="checkbox"/> OTROS          |
| <input type="checkbox"/> SE LEVANTÓ SOLO | <input type="checkbox"/> SE LEVANTÓ CON AYUDA     | <input type="checkbox"/> SIGUE TUMBADO   | <input type="checkbox"/> TIEMPO:        |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>D) Factores extrínsecos-ambientales:</b>                                     |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> SUELO LISO   | <input type="checkbox"/> SUELO IRREGULAR      | <input type="checkbox"/> SUELO MOJADO       | <input type="checkbox"/> SUELO DESLIZANTE    |
| <input type="checkbox"/> ESCALONES  | <input type="checkbox"/> BARRERA ARQUIT       | <input type="checkbox"/> OBSTÁCULO          | <input type="checkbox"/> RAMPAS / PENDIENTES |
| <input type="checkbox"/> DESLUMBRAMIENTO  | <input type="checkbox"/> FALTA LUZ            | <input type="checkbox"/> CALZADO INADECUADO | <input type="checkbox"/> OTROS:              |
| <b>E) Medidas de sujeción mecánica existentes en el momento del accidente:</b>  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> CINTURÓN   | <input type="checkbox"/> CHALECO              | <input type="checkbox"/> MUÑEQUERA          | <input type="checkbox"/> BARANDILLAS         |
| <input type="checkbox"/> OTRAS:   |   |   |  |
| <b>F) Testigos presenciales (especificar identidad):</b>                        |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> SOLO   | <input type="checkbox"/> CON OTRO RESIDENTE:  | <input type="checkbox"/> CON UN FAMILIAR:   |  |
| <input type="checkbox"/> CON UN VOLUNTARIO:                                     | <input type="checkbox"/> CON UN TRABAJADOR:   | <input type="checkbox"/> OTROS:             |  |
| <b>VALORACIÓN INICIAL DEL RESIDENTE</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> SIN LESIONES APARENTES (pautar medidas de observación) |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> CON LESIONES:  |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> HERIDA (zona y descripción):                           |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> SANGRADO   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> DEFORMIDAD (lugar y descripción):                      |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> IMPOTENCIA FUNCIONAL (lugar y descripción):            |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL:                                      | <input type="checkbox"/> FRECUENCIA CARDÍACA: | <input type="checkbox"/> RITMO:             | <input type="checkbox"/> GLUCOSA:            |
| <b>INTERVENCIÓN TRAS LA CAÍDA</b>   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> DERIVACIÓN AL HOSPITAL                                 |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> ATENCIÓN EN LA RESIDENCIA                              |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> CURA DE HERIDA   | <input type="checkbox"/> PUNTOS DE SUTURA     | <input type="checkbox"/> OTROS:             |  |
| <input type="checkbox"/> DIAGNÓSTICO:   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO:   |   |   |  |
| <b>FIRMA DEL/LOS PROFESIONALES QUE ATENDIÓ/ATENDIERON AL RESIDENTE:</b>         |   |   |  |
| MÉDICO  | D.U.E.  | AUX. ENFERMERÍA                             |  |



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Tratamiento de la Incontinencia



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D. JESÚS ROMERO VADILLO

D. FRANCISCO JOSÉ DELGADO HERNÁNDEZ

D. LUIS ALBERTO RUIZ RÍOS

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> INMACULADA DOMINGO SAYAGO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ ALONSO PALOMAR

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> CARMEN FERNÁNDEZ PESQUERA

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> LUISA GARCÍA-LAIROSA MEDIAVILLA

D. MANUEL LÓPEZ MARTÍNEZ

D<sup>a</sup>. RAQUEL SACRISTÁN FERNÁNDEZ

D<sup>a</sup>. MARTA DE LUCAS MATESANZ

D. ÓSCAR ÁLVAREZ LÓPEZ

D. LUIS MIGUEL NOVILLOS BRICEÑO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> VICTORIA VALVERDE MOYAR

D<sup>a</sup>. ANA MARÍA RINCÓN CORTÉS

D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Prevención y Tratamiento de la Incontinencia



### Introducción

La incontinencia, tanto urinaria como fecal, constituye una entidad de tal relieve, en las personas mayores, que es considerada uno de los grandes Síndromes Geriátricos, además condiciona y menoscaba el bienestar psicosocial y la autoestima de las personas que la padecen, llevándoles al aislamiento y originando en algunas ocasiones disturbios emocionales y psicoafectivos.

La incontinencia es una patología estrechamente relacionada con la edad, así como con el grado de deterioro físico, psíquico y funcional, encontrando que en colectivos seleccionados como el de los mayores institucionalizados, adquiere proporciones importantes (40-60% de los institucionalizados).

La incontinencia puede producir complicaciones considerables como infecciones urinarias, lesiones de la piel y úlceras por presión, tanto mayores cuanto más tarde sea la detección de la misma.

Mediante un abordaje precoz, un porcentaje no despreciable de casos (hasta un 50-60%), podrían corregirse; mientras que la falta de diligencia en la detección y abordaje perpetúa el proceso de incontinencia, recurriéndose al uso de medidas puramente paliativas como los absorbentes.

Todo ello, invita a una sensibilización de los usuarios, familiares y profesionales dedicados a la atención de los mayores, de manera que la incontinencia sea sometida a una evaluación y abordaje lo más precozmente posible, mediante estrategias normalizadas y estructuradas, evitando la persistencia de la misma y mejorando la autoestima y calidad de vida del usuario.



## Objetivos

- Promover la continencia y prevenir la aparición de incontinencia.
- Detectar precozmente las causas que producen incontinencia y tratar la misma.
- Evitar complicaciones, como pérdida de autoestima, lesiones de la piel, úlceras por presión.

## Usuarios a los que se dirige

- ✓ Residentes con factores de riesgo.
- ✓ Residentes con Incontinencia Transitoria (Aguda) o Establecida (Persistente).

## Definiciones y conceptos

**Incontinencia** es cualquier pérdida involuntaria de orina, que genere alguna molestia (Sociedad Internacional de Continencia). Existen dos tipos:

- **Incontinencia Transitoria (Aguda):** Duración < 4 semanas, inicio brusco y relacionada con enfermedad. Causas: regla nemotécnica **DRIP**. La intervención precoz puede solucionar el 75%.
- **Incontinencia Establecida (Persistente):** Duración > 4 semanas. Causa: Lesión estructural urinaria o no. Requiere exploraciones y valoración especializada (Criterios Derivación a Especialista). Se clasifica en cuatro grupos clínicos:
  - Hiperactividad vesical
  - Incontinencia de estrés
  - Incontinencia por rebosamiento
  - Incontinencia funcional

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Promoción del Control Miccional:** todos los miembros del equipo interdisciplinar, fomentarán y estimularán a los usuarios para mantener la continencia.



2. **Detección de Factores de Riesgo:** el Médico y DUE seleccionarán a aquellos usuarios con factores de riesgo (DRIP). Del mismo modo, cualquier miembro del equipo técnico-asistencial que los detecte, lo comunicará al Médico o al Diplomado en Enfermería (DUE).
3. **Intervención ante Incontinencia Transitoria:** el Médico y el DUE valorarán las causas de incontinencia, intentando la corrección de las mismas. El DUE programará y controlará los cuidados básicos prescritos provisionalmente, informando o solicitando la intervención del Médico, cuando así lo requiera la evolución.
4. **Intervención ante Incontinencia Establecida:** una vez valorada la irreversibilidad del proceso por el Médico y/o Especialistas, se procederá a la prescripción oportuna. El DUE encargado por el JATA, diseñará y programará los cuidados básicos del usuario. Se modificarán las secciones correspondientes del CFR y HIRE.
5. **Cuidados Básicos preventivos y de control de la Incontinencia:** el Auxiliar de Enfermería, aplicará los cuidados básicos según la pauta y ritmo prescrito por DUE.
6. **Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo:** el JATA supervisará el correcto desarrollo del protocolo y la cumplimentación de los registros específicos.

## Descripción del procedimiento

1. **Promoción del Control Miccional para todos los residentes:** programación de ritmos miccionales periódicos (2-3 horas). Estimular la micción antes de acostarse y tras levantarse. Actuaciones ambientales (accesibilidad). Ayuda física en los desplazamientos. Modificaciones en la ingesta hídrica (evitar beber 1-2 horas antes dormir y/o café, té, excitantes, picantes, etc.).
2. **Detección de Factores de Riesgo:** A todo residente que presente episodios de incontinencia urinaria (detectados por la valoración integral del residente o por el PIA nº 7 del CFR), se le valorará siguiendo los siguientes pasos para identificar causas tratables de incontinencia (**DRIP**):
  - Drogas: Valorar riesgo/beneficio y ensayar alternativas: Diuréticos, Psicofármacos, Anticolinérgicos, Opiáceos, Miorelajantes, Cafeína, etc. (Guía Farmacogeriátrica Pág. 199).
  - Deterioro Cognitivo-Demencia: Tratamiento del proceso, aplicar técnicas de reeducación, micción estimulada-anticipada, etc. que precise.
  - Depresión, Delirium, Diabetes.



- **R:** Retención Urinaria, Restricción Ambiental, Reagudización de enfermedad.
- **I:** Impactación Fecal-Estreñimiento, Infección Urinaria, Inflamación, Inmovilización.
- **P:** Poliuria (Diabetes Mellitus, Hipercalcemia, Hipokaliemia), Psicológicas:(Demencia, Trastornos Psicoafectivos), Plurifarmacia.

**3. Valoración integral:** Una vez detectados los episodios de incontinencia y valorados los factores predisponentes (DRIP), el médico y DUE procederán a realizar la valoración básica de la incontinencia que consiste en:

- Valoración geriátrica integral: Clínica, Funcional, Mental y Social/entorno
- Exploraciones complementarias:
  - Bioquímica: glucosa, perfil renal, electrolitos, calcio y fósforo.
  - Analítica de orina: sedimento urinario y urocultivo.
  - Volumen residual postmiccional: (> 100 ml. = patológico).

**4. Valoración de derivación a especialista:**

- Evidencia de alteraciones orgánicas: prolapsos, etc.
- Sospecha patología orgánica: hematuria, ITU repetición, etc.
- Residuo Postmiccional >100 ml.
- Manejo complejo.
- Fracaso del tratamiento utilizado.

**5. Medidas generales de tratamiento:**

- Dietéticas: ya referidas.
- Cuidados específicos de la piel (ver protocolo de Úlceras Por Presión).
- Adaptaciones del entorno y del vestido (ropa cómoda y de fácil apertura-cierre).
- Diseñar un programa de ayuda: registro miccional (documento homologado de registro miccional). Programa de evacuación. Ayudas ante las demandas de micción.
- Programa de Modificación de Conducta.
- Asignar un Auxiliar de Enfermería de referencia para el mejor control de estas funciones.

**6. Tratamiento de la Incontinencia Transitoria:** Corrección preferente de los factores desencadenantes de la incontinencia:

- Eliminar o adaptar dosis de fármacos predisponentes.
- Tratamiento del deterioro cognitivo y/o Delirium.
- Corregir estreñimiento e impactación fecal.

- Tratamiento de factores desencadenantes: Infección urinaria, diabetes mellitus, etc.

**7. Tratamiento de la Incontinencia establecida según el tipo clínico:** El tratamiento en función del tipo clínico, será pautado por el especialista correspondiente y será seguido por los profesionales asistenciales de los Centros.

7



## Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento homologado de Registro de Detección de Incontinencia.
- ▲ Documento homologado Hoja de Registro de Cuidados en Incontinencias.
- ▲ Documento homologado de Registro Miccional.

Custodia de documentos:

1. Registro de Detección de Incontinencia se archivará en la Historia Médica.
2. Registro de Cuidados en Incontinencias: se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada usuario.
3. Registro Miccional: se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada usuario.

## Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios de estrategias terapéuticas o en la homologación de productos.

## Documentos y referencias

- PIA nº 7 del CFR: Incontinencia vesical y sonda vesical permanente 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.
- PHistoria clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.
- PGuía Farmacogeriátrica: Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Comunidad de Madrid.

## REGISTRO DE DETECCIÓN DE INCONTINENCIA

| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE |                                     |                                   |                                 |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRE:                 |                                     |                                   |                                 |
| FECHA DE NACIMIENTO:                | EDAD:                               | <input type="checkbox"/> MUJER    | <input type="checkbox"/> HOMBRE |
| PLANTA:                             | SECCIÓN:                            | HABITACIÓN:                       |                                 |
| FECHA DE INGRESO:                   | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO | <input type="checkbox"/> TEMPORAL |                                 |

| DIAGNÓSTICOS / PROBLEMAS DE SALUD                 |   |  |
|---|---|--|
| A) Factores de riesgo de incontinencia            |   |  |
| <input type="checkbox"/> DET. COGNITIVO /DEMENCIA | <input type="checkbox"/> DELIRIUM                       | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN               |
| <input type="checkbox"/> FALTA MOTIVACIÓN         | <input type="checkbox"/> DIABETES                       | <input type="checkbox"/> HIPERCALCEMIA           |
| <input type="checkbox"/> HIPOCALIEMIA             | <input type="checkbox"/> RETENCIÓN URINARIA             | <input type="checkbox"/> INFECCIÓN URINARIA      |
| <input type="checkbox"/> IMPACTACIÓN FECAL        | <input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO                  | <input type="checkbox"/> INFLAMACIÓN             |
| <input type="checkbox"/> BARRERAS AMBIENTALES     | <input type="checkbox"/> RESTRICCIÓN                    | <input type="checkbox"/> INMOVILIDAD             |
| <input type="checkbox"/> OTROS:                   |   |  |
| B) Patologías condicionantes                      |   |  |
| <input type="checkbox"/> E. PARKINSON             | <input type="checkbox"/> ACVA                           | <input type="checkbox"/> HIDROCEFALIA            |
| <input type="checkbox"/> NEUROPATÍA               | <input type="checkbox"/> NEOPLASIAS SNC                 | <input type="checkbox"/> DÉFICIT NEUROSENSORIAL  |
| <input type="checkbox"/> LITIASIS                 | <input type="checkbox"/> PROSTATISMO                    | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA PROSTÁTICA      |
| <input type="checkbox"/> NEOPLASIA VESICAL        | <input type="checkbox"/> ESTENOSIS URETRAL              | <input type="checkbox"/> HIPERACTIVIDAD DETRUSOR |
| <input type="checkbox"/> PATOLOGÍA PELVIS         | <input type="checkbox"/> PATOLOGÍA ABDOMINAL COMPRESIVA | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA PÉLVICA         |
| <input type="checkbox"/> OTROS:                   |   |  |

| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO                 |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> DIURÉTICOS       | <input type="checkbox"/> ANTIDEPRESIVOS   | <input type="checkbox"/> ANSIOLÍTICOS     | <input type="checkbox"/> HIPNÓTICOS    |
| <input type="checkbox"/> ANTIPSICÓTICOS   | <input type="checkbox"/> MIORELAJANTES    | <input type="checkbox"/> OPIÁCEOS         | <input type="checkbox"/> ALCOHOL       |
| <input type="checkbox"/> ANTIHISTAMÍNICOS | <input type="checkbox"/> ANTICOLINÉRGICOS | <input type="checkbox"/> ANTAGONISTAS-CA  | <input type="checkbox"/> α-BLOQUEANTES |
| <input type="checkbox"/> β-AGONISTAS      | <input type="checkbox"/> ANTIESPASMÓDICOS | <input type="checkbox"/> SIMPATICOLÍTICOS | <input type="checkbox"/> CAFÉINA       |
| <input type="checkbox"/> OTROS:           |   |   |  |

| VALORACIÓN BÁSICA-EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS          |                                |                                    |                                      |                                      |
|--|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> GLUCOSA:                        | <input type="checkbox"/> UREA: | <input type="checkbox"/> A. ÚRICO: | <input type="checkbox"/> CREATININA: | <input type="checkbox"/> NA:         |
| <input type="checkbox"/> K:                              | <input type="checkbox"/> CL:   | <input type="checkbox"/> CA:       | <input type="checkbox"/> SEDIMENTO:  | <input type="checkbox"/> UROCULTIVO: |
| <input type="checkbox"/> VOLUMEN RESIDUAL POSTMICCIONAL: |                                |                                    |                                      |                                      |

| VALORACIÓN AMPLIADA-CRITERIOS DERIVACIÓN ESPECIALISTA                                   |   |   |                                     |
|---|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> EVIDENCIA DE ALTERACIÓN ORGÁNICA: (Prolapso, Hematuria, Etc.)  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> SOSPECHA PATOLOGÍA ORGÁNICA: (Hematuria, ITU-Repetición, Etc.) |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> RESIDUO POSTMICCIONAL >100 ml.                                 |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> MANEJO COMPLEJO  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> FRACASO DEL TRATAMIENTO UTILIZADO                              |   |   |                                     |
| MEDIDAS DE CORRECCIÓN   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS:                                  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ADAPTACIONES DEL ENTORNO:                                      |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ADAPTACIONES AL USUARIO ( VESTIDO, AYUDAS TÉCNICAS ):          |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> PROGRAMAR AYUDAS:  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> MODIFICACIÓN CONDUCTA:   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ELIMINACIÓN / ADAPTACIÓN FARMACOS:                             |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO FACTORES RIESGO:                                   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:                                     |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA:   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> TRATAMIENTOS PALIATIVOS:                                       |   |   |                                     |
| TRATAMIENTO PALIATIVO   |   |   |                                     |
| A) Absorbentes:   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> COMPRESA   | <input type="checkbox"/> DÍA                      | <input type="checkbox"/> NOCHE                            | <input type="checkbox"/> SUPERNOCHE |
| <input type="checkbox"/> RECTANGULAR  | <input type="checkbox"/> ANATÓMICO                | <input type="checkbox"/> ELÁSTICOS                        |                                     |
| <input type="checkbox"/> ÚNICA  | <input type="checkbox"/> PEQUEÑA                  | <input type="checkbox"/> MEDIANA                          | <input type="checkbox"/> GRANDE     |
| B) Plan de cambios:   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> MAÑANA   | <input type="checkbox"/> TARDE:                   | <input type="checkbox"/> NOCHE                            | <input type="checkbox"/> PERMANENTE |
| <input type="checkbox"/> HORARIO CAMBIO:  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIÓN CONDUCTA:   |   |   |                                     |
| C) Otros dispositivos:  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Sonda<br>VESICOURETRAL   | <input type="checkbox"/> COLECTOR                 | <input type="checkbox"/> DISPOSITIVO<br>OCCLUSIVO URETRAL | <input type="checkbox"/> OTROS      |
| MEDIDAS DE CONTROL COMPLEMENTARIAS  |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN  | CADA  | HORAS   |                                     |
| <input type="checkbox"/> MICCIÓN / DEFECACIÓN   | CADA  | HORAS   |                                     |
| DATOS PROFESIONALES   |   |   |                                     |
| <input type="checkbox"/> PRESCRIPCIÓN:  | <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN TURNO MAÑANA | <input type="checkbox"/> CUIDADOR REFERENTE MAÑANA        |                                     |
|   | <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN TURNO TARDE  | <input type="checkbox"/> CUIDADOR REFERENTE TARDE         |                                     |

| HOJA DE REGISTRO MICCIONAL  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
|---|--|-----------|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|
| Nombre residente  |  | Apellidos |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| MIS:  |  | Módulo    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Nombre residente  |  | Planta    |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Períodos de tiempo  | 1  | 2         | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
|   | Micción voluntaria (V) / Escape involuntario (I) * |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 6-8   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 8-10  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 10-12   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 12-14   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 14-16   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 16-18   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 18-20   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 20-22   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| 22-24   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| NOCHE   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| * RESEÑAR MOTIVO DE LOS ESCAPES REGISTRADOS Y CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUCIERON (volumen, lugar, actividad que realizaba...) |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 1   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 2   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 3   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 4   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 5   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 6   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 7   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 8   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 9   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 10  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 11  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 12  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 13  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 14  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 15  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| Día 16  |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |
| OBSERVACIONES   |  |           |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |

L: pañal limpio; EO: evasua orina; EH: evasua heces; OR: orina en ropa; OC: orina en cama; MR: mancha ropa; MC: mancha cama; O: otros (describir someramente).

| HOJA DE REGISTRO MICCIONAL   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
|--|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----------|----|--------|----|----|----|
| Nombre residente   |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Apellidos |    | MES:   |    |    |    |
|  |    |    |    |    |    |    |    |    |    | Planta    |    | Módulo |    |    |    |
| Períodos de tiempo   | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26        | 27 | 28     | 29 | 30 | 31 |
| 6 - 8  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 8 - 10   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 10 - 12  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 12 - 14  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 14 - 16  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 16 - 18  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 18 - 20  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 20 - 22  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| 22 - 24  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| NOCHE  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| * RESEÑAR MOTIVO DE LOS ESCAPES REGISTRADOS Y CIRCUNSTANCIAS EN QUE SE PRODUJERON (volumen, lugar, actividad que realizaba...) |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 17   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 18   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 19   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 20   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 21   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 22   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 23   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 24   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 25   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 26   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 27   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 28   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 29   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 30   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| Día 31   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |
| OBSERVACIONES  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |           |    |        |    |    |    |

L: parcial limpio; EO: avocaja cama; EH: avocaja faldas; OR: orina en ropa; OC: orina en cama; MR: mancha ropa; MC: mancha cama; O: otros (describir someramente)



La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas



La Suma de Terceros

 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D. JESÚS ROMERO VADILLO

D<sup>a</sup>. ROSARIO GONZÁLEZ POLO

D<sup>a</sup>. ISABEL LÓPEZ HERNÁNDEZ

D<sup>a</sup>. YOLANDA GÓMEZ CABEZUELO

D. AGUSTÍN QUESADA PÉREZ

D. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ GIL

D. ANTONIO PEÑAFIEL OLIVAR

D<sup>a</sup>. AMELIA MEJINO MORENO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ VÉLEZ NAVARRO

D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Prevención y Uso de Sujeciones Mecánicas



### Introducción

El manejo de diferentes medidas de sujeción física en centros residenciales de atención a mayores es una práctica frecuente. La prevalencia de su empleo en nuestro entorno es poco conocida debido a la falta de estudios científicos debidamente diseñados. En revisiones internacionales se hace referencia a prevalencias de sujeción físicas entre el 12% y el 47%.

En la literatura internacional se llama la atención sobre la influencia del uso de los distintos tipos de dispositivos de sujeción en la aparición de complicaciones en los usuarios, en algunos casos potencialmente mortales (lesiones de plexos nerviosos, asfixia, isquemia de miembros, deterioro de la movilidad, etc.).

Todo lo anterior hace imprescindible la elaboración de un protocolo de actuación que favorezca la implantación de medidas alternativa al empleo de sujeciones y, cuando éstas sean imprescindibles, regule su manejo adecuado y las medidas de seguridad y seguimiento precisas en cada caso individual.

### Objetivos

- Identificar factores de riesgo y/o desencadenantes de conductas agresivas o de riesgo con el fin de evitar las sujeciones.
- Reducir al mínimo el uso de dispositivos de limitación física y química, tratando los factores de riesgo e introduciendo medidas alternativas.
- Evitar la posibilidad de daños en el residente agresivo, sedado o desorientado (caídas, autolesiones) y de las personas con las que convive.
- Facilitar el uso de procedimientos terapéuticos (sondajes, vías...).



## Usuarios a los que se dirige

A cualquiera de los usuarios que a continuación se describen, siempre que no puedan controlarse con otros medios, bien sea con vigilancia o con otras medidas alternativas, previamente instauradas:

- ✓ Residentes con riesgo importante de lesiones (caídas de repetición, accidentes...).
- ✓ Residentes con riesgo de auto-heteroagresión.
- ✓ Residentes con necesidad de alguna intervención terapéutica imprescindible (mantenimiento de sondas, vías...).

## Definiciones y conceptos

**Sujeción Mecánica:** cualquier método manual o dispositivo material, equipo mecánico o físico unido o adyacente al cuerpo del usuario, que éste no sea capaz de mover con facilidad y limite su libertad de movimientos, o el acceso normal a su propio cuerpo.

**Sujeción Química:** utilización de cualquier psicofármaco con la finalidad de controlar crisis de agitación aguda, con el objetivo de evitar los riesgos anteriormente descritos. (El manejo de este tipo de situación se regirá por lo marcado en la Guía Farmacogeriátrica de la Consejería de Sanidad y Consumo).

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Prescripción:** Será realizada específicamente por el médico del centro. En su ausencia, y ante situaciones urgentes, la indicará el Diplomado en Enfermería (DUE) o cualquier miembro del equipo técnico-asistencial y deberá ser confirmada por el médico de referencia el primer día que se incorpore al centro.
2. **Responsable de la actividad y de la supervisión:** DUE.
3. **Ejecución de la actividad:** Auxiliar de Enfermería y/o DUE según la complejidad del usuario (vías, sondajes, etc.).



4. **Reevaluación de la sujeción:** cualquier miembro del equipo interdisciplinario que estime como no necesaria la sujeción, tomará las medidas oportunas para la retirada, siendo confirmada por el Médico con la mayor brevedad posible. En casos de discrepancia se evaluará por el Equipo Interdisciplinario en el menor plazo posible.
5. **Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial organizará y supervisará el correcto desarrollo del protocolo, así como la cumplimentación de los registros específicos.

## Descripción del procedimiento

1. Detección de situaciones de riesgo o factores predisponentes:
  - Déficit sensoriales.
  - Fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos...).
  - Situación psíquica (demencia, delirium, depresión).
  - Alteraciones de la marcha, riesgo de caídas (*ver Protocolo de caídas*).
  - Problemas de conducta (*ver Protocolo de alteraciones de conducta*).
  - Necesidades psicosociales no satisfechas.
  - Tratamientos (sondas, cuidados de heridas, medicación i.v., oxigenoterapia...).
2. Si existen factores de riesgo susceptibles de corrección, instaurar las acciones y/o programas preventivos específicos.
3. Si no han funcionado las medidas preventivas implantadas anteriormente, existe indicación específica de sujeción, y la prescripción médica por escrito (salvo situaciones urgentes por ausencia de éste), se procederá de la siguiente forma:
  - Se informará inmediatamente al usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas, y se les solicitará consentimiento por escrito (documento de consentimiento). Éstos recibirán una copia del documento cumplimentado
  - En el caso de tener el no consentimiento por escrito por parte del usuario, tutores, familiares o personas de referencia autorizadas, si el personal asistencial estima imprescindible el uso de la sujeción por los riesgos previstos, se procederá a poner en conocimiento del Juez la intervención realizada, así como a derivar a los Servicios de Salud Mental correspondientes si fuese necesario.



- ❑ Explicar siempre al residente, si su nivel cognitivo lo permite, de forma empática y tranquila la medida que se va a adoptar y el por qué de la misma.
  - ❑ Selección de la medida de contención normalizada más adecuada por parte del Equipo Multidisciplinar del centro.
  - ❑ Aplicar la sujeción según instrucciones y recomendaciones establecidas.
  - ❑ Una vez prescrita, el DUE establecerá la programación oportuna en el Registro de sujeción mecánica.
  - ❑ La aplicación de la sujeción Nocturna corresponde al turno de Tarde y la retirada de la misma al de Mañana, salvo que el residente necesite cuidados, en tal caso las aplicará o retirará el turno correspondiente.
  - ❑ La aplicación y retirada de la sujeción a lo largo del día, corresponde al turno de Mañana y Tarde, según la programación de las actividades diarias del residente (Actividades básicas de la vida diaria, siesta, etc.).
  - ❑ El seguimiento de la evolución se hará según la pauta establecida, que debe quedar reflejada en la hoja de registro de seguimiento.
  - ❑ Revisar la sujeción periódicamente (máximo a cada 3 horas) y descartar riesgos asociados al procedimiento (Ejemplo: lesiones en la piel).
  - ❑ Pautar medidas complementarias:
    - Movilizaciones periódicas de la persona, cambios posturales.
    - Establecer medidas para prevenir lesiones en la piel.
    - Asegurar el mantenimiento de la vía aérea.
    - Reducir el riesgo de aspiraciones (elevación del cabecero de la cama).
    - Optimizar la seguridad del usuario: accesibilidad a la evacuación, eliminar acceso a instrumentos potencialmente peligrosos (mecheros, cerillas).
4. Mantener la sujeción el menor tiempo posible, siendo reevaluada por el Médico, antes de los quince días y confirmada en el documento homologado de prescripción.

## Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento homologado de prescripción de sujeción mecánica.
- ▲ Documento homologado de consentimiento o denegación por parte del propio residente si procede, tutor, familiar o personas de referencia.
- ▲ Documento homologado de seguimiento y registro de actividades.

Custodia de documentos:

1. Documento de prescripción de sujeción mecánica y documento de consentimiento o denegación, se archivarán en la Historia Médica del residente. Si no hay consentimiento, conservar referencia de la notificación del caso al Juzgado y a Salud Mental si se derivase.
2. El documento de seguimiento y registro se archivará en el libro o carpeta específica de Cuidados de cada usuario.



## Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Julio de 2005.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios legislativos-normativos.

## Documentos y referencias

- PIA nº 20 (C.F.R.): Dispositivos de limitación física permanente 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.
- Historia clínica (H.I.R.E.). Servicio Regional de Bienestar Social.

## Anexos de interés

- Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (B.O.E del 15/11/2002).
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (B.O.C.M. del 26/12/2001, B.O.E. del 05/03/2002).
- Ley 7/2004, de 28 de diciembre de medidas en materia sanitaria (B.O.C.M. del 30/12/2004).
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (B.O.E. del 22/11/2003)

**CONSENTIMIENTO / NO CONSENTIMIENTO DE MEDIDAS DE SUJECIÓN**

D. / Dña.: \_\_\_\_\_, con DNI.: \_\_\_\_\_,  
en concepto de \_\_\_\_\_ de D. / Dña.: \_\_\_\_\_  
:

Da el *Consentimiento y Autoriza* la utilización de *Medidas de Sujeción Mecánica*, que resulten preciso aplicar hacia su familiar; a fin de evitar o disminuir accidentes, agresiones, así como para poder suministrar los tratamientos y cuidados adecuados que precisa. Conociendo que la medida de sujeción intenta evitar daños mayores del usuario a los que pudieran causar las medidas en sí mismas.

Habiendo sido *Informado* previamente de las *Ventajas e Inconvenientes* de las mismas (Ver Dorso), con lenguaje claro e inteligible.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Tutor / Familiar / Usuario)

Fdo.: Dr. D. \_\_\_\_\_  
(Médico del Centro)

No da el *Consentimiento ni Autoriza* la utilización de *Medidas de Sujeción Mecánica*, en su familiar.

Habiendo sido *Informado* previamente de las *Ventajas* que se persiguen con la utilización de las mismas: evitar o disminuir accidentes, agresiones, así como poder suministrar los tratamientos y cuidados adecuados que precisa, con lenguaje claro e inteligible.

En este caso el Centro dará oportuno conocimiento a la autoridad judicial y podrá realizar las interconsultas pertinentes.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_  
(Tutor / Familiar / Usuario)

Fdo.: Dr. D. \_\_\_\_\_  
(Médico del Centro)

Los sistemas de sujeción siempre están determinados por la necesidad inherente del residente y después de una evaluación sistemática, con el único objetivo de minimizar los daños al residente, facilitación de medidas terapéuticas o controlar situaciones de alteración de conducta, etc.

El uso de sujeciones puede asociarse a complicaciones de diferente severidad, que se ven minimizadas cuando se actúa de forma profesional y con el uso de protocolos adecuados. Entre las complicaciones cabe señalar: estrés severo, edemas, inmovilidad, úlceras cutáneas, lesiones nerviosas, deterioro de las actividades básicas de la vida diaria, agitación, alteraciones sensoriales, pérdida de memoria, mayor incidencia de infecciones y mayor proporción de accidentes severos secundarios a las caídas.

Estas medidas se adoptarán única y exclusivamente en caso de necesidad, después de valorar otras alternativas posibles y siempre buscando el bienestar del residente.

Estas medidas, no podrán ser definitivas, se colocarán de forma segura, que no impida la circulación, con acolchamientos en zonas que lo precisen.

Se utilizarán solo medidas autorizadas. Se colocarán de forma que sea fácil soltarlas en caso de emergencia, así como en posición anatómica, proporcionando el apoyo emocional y verbal que el residente precise.

Se reevaluará de forma periódica la necesidad de continuar o no con la medida instaurada.

## COMUNICACIÓN JUDICIAL ANTE NO CONSENTIMIENTO

**ILMO. SR. JUEZ:**

D/Dña.

Licenciado en Medicina y Cirugía,

D/Dña.

Diplomado/a Universitario de Enfermería

con ejercicio profesional en la Residencia de Personas Mayores del  
Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, con el debido respeto

**EXPONE A V.I.:**

Que en el día de la fecha se ha procedido a la sujeción mecánica del  
usuario/paciente D. / Dña.: D.N.I.:  
de años de edad, según prevé la Ley General de Sanidad, por las siguientes  
consideraciones:

- Padecer un Problema de Salud que le provoca un cuadro de agitación con  
tendencia a la Auto-Heteroagresividad.
- Presentar riesgo importante de lesiones (accidentes, caídas, etc.).
- Negativa y/o Imposibilidad para la cumplimentación terapéutica prescrita.
- No encontrar otras soluciones alternativas.

Dado el nivel volitivo y la capacidad decisoria de este usuario en estos momentos,  
se ha solicitado el correspondiente consentimiento informado a su tutor ó representante. Ante la  
negativa de éste, procedemos a:

- Sujeción Provisional para evitar lesiones, accidentes y control terapéutico.
- Retirar la Sujeción.
- Comunicación oficial de los hechos ante este Juzgado.

Lo que informamos a V.I. para su conocimiento, efectos oportunos y toma de  
decisiones futuras, que garanticen la máxima protección para éste usuario.

En Madrid, a

de

de Dos mil

**ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA**

**PRESCRIPCIÓN DE SUJECIÓN MECÁNICA**

| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RESIDENTE   |   |  |
|---|---|--|
| APELLIDOS Y NOMBRE:   |   |  |
| FECHA DE NACIMIENTO:  | EDAD:   | <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE |
| PLANTA:   | SECCIÓN:  | HABITACIÓN:  |
| FECHA DE INGRESO:   | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO <input type="checkbox"/> TEMPORAL                 |  |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:  |   |  |
| TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:  |   |  |
| <input type="checkbox"/> INCAPACITACIÓN JUDICIAL                                  | <input type="checkbox"/> TUTOR DERECHO  | <input type="checkbox"/> TUTOR HECHO                           |
| <input type="checkbox"/> CONSENTIMIENTO   | <input type="checkbox"/> NO CONSENTIMIENTO  | <input type="checkbox"/> INFORME JUEZ                          |
| MOTIVO DE LA SUJECIÓN   |   |  |
| <input type="checkbox"/> ALTERACIÓN CONDUCTA                                      | <input type="checkbox"/> AUTO/HETERO AGRESIVIDAD                                      | <input type="checkbox"/> CONTROL POSTURAL                      |
| <input type="checkbox"/> RIESGO CAÍDAS  | <input type="checkbox"/> RIESGO SINIESTROS  | <input type="checkbox"/> APLICACIÓN TERAPÉUTICA                |
| <input type="checkbox"/> OTRAS:   |   |  |
| MEDIDAS PREVENTIVAS PREVIAS   |   |  |
| <input type="checkbox"/> DETECCIÓN CAUSAS AGITACIÓN (INFECCIÓN-FIEBRE-DOLOR-ETC.) | <input type="checkbox"/> OPTIMIZAR CUIDADOS EN ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA. |  |
| <input type="checkbox"/> CORRECCIONES AMBIENTALES                                 | <input type="checkbox"/> PROGRAMA SOCIO-RECREATIVO                                    |  |
| <input type="checkbox"/> PROGRAMA PSICOSOCIAL                                     | <input type="checkbox"/> FARMACOLÓGICAS   |  |
| <input type="checkbox"/> OTRAS:   |   |  |
| TIPO SUJECIÓN   |   |  |
| <input type="checkbox"/> CINTURÓN DÍA   | <input type="checkbox"/> CINTURÓN NOCHE   |  |
| <input type="checkbox"/> CINTURÓN PÉLVICO   | <input type="checkbox"/> CHALECO TORÁCICO   |  |
| <input type="checkbox"/> MUÑEQUERAS:  | <input type="checkbox"/> TOBILLERAS:  |  |
| <input type="radio"/> DERECHA   | <input type="radio"/> DERECHA   |  |
| <input type="radio"/> IZQUIERDA   | <input type="radio"/> IZQUIERDA   |  |
| <input type="checkbox"/> TABLAS ADAPTADAS   | <input type="checkbox"/> BARANDILLAS DE CAMAS   |  |
| <input type="checkbox"/> OTRAS:   |   |  |

| CRONOLOGÍA / HORARIO / OBSERVACIONES                      |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FECHA INICIO:                    | <input type="checkbox"/> INDICACIÓN PROLONGADA |                                 |
| <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN                      |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> MAÑANA:                          | <input type="checkbox"/> TARDE:                | <input type="checkbox"/> NOCHE: |
| <input type="checkbox"/> LESIONES PREVIAS Y LOCALIZACIÓN: |  |                                 |
| <input type="checkbox"/> OBSERVACIONES:                   |  |                                 |

| MEDIDAS DE CONTROL COMPLEMENTARIAS                 |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN CADA          | HORAS                                      |
| <input type="checkbox"/> MOVILIZACIÓN CADA         | HORAS                                      |
| <input type="checkbox"/> MICCIÓN / DEFECACIÓN CADA | HORAS                                      |
| <input type="checkbox"/> AHUECAMIENTOS:            | <input type="checkbox"/> COJÍN ANTIESCARAS |
| <input type="checkbox"/> DESCANSO EN CAMA          | <input type="checkbox"/> OTRAS:            |

| DATOS PROFESIONALES                                |
|--|
| <input type="checkbox"/> PRESCRIPCIÓN DR.:         |
| <input type="checkbox"/> SUPERVISIÓN: DUE:         |
| <input type="checkbox"/> AUXILIARES DE REFERENCIA: |

| REEVALUACIÓN DE SUJECIÓN ( Fecha y Firma ) |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Guía para elaborar el Catálogo de Medidas de Sujeción en Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social

Comunidad de Madrid

13



Esta guía deriva de lo establecido en el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES del S.R.B.S. y contiene sistemas de sujeción de uso general en los centros.

Cada centro elaborará su propio catálogo basándose en los sistemas de sujeción de los que dispone, añadiendo o quitando los que crea conveniente.

En el caso de inclusión de nuevas medidas de sujeción no contempladas en esta Guía, deberán comunicarlo, para su registro, adecuación y normalización, al departamento de Coordinación de Centros Asistenciales.

## Definiciones

**Sistema de sujeción** es cualquier medida de contención o cualquier método manual o dispositivo material, equipo mecánico o físico unido o adyacente al cuerpo del usuario, que éste no sea capaz de mover con facilidad y limite su libertad de movimientos, o el acceso normal a su propio cuerpo

SOLO ESTÁN AUTORIZADAS COMO MEDIDA DE SUJECIÓN LAS CONTENIDAS EN ESTE DOCUMENTO, ESTANDO **EXPRESAMENTE PROHIBIDO CUALQUIER OTRA MEDIDA DE SUJECIÓN NO CONTEMPLADA EN ESTE CATÁLOGO.**



## Normas generales para todas las Sujeciones

1. Todas las medidas de sujeción deben estar autorizadas según los procedimientos establecidos en el PROTOCOLO DE PREVENCIÓN Y USO DE SUJECIONES.
2. Explicar el objetivo y la necesidad de la medida al residente, si es posible, y a la familia, haciendo notar que no es un castigo sino una medida de protección del residente.
3. Para evitar complicaciones, a todo residente sujeto es necesario vigilarlo con más asiduidad y esmero, que a uno que no esté sujeto. Los cuidados específicos de cada residente con sujeción estarán pautados en la HOJA DE REGISTRO DEL PLAN DE CUIDADOS de las Auxiliares de Enfermería.
4. Se utilizará para permitir un más cómodo manejo del residente, evitando problemas en el suministro de tratamientos por vía endovenosa o mediante sondas, en residentes agitados, confusos o dementes. En caso de no necesitar sujeción para ello, deben retirarse.
5. Valorar siempre la dignidad, autoestima y deseos del residente. Si así lo aconsejaran las circunstancias, tratar de disimular la sujeción debajo de alguna prenda sin comprometer su facilidad de retirada en caso de urgencia.
6. Seguir siempre las instrucciones de uso y tener siempre estas en un lugar visible.
7. Fijar siempre las sujeciones a los armazones de la cama o silla, no a barandillas, colchones u otras partes móviles o no seguras de los mismos.
8. Al aplicar una sujeción, buscar siempre el mantenimiento de la alineación corporal, una posición anatómica correcta y la mayor comodidad del residente.
9. Las sujeciones no deben provocar excesiva presión y deben de permitir cambios posturales. Vigilar que la sujeción no produce dificultad respiratoria o circulatoria, cianosis, palidez de la piel, enfriamiento de extremidades, adormecimiento, hormigueo, dolor, rozaduras o quejas del residente.
10. Vigilar las sujeciones de forma periódica según el Plan de cuidados del residente. No utilizar sujeciones que no estén en perfecto estado de uso. Se debe tener reserva suficiente de sistemas de sujeción para su uso inmediato en caso de urgencia en cada unidad de enfermería.
11. Los nudos, hebillas, clips, lazadas y demás elementos de sujeción deben de estar visibles y en una posición que permita soltarlos rápidamente en caso de necesidad. El sistema de elección preferente será el de clip, evitando siempre que se pueda los nudos y lazadas.
12. Los sistemas de apertura de las sujeciones (imanes, llaves, bolígrafos, etc.), deben estar siempre en lugar bien visible y cercano al residente y con repuesto de los mismos en el control de enfermería correspondiente.
13. UN RESIDENTE SOMETIDO A SUJECIÓN FÍSICA ES UNA PERSONA CUYOS DERECHOS Y DIGNIDAD DEBEN SER MANTENIDOS EN TODO MOMENTO Y TIENE DERECHO A QUE SE REEVALÚE SU NECESIDAD PERIÓDICAMENTE.

## Catálogo

15

### CHALECO TORACO-ABDOMINAL CON SUJECIÓN PERINEAL



Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente.

La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas.

Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.



### CHALECO TORACO-ABDOMINAL SIN SUJECIÓN PERINEAL



Prenda en forma de chaleco para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente.

La porción anterior y posterior deben estar claramente diferenciadas.

Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.

### CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO

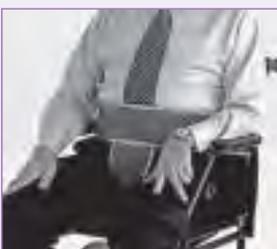


Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y proporcionándole estabilidad.

No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.

Si existe riesgo de deslizamiento del residente, no utilizar. Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.

### CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN CON SUJECIÓN PERINEAL



Dispositivo que sujeta al residente a la silla impidiendo que se levante y el desplazamiento de tronco y abdomen en la misma, proporcionando estabilidad al residente. Impide deslizamientos del residente.

No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.

Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.



## CINTURÓN ABDOMINAL EN SILLA O SILLÓN GERIÁTRICO CON CINCHAS DE SUJECIÓN TORÁCICA

Para sujeción a silla o sillón geriátrico. Impide levantarse de la silla y el desplazamiento de tronco hacia delante, proporcionando estabilidad al residente. No impide deslizamientos del residente.

Debe permitir los cambios posturales en la silla.

Se coloca sobre la ropa o pijama, aunque podrá disimularse con alguna chaqueta o bata.



## CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA

Dispositivo que sujeta al residente a la cama impidiendo que se levante y permitiéndole movilidad en la cama.

Puede ser aconsejable utilizarlo siempre con barandillas en la cama.

No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax o abdomen del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.



## CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS

Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmovilizar uno o ambos brazos, impidiendo que se levante y permitiéndole movilidad en la cama.

No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen y muñecas del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.



## CINTURÓN ABDOMINAL EN CAMA CON MUÑEQUERAS Y TOBILLERAS Y/O CINCHAS DE SUJECIÓN TORÁCICA

Dispositivo que sujeta al residente a la cama e inmovilizar una o ambas extremidades, impidiendo que se levante y permitiéndole movilidad en la cama.

No debe estar demasiado ajustado alrededor del tórax, abdomen, tobillos y muñecas del residente, ni demasiado suelto que permita el deslizamiento.



## SUJECIÓN DE MUÑECA O TOBILLO PARA EXTREMIDADES

Diseñada para sujetar tobillos o muñecas al bastidor de la cama o silla e inmovilizar una extremidad o todas.

Proteger o acolchar las zonas de roce.



## MANOPLAS



Impiden al residente que agarre algo pero permiten que mueva libremente las manos.

## BARANDILLAS EN EL CAMA CON O SIN PROTECCIÓN



Impiden que se caiga de la cama y permiten movilidad y ayuda en el cambio de postura.

Siempre que se pueda, deben estar recubiertas con protectores de espuma de poliuretano y tela o plástico y fijadas a la barandilla.

Debe asegurarse que están completamente abiertas y bloqueadas.

## SÁBANA DE SUJECIÓN EN LA CAMA CON O SIN MANGAS



Impide al paciente levantarse o caerse de la cama, así como manipular los empapadores, sondas, etc. Permite sentarse en la cama, girarse o mover libremente los brazos y piernas. Cremallera reforzada con cierre en los pies y tope superior protegido del contacto con la piel. Goma de ajuste de tensión fuerte que sujeta la sábana bajo el colchón aprovechando el propio peso del paciente.

## Bibliografía

- GUIA DE SUJECIONES. Residencia de Personas Mayores "Francisco de Vitoria". SRBS. Comunidad de Madrid 2006
- Protocolo de Prevención y uso de sujeciones. Servicio Regional Bienestar Social. Comunidad de Madrid. 2006







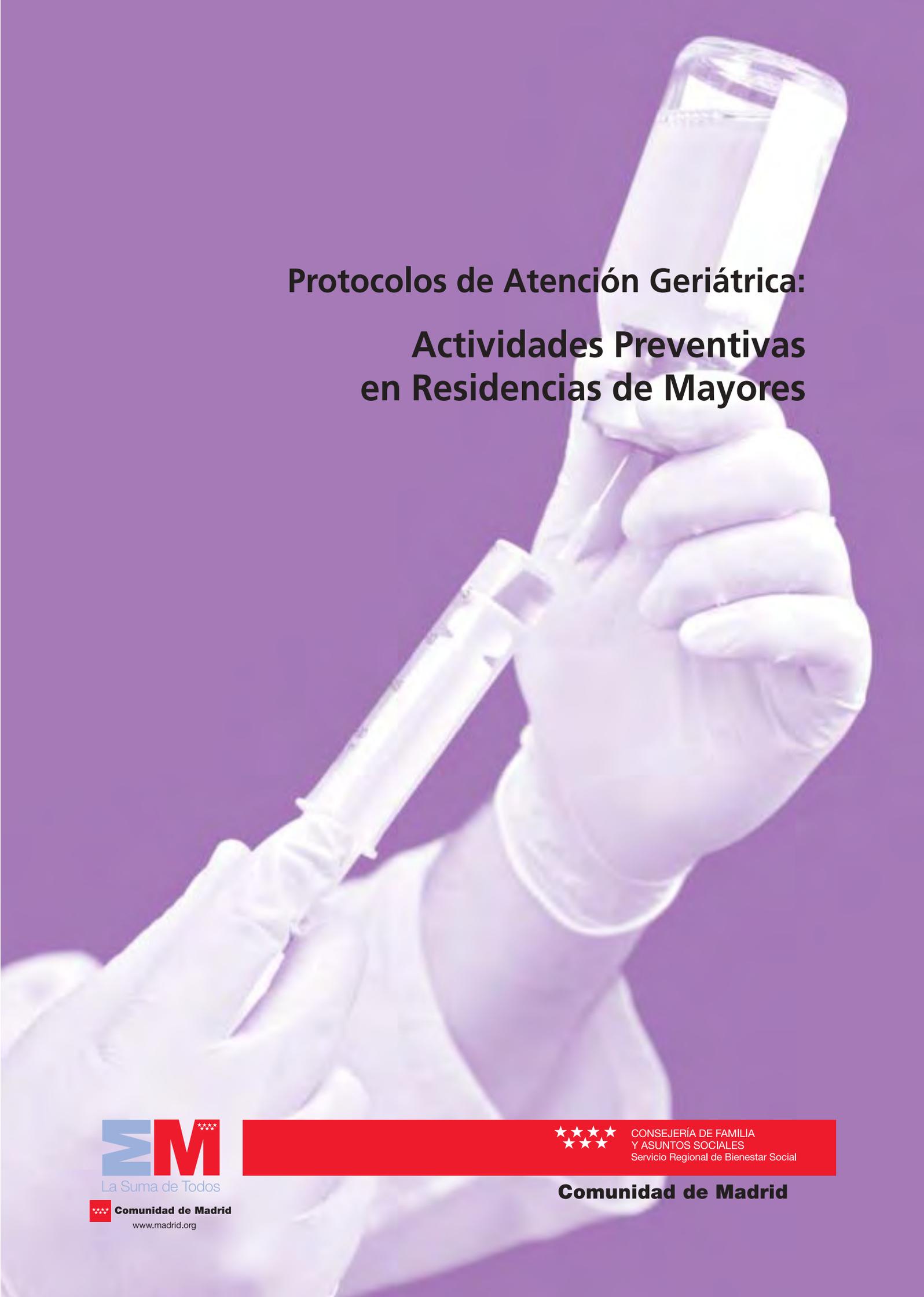
La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)



# Protocolos de Atención Geriátrica: Actividades Preventivas en Residencias de Mayores



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN  
D. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO  
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ  
D<sup>a</sup>. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS  
D<sup>a</sup>. ELENA MATELLÁN PÉREZ  
D<sup>a</sup>. AMAYA MARTÍN GARRIDO  
D. MANUEL BURGOS ARGUIJO  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ MANSILLA BAUDOT  
D<sup>a</sup>. DOLORES HONORATO FERRERO  
D<sup>a</sup>. JULIA CABEZAS CERRATO  
D. PABLO FRANCISCO CORUJO MARTÍNEZ  
D<sup>a</sup>. SONIA MONFORT AYESTARÁN  
D. HILARIO HERNÁNDEZ OVEJERO  
D<sup>a</sup>. MERCEDES CAÑO RAMÍREZ  
D<sup>a</sup>. CARMEN MORALES BLANCA  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JESÚS ABELLÁ FERÁNDEZ  
D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ  
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Actividades Preventivas en Residencias de Mayores

---



### Introducción

Los problemas de salud en los mayores, tienen unas características especiales, respecto al resto de la población: tienden a la cronicidad, la restitución de las funciones al estado anterior a la enfermedad, no es completa, son predominantemente de carácter degenerativo, tienden a la comorbilidad de varias enfermedades y generalmente son de causa multifactorial.

En la génesis de estas enfermedades, influyen múltiples factores de riesgo, no solo físicos, sino también sociales, ambientales, etc. El control y la acción, sobre estos factores de riesgo, tanto más cuanto más precoz sea, modificará la presentación y el curso de la enfermedad.

Podría parecer utópico este tipo de intervenciones, en los mayores de una residencia, en los que los factores de riesgo llevan varias décadas actuando sobre los mismos. Sin embargo, podemos resaltar que la aplicación, de estas intervenciones preventivas, es necesaria e incuestionable, incluso en las personas mayores. Su adecuada aplicación, produce los siguientes efectos:

- ✓ Evita la aparición de la enfermedad
- ✓ Enlentece el curso y progresión de la enfermedad, una vez que ésta ha aparecido y por tanto evita un mayor deterioro
- ✓ Previene la aparición de complicaciones y secuelas.

En definitiva, en los mayores lo que pretendemos es evitar la enfermedad y sus complicaciones, aumentando la expectativa de vida, pero especialmente evitar la discapacidad o dependencia, conservando la autonomía y aumentando, como consecuencia, la calidad de vida.

Es por ello por lo que se hace necesario, el abordaje de estos procesos, mediante estrategias normalizadas y estructuradas, en forma de Protocolos o Guías Asistenciales, basados en evidencia científica o consensuados por Grupos de Expertos, como el que a continuación se desarrolla.



## Objetivos

- Promocionar la salud y prevenir enfermedades (Aumento Expectativa de Vida o Compresión de la Morbilidad).
- Evitar, retrasar y/o disminuir el deterioro funcional, conservando el máximo grado de autonomía y evitando la dependencia (Aumento de la Expectativa de Vida Libre de Incapacidad o Compresión de la Discapacidad).
- Conseguir el máximo estado de bienestar físico, mental, social y funcional (Máximo estado de Salud con Calidad de Vida).

## Usuarios a los que se dirige

Todos los usuarios serán susceptibles de dos tipos de intervenciones:

- ✓ Inespecíficas: dirigida a todos los usuarios.
- ✓ Específicas: dirigida a usuarios con factores de riesgo para procesos prevalentes y ante enfermedad ya establecida.

## Definiciones y conceptos

**Promoción de Salud:** conjunto de acciones interdisciplinarias que tratan de promover el máximo estado de bienestar físico, mental, social y funcional; evitando la enfermedad, deterioro funcional y dependencia. Actuaciones sobre: Hábitos Tóxicos, Ejercicio Físico, Alimentación, Control Fármacos, Evitar Caídas, etc.

**Prevención Primaria:** intervenciones que se efectúan sobre los factores de riesgo, antes de que exista enfermedad, mediante la promoción de la salud y educación sanitaria.

- Inespecífica: actuaciones sobre estilos de vida, hábitos higiénicos y dietéticos, etc.
- Específica: actuaciones llevadas a cabo contra problemas de salud como Tétanos, Gripe, Neumonía Neumocócica, etc.

**Prevención Secundaria:** intervenciones que se efectúan sobre problemas de salud, aún siendo éstos asintomáticos, para evitar la progresión.

**Prevención Terciaria:** intervenciones que se llevan a cabo sobre problemas de salud ya sintomáticos, para evitar las complicaciones y/o mejorar los déficit producidos por éstos.

## Unidades y/o profesionales implicados

5



- 1. Promoción de la Salud:** todos los miembros del equipo interdisciplinar, fomentarán, estimularán y motivarán a los usuarios para la adopción de unos estilos de vida o hábitos saludables.
- 2. Prevención Primaria:** el Médico, Diplomado en Enfermería (DUE), Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social, seleccionarán a aquellos usuarios para programar las intervenciones que deben llevarse a cabo en los mismos, bien sean Inespecíficas, dirigidas a toda la población, o Específicas sobre usuarios con factores de riesgo. Asimismo el Auxiliar de Enfermería o cualquier otro trabajador que los detecte, lo comunicará al Médico o al DUE
- 3. Prevención Secundaria:** el Médico, el DUE, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social, a través de la valoración al ingreso y de las valoraciones periódicas, establecerán técnicas de cribado de los problemas de salud más prevalentes, así como de los Síndromes Geriátricos, a fin de lograr la detección y el control de éstos en fase aún asintomática.
- 4. Prevención Terciaria:** el Médico, DUE, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social, establecerán estrategias para detectar los problemas de salud, ya sintomáticos, pero aún no constatados, así como los ya constatados, a fin de evitar la progresión, complicaciones, déficit funcionales y dependencia.

El Auxiliar de Enfermería colaborará y participará con los técnicos que intervienen en la prevención secundaria y terciaria, en todas aquellas tareas pertinentes que le sean encomendadas.

- 5. Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo:** el Jefe de Área Técnico Asistencial organizará, supervisará y facilitará la ejecución y el correcto desarrollo del protocolo, así como la cumplimentación de los registros específicos.

## Descripción del procedimiento

- 1. Valoración Geriátrica Integral de Residentes (VGI):** se realizará obligatoriamente al ingreso una valoración que debe estar concluida a los 30 días del mismo, excepto alguna exploración complementaria que se demore. En ésta se establecerán los Objetivos para cada residente y se determinará un Plan de Atención-Cuidados Individualizado en función de los factores de riesgo y/o problemas de salud detectados. Se efectuará siguiendo los criterios marcados en el Protocolo de Valoración Geriátrica Integral del Residente.



2. **Valoraciones Periódicas de Residentes:** se efectuará una VGI con carácter anual o bien cada vez que acontezcan problemas de salud relevantes o ante cambios funcionales, además se efectuarán las correspondientes valoraciones que determine el CFR cada seis meses.
3. **Valoraciones, Exámenes Periódicos de Salud y Tests de Cribado:** se llevarán a cabo siguiendo las directrices de la evidencia científica o grado de validez así como el nivel de recomendación, de cada intervención.
4. **Perfiles de Personas Mayores y Sistemática de Intervención:** la intervención sobre el colectivo de los mayores, ha de individualizarse en función de las características de éstos: estado basal, enfermedades, expectativa de vida, etc. Se establecen varios perfiles de personas mayores bien definidos: Persona Mayor Sana, Persona Mayor Enferma, Persona Mayor Frágil o de Alto Riesgo y Paciente Geriátrico (ANEXO I).
5. **Niveles de Intervención:** existen dos niveles en función del perfil de usuario previamente señalado. Para cada nivel, existen unas recomendaciones que deben llevarse a cabo, salvo que concurren otras circunstancias del usuario que anulen estas recomendaciones (terminalidad, etc.).
  - **Nivel Básico:** adecuado para la Persona Mayor Sana entre 65-75 años, viene determinado por las recomendaciones de los PAPPs de Atención Primaria.
  - **Nivel Complejo:** adecuado para los perfiles de Persona Mayor Sana >75 años, Persona Mayor Enferma, Persona Mayor Frágil y Paciente Geriátrico, viene determinado por las recomendaciones de los PAPPs de Atención Primaria, así como por las estrategias preventivas ampliadas a partir de la VGI y los Protocolos Específicos del proceso que padezca (ANEXO II).
6. **Ejecución del Programa:** en la residencia se llevarán a cabo todas aquellas intervenciones que sean pertinentes (analítica, control glucémico, toma de presión arterial, peso y talla, electrocardiograma, educación para la salud, etc.), derivando a interconsultas a aquellos usuarios que precisen exploraciones complementarias resolutivas (analítica, radiografía, ecografía, mamografía, etc.), o bien derivando a nivel hospitalario a aquellos problemas que lo requieran.
7. **Niveles de Evidencia y Recomendaciones:** Se seguirán las directrices mencionadas en el ANEXO II, que recogen las recomendaciones de entidades científicas de reconocido prestigio, como la The Canadian Task Force, The US Preventive Services Task Force, PAPPs de semFYC, etc.
8. **Periodicidad de la Intervención:** se establecen intervenciones y periodicidades con carácter general para personas no afectas de problemas de salud concretos. Cuando presenta un problema de salud determinado o bien factores de riesgo específicos, se determinarán periodicidades diferentes en el protocolo correspondiente para dicho problema de salud (HTA, Dislipemia, etc.).

## Registros y lugar de custodia

- ▲ Documento homologado de Registro Individualizado de Actividades Preventivas (ANEXO II).
- ▲ Documento-Cronograma de Actividades Preventivas de carácter Periódico (ANEXO III).



Custodia de documentos:

1. Registro Individualizado de Actividades Preventivas: se archivará en las Historias o Valoraciones de los profesionales a los que corresponda poner en marcha alguna intervención preventiva (Historia Médica, de Enfermería, de Fisioterapia, de Terapia Ocupacional, Trabajo Social, etc.) (HIRE).
2. Registro-Cronograma de Actividades Preventivas de carácter Periódico: a aquellos profesionales a los que corresponda poner en marcha alguna intervención preventiva, extraerá mensualmente del HIRE el cronograma o agenda de consulta para la ejecución de las actividades correspondientes.

## Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Octubre de 2006.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios de estrategias terapéuticas o de intervención por organismos o entidades acreditados.

## Documentos y referencias

- The Canadian Task Force y The US Preventive Services Task Force.
- Protocolos de actividades Preventivas y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria 2003 y 2005.
- Programa de Atención a las Personas Mayores. INSALUD. Artegraf S.A. 1997.
- Criterios de Ordenación de Servicios para la Atención Sanitaria a Personas Mayores. INSALUD. 1996.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. FARESO S.A. 1995.
- Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid. Nueva Imprenta S.A. 2003.



- Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Revista Española Geriátrica y Gerontología. 1997; 32 (NM2).
- Uso de Mamografía y Papanicolaou para la detección precoz del cáncer de mama y cérvix. Agencia Evaluación Tecnología Sanitarias. Noviembre 2002: 13-17.
- Paz Valiñas L. y Atienza Merino G. Evaluación de la eficacia y efectividad del cribado poblacional del cáncer colorectal. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia. INF 2003/02.
- Prevención del cáncer colorectal. Guía práctica Clínica. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Cochrane Iberoamericano y Asociación Española de Gastroenterología. SCM, SL. Barcelona. 2004.
- Estrategias en Cáncer del Sistema nacional de Salud 2006-2007. Secretaría General. Diciembre 2005.
- Historia clínica (HIRE). Servicio Regional de Bienestar Social.
- PIA nº 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13,15 y 17 del CFR 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.

## ANEXO I

### PERSONA MAYOR SANA

*Con características Físicas, Psíquicas, Sociales y Funcionales normales para su edad cronológica.*  
Seguimiento:

- **De 65-75 años:** seguimiento similar al de Atención Primaria (AP). Aplicar los PAPPs de AP. Valoración y reclasificación según riesgo/2 años, o ante problema de salud relevante, o cambio funcional.
- **>75 años:** sistemática de seguimiento compleja, con valoración geriátrica integral (VGI) y directrices específicas de atención especializada (Geriatría, Medicina Interna, Cardiología, Urología, etc.). Aplicar los PAPPs de AP, así como estrategias preventivas ampliadas, según la VGI y los Protocolos Específicos del proceso que padezca, prescritos por Atención Especializada. Valoración y reclasificación según el riesgo/anual, o ante problema de salud relevante, o cambio funcional. Ciertos procesos, en función de su gravedad, expectativa de vida, etc., pueden anular las recomendaciones pertinentes para este perfil.

### PERSONA MAYOR ENFERMA

*Con problema de salud agudo o crónico, generalmente no invalidante, de diversa gravedad, pero sin cumplir criterios de Fragilidad ni de Paciente Geriátrico.*

- **De 65-75 años:** sistemática de seguimiento de AP, junto a directrices específicas de Atención Especializada. Aplicar los PAPPs de AP junto a Protocolos Específicos del proceso que padezca. Valoración y reclasificación según el riesgo/1-2 años, o ante problema de salud relevante, o cambio funcional.
- **>75 años:** sistemática de seguimiento compleja, con VGI y directrices específicas de atención especializada (Geriatría, Medicina Interna, Cardiología, Urología, etc.). Aplicar los PAPPs de AP, así como estrategias preventivas ampliadas según la VGI y los Protocolos Específicos del proceso que padezca, prescritos por Atención Especializada. Valoración y reclasificación según el riesgo/anual, o ante problema de salud relevante, o cambio funcional. Ciertos procesos, en función de su gravedad, expectativa de vida, etc., pueden anular las recomendaciones pertinentes para este perfil.

### PERSONA MAYOR FRÁGIL O DE ALTO RIESGO

*Aquel que presente alguno de los siguientes criterios:*

>80 años, Vive solo, Viudez < 1 año, Cambio domicilio < 1 año, Economía precaria, Hospitalización <1 año,  
> 3 fármacos, Prescripción en último mes de antihipertensivos, antidiabéticos o psicofármacos,  
Precisa atención médica-enfermería en domicilio 1 vez/mes, Incapacidad funcional, Lawton<1,  
Depresión, Deterioro Cognitivo,  
Enfermedad crónica que provoca déficit funcional ( ACVA, Infarto Miocárdico o Insufic. Cardíaca hace < 6 meses,  
E. Parkinson, EPOC, Enfermedad osteoarticular, Caídas, Déficit Visión, Hipoacusia, Enfermedad Terminal )

- Sistemática de seguimiento compleja, con VGI y directrices específicas de atención especializada (Geriatría, Medicina Interna, Cardiología, Urología, etc.). Aplicar los PAPPs de AP, así como estrategias preventivas ampliadas según la VGI y los Protocolos Específicos del proceso que padezca. Valoración y reclasificación según el riesgo/anual, o ante problema de salud relevante, o cambio funcional.
- Ciertos procesos, en función de su gravedad, expectativa de vida, etc., pueden anular las recomendaciones pertinentes para este perfil.

**ANEXO I**

**PACIENTE GERIÁTRICO**

**Tiene 3 ó más de los siguientes criterios: > 75 años, pluripatología relevante, carácter incapacitante, patología mental, problemática social en relación a la salud.**

- ✦ Sistemática de seguimiento compleja, con VGI y directrices específicas de atención especializada (Geriatría, Medicina Interna, Cardiología, Urología...); Aplicar PAPPs de AP, estrategias preventivas ampliadas según la VGI y los Protocolos Específicos del proceso que padezca. Valoración y reclasificación según el riesgo/anual, ante problema de salud relevante, o cambio funcional.
- ✦ Ciertos procesos, en función de su gravedad, expectativa de vida, etc., pueden anular las recomendaciones pertinentes para este perfil

**ANÁLISIS DE CASUÍSTICA EN EL S.R.B.S.:**

La casuística de los centros del S.R.B.S., en diferentes puntos de corte a través del CFR y GCP, evidencia que tan sólo un 3-5% de los residentes, cumplirían inicialmente con los criterios del perfil de Persona Mayor Sana entre 65-75 años. Estas cifras probablemente disminuirían si se considerara el mero hecho de la institucionalización, consecuencia de problemática social o ingresos económicos insuficientes.

Es por ello, por lo que la estrategia global de intervención en cuanto a actividades preventivas se refiere, para esta población con un perfil diferenciado tan escaso cuantitativamente, puede quedar incluida dentro de una estrategia común que comparten el resto de perfiles y que viene determinada por el nivel más complejo de intervención.

**NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

| Evidencia     | Tipo de Estudios   |
|---------------|--|
| <b>I</b>      | Evidencia de al menos un estudio controlado aleatorizado                             |
| <b>II-1</b>   | Evidencia de estudios controlados no aleatorizados bien diseñados                    |
| <b>II-2</b>   | Evidencia de estudios de cohortes o de casos-controles bien diseñados multicéntricos |
| <b>II-3</b>   | Evidencia de estudios de múltiples series con o sin intervención                     |
| <b>III</b>    | Opinión de experiencia; estudios descriptivos o informe de comités de expertos       |
| Recomendación | Tipo de Estudios   |
| <b>A</b>      | Adecuada Evidencia Científica para recomendar la intervención                        |
| <b>B</b>      | Cierta Evidencia Científica para recomendar la intervención                          |
| <b>C</b>      | Insuficiente Evidencia Científica para recomendar la intervención                    |
| <b>D</b>      | Cierta Evidencia Científica para no recomendar la intervención                       |
| <b>E</b>      | Adecuada Evidencia Científica para no recomendar la intervención                     |

**ANEXO II: REGISTRO INDIVIDUALIZADO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES**

**APELLIDOS Y NOMBRE:**

| PROGRAMA INTERVENCIÓN     | RECOMENDACIÓN  |   | EVIDENCIA | GRADO | APLICAR (x) |
|---------------------------|--|---|-----------|-------|-------------|
|                           | Persona Mayor sana 65-75 años con Expectativa Vida > 5 años y/o autónoma independiente   | Persona Mayor Frágil Paciente Geriátrico Persona Mayor Enferma Persona Mayor Sana > 75 años |           |       |             |
| Vacuna Gripe              | Anual  |   | I-II      | B     |             |
| Vacuna Neumococo          | No vacunados. Revacunación/5 años. Si expectativa < 2 años valorar si se pone una vez  |   | I-II      | B     |             |
| Vacuna Tétanos/Difteria   | Al ingreso en No vacunados o Dudosos. Recordar / 10 años. Si expectativa < 2 años valorar si se pone   |   | I-II      | A     |             |
| Riesgo Social             | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses- PIA 8)   |   |           |       |             |
| Despistaje Meios Tratos   | En Valoración Geriátrica Integral Anual. Ante signos de alarma, Valorar en visitas periódicas  |   |           |       |             |
| Ejercicio Físico Aeróbico | En Valoración Geriátrica Integral Anual. Valorar en visitas periódicas. No hacer ante expectativa < 2 años   |   | I-II      | A     |             |
| Tabaco y Alcohol          | Consejo en Valoración Geriátrica Integral Anual. Valorar en visitas periódicas. No hacer ante expectativa < 2 años   |   |           | A     |             |
| Hábitos Higiénicos        | En Valoración Geriátrica Integral Anual. Valorar en visitas periódicas   |   |           |       |             |
| Hábitos Dietéticos        | En Valoración Geriátrica Integral Anual. Valorar en visitas periódicas. No hacer ante expectativa < 2 años   |   |           |       |             |
| Estado Funcional          | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses- PIA 5). Valorar en visitas periódicas o ante situación de riesgo o deterioro físico o mental   |   | III       | C     |             |
| Alimentación/Nutrición    | Riesgo malnutrición / año Estado Nutricional y Riesgo Malnutrición/año (CFR / 6 meses- PIA 14)   |   |           | C     |             |
| Peso/Talla (IMC)          | Talla y Peso dinámica / año (CFR / 6 meses- PIA 14) Talla y Peso (CFR / 6 meses- PIA 14) IMC / año   |   |           | C     |             |
| Fundón Tiroideo           | Mujeres > 50 años / 5 años   |   | III       | C     |             |
| ECG                       | En Valoración Geriátrica Integral Anual  |   | III       | C     |             |
| Radiografía Tórax         | No recomendar el cribado. Sólo ante sospecha   |   | III       | D     |             |
| Cribado HTA               | Control / anual (en Visita Anual o Visita Periódica Predefinida)   |   | I         | A     |             |
| Cribado Dislipemia        | Cribado / 5 años Al menos una determinación. Cribado / 5 años. No hacer ante expectativa < 2 años  |   | I         | A     |             |
| Cribado Diabetes          | Cribado / 3 años. En Obesos / año  |   |           |       |             |
| Riesgo Cardiovascular     | Criterios Framingham   |   |           |       |             |
| Salud Buco-dental         | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses- PIA 17)  |   | III       | C     |             |
| Problemas Audición        | Considerar Cribado Anual (Eusufio y Otoscopia) (CFR / 6 meses- PIA 4). No hacer al final de vida o expectativa < 2 años  |   | III       | B-C   |             |
| Problemas Visión          | Considerar Cribado Anual (Optotipo) (CFR / 6 meses - PIA 3). No hacer al final de vida o expectativa < 2 años  |   | III       | C     |             |
| Caídas                    | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR/6 meses-PIA 13). Cribado ante síntomas. Diferente evidencia según intervención (Equilibrio I, Talla I, Cribado Visión II-III, Apoyo y Sujeción III) |   | I-II      |       |             |
| Cribado de Incontinencia  | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses- PIA 7) En cada visita preguntar sobre la incontinencia   |   |           |       |             |

**ANEXO II: REGISTRO INDIVIDUALIZADO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES**

**APELLIDOS Y NOMBRE:**

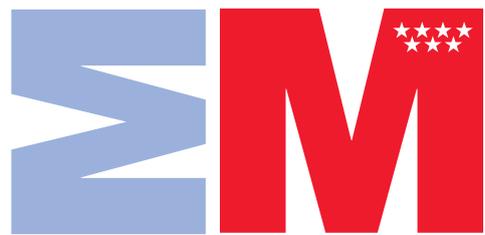
| PROGRAMA INTERVENCIÓN       | RECOMENDACIÓN   |   | EVIDENCIA  | GRADO  | APLICAR (*) |
|-----------------------------|---|---|------------|--------|-------------|
|                             | Persona Mayor Sana 65-75 Años con Expectativa Vida > 5 años / Independientemente  | Persona Mayor Frágil / Paciente Geriátrico / Persona Mayor Enferma / Persona Mayor Sana > 75 años   |            |        |             |
| Cribado de Úlcera Péptica   | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses - PSA 8 y 9). Ante signos de alarma  |   | III        | B      |             |
| Cribado de Demencia         | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses - PSA 1, 2 y 9). Ante signos de alarma   |   | III        | C      |             |
| Cribado Osteoporosis        | Al menos una vez. La Densitometría NO tiene valor como test de cribado sólo en diagnósticos de Osteoporosis con fines Terapéuticos. No hacer al final de vida o expectativa < 2 años  |   | III        | C      |             |
| Nutrición / Automedicación  | En Valoración Geriátrica Integral Anual (CFR / 6 meses - PSA 19). En cada visita  |   |            |        |             |
| Ácido Acetil Salicílico     | Discutido a personas de riesgo de Cardiopatía Isquémica: 80-325 mg/día (Verlos Estudios)  |   | I-II       | A      |             |
| Calcio, TriS, Bisfosfonatos | No hay evidencia en mujeres asintomáticas   |   |            |        |             |
| Cáncer de Endometrio        | En Valoración Geriátrica Integral / año, Busqueta Sangrado Vaginal  |   |            |        |             |
| Cáncer de Cervice           | <p>Si etiología 5 años previo cribado: prueba anual / 2 años, si sin riesgo = Suspender (no hacer en histiocarcinoma avanzado o con alto riesgo o cirugía previa) / anual</p>   | No hacer en Anciano Frágil, Expectativa de vida < 5 años, Deterioro Funcional Moderado o en Expectativa de vida < 2 años                            | I          | C      |             |
| Cáncer de Mama              | <p>&lt;70 años: Autoexploración periódica. Exploración Médica / año. Mammografía / 2 años y anual si antecedentes familiares</p> <p>&gt;70 años: Autoexploración periódica. Exploración Médica/año</p> <p>Si expectativa de vida &lt;2 años = No hacer</p>  |   | I          | B<br>C |             |
| Cáncer Colorrectal          | <p>Directa test de SOH / anual o bienal preferentemente, a &lt;70 años. Si es (+) derivar a Digestivo para Sigmoidoscopia, Enema Óptica o Colonoscopia.</p> <p>Busqueda de Patología de Riesgo (Antecedentes Personales o Familiares 1º, 2º y 3º Grado de Cáncer Colorrectal o Pólipos Adenomatosos, Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Sangrado o Cambio de Hábito Intestinal) para derivar a Digestivo a estudio PSA / año si expectativa de vida &gt; 10 años (American Cancer Society)</p> |   | II         | A      |             |
| Cáncer de Próstata          | <p>No recomendado en asintomáticos (US Preventive Task Force, Canadian Task Force)</p> <p>PSA: Valorar con paciente. No hacer si expectativa de vida &lt; 2 años (IAPPS)</p>  |   | III<br>III | C<br>D |             |
| Cáncer Cutáneo              | En Valoración Geriátrica Integral Anual en expuestos al sol o lesiones previas  |   |            | C      |             |
| Cáncer Ovario               | No recomendado cribado en mujeres asintomáticas   |   |            |        |             |
| Cáncer Pulmón               | No recomendado cribado en personas asintomáticas. Recomendado abandono Tabaco   |   |            |        |             |
| Valoración Geriátrica       | Recomendada en Mayores Institucionalizados por la SBGG  |   |            |        |             |
| Úlceras Por Presión         |   |   |            |        |             |
| Suicidios                   |   |   |            |        |             |
| Hantax                      | Recomendada al ingreso para conocer estado y universores (ité ante contacto estrecho con un afecto de TBC para determinar Quimioprofilaxis)   |   |            |        |             |
| Periodicidad de Visitas     | Anual   | Anciano Frágil o Expectativa Vida < 5 años ó Deterioro Funcional Moderado y Demencia Moderada con Expectativa Vida de 2-10 años = 1 a 4 veces / Año |            |        |             |
|                             |   | Expectativa < 2 años ó Final de la Vida = Cuantas Prose   |            |        |             |

ANEXO III: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS EN LAS PERSONAS MAYORES

| APELLIDOS Y NOMBRE:       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| PROGRAMA INTERVENCIÓN     | PERIODICIDAD |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vacuna Gripe              |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vacuna Neumococo          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vacuna Tétanos + difteria |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Riesgo Social             |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Desplazje Manos Tricón    |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Ejercicio Físico Aeróbico |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tabaco y Alcohol          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hábitos Higiénicos        |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hábitos Dietéticos        |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Estado Funcional          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alimentación/Nutrición    |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Peso/Talla (IMC)          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Función Tiroidea          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ECG                       |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Radiología Tórax          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cribado HTA               |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cribado Dislipemia        |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cribado Diabetes          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Riesgo Cardiovascular     |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Salud Bucal-dental        |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas Audición        |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Problemas Visión          |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| CADSA                     |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cribado de Incontinencia  |              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |







La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Protocolos de Atención Geriátrica: Detección y Control de Hipertensión Arterial en Residencias de Mayores



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. CARLOS MARÍA GALÁN CABELLO  
D. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ  
D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ  
D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN  
D<sup>a</sup>. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS  
D. JUAN MANUEL GARCÍA NOVOA  
D. ELÍAS MARTÍN MORENO  
D. PEDRO ANTONIO DE CASTRO OJEDA  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ MENA CAÑADA  
D. JUAN ÁNGEL TEJA MARINA  
D. ÁNGEL LUIS CAMPS ÁLVAREZ  
D<sup>a</sup>. VICTORIA VALVERDE MOYAR  
D. ANTONIO DÍAZ-MAYORDOMO FRAILE  
D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JOSÉ SCHNELL QUIERTANT  
D<sup>a</sup>. ALICIA MARÍA JULIA ALONSO OJEDA  
D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ  
D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica: Detección y Control de Hipertensión Arterial en Residencias de Mayores



## Introducción

La hipertensión arterial, en cualquiera de sus variantes, sisto/diastólica o sistólica, constituye uno de los problemas de salud más prevalentes en los mayores, presentando una relación directa con la edad, hasta el punto que en mayores de 65 años afecta al 70%, llegando en los mayores de 80 años al 75%.

Está absolutamente demostrado, que la Hipertensión Arterial, representa un factor de riesgo cardiovascular de primer orden (infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, accidentes cerebrovasculares, etc.) y un factor de riesgo de discapacidad y mortalidad. Estos riesgos son tanto mayores cuanto más elevada sea la misma y peor grado de control alcance.

Por tanto el abordaje de la Hipertensión Arterial, ha de ser integral, siguiendo la siguiente cronología:

- ✓ Control de los factores de riesgo de la misma (sedentarismo, sobrepeso, alcohol, tabaco, etc.).
- ✓ Establecer estrategias de detección precoz -Intervención activa sobre los estilos de vida.
- ✓ Intervención y seguimiento farmacológico.

La variabilidad entre los profesionales que puede suponer abordar desde un punto de vista individual, lo anteriormente expuesto, invita al abordaje de la Hipertensión Arterial, mediante estrategias normalizadas y estructuradas, en forma de Protocolos o Guías Asistenciales, basados en evidencia científica o consensuados por Grupos de Expertos, como el que a continuación se desarrolla.



## Objetivos

- Detectar y controlar los factores de riesgo de Hipertensión Arterial (HTA): Sobrepeso, Sedentarismo, Alcohol, Tabaco, Ingesta excesiva de Sal, Diabetes y Dislipemia.
- Detectar la Hipertensión Arterial con la mayor precocidad posible.
- Mejorar el control de la HTA, disminuyendo el riesgo de complicaciones (Lesión de Órganos Diana y Trastornos Clínicos Asociados).
- Evitar el deterioro funcional, conservando el máximo grado de autonomía y evitando la dependencia secundaria a las complicaciones de la HTA.

## Usuarios a los que se dirige

Todos los usuarios serán susceptibles de dos tipos de intervenciones:

- ✓ Inespecífica: dirigida a todos los usuarios no hipertensos (seguir recomendaciones del Protocolo de Actividades Preventivas en Residencias de Mayores).
- ✓ Específica: dirigida a usuarios con factores de riesgo o HTA ya diagnosticada.

## Definiciones y conceptos

**Hipertensión Arterial:** elevación persistente de la Tensión Arterial por encima de los valores considerados normales ( $\geq 140$  mm Hg. para Sistólica y/o  $\geq 90$  mm Hg. para Diastólica), en personas que no tomen medicación antihipertensiva. (ANEXO I – TABLA I).

**Hipertensión Arterial Sistólica (HTAS):** elevación persistente de la Tensión Arterial Sistólica, por encima de los valores considerados normales ( $\geq 140$  mm Hg.), con valores normales para la Tensión Arterial Diastólica, en personas que no tomen medicación antihipertensiva. (ANEXO I – TABLA I).

**Prevalencia de HTA:** edad-dependiente (70% en  $>65$  años/ $>75\%$  en  $>80$  años). Más prevalente en la mujer. La HTAS representa  $>50\%$  de todas los Hipertensiones en ancianos.



**HTA como Factor de Riesgo Cardiovascular:** la HTA, incluida la HTA Sistólica aislada (HTAS), es un factor de riesgo de primer orden para Hipertrofia de Ventrículo Izquierdo, Insuficiencia Cardíaca, Cardiopatía Isquémica (Infarto de Miocardio), Arritmias, Accidente Cerebro Vascular (ACVA) e Insuficiencia Renal, en menor medida de Enfermedad Vascul Periférica, Problemas Oftalmológicos, Discapacidad y Muerte. Este riesgo es tanto mayor, cuanto más elevada sea. El control terapéutico de la HTA en los ancianos, especialmente la HTAS, produce una reversión del riesgo cardiovascular.

**Estratificación del Riesgo Cardiovascular:** se trata de una clasificación estratégica de los pacientes en función del riesgo cardiovascular, sigue los criterios del Joint Nacional Comité VI, para determinar:

- La Instauración Terapéutica Antihipertensiva.
- El grado de control de la Tensión Arterial.
- La asociación con otros Factores de Riesgo Cardiovascular. (ANEXO I – TABLA II).
- La Lesión de órganos diana (LOD). (ANEXO I – TABLA II).
- La presencia de Trastornos Clínicos Asociados (TCA). (ANEXO I – TABLA II).

**Crisis Hipertensiva:** se denomina como tal a la elevación brusca y aguda de la TA y que requiere una intervención. En general, ante una TAS  $\geq 180$  mm Hg. y/o una TAD  $\geq 120$  mm Hg..

**Características de la HTA en las Personas Mayores:**

- La arterioesclerosis provoca calcificación, rigidez y aumento de resistencias vasculares periféricas.
- Variabilidad en la Tensión Arterial: sigue un ritmo circadiano, con mayor elevación matutina y declinar vespertino-nocturno (pueden presentar oscilaciones  $\geq 30$  mm Hg.). En los mayores, este efecto se exagera, recomendando efectuar más de una determinación para obviar el mismo.
- El estrés puede modificar la Tensión Arterial, debiendo tener en cuenta la HTA “de bata blanca” (elevación  $\geq 20$  mm Hg. en TAS y  $\geq 10$  mm Hg. en TAD, en ambiente extraño o presencia de clínicos)
- Es usual que existan diferencias entre ambos brazos, debiendo considerar la más elevada.
- Hipotensión Ortostática: diferencias de la Tensión Arterial en bipedestación y en ortostatismo ( $\geq 20$  mm Hg. en TAS y  $\geq 10$  mm Hg. en TAD). Ello recomienda efectuar la toma en ambas posiciones.
- Vacío, Pozo o Brecha Auscultatoria: situación que lleva a un infradiagnóstico de HTA, debido a la existencia de un silencio auscultatorio entre el I y III ruido de Korotkoff, (puede llegar hasta 50 mm Hg. entre ambos); tomando de forma errónea el III ruido como I.



**Pseudohipertensión Arterial:** conjunto de situaciones que llevan a un diagnóstico erróneo de HTA, secundario a diversos factores, principalmente la rigidez arterioesclerótica. Debe sospecharse ante:

- Registros de Tensión Arterial elevados o muy elevados sin repercusión visceral alguna.
- HTA con escasa o nula respuesta terapéutica y efectos secundarios (hipotensión), frente a dosis adecuadas de antihipertensivos.
- Paredes Arteriales Rígidas no comprimibles por el manguito, auscultando la TAS (1º Ruido de Korotkoff) prematuramente, sin palparse el pulso radial. Efectuar la **Maniobra Osler**.

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Estilo de Vida y Hábitos Saludables:** todos los miembros del equipo interdisciplinar, fomentarán, estimularán y motivarán a los usuarios para la adopción de unos estilos de vida o hábitos saludables.
2. **Prevención Primaria de HTA (Detección de Factores de Riesgo de HTA y Cardiovascular):** el Médico, Diplomado en Enfermería, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social, seleccionarán a aquellos usuarios para programar las intervenciones que deben llevarse a cabo en los mismos, bien sean inespecíficas, (dirigidas a toda la población), o específicas (sobre usuarios con factores de riesgo). Así mismo el Auxiliar de Enfermería o cualquier otro trabajador que detecte factores de riesgo, lo comunicará al Médico o al Diplomado en Enfermería.
3. **Prevención Secundaria de HTA:** el Médico, el Diplomado en Enfermería, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional y Trabajador Social, a través de la valoración al ingreso y de las valoraciones periódicas, establecerán las técnicas de cribado oportunas a fin de lograr la detección de la HTA y el control terapéutico de ésta, aún en fase asintomática, y evitando su progresión y complicaciones (LOD y TCA).
4. **Prevención Terciaria:** el Médico, Diplomado en Enfermería, Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional, establecerán estrategias para el seguimiento y control de la HTA, a fin de evitar la progresión, complicaciones (LOD y TCA), déficits funcionales y dependencia; o bien rehabilitando los déficits instaurados (hemiplejía, etc.).

El Auxiliar de Enfermería colaborará y participará con los técnicos que intervienen en la prevención secundaria y terciaria, en todas aquellas tareas pertinentes que le sean encomendadas.

5. **Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo:** el JATA coordinará, supervisará y facilitará la ejecución y el correcto desarrollo del protocolo, así como la cumplimentación de los registros específicos.

## Descripción del procedimiento



1. **Valoración Geriátrica Integral de Residentes (VGI):** se realizará obligatoriamente al ingreso debiendo concluir a los 30 días del mismo, excepto alguna exploración complementaria que se demore. Se efectuará una VGI con carácter anual o bien cada vez que acontezcan problemas de salud relevantes o cambios funcionales. (Protocolo de Atención Asistencial al Ingreso).
2. **Detección de HTA:** en la VGI y en los exámenes periódicos de salud, se tomará la TA, siguiendo las Normas Técnicas y criterios normalizados para la toma de la misma. (ANEXO I – TABLA IV y TABLA V).
3. **Maniobra de Osler:** tomar la TA mediante doble mecanismo (auscultación y palpación del pulso radial), tomando como TAS el punto en que coinciden la auscultación y la palpación del pulso radial.
4. **Filtrado del Vacío, Pozo o Brecha Auscultatoria:** se recomienda insuflar el manguito suficientemente ( $\geq 250$  mm Hg.) o bien  $\geq 30$  mm Hg. por encima de la desaparición del pulso radial.
5. **Captación de Hipertensos:** la inclusión de cualquier usuario en el protocolo de HTA vendrá definida tras la detección de HTA. Para ello se procederá a efectuar los siguientes registros de TA:
  - A todos los usuarios al ingreso en la Valoración Geriátrica Integral.
  - A todos los usuarios en la VGI anual, o bien cada vez que acontezcan problemas de salud relevantes o cambios funcionales.
  - En usuarios No Hipertensos, sin Factores de Riesgo, se seguirán las directrices de cribado o despistaje que determine el Protocolo de Actividades Preventivas en Residencias de Mayores (control anual salvo casos específicos programados para visita periódica).
  - En usuarios No Hipertensos, con Factores de Riesgo, se efectuará un registro de TA al menos a cada 6 meses, salvo casos específicos programados para visita periódica a más corto plazo.
  - En usuarios diagnosticados de HTA se seguirán las directrices tras clasificar de forma estratificada el riesgo cardiovascular, encontrando usuarios con registros mensuales ó quincenales, según se trate de riesgo medio, alto ó muy alto respectivamente. ANEXO I – TABLA III.



**6. Estudio Ampliado de la HTA:** una vez detectada la HTA, se procede al estudio que descarte causas secundarias de HTA y que permitan etiquetar el proceso como HTA esencial. Al mismo tiempo se procede al estudio de los factores de riesgo asociados, a la extensión o lesión en órganos diana y/o a las complicaciones clínicas asociadas. El estudio básico debe consistir en:

- Estudio de estilos y hábitos de vida: tabaco, alcohol, sedentarismo, dieta, etc.
- Anamnesis sobre causas secundarias de HTA: presentación paroxística, lesiones renales, etc.
- Consumo de fármacos con acción sobre la TA.
- Enfermedades con repercusión sobre la TA (cardiopatías, diabetes, enfermedad renal, dislipemia).
- Exploración: Peso, Talla, IMC, Perímetro Abdominal, etc.
- Analítica: Hemograma Completo, Glucosa, Lípidos, Ca, PCR, Función Renal (Urea, A. Úrico, Creatinina, Na, K, Cl), Orina (Glucosa, Proteínas, Hematíes, Leucocitos, Cilindros).
- Electrocardiograma (ECG): Ritmo, Conducción, Repolarización, Hipertrofia Ventrículo Izquierda, etc.
- Radiología: sólo ante sospecha de Insuficiencia Cardíaca o Coartación Aórtica.
- Ecocardiografía: selectiva ante HTA severa, HTA de alto riesgo y expectativa de vida elevada, Cardiopatía severa, ECG con signos de Hipertrofia Ventricular Izquierda o Sobrecarga Sistólica Ventrículo Izquierdo y ante HTA refractaria a tratamiento, derivando al Cardiólogo o Unidad de HTA.
- Fondo de Ojo: actualmente reservado sólo para casos pertinentes, con HTA severa.

**7. Criterios de Estratificación del Riesgo:** según los datos del estudio ampliado, se procede a efectuar una clasificación estratégica de los pacientes en función del riesgo cardiovascular, siguiendo los criterios del Joint Nacional Comité VI, SEH, SEC y OMS, en función del:

- Grado de HTA y Grado de Control de la misma.
- Asociación con otros Factores de Riesgo Cardiovascular (FR).
- Lesión de Órganos Diana (LOD).
- Presencia de Trastornos Clínicos Asociados (TCA). (ANEXO I – TABLA II).

En relación a todos ellos se determinará un Grado de Riesgo que vendrá definido por Riesgo Promedio, Bajo, Medio, Alto y Muy Alto respectivamente en cada caso. (ANEXO I – TABLA III).



**8. Periodicidad de la Intervención:** una vez clasificados los usuarios, según el riesgo cardiovascular estratificado, se determinarán las diferentes periodicidades para efectuar los registros de TA así como las intervenciones que deberán efectuarse en relación a éste. (ANEXO I – TABLA III).

**9. Niveles de Intervención:** estratificado el riesgo, existen unas recomendaciones que deben llevarse a cabo, salvo ante circunstancias que las anulen (terminalidad, etc.), que consisten en:

**a) Cambios en los Estilos de Vida (CEV):** primer eslabón del tratamiento. (ANEXO I – TABLA VI).

**b) Tratamiento Farmacológico Antihipertensivo:** se instaurará tratamiento, bien tras el fracaso de los CEV ó bien desde el inicio asociando ambas estrategias. Los principios generales del tratamiento farmacológico en la HTA en los mayores han de seguir los mismos criterios que en adultos con peculiaridades:

- Es esencial la Valoración Geriátrica Integral: Física, Psíquica, Social y Funcional.
- La prevención de la discapacidad y de la dependencia han de constituir una prioridad.
- Objetivos racionales sin forzar excesivamente para su logro.
- Ajustar Dosis a las características del paciente (peso, función renal, etc.) y al grado de HTA.
- Valorar el grado de tolerancia y la aparición de efectos adversos y/o interacciones.
- Contemplar el estado funcional, mental y la probable comorbilidad y factores de riesgo asociados para optimizar la estrategia terapéutica.
- No existen fármacos específicos para los mayores ni exclusivos para la HTAS aislada. Ahora bien, existen fármacos con mayor o menor afinidad en función del paciente y sus características, llegando a un tratamiento individualizado de la HTA. (ANEXO I – TABLA VII).

Cada grupo farmacológico presenta diferentes principios activos, con indicaciones y características bien definidas. (ANEXO I – TABLA VIII) y Guía Farmacogeriátrica (Comunidad de Madrid).

**c) Cambios de estrategia antihipertensiva:** según el grado de control de la Tensión Arterial o bien por la aparición de efectos adversos farmacológicos. Debe haberse probado un período de tiempo prudencial entre 4-8 semanas, salvo que las cifras sean continuamente >180 mm Hg. TAS y/o >110 mm Hg. de TAD.; o bien produzca efectos adversos intolerables (sólo 3 de cada 10 personas mayores con HTA están bien controladas). Las estrategias pueden ser:

- Incrementar las dosis del fármaco si presenta buena tolerancia y había logrado modificar las cifras de TA, hasta llegar a dosis que controlen la TA o bien a dosis máximas.



- Asociar un nuevo fármaco con otro mecanismo de acción diferente al anterior, teniendo en cuenta los principios de la terapia combinada. (sólo el 50-60% de los HTA se controlan con un solo fármaco antihipertensivo, debiendo recurrir a las asociaciones, incluso en ocasiones como terapia inicial). Las ventajas y tipos de asociaciones recomendadas pueden verse en ANEXO I – TABLA VIII.
- Sustituir este fármaco por otro con diferente mecanismo de acción y/o más potencia.
- Derivar a una unidad especializada en HTA o a un Servicio de Cardiología.

**d) Exámenes Complementarios Periódicos:**

- Analítica anual con los parámetros referidos.
- ECG anual. Si resulta normal puede hacerse bianual en lo sucesivo.
- Fondo Ojo: sólo ante casos pertinentes (buen nivel cognitivo, etc.), con HTA severa.

**10. Objetivos terapéuticos y Niveles de TA:** los objetivos han de individualizarse, no obstante como norma general debemos plantearnos una reducción de las cifras de TA por debajo de 140 mm Hg. para TAS y de 90 mm Hg. para TAD. Se ha demostrado una mayor reducción de la mortalidad con cifras por debajo de 138,5 para TAS y de 82,6 para TAD. Existen situaciones especiales a considerar:

- Diabetes Mellitus: recomendable TAS <130 mm Hg. y TAD < 85 mm Hg.
- Nefropatía:
  - ▶ Proteinuria <1 gr/día: TAS < 130 mm Hg. y TAD < 80 mm Hg.
  - ▶ Proteinuria >1 gr/día: TAS < 125 mm Hg. y TAD < 75 mm Hg.

**11. Intervención ante una Crisis Hipertensiva:** (elevación brusca y aguda de la TAS  $\geq$  180 mm Hg. y/o TAD  $\geq$  120 mm Hg., que requiere una intervención. De forma general se actuará:

- a)** Ante TAS  $\geq$  180 mm Hg. y/o TAD  $\geq$  120 mm Hg. sin otra sintomatología añadida, proceder a relajar en ambiente adecuado, si es preciso utilizar algún ansiolítico y administrar por vía Sublingual Captopril 25 mg. Se tomará la TA entre los 20-60 minutos y si persiste elevada sin tendencia al descenso, se repetirá la misma dosis y se valorará la derivación a Urgencias.
- b)** Ante TAS  $\geq$  180 mm Hg. y/o TAD  $\geq$  120 mm Hg. con sintomatología añadida ajena a la habitual del paciente y que induzca a sospecha (cefalea intensa, mareo o presíncope, disnea, dolor torácico, etc.), proceder a relajar en ambiente adecuado, si es preciso utilizar algún ansiolítico y administrar por vía Sublingual Captopril 25 mg y se derivará a Urgencias.



- c) Ante TAS  $\geq$  210 mm Hg. y/o TAD  $\geq$  120 mm Hg., relajar en ambiente adecuado, si es preciso utilizar algún ansiolítico, administrar por vía Sublingual Captopril 25 mg y derivar a Urgencias.
- 12. Criterios de Derivación de Enfermería al Médico:** el seguimiento del protocolo se efectuará en la consulta de enfermería. Serán objeto de derivación a consulta médica los siguientes:
- a) Todo nuevo usuario diagnosticado de HTA.
  - b) Mal control de la TA o falta cumplimiento de los objetivos establecidos reiteradamente.
  - c) Cambio del grado de HTA o cambio del riesgo estratificado.
  - d) Cualquier otra situación que requiera un abordaje conjunto.
- 13. Ejecución del Programa:** en la residencia se llevarán a cabo todas aquellas intervenciones que sean pertinentes (analítica, control glucémico, toma de presión arterial, peso y talla, ECG, educación para la salud, rehabilitación, etc.), derivando a interconsultas a aquellos usuarios que precisen exploraciones complementarias resolutivas (analítica, radiografía, ecografía, Holter, MAPA, etc.) o bien derivando a nivel hospitalario a aquellos problemas que lo requieran.

## Normas Técnicas

**Evaluación de la Tensión Arterial:** se seguirán las Normas Técnicas y Criterios Normalizados para la toma de Tensión Arterial (Instrumental y Equipos, Metodología y Recomendaciones, Instalaciones, Condiciones Ambientales, etc.). ANEXO I – TABLA IV y TABLA V.

## Registros y lugar de custodia

- ▲ Registro de TA: los registros de las cifras de TA se llevarán a cabo en los Registros específicos destinados para dicho fin. Anexo II, hasta el momento en que exista el registro único del HIRE.
- ▲ Custodia de documentos: en la carpeta del Protocolo de HTA.



## Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo de 2007.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios de estrategias terapéuticas o de intervención por organismos o entidades acreditados.

## Documentos y referencias

- Puesta al día en el tratamiento de la HTA. Guillén Llera F... El mundo cambiante de la Cardiología Geriátrica. Ribera Casado J.M. y Gil Gregorio P...EDIMSA. Madrid.2006.Pág.:79-95.
- Aproximación a un programa de HTA en residencias de ancianos. Martínez de la Mata S. y cols. Sociedad Española de Médicos de Residencia. Abril-Junio 2002. Pág.: 23-29.
- Manual de HTA en la Práctica Clínica de Atención Primaria. Grupo de HTA. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia y Comunitaria. Junio de 2006.
- Guía de Práctica Clínica sobre HTA. Resumen de recomendaciones. Osakidetza.
- Definición de la HTA y medición correcta de la presión arterial. Rodríguez Roca G. [http://www.secex.org/revista/inc/definición\\_3.pdf](http://www.secex.org/revista/inc/definición_3.pdf).
- PAPPS de Sociedad Española de medicina de familia y Comunitaria. 2003 y 2005.
- Cartera de Servicios de Atención Primaria. INSALUD. FARESO S.A.. 1995.
- Guía Farmacogeriátrica: D.G. Farmacia y Productos Sanitarios. Comunidad de Madrid.
- Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Blanco-Echevarría A., et Al... 5ª Edición. Madrid. 2003. pág 192-198.
- Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. Jiménez A.J. Coordinador. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo". 2ª Edición. 2005. pág 265-272.
- [www.fisterra.com/guias2/crisishta.asp](http://www.fisterra.com/guias2/crisishta.asp).
- Guía sobre el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en España 2002. Sociedad Española de Hipertensión. Hipertensión 2002; 19 Suplemento 3: 53-55.

ANEXO I

| TABLA I: CRITERIOS Y CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL                       |               |               |
|--|---------------|---------------|
| JNC – VI: Joint Nacional Comité VI (1997)  |               |               |
| ESH – ESC: Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología (2003) |               |               |
| Estadios   | PAS (mm. Hg.) | PAD (mm. Hg.) |
| Óptima   | < 120         | < 80          |
| Normal   | 120-129       | 80-84         |
| Normal Alta  | 130-139       | 85-89         |
| Estadio/Grado 1  | 140-159       | 90-99         |
| Estadio/Grado 2  | 160-179       | 100-109       |
| Estadio/Grado 3  | > 180         | > 110         |

| TABLA II  |
|---|
| FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Niveles de PAS y PAD : JNC – VI – (1997) y ESH – ESC (2003)</li> <li>♦ Edad: Varón &gt; 55 años y Mujer &gt; 65 años</li> <li>♦ Fumador</li> <li>♦ Diabetes Mellitus: Ayunas tres determinaciones <math>\geq 126</math> mg/dl. Postprandial <math>\geq 198</math> mg/dl</li> <li>♦ Dislipemia: Colesterol Total <math>&gt; 250</math> mg/dl ó LDL <math>&gt; 155</math> ó HDL <math>&lt; 40</math> Varón y <math>&lt; 48</math> Mujer</li> <li>♦ Enfermedad Cardiovascular Familiar Prematura: Varón <math>&lt; 55</math> años y Mujer <math>&lt; 65</math> años</li> <li>♦ Obesidad Abdominal: Perímetro Abdominal en Varón <math>&gt; 102</math> cm y en Mujer <math>&gt; 88</math> cm</li> <li>♦ Proteína C Reactiva <math>&gt; 1</math> mg/dl</li> </ul>   |
| LESIÓN EN ORGANOS DIANA (Cualquiera de los siguientes)  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Hipertrofia Ventricular Izquierda (Criterios Sokolow-Lyons <math>&gt; 38</math> mm ó Cornell <math>&gt; 2440</math> mm/ms ó ECG)</li> <li>♦ Carótida: Grosor íntima/media <math>&gt; 0,9</math> mm ó presencia de placa aterosclerótica</li> <li>♦ Creatinina: Varón 1,3-1,5 mg/dl y Mujer 1,2-1,4 mg/dl</li> <li>♦ Microalbuminuria: al menos 2 de 3 determinaciones en 3 a 6 meses presentan excreción urinaria de albúmina entre 30-299 mg/24 horas (*)</li> <li>♦ <i>No se incluyen Retinopatía Hipertensiva Grado I y II de Keith-Wegener (brillo arteriolar, signo del cruce y constricción) por ser típicos del envejecimiento</i></li> </ul>   |
| TRASTORNO CLÍNICO ASOCIADO (Cualquiera de los siguientes)   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>♦ Enfermedad Cerebrovascular:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Ictus Isquémico</li> <li>↗ Hemorragia Cerebral</li> <li>↗ Accidente Isquémico Transitorio</li> </ul> </li> <li>♦ Enfermedad Cardíaca:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Angor</li> <li>↗ Infarto de Miocardio</li> <li>↗ Revascularización Coronaria</li> <li>↗ Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul> </li> <li>♦ Enfermedad Renal:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>↗ Creatinina: Varón <math>&gt; 1,5</math> mg/dl y Mujer <math>&gt; 1,4</math> mg/dl</li> <li>↗ Proteinuria: excreción urinaria de albúmina <math>&gt; 300</math> mg/24 horas (*)</li> <li>↗ Nefropatía Diabética</li> </ul> </li> <li>♦ Arteriopatía Periférica</li> <li>♦ Retinopatía Hipertensiva Grado III y IV de Keith-Wegener (exudado, hemorragia, edema papila)</li> </ul> <p>(*) No se aconseja medir la albuminuria mediante tira reactiva</p> |

| <b>TABLA III: ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO / NIVELES DE INTERVENCIÓN / PERIODICIDAD DE CONTROL</b> |                                    |   |   |  |   |
|--|------------------------------------|---|---|--|---|
| Otros FR o Historia de Enfermedad  | Tensión Arterial (mm Hg.)          |   |   |  |   |
|  | Normal<br>PAS 120-129<br>PAD 80-84 | Normal Alta<br>PAS 130-139<br>PAD 85-89 | HTA Grado I<br>PAS 140-159<br>PAD 90-99 | HTA Grado II<br>PAS 160-179<br>PAD 100-109 | HTA Grado III<br>PAS ≥ 180<br>PAD ≥ 110 |
| Sin FR   | Riesgo Promedio                    | Riesgo Promedio                         | Riesgo Bajo                             | Riesgo Moderado                            | Riesgo Alto                             |
|  | No Intervención                    | No Intervención                         | CEV 6 meses<br>→ Fármacos               | CEV 3 meses<br>→ Fármacos                  | Fármacos +<br>CEV                       |
|  | ANUAL                              | ANUAL                                   | 30 días                                 | 30 días                                    | 15 días                                 |
| 1-2 FR   | Riesgo Bajo                        | Riesgo Bajo                             | Riesgo Moderado                         | Riesgo Moderado                            | Riesgo Muy Alto                         |
|  | CEV                                | CEV                                     | CEV 3 meses<br>→ Fármacos               | CEV 3 meses<br>→ Fármacos                  | Fármacos +<br>CEV                       |
|  | 180 días                           | 180 días                                | 30 días                                 | 30 días                                    | 15 días                                 |
| 3 ó más FR<br>Diabetes<br>LOD  | Riesgo Moderado                    | Riesgo Alto                             | Riesgo Alto                             | Riesgo Alto                                | Riesgo Muy Alto                         |
|  | CEV                                | CEV 3 meses<br>→ Fármacos               | CEV 3 meses<br>→ Fármacos               | CEV 3 meses<br>→ Fármacos                  | Fármacos +<br>CEV                       |
|  | 30 días                            | 15 días                                 | 15 días                                 | 15 días                                    | 15 días                                 |
| TCA  | Riesgo Alto                        | Riesgo Muy Alto                         | Riesgo Muy Alto                         | Riesgo Muy Alto                            | Riesgo Muy Alto                         |
|  | CEV 3 meses<br>→ Fármacos          | Fármacos +<br>CEV                       | Fármacos +<br>CEV                       | Fármacos +<br>CEV                          | Fármacos +<br>CEV                       |
|  | 15 días                            | 15 días                                 | 15 días                                 | 15 días                                    | 15 días                                 |
| PAS: Presión Arterial Sistólica  |                                    | PAD: Presión Arterial Diastólica        |   | FR: Factores de Riesgo                     |   |
| LOD: Lesión Órganos Diana  |                                    | TCA: Trastorno Clínico Asociado         |   | CEV: Cambio Estilo Vida                    |   |
| Framingham<br>( Riesgo ECV )   |                                    | < 10%                                   | 10-20%                                  | 20-30%                                     | > 30%                                   |
| SCORE<br>( Riesgo Mortalidad ECV )   |                                    | < 4%                                    | 4-5%                                    | 5-8%                                       | > 8%                                    |

| <b>TABLA IV: NORMAS TÉCNICAS: TIPOS DE EVALUACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL</b> |   |  |
|--|---|--|
|  | <b>CARACTERÍSTICAS</b>  | <b>INDICACIONES</b>  |
| <b>CONSULTA<br/>( CONVENCIONAL )</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Método convencional</li> <li>• Sencillo, Rápido, Coste aceptable</li> <li>• Toma por Profesional (DUE, Médico)</li> <li>• Falsos Positivos: 20-30% -HTA "de bata blanca"</li> <li>• Sesgos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Paciente</li> <li>◆ Técnica inadecuada</li> <li>◆ Observador (Profesional)</li> <li>◆ Equipo ó Instrumental</li> </ul> </li> </ul>  | <p><b>PRIMERA ELECCIÓN</b></p> <p>↓</p>  |
| <b>AUTOMEDIDA DE LA<br/>PRESIÓN ARTERIAL<br/>( AMPA )</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sencilla, Rápida, Bajo Coste</li> <li>• Requiere aprendizaje y entrenamiento para dar seguridad y fiabilidad</li> <li>• Sólo en usuarios con buen nivel cognitivo</li> <li>• Respecto a MAPA presenta: Sensibilidad 84,2% y Especificidad 82,5%</li> <li>• 20-30% de HTA = con AMPA son Normotensos</li> <li>• Calibración periódica al menos anual</li> <li>• Ante cifras anómalas consultar</li> <li>• Evitar la dependencia iatrógena</li> <li>• Tomar al menos 4 días despreciando el 1º por el "efecto alerta"</li> <li>• Cada toma hará 2 automediciones separadas 3-5 minutos</li> <li>• Usar dispositivos recomendados por entidades de prestigio como BBH o AAMI:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• HEM-722 (Omron)</li> <li>• M4 (Omron)</li> <li>• MX2 (Omron)</li> </ul> </li> <li>• Existen otros dispositivos con menor exactitud</li> <li>• No se aconsejan los aparatos de muñeca ni los de dedo</li> </ul> | <p><b>SEGUNDA ELECCIÓN</b></p> <p>↓</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA "de bata blanca"</li> <li>• Resistencia Terapéutica</li> <li>• Hipotensión al Tratamiento</li> <li>• HTA sin LOD ni TCA</li> <li>• Angor nocturno</li> </ul> <p>↓</p>                               |
| <b>MONITORIZACIÓN<br/>AMBULATORIA DE<br/>PRESIÓN ARTERIAL<br/>( MAPA )</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alto Valor Diagnóstico</li> <li>• Alto Nº de mediciones</li> <li>• No hay influencia de alerta ( evita HTA "de bata blanca")</li> <li>• TA en situaciones diversas</li> <li>• Mejor relación con LOD y TCA</li> <li>• Seguir instrucciones precisas</li> <li>• Aparato electrónico</li> </ul>  | <p><b>TERCERA ELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA "de bata blanca"</li> <li>• Resistencia Terapéutica</li> <li>• Hipotensión al Tratamiento</li> <li>• HTA sin LOD ni TCA y AMPA normal</li> <li>• Angor Nocturno</li> <li>• Síncopa Seno Carotídeo</li> </ul> |

**TABLA V: NORMAS TÉCNICAS PARA LA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL**

|  |   |
|--|---|
| <b>ENTORNO Y CONDICIONES AMBIENTALES</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Local adecuado, bien ventilado e iluminado</li> <li>• Temperatura adecuada entre 20-25 ° C</li> <li>• Silla-sillón adecuado con respaldo</li> <li>• Evitar prisas y situaciones de estrés</li> <li>• Evitar ruidos ambientales estresantes</li> <li>• Crear ambiente adecuado y empático</li> </ul>  |
| <b>INSTRUMENTAL Y EQUIPOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esfigmomanómetro bien conservado y limpios</li> <li>• Esfigmomanómetro con Calibración Periódica:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anual al menos: mercurio y electrónicos</li> <li>• Semestral al menos en aneroídes</li> </ul> </li> <li>• Sistema de Insuflación y válvula en buen estado, sin fugas</li> <li>• Manguito resistente bien conservado, no elástico, de diferentes medidas (12-18 cm)</li> <li>• Manguito sin comprimir el estetoscopio, borde inferior a 2 cm de la arteria braquial</li> <li>• Manguito hinchable que cubra 2/3 del perímetro y longitud del brazo</li> <li>• Manguitos de especial tamaño ante perímetro braquial &gt; 33 cm</li> <li>• Manguito con velcro adhesivo en buen estado</li> <li>• Estetoscopio de buena calidad en buen estado, auriculares ajustados y limpios</li> </ul>   |
| <b>PACIENTE</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No comer, no fumar, ni beber café, alcohol ni tóxicos o fármacos vasoconstrictores, ni exponerse al frío, ni realizar ejercicio al menos 30 minutos previos a la toma</li> <li>• Evitar la toma ante momentos de dolor o angustia</li> <li>• Vaciar la vejiga unos 30 minutos antes</li> <li>• Permanecer en reposo, sentado en silla o sillón con respaldo 5 minutos antes</li> <li>• Brazo (preferiblemente derecho) libre de ropa que comprima, relajado, con la palma de la mano hacia arriba y apoyado en la mesa a la altura del corazón</li> <li>• La primera medida se efectuara en ambos brazos. Si existe diferencia, se tomará la más elevada y en el futuro se efectuará en dicho brazo.</li> </ul>  |
| <b>TÉCNICA</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Localización de pulsos radial y braquial</li> <li>• Elegir esfigmomanómetro adecuado al paciente (longitud y perímetro)</li> <li>• Aplicar el manguito situando el borde inferior 2 cm por encima de la arteria braquial (pliegue del codo), sin comprimir el estetoscopio</li> <li>• Colocar el estetoscopio encima de la arteria braquial y comprimir con la mano</li> <li>• Palpando la arteria radial, comenzar a insuflar el manguito hasta llegar &gt; 30 mm Hg. por encima de la desaparición del pulso radial, preferiblemente insuflar hasta <math>\geq</math> 250 mm Hg.</li> <li>• Desinsuflar paulatinamente a 2-3 mm Hg./segundo. ¡ EVITAR RAPIDEZ.!</li> <li>• Tomar el I Ruido de Korotkoff como TAS y el Vº como TAD salvo casos audibles hasta 0 mm Hg. en que se tomará el IVº Ruido de Korotkoff como PAD</li> <li>• Efectuar 2-3 mediciones, desinflando bien el manguito y separados 2-3 minutos entre sí. Hacer el promedio</li> <li>• Ante arritmias efectuar al menos 3-5 mediciones promediando entre ellas</li> <li>• Efectuar una toma al menos de TA tras 2 minutos en ortostatismo</li> <li>• Si la cifras de TA son anómalas se efectuarán al menos 3 series de lecturas en las condiciones previas, con una diferencia de al menos 1 SEMANA</li> <li>• Evitar el redondeo a "0" y "5" de los valores obtenidos</li> </ul> |
| <b>OBSERVADOR (PROFESIONAL)</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuado aprendizaje y entrenamiento (recomendable Autoformación)</li> <li>• Adecuada interpretación de Ruidos de Korotkoff</li> <li>• Adecuado nivel de visión (uso de gafas) y audición</li> <li>• Crear ambiente relajado y empático</li> <li>• Dar las cifras con precisión evitando redondeos</li> <li>• Prejuicios previos en torno a la HTA (no es patológico que los ancianos tengan más alta la TA o no corren riesgo por ello = ERROR )</li> </ul>   |
| <p><b>* Todas las acciones del paciente y entorno deben aplicarse también en la AMPA</b></p> |   |

| <b>TABLA VI: CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA: EDUCACIÓN SANITARIA ( CEV )</b>  |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos y costumbres profundamente y largamente arraigadas</li> <li>• Objetivos racionales, posibilistas y progresivamente implantados</li> <li>• Prudencia y racionalización de la estrategia, evitar el estrés</li> <li>• Valorar el grado de intensidad en la consecución de objetivos, evitar frustraciones</li> <li>• Equilibrio entre consecución de objetivos y calidad de vida.</li> </ul> |  |
| <b>TABACO</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe eliminarse su consumo</li> <li>• Actúa como factor de riesgo añadido para otros problemas cardiocirculatorios y broncopulmonares</li> </ul>  |
| <b>ALCOHOL</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitar el abuso. Consumir &lt; 20 gr/día                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vino 200 cc. = 19,2 gr. de Alcohol</li> <li>• Cerveza 200 cc. = 8,8 gr. de Alcohol</li> <li>• Bebida (Alcohol en gr.) = cc. bebidas x grados de la bebida x 0,8 / 100</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>TÓXICOS</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumir moderadamente café, té, etc.</li> <li>• Evitar el consumo de drogas con acción HTA</li> <li>• Evitar el consumo de fármacos con acción HTA</li> </ul>  |
| <b>SAL</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducción moderada de sal &lt;5-6 gr/día. Reducción mayor ante Insufic. Cardíaca</li> <li>• Tener presente la calidad de vida</li> <li>• Restricciones bruscas e intensas producen "efecto rebote"</li> </ul>   |
| <b>SOBREPESO</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Restricción calórica progresiva</li> <li>• Disminuye el riesgo de otros como Diabetes, Dislipemia, Sedentarismo</li> <li>• Ideal situar IMC &lt; 20, Adecuado IMC &lt; 25</li> </ul>  |
| <b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio Aeróbico: baja intensidad</li> <li>• 30 minutos/día al menos 5 días/semana ó 45 minutos/día al menos 3 días /semana</li> <li>• Tener en cuenta otras limitaciones (osteoarticulares, broncopulmonares, etc.)</li> </ul>   |

| <b>TABLA VII: TRATAMIENTO INDIVIDUALIZADO DE LA HTA ( Kaplan Modificado,2000 )</b> |            |                      |                     |                      |                  |
|--|------------|----------------------|---------------------|----------------------|------------------|
| - No indicado<br>+ Indicado<br>++ De elección                                      | DIURÉTICOS | BETA -<br>BLOQUEANTE | ALFA-<br>BLOQUEANTE | CALCIO-<br>ANTAGONIS | TECA -<br>ARA II |
| <b>EDAD</b>  | ++         | ±                    | +                   | ++                   | +                |
| <b>CARDIOPATÍA ISQUÉMICA</b>   | ±          | ++                   | ±                   | ++                   | +                |
| <b>INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA</b>   | ++         | +                    | +                   | ±                    | ++               |
| <b>ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR</b>  | ±          | -                    | ±                   | ++                   | ++               |
| <b>INSUFICIENCIA RENAL</b>   | ±          | ±                    | +                   | +                    | ++               |
| <b>DIABETES MELLITUS</b>   | ±          | ±                    | +                   | +                    | ++               |
| <b>DISLIPEMIA</b>  | ±          | ±                    | ++                  | +                    | ++               |
| <b>ENFERMEDAD VASCULAR PERIFÉRICA</b>  | ±          | -                    | +                   | ++                   | +                |
| <b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>  | ±          | ±                    | ++                  | +                    | +                |

| TABLA VIII: ANTIHIPERTENSIVOS EN MAYORES |  |  |
|--|--|--|
|  | CARACTERÍSTICAS  | PRINCIPIOS ACTIVOS   |
| <b>DIURÉTICOS (DIU)</b>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>1ª Elección: a bajas dosis si no existen contraindicaciones y ante HTA no complicada. JNC-VII, STOP, ALLHAT, NETWORK</li> <li>1ª Elección ante asociaciones de antihipertensivos. SEH y SEC</li> <li>Individualizar el uso según el perfil del paciente. SEH y SEC</li> <li>Superado uso controvertido históricamente</li> <li>Buena respuesta en HTAS</li> <li>Posibles efectos adversos: Glucemia, Lípidos, Hiperuricemia, Hipokaliemia, Calcio, Magnesio</li> <li>Control analítico: Glucosa, Electrolitos, etc., al mes y seis meses</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidroclorotiazida</li> <li>• Clortalidona</li> <li>• Indapamida</li> <li>• Torasemida</li> <li>• Amiloride</li> <li>• Espironolactona</li> </ul>                                    |
| <b>BETA BLOQUEANTES (BB)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso limitado en mayores por contraindicaciones</li> <li>• Posible efectos adversos: Glucemia, Lípidos, Broncoconstricción, Vasoconstricción</li> <li>• Modernos muy selectivos menos efecto adverso</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atenolol</li> <li>• Carvedilol (<math>\alpha\alpha\beta</math>)</li> <li>• Nebivolol</li> </ul>   |
| <b>ALFA BLOQUEANTES (AB)</b>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efecto vasodilatador potente = riesgo Hipotensión</li> <li>• Efecto de 1ª dosis mal tolerado</li> <li>• No efectos sobre lípidos ni glucemia</li> <li>• 2ª ó 3ª Elección en ancianos (Doxazosina)</li> <li>• Doxazosina: útil en HTA + Hiperplasia Prostática</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prazosina (desuso)</li> <li>• Doxazosina</li> </ul>   |
| <b>CALCIO ANTAGONISTAS (CAA)</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª Elección si no existen contraindicaciones. BPLT</li> <li>• Protección Cerebrovascular y Vascular Periférica</li> <li>• Nitrendipino: Buena elección en HTAS aislada</li> <li>• Preferible uso de acción larga, algunas de acción corta provocan angor</li> <li>• Efectos adversos: cefaleas, rubefacción, mareos, edemas y taquicardia</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nifedipino</li> <li>• Nitrendipino</li> <li>• Amlodipino</li> <li>• Felodipino</li> <li>• Lacidipino</li> <li>• Lercanidipino</li> <li>• Verapamilo</li> <li>• Diltiazem</li> </ul> |
| <b>IECAs</b>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª Elección si no existen contraindicaciones. ANBP</li> <li>• 1ª Elección si no existen contraindicaciones. BPLT</li> <li>• Protección repercusión visceral (HVI, ICC, Cardiopatía Isquémica, Proteinuria, Insuf. Renal, etc.)</li> <li>• Especialmente indicado en diabéticos (protección renal) y nefropatía no diabética</li> <li>• Vigilar la función renal, hiperkalemia</li> <li>• Precaución ante Creatinina &gt;3 mg/dl</li> <li>• Efectos adversos: tos, angioedema</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Captopril</li> <li>• Enalapril</li> <li>• Lisinopril</li> <li>• Perindopril</li> <li>• Quinapril</li> <li>• Ramipril</li> </ul>   |
| <b>ARA II</b>                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selectivo al receptor I de Angiotensina II (no tos ni angioedema)</li> <li>• Menos efectos adversos que IECAs</li> <li>• Eficacia similar a los IECAs</li> <li>• Protección repercusión visceral (HVI, ICC, Cardiopatía Isquémica, Proteinuria, Insuficiencia Renal, etc.)</li> <li>• Especialmente indicado en diabéticos (microalbuminuria y protección renal)</li> <li>• Alternativos a IECAs (actualmente ascende su uso)</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Losartan</li> <li>• Valsartán</li> <li>• Irbesartán</li> <li>• Candesartan</li> <li>• Telmisartan</li> <li>• Eprosartan</li> <li>• Olmesartan</li> </ul>                            |
| <b>ASOCIACIONES</b>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-60% de HTA se controlan con monoterapia</li> <li>• Menores dosis de cada fármaco</li> <li>• Varios mecanismos de acción</li> <li>• Menos efectos adversos / mayor eficacia</li> <li>• Una única toma facilita la cumplimentación</li> <li>• No recomendable asociar BB con CAA (Diltiazem ó Verapamilo)</li> <li>• Poco eficaces Beta Bloqueante + IECAs ó ARA II</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DIU+IECA</li> <li>• DIU+ARA II</li> <li>• DIU+CAA Diltiazem</li> <li>• IECA+CAA</li> <li>• ARA II+CAA</li> <li>• DIU+BB</li> <li>• AB+cualquier otro</li> </ul>                     |

**ANEXO II  
CONSULTA DE ENFERMERÍA: PROTOCOLO DE HTA - EVALUACIÓN Y REGISTROS DE TA**

| Estadios        | PAS (mm. Hg.) | PAD (mm. Hg.) |
|-----------------|---------------|---------------|
| Óptima          | < 120         | < 80          |
| Normal          | 120-129       | 80-84         |
| Normal Alta     | 130-139       | 85-89         |
| Estadio/Grado 1 | 140-159       | 90-99         |
| Estadio/Grado 2 | 160-179       | 100-109       |
| Estadio/Grado 3 | > 180         | > 110         |

| FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveles de PAS y PAD : JNC - VI - (1997) y ESH - ESC (2003)</li> <li>• Edad: Varón &gt; 55 años y Mujer &gt; 65 años</li> <li>• Fumador</li> <li>• Diabetes Mellitus: Ayunadas tres determinaciones <math>\geq 126</math> mg/dl. Postprandial <math>\geq 198</math> mg/dl</li> <li>• Dislipemia: Colesterol Total <math>&gt; 250</math> mg/dl ó LDL <math>&gt; 155</math> ó HDL <math>&lt; 40</math> Varón y <math>&lt; 48</math> Mujer</li> <li>• Enfermedad Cardiovascular Familiar Prematura: Varón <math>&lt; 55</math> años y Mujer <math>&lt; 65</math> años</li> <li>• Obesidad Abdominal: Perímetro Abdominal en Varón <math>&gt; 102</math> cm y en Mujer <math>&gt; 88</math> cm</li> <li>• Proteína C Reactiva <math>&gt; 1</math> mg/dl</li> </ul> |

| LESIÓN EN ORGANOS DIANA ( Cualquiera de los siguientes)   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipertrofia Ventricular Izquierda (Criterios Sokolow-Lyons <math>&gt; 38</math> mm ó Cornell <math>&gt; 2440</math> mm/ms ó ECG)</li> <li>• Carótida: Grosor íntima/media <math>&gt; 0,9</math> mm ó presencia de placa aterosclerótica</li> <li>• Creatinina: Varón 1,3-1,5 mg/dl y Mujer 1,2-1,4 mg/dl</li> <li>• Microalbuminuria: al menos 2 de 3 determinaciones en 3 a 6 meses presentan excreción urinaria de albúmina entre 30-299 mg/24 horas</li> <li>• <i>No se incluyen Retinopatía Hipertensiva Grado I y II de Keith-Wegener (brillo arteriolar, signo del cruce y constricción) por ser típicos del envejecimiento</i></li> </ul> |

| TRASTORNO CLÍNICO ASOCIADO ( Cualquiera de los siguientes)   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad Cerebrovascular:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•• Ictus Isquémico</li> <li>•• Hemorragia Cerebral</li> <li>•• Accidente Isquémico Transitorio</li> </ul> </li> <li>• Enfermedad Cardíaca:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•• Angor</li> <li>•• Infarto de Miocardio</li> <li>•• Revascularización Coronaria</li> <li>•• Insuficiencia Cardíaca Congestiva</li> </ul> </li> <li>• Enfermedad Renal:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•• Creatinina: Varón <math>&gt; 1,5</math> mg/dl y Mujer <math>&gt; 1,4</math> mg/dl</li> <li>•• Proteinuria: excreción urinaria de albúmina <math>\geq 300</math> mg/24 horas</li> <li>•• Nefropatía Diabética</li> </ul> </li> <li>• Arteropatía Periférica</li> <li>• Retinopatía Hipertensiva Grado III y VI de Keith-Wegener (exudado, hemorragia, edema papila)</li> </ul> |

| ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO Y PERIODICIDAD DE CONTROL |                                    |   |   |  |   |
|--|------------------------------------|---|---|--|---|
|  | Normal<br>PAS 120-129<br>PAD 80-84 | Normal Alta<br>PAS 130-139<br>PAD 85-89 | HTA Grado I<br>PAS 140-159<br>PAD 90-99 | HTA Grado II<br>PAS 160-179<br>PAD 100-109 | HTA Grado III<br>PAS $\geq 180$<br>PAD $\geq 110$ |
| Sin FR   | Riesgo Promedio                    | Riesgo Promedio                         | Riesgo Bajo                             | Riesgo Moderado                            | Riesgo Alto                                       |
|  | ANUAL                              | ANUAL                                   | 30 días                                 | 30 días                                    | 15 días   |
| 1-2 FR   | Riesgo Bajo                        | Riesgo Bajo                             | Riesgo Moderado                         | Riesgo Moderado                            | Riesgo Muy Alto                                   |
|  | 180 días                           | 180 días                                | 30 días                                 | 30 días                                    | 15 días   |
| 3 ó más FR<br>Diabetes<br>LOD                        | Riesgo Moderado                    | Riesgo Alto                             | Riesgo Alto                             | Riesgo Alto                                | Riesgo Muy Alto                                   |
|  | 30 días                            | 15 días                                 | 15 días                                 | 15 días                                    | 15 días   |
| TCA  | Riesgo Alto                        | Riesgo Muy Alto                         | Riesgo Muy Alto                         | Riesgo Muy Alto                            | Riesgo Muy Alto                                   |
|  | 15 días                            | 15 días                                 | 15 días                                 | 15 días                                    | 15 días   |











La Suma de Todos



CONSEJERÍA DE FAMILIA Y ASUNTOS SOCIALES

**Comunidad de Madrid**

[www.madrid.org](http://www.madrid.org)

# Protocolos de Atención Geriátrica: Prevención y Actuación ante el Riesgo de Suicidio



 **Comunidad de Madrid**  
[www.madrid.org](http://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. JESÚS GREGORIO ALASTRUEY RUIZ

D. DIEGO JOSÉ TRINIDAD TRINIDAD

D. PRIMITIVO RAMOS CORDERO

D. JUAN PEDRO GÓMEZ FERNÁNDEZ

D. ANTONIO MARÍA ONRUBIA PECHARROMÁN

D<sup>a</sup>. ENGRACIA DEL MAR LÓPEZ ANDRÉS

D. LUIS MIGUEL REDONDO FAMOSO

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> LUISA VÁZQUEZ GARCÍA

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> PILAR ORTEGA RODRÍGUEZ

D. LUIS OCHOA ZAMORA

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> JESÚS LOBATO MORCHÓN

D<sup>a</sup>. PALOMA FRAILE MUÑOZ

D<sup>a</sup>. ROSARIO CASTRO GARCÍA DE VINUESA

D. JAIME PALOMAR DEL CERRO

D<sup>a</sup>. AMPARO VÉLEZ VÉLEZ

D<sup>a</sup>. ISABEL PEMAU GONZÁLEZ

D. GONZALO QUIROGA CHURRUCA

# Protocolos de Atención Geriátrica:

## Prevención y Actuación ante el Riesgo de Suicidio

---



### Introducción

El suicidio es más frecuente en ancianos que en cualquier otro grupo de población, sobre todo en mayores de 75 años que viven solos; siendo la tasa de suicidios consumados en mayores, más de dos veces superior al de la población general.

La mayoría de los suicidas tienen un trastorno psiquiátrico, siendo el más importante la depresión. Las enfermedades físicas también suelen ser causa frecuente de esta conducta, sobre todo aquellas que provocan dolor crónico y/o una limitación funcional.

Los métodos suicidas más utilizados por los mayores son: precipitación al vacío, ahorcamiento, intoxicación medicamentosa (a veces asociada a alcohol), armas de fuego, atropellamiento e inmersión.

### Objetivos

- Detectar y corregir precozmente los factores de riesgo de suicidio.
- Tomar medidas de intervención para intentar evitar los intentos de suicidio.
- Valorar y tratar los intentos de suicidio.
- Evitar complicaciones y rehabilitar las consecuencias de los intentos de suicidio.

### Usuarios a los que se dirige

A todos los residentes, en especial a los que presenten factores de riesgo de suicidio.



## Definiciones y conceptos

**Acto suicida:** toda acción por la que un individuo se causa a sí mismo un daño, con independencia del grado de intención y de que conozcamos o no los verdaderos motivos.

**Suicidio:** muerte que resulta de un acto suicida. Acto de matarse de un modo consciente, considerando a la muerte como un medio o como un fin.

**Ideación suicida:** deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida.

**Conductas suicidas:** Incluyen:

- ❑ **Intento de suicidio:** acto voluntario realizado por la persona con el fin de producirse la muerte, pero sin llegar a conseguirlo.
- ❑ **Parasuicidio:** conducta autolesiva, no mortal, realizada por el individuo y en la que no es esencial la intencionalidad u orientación hacia la muerte.
- ❑ **Intento de suicidio pasivo** omisión voluntaria con la intención de dejarse morir, como por ejemplo no ingerir alimentos, no tomar medicamentos necesarios, etc.

## Unidades y/o profesionales implicados

1. **Estudio y valoración de factores de riesgo de suicidio.** El Médico, Trabajador Social y Diplomado en Enfermería, estudiarán en todos los residentes la presencia de factores de riesgo, se valorarán las señales de alerta de manera inmediata y acordarán los niveles de intervención previstos según el nivel de riesgo.
2. **Alerta y comunicación sobre presencia de factores de riesgo.** Todos los miembros del área asistencial o cualquier otro trabajador del centro, alertarán sobre la presencia de señales de alerta de suicidio y se lo comunicarán al Médico o Diplomado en Enfermería de referencia, en el plazo más breve posible.
3. **Elaboración de un plan de prevención.** El equipo interdisciplinar elaborará, ejecutará y evaluará un plan de acción preventivo. También evaluará cada episodio, estableciendo las correcciones oportunas al plan.
4. **Supervisión, Ejecución, y Coordinación del Protocolo.** El Jefe del Área Técnico Asistencial, organizará, controlará y coordinará a los diferentes profesionales y recursos de la residencia y supervisará que todos los apartados previstos en el protocolo se cumplen, así como los registros, reuniones, etc.

## Descripción del procedimiento

5



1. **Detección de factores de riesgo de suicidio y valoración del riesgo suicida:** en la valoración geriátrica integral se debe valorar el riesgo de suicidio por el Médico, Trabajador Social y Diplomado en Enfermería.
  - ❑ Para valorar el riesgo se podrán utilizar los criterios que figuran en el **Plan personalizado de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio** (anexo II).
  - ❑ Si en esta valoración se detectan factores de riesgo importantes, y/o en C.F.R. se activan los PIAs nº 1 (delirium), nº 7 (bienestar psicosocial), nº 9 (alteraciones de conducta), nº 10 (mantenimiento de actividades) y nº 16 (uso de psicotropos), la valoración debe completarse al menos con una entrevista del médico con el residente siguiendo un guión de entrevista estructurada (Ejemplo:anexo VI, cuadro I), aprovechándola para prestar la primera ayuda psicológica al residente (recomendaciones en anexo VI, cuadro III) y se deberá derivar el caso para que se estudie en el equipo interdisciplinar y esta proceda a establecer el nivel de riesgo y a elaborar el plan personalizado de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio.
  - ❑ Para establecer el nivel de riesgo, el equipo podrá tener en cuenta la valoración geriátrica integral, los factores de riesgo, la entrevista del médico, y las escalas de Plutchick y/o Sad Persons que deberán archivar en la historia medica.
  - ❑ Se establecen los siguientes niveles de riesgo definidos en el apartado de normas técnicas: riesgo mínimo, riesgo menor y riesgo mayor y en los criterios establecidos en el cuadro II del anexo VI.
2. **Actuación ante una alerta de suicidio inminente.** Ante señales de alerta de suicidio inminente (ver normas técnicas), el médico decidirá la medida de traslado forzoso del residente al servicio de urgencias psiquiátricas hospitalarias, llamando al Centro Coordinador de Emergencias 112 para su traslado y a la fuerza publica si es necesario que el residente sea reducido o conducido por la fuerza.
  - ❑ En espera de la fuerza pública y/o transporte psiquiátrico, los profesionales del centro procederán a reducir al residente con métodos adecuados y proporcionados:
    - Reducir y controlar al residente si esta agitado o intenta por la fuerza la autolesión.
    - Sujeción física. Se seguirán las indicaciones del Protocolo de Prevención y Uso de Sujeciones del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.
    - Tratamiento farmacológico a juicio del médico.



- ❑ El Médico del centro comunicara al Juez el traslado forzoso según modelo de comunicación adjunto (anexo I).
- ❑ VIGILANCIA continua, no dejando solo al residente en ningún momento, hasta derivación o cambio en el nivel de riesgo.

**3. Elaboración de un plan personalizado de prevención y actuación.** Ante una posible conducta suicida detectada en la valoración geriátrica integral, el equipo interdisciplinar elaborará el plan personalizado de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio en los casos de riesgo menor y mayor, siguiendo el modelo del anexo II.

**4. Inclusión en la lista de control clínico continuado.** El equipo interdisciplinar decidirá incluir al residente en riesgo menor y mayor en la lista de control clínico continuado según el Reglamento de organización y funcionamiento de las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social( artículo 25) que comprende las siguientes acciones:

- Enviar los datos, fotografía y descripción del residente, a la unidad de control para que en caso que detecten intento de salida no acompañado del centro, den aviso inmediato a la unidad de enfermería, que procederá a tomar las medidas de control oportunas al caso según el Protocolo de Ausencias No Justificadas de Usuarios en Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.
- La Unidad de Enfermería se encargará de comprobar efectivamente, que el residente se encuentra en el centro al menos durante el desayuno, comida, cena y 0 horas.
- El Fisioterapeuta y Terapeuta Ocupacional alertarán a la Unidad de Enfermería, cuando el residente no acuda a la terapia habitual sin causa justificada.
- En los casos mas graves, el Diplomado en Enfermería podrá ordenar el registro de este cuidado en la hoja de registro de cuidados básicos de la Auxiliar de Enfermería (casilla nº 11 del apartado sujeciones) y la Auxiliar de Enfermería deberá firmar en la casilla correspondiente que el residente está en la residencia en el recuento correspondiente a su turno.
- En el caso que el residente no esté presente por causa justificada, el diplomado en enfermería lo dejará anotado en el evolutivo de enfermería.
- En el caso que no esté presente y no exista causa justificada, la Auxiliar de Enfermería deberá comunicarlo inmediatamente a diplomado en enfermería y médico y estos procederán a poner en marcha los mecanismos de control necesarios y previstos en el Protocolo de Ausencias No Justificadas de Usuarios en Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.



5. **Comunicación a la familia del riesgo menor, mayor o inminente de suicidio.** El Médico informará a la familia de los factores de riesgo, de las intervenciones previstas y solicitará su colaboración siguiendo las recomendaciones del cuadro IV del anexo VI. En los casos en que al profesional le queden dudas de que la familia comprende la situación, se podrá añadir información por escrito. Anotará esta intervención en el evolutivo de la historia médica.
6. **Atención al residente con lesiones en el intento no consumado de suicidio.** El equipo asistencial atenderá las lesiones producidas en el intento y valorará si pueden ser atendidas en la residencia o es necesario el traslado urgencias hospitalarias.
  - ❑ El Médico elaborará un parte de lesiones que enviará al juez.
  - ❑ Si es el Diplomado en Enfermería el que hace la derivación, deberá hacer constar en el informe que es un intento de suicidio o que se sospecha para que sea el Médico de Urgencias el que lo comunique al Juez mediante el parte de lesiones.
7. **Seguimiento, evaluación y atención posterior.** Períodos críticos: Se considera que los tres meses posteriores al intento de suicidio son los más críticos, siendo el primer mes el de mayor riesgo.
  - ❑ Después de cada intento y en el plazo no superior a 3 días, el equipo interdisciplinar se reunirá y evaluará el episodio, modificando si es preciso el plan personalizado de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio.
8. **Suicidio consumado.** En este caso y siempre que el residente fallezca en el centro, se aplicará el Protocolo de Actuación ante Muerte Violenta de un Residente del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid. Se tendrá especial cuidado en la comunicación del hecho a la familia extremándose el cumplimiento del Protocolo de Atención al Duelo del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid.

## Normas Técnicas

### 1. Evaluación del nivel de riesgo:

- ❑ **Riesgo mínimo:** sin factores de riesgo, o con alguno que no se considere relevante por sí mismo y/o solo uno o dos PIAs activadas del CFR. La revaloración del riesgo se hará semestralmente con C.F.R.
- ❑ **Riesgo menor:** uno o dos factores de riesgo en cada uno de los ámbitos (patología psiquiátrica, patologías crónicas o discapacidad, factores sociales y otros factores) y/o tres o cuatro PIAs activados del CFR y/o puntuación entre 5 y 6 de la ESCALA DE PLUTCHICK y/o entre 0 y 2 puntos en la escala SAD PERSONS. La valoración será trimestral en sesión del equipo interdisciplinar.



- ❑ **Riesgo mayor:** más de dos factores de riesgo en cada uno de los ámbitos, los cinco PIAs activados del CFR y/o puntuación superior a 6 de la ESCALA DE PLUTCHICK y/o puntuaciones superiores a 2 en la escala SAD PERSONS y/o informe de riesgo mayor del médico tras la entrevista. La valoración y seguimiento será diario hasta que sea valorado en el servicio de psiquiatría (consulta o urgencias hospitalarias). Una vez valorado por el servicio de psiquiatría, el registro del seguimiento será como mínimo mensual por médico y enfermería en la residencia.
- ❑ **Riesgo inminente:** vigilancia continua hasta derivación inmediata a urgencias psiquiátricas hospitalarias y mientras tanto, control permanente por enfermería.

**2. Elaboración de un plan personalizado de prevención y actuación.** Para elaborar el plan se tendrán en cuenta los siguientes apartados:

- ❑ Identificar factores de riesgo según valoración geriátrica integral.
- ❑ Recomendaciones del médico tras la entrevista personal con el residente.
- ❑ Se podrá completar la valoración con alguna de las escalas anexas III y IV.
- ❑ Clasificación del riesgo: El equipo con todos los datos a su disposición, debe valorar el riesgo como RIESGO MÍNIMO, RIESGO MENOR y RIESGO MAYOR.
- ❑ Establecer objetivos del tipo criterio de resultado para modificar los factores de riesgo o minimizar su influencia, y definiendo los modificadores y tiempo de consecución. También se podrán definir los objetivos utilizando como referencia la cantidad de PIAs de CFR activadas.
- ❑ Se tomaran las medidas previstas en el plan anexo II, según el nivel de riesgo y todas aquellas necesarias a juicio del equipo.

**3. Valoración de señales de alerta de suicidio inminente** utilizando las señales de alerta significativas:

- Habla de suicidarse. Verbaliza: *“Quiero matarme”* o *“Voy a suicidarme”* o algo parecido.
- Expresa verbalmente ideas de despedida *“No seré un problema por mucho tiempo más”* o *“si me pasa algo quiero que sepan que...”*.
- No responde a los elogios.
- Expresa y comunica sentimientos de soledad y aislamiento.
- Manifiesta emociones contenidas de alejamiento y huida.
- Expresa sentimientos de impotencia, aburrimiento inutilidad, fracaso, pérdida de autoestima, desesperanza.
- Presenta cambios radicales en su comportamiento.
- Tiene alteraciones en la alimentación y en el sueño.



- Se aleja de sus amigos y/o actividades sociales.
- Regala sus posesiones más apreciadas.
- Pierde el interés en sus aficiones, sus estudios o su trabajo.
- Tiene una conducta temeraria, corre riesgos innecesarios.
- Pierde el interés en su apariencia personal.
- Aumenta el consumo de bebidas alcohólicas o de drogas.
- Cierra asuntos, visita o llama a personas para despedirse.
- Piensa que su sufrimiento es muy grande o ha durado tanto que cree que ya no puede con él.
- Piensa constantemente en la muerte. Tiene ideas definidas sobre cómo quitarse la vida.
- Tiene dificultad para concentrarse. Le da vueltas y más vueltas a problemas que parecen no tener solución.
- Aumentan las molestias físicas, frecuentemente asociadas a conflictos emocionales.
- Escucha voces que le instruyen a hacer algo peligroso.
- Empeora un posible estado de depresión (tristeza profunda).

## Registros y lugar de custodia

- ▲ Historia Integral del Residente (HIRE).
- ▲ Plan personalizado de prevención y actuación ante el riesgo de suicidio.
- ▲ Comunicación judicial de traslado forzoso ante riesgo inminente de suicidio.
- ▲ Escala de Plutchick.
- ▲ Escala Sad Persons.

## Fecha de elaboración y vigencia

1. **Elaboración:** Marzo de 2007.
2. **Vigencia:** Revisión a los tres años salvo cambios en la normativa.



## Documentos y referencias

- PIA nº 1 del CFR: Delirio, PIA nº 7 del CFR: Bienestar psicosocial, PIA nº 9 del CFR: alteraciones de conducta. PIA nº 10 del CFR: Mantenimiento de actividades. PIA nº 16 del CFR: uso de psicotropos 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.
- Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 14.2.- conducta suicida. Comité de consenso de Cataluña en terapéutica de los trastornos mentales. 3ª edición.
- La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico. F.J. Leturia Arrazola, et all. Caritas española. Matia fundacioa.
- Programa de atención a residentes con problemas psiquiátricos. Comunidad de Madrid. Servicio Regional de Bienestar Social. Enero 1995.
- Programa marco de prevención de suicidios. Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2005.
- Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con enfermedad Mental (FEAFES). 2006.
- Psicogeriatría. Biblioteca de Psiquiatría en atención primaria. J. Bobes García et all.
- Factores de riesgo suicida en el anciano. Pérez Barrero SA <http://www.geriatricianet.com>
- Programa de prevención de la conducta suicida. Sector Dreta Eixample de Barcelona.
- Tamayo JM. Antipsicóticos en "Psicofarmacología On-Line" [cited 200\_ Mes \_]. Disponible en: URL: <http://psicofarmacologia.info/AP.html>.
- Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en asistencia primaria. Bobes García J., Bousoño García M., González García-Portilla P.
- Psicogeriatría. Biblioteca de psiquiatría en atención primaria. Bobes García J., Bousoño García M., González García-Portilla P., Saiz Martínez P.
- Curso a distancia de prevención en atención primaria. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. BOE nº7 de 8/1/2000.
- Comportamientos suicidas. Prevención y tratamiento. Ars Médica. Bobes García J., Saiz Martínez P, González García-Portilla P., Bascarán Fernández MT., Bousoño García M.
- La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales. Calcedo Barba A. Fundación de archivos de neurobiología.

**Anexo I**

**COMUNICACIÓN JUDICIAL DE TRASLADO FORZOSO ANTE RIESGO INMEDIATO DE SUICIDIO**

ILMO. SR. JUEZ:

D/Dña \_\_\_\_\_ Licenciado en Medicina y Cirugía, con nº de colegiado: \_\_\_\_\_ y D.N.I nº \_\_\_\_\_ con ejercicio profesional en la Residencia de Personas Mayores de: \_\_\_\_\_ del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, con el debido respeto

EXPONE A V.F.:

Que en el día de la fecha se ha procedido al traslado forzoso, según el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, al servicio de urgencias psiquiátricas del hospital

: \_\_\_\_\_  
del usuario/paciente D./Dña.: \_\_\_\_\_  
D.N.I. nº: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, por los siguientes motivos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Lo que informo a V.F. para su conocimiento, efectos legales oportunos.

En Madrid, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de Dos mil \_\_\_\_\_

Firma del médico

**ILMO. SR. JUEZ DE GUARDIA**